III 3PEHIA

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№4(18) ИЮЛЬ-АВГУСТ 2013

ISSN 2221-7746

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ



ФГБУ «НИИГБ» РАМН — 40 лет: работа в созидательном ключе

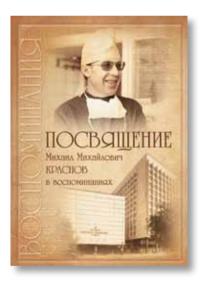


Читатели «Поле зрения» и издательство «Апрель» поздравляют сотрудников Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт глазных болезней» Российской академии медицинских наук во главе с академиком РАМН, профессором С.Э. Аветисовым с 40-летним юбилеем.

ФГБУ «НИИГБ» РАМН прошёл большой и славный путь. Работа учёных, их фундаментальные труды и практические разработки врачей в высшей степени востребованы. Секрет успеха — талантливый, сплочённый коллектив, в котором каждый ее член вносит свой посильный вклад в общее дело. Сегодня, как и 40лет назад, институт высоко держит марку одного из лучших российских институтов. Сохраняя верность традициям, ФГБУ «НИИГБ» РАМН открыт для творческой работы и новаторских решений. Желаем талантливому коллективу и впредь высоко держать знамя отечественной офтальмологической школы. Заслуженная награда за ваш труд — искренняя любовь пациентов.

> стр. 8

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



М.М. Краснов в воспоминаниях

астоящее издание посвящено выдающемуся ученому-**L**офтальмологу, академику М.М. Краснову и объединяет воспоминания его учеников и сотрудников, долгое время работавших вместе с ним. Михаил Михайлович Краснов — великолепный клиницист, виртуозный микрохирург, прекрасный оратор, основатель ряда новых научных направлений, признанных за рубежом, М.М. Краснов до сих пор по праву является олицетворением успехов отечественной офтальмологии. Говоря о М.М. Краснове,

хочется вспомнить один из афоризмов Гиппократа, который гласит: «Первое же и самое главное условие для тех, кто хочет овладеть талантом медицины, — есть врожденный талант; без него не будет никакого успеха в науке. Если врожденному таланту человека. с самых молодых лет, будет дано хорошее направление и образование в известной школе, то такой человек приобретет хорошие в медицине познания...» Символично, что книга «Посвящение» увидит свет именно в год 40-летнего юбилея НИИ глазных болезней РАМН,

который был создан в 1973 году по инициативе М.М. Краснова и которым он бессменно руководил в течение почти 30 лет. Естественно, что суть воспоминаний и оценка событий во многом зависела от индивидуального восприятия личности М.М. Краснова каждым из авторов. Более того, не исключено, что знакомство с представленными воспоминаниями позволит читателю составить собственное мнение об этом талантливом человеке.

Академик РАМН, профессор **С.Э. Аветисов**

> стр. 6

конференции • симпозиумы

Восток-Запад – 2013

Научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием, Уфа, Республика Башкортостан

Научная конференция «Восток-Запад» призвана объединить позиции ученых мира, где каждое конкретное мнение обретает свое место. «Сомневаться в этом могут только те, кто не знает, что всякое частное и временное нарушение равновесия должно с необходимостью содействовать тотальному равновесию Вселенной» (Рене Генон. «Восток и Запад»).

6-7 июня в Национальном молодежном театре Республики Башкортостан прошла научно-практическая конференция по офтальмохирургии «Восток-Запад-2013». Организатор конференции: Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней АН РБ. Этот форум проводится пятый раз



при активном участии Академии наук РБ, Министерства здравоохранения РБ, Общества офтальмологов России, Межрегиональной общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», Ассоциации руководителей офтальмологических клиник России, Российского глаукомного общества.

В работе конференции приняли участие свыше 700 делегатов разных городов России, Казахстана, Узбекистана, Украины, Молдовы, Индии, Германии, Швейцарии. Делегация во главе с руководителем кафедры офтальмологии и научных исследований зрения университета Чиба (Япония) Сюити Ямамото стала самой представительной на конференции.

> стр. 13

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА



«Мой подход к работе — плановость и порядок» Интервью с академиком РАМН, профессором С.Э. Аветисовым > стр. 3

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



«Нам удалось создать команду единомышленников» Интервью с профессором М.М. Бикбовым > стр. 16

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



«Рефракционная хирургия глаза — это чудо, которое может пережить каждый!» Интервью с д.м.н.

Ю.В. Тахтаевым > **стр. 24**

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

«Глаукома: лечить или оперировать?» > стр. 28

ЛЕКЦИЯ

Центральные ретиношизисы: развитие, исходы, лечение

Г.Е. Столяренко **> стр. 39**

Также в номере:

В помощь практикующему врачу > стр. 33, 46

Оптометрия > стр. 44

К незримому солнцу > стр. 48

Записки американской медсестры > стр. 50

ской помощи». Обсуждались вопросы организации и финансирования бесплатной медицинской помощи, развитие частной медицины, проблемы обязательного медицинского страхования, обеспечение доступности медицинских услуг в удаленных районах, кадровая подготовка.

Во вступительном слове глава государства отметил, что в последнее время значительно обновлена законодательная база в сфере здравоохранения, обязательного медстрахования, обращения лекарственных средств, борьбы с курением. Реализованы программы модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации. Однако только 35,4% граждан страны удовлетворены уровнем медицинской помощи.

Дефицит финансирования бесплатной медицинской помощи на сегодняшний день в 54 регионах превышает 120 миллиардов рублей. «Нужно предметно заниматься

структурными преобразованиями искусством врачевания, а профес- центрах увеличилось больше чем в в здравоохранении, увеличивать сии врача, медсестры предпола- два раза), внедрение высокотехнообъемы неотложных услуг в поликлиниках, развивать систему дневных стационаров. В самих медучреждениях есть огромный ресурс рационального использования средств. Можно смелее и нужно смелее откауправления, когда средства направляются на содержание койко-мест. И как говорят сами медики: если бы нам платили за результат — здоровых людей было бы значительно Говоря о состоянии и перспек-

тивах платной и бесплатной медицинской помощи, В.В. Путин обратил внимание на то, что в территориальных программах госгарантий должен быть четкий перечень бесплатных услуг, а также понятные каждому пациенту правила их предоставления. «Неразбериха в этих вопросах ведет к коррупции и поборам, заставляет людей оплачиции и по закону являются бесплатными. В итоге подрывается доверие граждан и к системе здравоохранения, да и к власти в целом».

Президент подчеркнул важность развития и поддержки платной медицины. Граждане страны должны иметь не только право на выбор медучреждения, но и реальную возможность этого выбора. Сегодня такие перспективы крайне ограничены. Частных медорганизаций у нас в три раза меньше, чем государственных, они, как правило, небольшие, узкопрофильные, часто слабо оснащены.

«Система обязательного медитягивает до современного уровня. не стала страховой в полном смысцинские организации в основном мы модернизации и развития здрамощи, безусловно, очень сложна и профессоров медицинских курсов. исполняют лишь функции посред- воохранения в нашей стране, кото- масштабна, и поэтому нам предсто- Осуществляется последовательное поставило вопрос о пересмотре отников при передаче финансовых рые были направлены, прежде все- ят дальнейшие шаги. средств. Кроме того, они не мотивированы на повышение качества зания качественной медицинской сийской Федерации для каждого резовательных технологий. В 2012 го- весной 2013 года была создана межмедпомощи и практически не несут помощи на всей территории стра- гиона разработали программу раз- ду мы создали семь симуляцион-

Президент назвал обеспечение до- ской помощи. К приоритетам были принятой Правительством феде- стоящее время открыто еще семь ступности медицинских услуг и отнесены развитие первичной ме- ральной целевой программы устой- дополнительно. призвал руководителей регионов дико-санитарной помощи населе- чивого развития сельских территососредоточить на ее решении самое нию, проживающему в отдален- рий дополнительно предусмотрено пристальное внимание. Он отметил ных районах и в сельской местно- в ближайшие два-три года введе- медицинской библиотеки и подго- Для поэтапного перевода медициннеобходимость создавать передвиж- сти (по результатам модернизации ние в строй 850 ФАПов или офи- товили электронное рабочее место ских работников на эффективный ные центры здоровья, развивать са- количество ФАПов, фельдшерских сов врачей общей практики, а так- врача. Уже к декабрю мы намерены нитарную авиацию, внедрять дис- пунктов, сельских амбулаторий, же увеличение мощности сельских до 25% рабочих мест врачей пер- ставлению отраслевых профессиотанционные формы медпомощи.

живания, ее недаром называют тров и, соответственно, коек в этих ФАПов, и врачебных общих практик. удаленных районов страны.



Министерством здравоохранения разработана концепция санитарной авиации, и уже со следуюнаиболее нуждающихся регионах

Важнейшим направлением является внедрение единых современных требований к качеству оказания медицинской помощи. В 2012 году были актуализированы или вновь созданы 60 порядков оказа- ной из составных частей непрерывния медицинской помощи. И впервые за всю историю нашей страны мы приступили к созданию национальных клинических протоколов или клинических рекомендаций. Для этого министерство сплотило вокруг себя более чем семи-

Мы разработали также дистанционные программы непрерывного медицинского образования для щего года запланирована реализа- первичного звена. С октября этоция пилотных проектов в четырех го года в девяти субъектах Российской Федерации стартует пилотный проект. С 2016 года запланирован переход на аккредитацию медицинских работников с выдачей индивидуальных листов допуска к конкретным видам медицинской помощи. Это также будет одного медицинского образования.

Для решения проблемы обеспечения медицинскими кадрами мы разработали комплекс мер, который был утвержден Правительством. На его основе в каждом субъекте Российской Федерации сформирована программа поэтапного устранения дефицита, предусматривающая в том числе дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников. Важным механизмом наращивания кадрового потенциала в конкретных районах и в конкретных учреждениях является, безусловно, доля целевой контрактной подготовки медицинских работников. В этом году она составила

Заседание президиума Госсовета О ПОВЫШЕНИИ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

гают служение людям. И в нашей погичной медицинской помощи, о стране огромное число медработ- чем уже было сказано, на территоников с честью выполняют эту по- риях самих субъектов Российской четную миссию. Здесь всегда будут ценны и значимы милосердие, вни- личество учреждений, оказываюмание, доброе отношение к паци- ших высокотехнологичную помощь, ентам, благородство, Воспитание этих качеств у студентов медвузов по больных, пролеченных в региодолжно быть таким же приоритет- нальных учреждениях, — более чем знаний. Необходимо вести тща- в целом за два года фондооснашентельный отбор среди абитуриентов, поступающих в высшие и средние учебные образовательные учрежде- на треть. ния медицинского профиля. Здесь дицину своим призванием».

На заседании выступила министр здравоохранения РФ активно развивались выездные фор-В.И. Скворцова. Она, в частно-

«Основные направления развития здравоохранения в нашей страта Российской Федерации от 7 мая 8 тысяч выездных врачебных бри- тысяч. 2012 года. Все стратегические доку- гад, полностью оснащенных порбыли разработаны и утверждены в установленный срок. В настоящее ны в телемедицинскую сеть, готовы активно проводятся широкомасштабные преобразования, главной ствование, доступность и качество сячи станций скорой помощи. Благомедицинской помощи. Для дости- даря реализуемой программе «Земжения этой цели необходимо иметь ский доктор» около 8 тысяч специдостаточное количество квалифи- алистов пришли работать на село. цированных медицинских кадров, В этом году программа будет прооснащенное современной инфраструктурой здравоохранение. Необходимо выстраивание современной логистики оказания медицинской помощи, а также достаточные финансовые ресурсы

В 2011 году стартовали програмза нее никакой ответственности». ны, в соответствии с трехуровне- вития здравоохранения и просчита- ных тренинговых центров на базе настоящее время завершается подго-Одной из приоритетных задач вой системой оказания медицин- ли потребности развития. В рамках наших медицинских вузов, в на- товка методики по разработке норврачебных общих практик уве- амбулаторно-поликлинических уч- вичного звена полностью компью- нальных стандартов, которые учи-Еще одной важной темой В.В. Пу- личилось на 1 765 на территории реждений на 7,5 тысячи посещений теризировать с выходом на создантин назвал медицинские кадры, их страны), совершенствование спе- в смену и участковых и районных ную национальную медицинскую стемы здравоохранения и необходиколичество, квалификацию и под- циализированной помощи, в том больниц — более чем на 6 тысяч библиотеку. Кроме того, для этой мость перераспределения функций готовку. «Мы уже привыкли к тер- числе экстренной, в рамках оказа- мест. Наряду с этим в региональ- системы были разработаны элек- между медицинскими работниками. мину «медицинские услуги», однако ния помощи в межмуниципальных ных программах запланировано тронные системы помощи в приня- 27 стандартов будут сформированы медицина — это не сфера обслу- центрах (количество таких цен- создание более 200 передвижных и тии решений, что очень важно для до конца 2013 года.

увеличилось почти в два раза, а чисность и фондовооруженность здравоохранения увеличились более чем Хотелось бы отметить, что осо-

бое внимание уделялось равнодоступности оказания медицинской помощи, в том числе в труднодоступных районах страны. Для этого мы медицинской помощи. Только в 2012 году было приобретено для субъектов Российской Федерации 187 мобильных медицинских комплексов, было сформировано более тативным оборудованием, более 4 тысяч учреждений уже включеи проводят телемедицинские консультации; спутниковой навигацией ГЛОНАСС оснащено более 19,5 тысячи машин скорой помощи и 2,5 тыдолжена и распространена на рабочие поселки, около 5 тысяч специалистов дополнительно придут в труднодоступные районы страны.

обеспечения равнолоступнои по-

Мы совместно с субъектами Рос- онных, виртуальных и других обра-



Безусловно, качество медицинот квалификации медицинских работников. Понимая это, до июня 2013 года министерство вместе с экспертным сообществом полностью актуализировало и обновило фармацевтического образования, кроме того, впервые создало госув ординатуре по 96 медицинским

уже завершается разработка пер-

вых 287 клинических протоколов,

всего их будет за ближайшие три

года подготовлено около полутора

года в стране проводится широкозаведующих кафедрами и основных субъекту Российской Федерации внедрение современных симуляци-

С осеннего семестра прошлого

дание национальной электронной

сообщество, и в настоящее время уже 40% от всей численности ме-

Решение кадровой проблемы невозможно без повышения заработной платы медицинским работникам. Хотела бы отметить, что, по данным Росстата, за 1 квартал 2013 года средняя зарплата врачей повысилась до 34,5 тысячи рублей (это более 126% от средней по экономике), среднего медицинского персонала до 20,3 тысячи рублей (более 74%) и младшего — до 11,8 тысяч рублей стандарты высшего медицинского рирование показало, что по результатам первого полуголия продолжился рост зарплат для врачей дарственные стандарты обучения до 145% к средней по экономике, и для медицинских сестер — почти до 80%. Таким образом, уже превышены запланированные на 2013 год целевые значения, которые были утверждены «дорожной картой». Вместе с тем в рамках огромной кации всего профессорско-препо- В этом направлении мы проводим территории страны сама проблема давательского состава — 3 тысячи серьезный мониторинг по каждому Повышение оплаты труда остро

менялись с 80-х годов. С этой целью мативов труда, а в октябре-декабре мы запланировали пилотный проект В 2012 году мы завершили соз- по нормированию труда в десяти субъектах Российской Федерации.

«Главное в работе плановость и порядок»

Интервью с директором ФГБУ «НИИГБ» РАМН, академиком РАМН, профессором

С.Э. Аветисовым

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

— Сергей Эдуардович, мы беседуем с Вами в канун празднования 40-летия со дня основания ФГБУ «НИИГБ» РАМН. Поделитесь успехами и расскажите, с какими проблемами Вы сталкиваетесь.

— Говорить об успехах куда сложнее, чем о проблемах, но да- механизмы возникновения этого вайте с них и начнем. Главное, что заболевания. Данные пока пред-10 лет — это сформировать ос- дем исследование до конца, то таю, до сих пор остается одним из новные направления научной деясоответствуют современным тенденциям развития офтальмологической науки. Сделать это было совсем непросто. На мой взгляд, недостаточное финансирование нау клинического института есть учных исследований. Гранты, к со- нова, думаю, это будет сложно одна проблема, которая несколько снижает уровень научных ис- лан в сторону фундаментальности, следований — крен в сторону ра- то есть не все наши исследования объяснил свою точку зрения так: быть приняты комиссией и претенкак правило, основная наша ра- довать на получение гранта. бота заключается не в анализе серьезных научных проблем, отмечу, что для так называемых да институту исполнится 50 лет, а в обработке данных, получае- клинических НИИ именно клинимых в результате лечения боль- ка является основой, приматом наного. Окончательно переломить учной деятельности, так как, тольситуацию, я считаю, пока не уда- ко понимая клинические проблемы лось, хотя серьезные шаги в этом плане уже сделаны. Совершенно основные направления научных очевидно, что в основу научных исследований. разработок должны быть заложе ны фундаментальные исследования, конечной целью которых явскость. Хотя при этом и не исключено, что на сегодняшний день фундаментальное исследование может не иметь выхода в практику, но при этом решать определенную задачу, например, касающуюся механизмов развития болезни. Не всегда, даже зная их, мы можем на жется важным. В качестве примера стра здравоохранения СССР Бориса мы, а в неформальной обстановке

могу привести кератоконус — за- Васильевича Петровского, прекрас ется структурными изменениями щим оптическим и прочим дефектам. Мы получили данные, позволяющие по-новому взглянуть на

проблема (ее сейчас пытаются реглазных болезней было принято. шить на уровне правительства) жалению, не спасают, акцент сде-

И все же, суммируя сказанное, и потребности, можно планировать

 Всем известно, что институт был создан по инициативе академика М.М. Краснова и для него. Не хотели бы Вы обратиться с инициативой к руководству Москвы, а возможно, и страны, назвать институт именем Михаила Михайло-

— Действительно, наш инсти-Краснова, но и тогдашнего мини-

болевание, которое сопровожда- ного клинициста, замечательного vченого. Во время одной из встреч Б.В. Петровский и М.М. Краснов пришли к выводу, что для развития офтальмологической науки в то время может быть открыт еще один институт, хотя существовал институт глазных болезней имени Гельмгольца, который был и, я счи можем получить и практическую лидеров в офтальмологических ис-Еще одна, возможно, главная об организации Всесоюзного НИИ

> своить институту имя М.М. Крассделать, хотя Михаил Михайлович вполне того заслуживает. У меня такое ощущение, что подобные вония заслуг человека перед учреждением, а по случаю символических событий, юбилеев. Возможно, когудастся каким-то образом мотивировать серьезность этой заявки.

 Расскажите, пожалуйста, о своем учителе. Человек он был противоречивый, и у каждого сотрудника института свое мнение о «М.М.». Ваше мнение о Михаиле Михайловиче?

— Академик Краснов — человек неординарный, талантливый, великолепный оратор, виртуозный хирург, прекрасно владел английским языком. Мне приходилось бывать с М.М. Красновым на встречах с англоязычными специалистами, во время которых Михаил Михайлотут был создан по инициативе вич легко и непринужденно обне только Михаила Михайловича суждал с иностранными колле-



Штрихи к портрету

Аветисов Сергей Эдуардович — академик РАМН, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «НИИГБ» РАМН, заведующий кафедрой глазных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ. Является главным специалистом по офтальмологии медицинского центра Управления делами Президента Российской

После окончания с отличием 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова прошел клиническую ординатуру по специальности «офтальмология», начал активно заниматься не толь ко лечебной работой, но и научными исследованиями. В 1977 году С.Э. Аветисов под руководством академика М.М. Краснова защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Возможности автоматизи рованной рефрактометрии в клинической практике», в 1985 году докторскую диссертацию «Клинико-экспериментальное обоснование методов хирургической коррекции астигматизма». Научным консультантом также был М.М. Краснов.

С.Э. Аветисов — автор 432 научных статей, 4 монографий, учебника по глазным болезням, 3 справочников, руководства по детской офтальмологии, соавтор национального руководства «Офтальмология» Ему принадлежат 35 патентов на изобретения.

Под руководством профессора С.Э. Аветисова защищено 19 кандидатских и 11 докторских диссертаций. Он возглавляет диссертационный совет при ФГБУ «НИИГБ» РАМН.

За цикл работ «Пространственное ультразвуковое цифровое исследование в диагностике заболеваний глаза и орбит» в 2009 г. С.Э. Аветисов удостоен премии им. академика М.И. Авербаха за лучшую научную работу по глазным болезням

По инициативе С.Э. Аветисова в ФГБУ «НИИГБ» РАМН ежегодно проводятся научно-практические конференции с международным участием по актуальным проблемам офтальмологии.

На протяжении последних лет С.Э. Аветисов является главным редактором журнала «Вестник офтальмологии» и газеты для офтальмологов «Поле зрения». Он ведет большую организационную и об щественную работу, является председателем Научного совета РАМН и Минздрава России по офтальмологии, членом экспертного совета ВАК Министерства образования Российской Федерации, членом правления, заместителем председателя Общества офтальмологов России, председателем Московского научного общества офтальмологов.

Академик С.Э. Аветисов заслуженно пользуется высоким авторитетом среди офтальмологов нашей страны и далеко за ее предела ми. Он с блеском развивает традиции научного подхода и глубокого клинического мышления, заложенные учителями, является достойным продолжателем династии врачей-офтальмологов, основанной профессором Эдуардом Сергеевичем Аветисовым

Подготовлено Н.С. Яриевой







поражал их, рассказывая стихи на директора из числа сотрудников английском языке, произнося тосты, притчи и т.д. В то же время человек он был непростой. Но его Михаил Михайлович дал добро «непростота» не помешала многим моим коллегам, которые работали в институте с момента его основания, добиться того, чего они хотели — защитить диссертации, стать впоследствии заведующими

— То есть в те годы это можно было расценивать как заслугу

 Я считаю, что да. Но каждому из нас хотелось расти быстрее в профессиональном отношении. А с другой стороны, может это и правильно, не может все даваться У нынешней молодежи этого нет. ях Ученого совета могли прини-Они считают, что всего можно добиться быстро. Это хорошо, если думать о деле, но иногда подобная позиция может сформировать авторитетные офтальмологи из дру-

Современная молодежь, очевидно. более «свободна» в науке, не зажата административными рамками...

— То, что происходит вокруг символ времени. Молодежь сейчас и пройти несколько кандидатов, другая, хотя нынешняя через не- и тогда выборы переходили в плокоторое время то же самое скажет скость решений не Ученого сове-

Сергей Эдуардович, как Вы думаете, почему еще при жизни академик М.М. Краснов покинул кабинет директора института? Казалось бы, при его регалиях он мог продолжать руководить институтом.

— Для всего института известие о том, что Михаил Михайне будет руководить институтом, явилось полной неожиданностью: го Труда, лауреат Ленинской и Государственной премий... Да, действительно, был возрастной ценз, но, как правило, заслуженным людям ежегодно продлевали срок директорства. Продления уже были и в жизни института. Я не знаю коринститутах формат выборов рукорез ученый совет, через отделение клинической медицины академии, нию о выборах в них мог принять это было их право.

В первый момент у меня не было даже мысли претендовать на это место. Но, общаясь с сотрудниками института, в частности, с профессором Аркадием Александровичем Каспаровым, мы пришли к выводу, что руководить институтом должен «свой» человек. Можно было как угодно оценивать сложив- профессором, и мой возраст позвошуюся ситуацию, но из чувства патриотизма мы понимали, что необходимо сохранить то, что еще мож- и был «своим». Конечно, была еще но было сохранить, а сделать это мог только человек, хорошо зна- Московского медицинского инстиющий институт и его коллектив. тута им. И.М. Сеченова, академика И мы с Аркадием Александровичем пошли к Михаилу Михайловичу. ва. Он меня поддерживал, так как В тот момент у меня появилось ощу- директор института одновременно щение, что мы были не первыми, кто обратился к нему за поддерж- учитывая, что я — выходец из 1-го кой. Тем не менее нам удалось убе- МЕДа, он считал, что моя кандидадить Краснова в том, что выборы тура действительно достойна.

института будут оптимальным вариантом в возникшей ситуации. на то, чтобы мы с Аркадием Александровичем представили документы для участия в выборах. Это была первая ступень, а вторая проведение Ученого совета. Перед проведением первого заседания Ученого совета мы с профессором Каспаровым выступили с предложением: раз мы не можем участвовать в голосовании за себя, как члены совета, то должны сохранить право участвовать в оценке других кандидатур. Наше предложение не было поддержано представителями академии, и первое заседание было перенесено. Должен сказать, что по мать участие не только члены совета, но и так называемые «приглашенные» или «введенные» члены гих учреждений. Таких было 8 человек. Второе заседание Ученого совета проходило в академии. Каждый из 8 претиндентов, участвующих в конкурсе, представил свою программу. Для прохождения во II тур надо было набрать не менее 2/3 голосов, то есть во II тур могта, а бюро отделения клинической медицины РАМН. За все время, что я работаю в структуре академии, я помню только один случай когда в следующий тур вышли 2 претендента. Я набрал требуемое количество голосов для прохождения во II тур, больше никто такого количества голосов не набрал. Мне казалось, что все проблемы, свя-

занные с выборами, на тот момент лович через какое-то время уже решены. Но когда мы собрались на заседание бюро отделения клинической медицины, выяснилось, что академик, Герой Социалистическо- не все так просто — мнения членов бюро разделились. Инициатором моих возможных проблем стал академик Аркадий Павлович Нестеров. Но надо отдать ему должно», а открыто, когда обсуждалась у Михаила Михайловича, ничто не моя кандидатура. Он, отметив мои положительные качества, сказал, что, по его мнению, мне еще рано ней возникшей ситуации, ее ню- быть директором. Началось обсуждение. Но за меня вступился акаменя есть, но догадки строить не демик Евгений Иванович Гусев. буду. Однако факт остается фактом: Он сказал следующее: «Мы понилетом 2001-го институт узнал, что маем, Аркадий Павлович, у Вас в конце года состоятся выборы но- есть своя кандидатура». Я не буду вого директора. В академических называть имя этого офтальмолога, но это, действительно, был ученик водителя имеет свои особенности: А.П. Нестерова, и он тоже был это не назначение, а избрание че- в числе претендентов. Тем не менее мою кандидатуру провели, но были и голоса «против». Надо отпрезидиума академии. По положе- дать должное Аркадию Павловичу, спустя 5 лет на одном из заучастие (с соблюдением опреде- седаний в академии он сказал: ленных требований) любой чело- «Я был не прав». У него хватило мувек. Некоторые офтальмологи, не жества признать свою ошибку имевшие отношения к институту, такое дано отнюдь не каждому. Об воспользовались неожиданно воз- этом эпизоде Алевтина Федоровна Бровкина рассказывала в одном роться за директорское кресло. Но из своих интервью («Поле зрения» №1, 2010 г. — прим. ред.).

Карьерный взлет стал для Вас неожиданностью?

— Совершенно трезво оценивая ситуацию, скажу, что это результат определенного стечения объективных и субъективных обстоятельств. В то время я уже был лял участвовать в выборах. Кроме того, я давно работал в институте помощь со стороны ректора 1-го Михаила Александровича Пальцеявлялся заведующим кафедрой, а

— Как складывались отношения в этот период с Михаилом

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

ных, у нас были абсолютно норотдать должное Михаилу Михайлотивные дела старался не вникать.

В одном из интервью Владимир Познер сказал: «Понижение качественного уровня человека тенденция общая для всего мира. В университетах есть талантливые молодые люди, но состояние середины — удручающее». Что Вы ду-

маете по этому поводу? Даже не знаю, как ответить сделать такое заявление, надо хоментирую высказывание уважаемого мною Владимира Познера. Теперь, когда мы слушаем историков, начинаем понимать, что наши знания по истории, возможно, не соответствуют тому, что было в действительности. Может быть для прошлых поколений «середине тенденция, речь идет о взаимной оценке людей разных слоев. Я, например, не считаю, что интеллигенция априори — лучшая часть человечества. В любом сословии есть замечательные, эрудированные люди. Но так получилось, что они оказались, по определению Познера, в «середине». Скажу так, человеческие качества не зависят от того, в каком слое

— Как Вы относитесь к нынешней системе трудоустройства? Закончив ВУЗ, большинство студентов сталкиваются со следующей проблемой: работодатель не берет на работу в связи с отсутствием опыта, а где его тогда взять? Как Вы видите решение данного

— Сегодня системы трудоустются сделать, я имею в виду льготные кредиты, предоставление жилья молодым специалистам на периферии — это только начало. Я — выходец из «того» времени в президиумах на конференциях. и считаю, что система трудоустройства была довольно продуманная. У меня своя точка зрения на прези-Чтобы поступить в ординатуру, необходимо было приложить серьез-

с трудоустройством.

— Ваше отношение к коммервания, в частности, высшего? Считаете ли Вы, что высокие цены на уделом только для «избранных»?

В целом — отрицательно. Это может привести к тому, что высшее образование может стать уделом обеспеченных людей. Я вспоминаю фессорской семьи, Вашего отца туте наших пожилых пациентов и ей кончины оставался советником нашу группу — у нас учились дети дирекции, есть такая должность по колхозников, ребята, отслужившие уставу академии. У него был свой в армии. Многие из них учились гает в Вашей жизни или все как кабинет, он консультировал боль- очень хорошо. Коммерциализация раз наоборот? образования может понизить намальные отношения, мы обсужда- чальный средний уровень учащихли некоторые проблемы, хотя надо ся, что является основой для дальнейшего профессионального роста. вичу: после того, как он перестал О ЕГЭ вообще не говорю, оставбыть директором, в администра- ляю без комментариев. Да, я соглашусь, что высшее образование может стать уделом «избранных». Но, с другой стороны, не знаю, как к этому относиться. Исторически было так: врачи шли по стопам своих родителей в выборе профессии, но часто прекрасными врачами становились люди, у кого в семье врачей не было. Иногда я смотрю, где родились академики РАМН, многие из них — выходцы из дерена этот вопрос. Для того чтобы вень, в роду у них не было врачей, что должно было их подтолкнуть рошо знать историю. Я пока ком- к выбору медицинской профессии, тем не менее они стали великими

— А в Вашей группе, кроме Вас, у скольких ребят родители были

— Нас было трое из 23-х человек. У подавляющего большинства отношения к медицине.

— Олин из Ваших коллег отозвался о Вас таким образом: «Политика его не интересует, он не станет бороться за «кресло» тесь в жизни? и «власть». Вы человек не амби-

— Отвечу так: «Меня не инте-

ресует «грязная» политика». Борьба за «кресло» и власть — элеменобщества ты на сегодняшний день ты с этической и моральной точек зрения для меня не всегда приемлемые. Мой подход таков: бороться за то, чему ты отдал всю свою жизнь, можно и нужно. А если для тебя пост — вопрос престижа, ломать копья ради этого не стоит. За свой институт я готов бороться. Однако здесь надо иметь в виду, насколько эта борьба может отразиться на достижении конечной ели, ради которой человек и стремится занять это «кресло». А если ройства не существует. Старая в пылу борьбы человек забывает система разрушена, а то, что пыта- о деле, оно начинает постепенно

— У меня создалось впечатление, что Вас можно редко видеть

диумы, но это вопрос отдельный и

— Я бы не сказал, что редко.

ные усилия. Нас было три челове- тов проведения конференций. Дело ка, мы ходили в кружок и хотели в том, что мы с коллегами подсчипопасть на кафедру, но не были тали, сколько конференций в год уверены, что все получится. Суще- проводится только в России, полуствовал элемент конкурса, и че- чилось 171. При этом проводятся ловек должен был отработать по различные форумы за рубежом, на распределению. Если брать в це- которые тоже иногда надо ездить. лом медицинскую специальность, Вот и получается, что на выполнение прямых обязанностеи про дров (уровень не обсуждаю) был сто не хватит времени. Хочу сразу выражен в меньшей степени, чем оговориться, что если у меня нет возможности участвовать в прези-Кроме того, должна работать диуме, это совершенно не означасистема последипломного образо- ет моего негативного отношения вания, повышения квалификации. к мероприятию. Что касается фор-В принципе она существует, но мата проведения конференций иногда возникает обратная ситу- в России и их количества — это отация: работодатель пытается сер- дельная тема, и мы планируем обтифицировать сотрудника, не име- судить ее в формате круглого стола ющего опыта, просто из-за от- с участием представителей других сутствия кадров. Действительно, институтов. Необходимость назрек нему приходит не очень квалифи- ла. Уже года два назад на президицированный сотрудник. Это беда, уме Общества офтальмологов Росв основе которой лежат проблемы сии мы ставили вопрос о том, что рост числа проводимых конференций неизбежно отразится на их качестве. Невозможно 170 раз в циализации нынешнего образодавать передышку, обеспечивая возможность всем через опредеобразование ведут к тому, что денный промежуток времени про**высшее образование становится** $_{\rm водить\ конференции,\ но\ не\ парал$ лельно, как происходит сейчас.

— Сергей Эдуардович! Вы занимаете высокую должность, академик РАМН, из потомственной прохорошо знает офтальмологическая общественность. Это помо-

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

— Мне кажется, все-таки больше помогает. Наверное, это в головах у людей откладывается. Путают иногда инициалы — у нас с отцом инверсия в инициалах. Дело не в том, что Эдуард Сергеевич — мой отец, но он, действительно, был человеком, к которому офтальмологи хотели обращаться, понимая, что он авторитетен, решает вопросы порядочно и честно. В связи с этим хотелось бы напомнить офтальмологу-коллеге, который в своих воспоминаниях о М.М. Краснове отнес Э.С. Аветисова к представителям московского «истеблишмента», следующее: в 1957 году Эдуард Сергеевич, будучи сотрудником кафедры глазных болезней мединститута Самарканда (есть такой город в Узбекистане), после участия в конкурсе стал младшим научным сотрудником НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. В то время одним из условий конкурса было предоставление «жилплощади», на» всегда была удручающей. Это ребят с потока родители не имели и в течение 8-и лет наша семья из 4-х человек проживала в одной комнате коммунальной квартиры на территории института.

Чего Вы больше всего бои-

— Наверное не боюсь, а переживаю за здоровье родных и близких

мне людей. Часто видишь в инстистановится грустно... На первый взгляд, все есть, мы помогаем, но неустроенность этих людей все равно очевидна, они не полностью адаптированы к новым соци альным условиям. Может в нашем случае будет по-другому, но за нынешнее поколение пожилых людей очень больно. В отличие от молодежи, людей среднего возраста, которые в современных условиях получили возможность зарабатывать, пожилые наши граждане, отдавшие работе всю свою жизнь, в большинстве своем психологически и материально не смогли адаптироваться. В этой жизни им приходится нелегко, и хорошо, если у них Сергей Эдуардович, расскажите, пожалуйста, о себе. Какое Ваше любимое занятие в свобод-

— Иногда очень хочется побыть

одному, люблю гулять один. Я много хожу пешком и вообще мой день начинается с часового плавания. А так — как у всех: семья, работа.

— Сколько часов Вы работае-

— Я мог бы сказать: 12-14 часов в день...Мой подход к административной работе — плановость и порядок. Я считаю, что

форс-мажорные обстоятельства, ночные бления, прежде всего, означают дефекты в организации

Вы противник правила «жить, чтобы работать», Вы — за «работать, чтобы жить?»

— Ну... истина где-то посередине. Ночные посиделки — не совсем нормально с точки зрения физиологии, да и продуктивность падает. Недаром же за рубежом считается, что те работники, которые задерживаются на работе после 6-ти вечера, просто не справляются со своей работой. У нас же часто бывает, что некоторые руководители сидят до 10-ти вечера и сотрудники вместе с ним, я считаю, это не должно быть системой.

Какое качество Вы более всего цените в женщине, мужчине?

В женщине — преданность мужчине, а в мужчине — поря-

— Есть что-то такое, что Вы хотели бы сказать, но я Вас не

— В этом, наверное, ничего зазорного нет, но довольно часто я задаю себе вопрос, кто будет следующим директором института. Понимаю, что это должно когдаго произойти, но ответа пока не

> Беседу вел Сергей Тумар







МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

«Учитель?..»

«Учитель — наставник; преподаватель; профессор; обучатель»

(В. Даль. Толковый словарь)

Глава из книги «Посвящение. Михаил Михайлович Краснов в воспоминаниях». Издатель: 000 «Издательство «АПРЕЛЬ».

учителей в моей профессии было несколько. И, в первую очередь, с великим уважением я вспоминаю мою маму, Ларису Петровну Бахолдину, врача в третьем поколении, Врача с большой буквы, обожаемую пациентами и лу вполне объективных причин потом я быстро понял, что вели- В. Далю, «учитель — наставник, гранкомандировке, попросил разколлегами. В начале 70-х она была в моем профессиональном обрачие и недосягаемость — это как обучатель, преподаватель». Этот одной из первых, кто «с боями» зовании отсутствовали классиче- бы такая игра, своего рода «тевнедрял принципы микрохирургии ские этапы в виде интернатуры, атр одного актера». На самом деле с ним работал, задаю себе его и те- с зарубежными коллегами исслеглаза в одном из отдаленных регионов нашей страны. Кстати, постигать азы микрохирургической техники она приезжала в Москву, в только что созданный тогда, в начале семидесятых, ВНИИ глазных го желание и возможности та- сии. Будучи хирургом высочайшеболезней Минздрава СССР, руководимый М.М. Красновым. Еще будучи студентом, приезжая к родителям на каникулы, я ассистировал ей на операциях. Это она постоянно и ненавязчиво рассказывала мне о своей замечательной специальности — офтальмологии и о ее роятно, и я бы даже сказал, пато- диссертации. При этом он «подкипреимуществах перед другими хирургическими дисциплинами.

Я преклоняю колени перед другим моим Учителем — доцентом кафедры глазных болезней 1-го МОЛГМИ им. И.М. Сеченова Георгием Анатольевичем Соколовским. человеком высочайшей порядочности, доброты, интеллигентности и эрудиции, обладающим энциклопедической памятью, увлекающимся и интересующимся, как сейчас говорят, всеми инновациями и вместе с тем жутко неорганизованным, что касается самого себя (он так и сделать это тысячу раз). Он любил ключительно на «вы». Молодежь обожала его. Будучи прекрасным микрохирургом, не поучая с назидательностью мэтра, он давал дельные практические советы, для всех находил время и делал все честно, открыто и бескорыстно. Между собой мы, молодые коллеги, назы-

🦳 сли следовать толкованию 🛚 Спасибо Вам, дорогой Георгий Ана- 🗡 на кафедре, возглавляемой профес- 🗸 ня его существования довелось ра- 🗸 и закрытым. Это был своего рода Вам память!

у нас — не офтальмолог». Приходилось самообразовываться. Бла- высоко эрудированным в профеские были, а главное, были люди, которые независимо от их высо- операции по пересадке роговицы, ких должностей и регалий, гото- Аркадий Александрович принивы были щедро поделиться своими знаниями и опытом.

Груша. Всегда приветливый неве-

логически вежливый, с длинными дывал» оригинальные идеи и неми пианиста, он даже в цивильной одежде выглядел стерильно чи- учил меня тщательно и детально стым. Моим вторым после лазеров хобби в офтальмологии были кож- дить эксперимент, а потом объекно-пластические операции на веках. Здесь Олег Васильевич был для верности анализировать полученчто-то не так, он никогда грубо не тренером. Таким образом, научным одергивал, а тем более, не кричал руководителем моей первой дис- но оно и было. Краснов никогда не были аварийные пожарные лести не ругался, как это часто бывает сертации фактически был Аркадий лез, если так можно выразиться, среди маститых хирургов в большой хирургии. Он не оперировал, история. Огромное спасибо Вам, на скрипке. При этом он объяснял ничего не скрывая, никакого «ноу- мечательные Люди и настоящие и руководителей стран социалистихау». Дорогой Олег Васильевич, спасибо Вам за Ваше щедрое на- всем им! ставничество. Светлая Вам память!

Аркадий Александрович Каспа-

то, что научили нас любить свое около 34-35 лет) и единственным Так уж сложилась моя офталь- и даже каким-то великим и недоординатуры и аспирантуры. Как-то А.А. Каспаров оказался добрейшей рованным и, что особенно важно, го класса, выполняя сложнейшие мал самое живое и непосредственное участие в достаточно непропериментах моей кандидатской стандартные пути решения сложных задач. Именно Каспаров напланировать и скрупулезно прово-

Я мог бы еще продолжить спи-Профессионалы. Низкий поклон

будучи членом научного студенче- созданного в начале семидесятых ского офтальмологического круж- Всесоюзного НИИ глазных болез- го повествования. Михаил Ми-

этого термина буквально, то тольевич, за то, что научили нас сором В.Н. Архангельским, он был ботать неполных 40 лет? Могу ли айсберг. Поэтому писать о нем событь порядочными и честными, за самым молодым (ему было всего я называть этого, без всяких преувеличений, великого и талант- кого и никогда не хвалил, не ругал Дело, свою Профессию! Светлая доктором наук. Вначале он пока- ливейшего Ученого-офтальмолога и за все те годы, что я с ним разался мне не по возрасту важным XX века таким, ко многому обязыва- ботал, никого не уволил. Правда, ющим, Именем, я подчеркиваю мологическая биография, что в си- сягаемым, суровым и строгим. Но Именем, — Учитель? Напомню по дважды, когда я, находясь в завопрос я часто задавал себе, когда ния для завершения совместных перь. К сожалению, до сих пор не дований. В ответ я получил факс, один из моих друзей и коллег по- души человеком, очень контакт- могу на него ответить однозначно. в котором в категоричной форме шутил: «А профессор Большунов-то ным, доступным и высоко эруди- Да, кстати, я никогда ни от кого было сказано, что, если я немедиз коллег не слышал, чтобы Краснова называли «мой Учитель». В коллективе коллеги называли его литической обстановки (да-да, не смейтесь, именно от политической обстановки): «М.М.» — в 70-е годы, «шеф» — в 80-е и, наконец, «ди-Профессор Олег Васильевич стых, порой даже пионерских экс- ректор» или просто «Краснов» все последующие. М.М. был беспартийным, что в те годы было исключением. Директор крупного научно-производственного объединения (а именно таким был наш НИИГБ, объединенный с клиникой и кафедрой глазных болезней 1-го МОЛГМИ) обязан был быть членом КПСС. Коллеги из других (особенно — не медицинских) академичеменя Богом. Я много раз ассисти- ные результаты. Как сейчас при- ских институтов, с которыми мы Старожилы нашего института, я дуровал ему. При этом, если я делал нято говорить, он был играющим сотрудничали, просто не верили в это. Но, действительно, так имен-Александрович. Но это уже другая в политику. В то же время, будучи главным консультантом Кремлевской больницы, он был лечащим врачом не только всей политичеческого лагеря. Может быть, именно это помогло ему в предолимпий-Ну, а что же Краснов М.М., с ко- ские годы начать строительство выторым мне, как одному из первых сотного здания нашего института, ров. Я впервые встретился с ним, научных сотрудников только что да еще в пределах Садового кольца. Однако вернемся к теме наше-

всем не просто. Он сам лично нирешения продлить срок пребываленно не вернусь, будет решаться вопрос о моем дальнейшем пребывании в институте. И, что важвым, а одним из его замов. Тогда коллеги лаже пошутили: «Может позвонить М.С. Горбачеву?» В другой раз о необходимости увольнения «по собственному желанию» за опоздание из загранкомандировки сообщил мне начальник отдела кадров. Как я уже говорил, сам Краснов никогда никого «на ковер» не вызывал, не отчитывал и не увольнял. И вообще общался он в своем кабинете с немногими «избранными» либо с особо приближенными (по какому принципу происходил отбор этих особ остается тайной). маю, никогда не забудут знаменитые «черные» (на самом деле это ницы) лестницы Краснова, вход на которые всегда был рядом с его рабочим кабинетом, а ключи от дверей — были только у него. По ним (лестницам) он незаметно входил в Институт и так же незаметно его покидал. До сих пор остается загадкой: то ли он таким образом избегал общения с людьми, то ли он просто их почему-то боялся. Позже, когда здоровье уже не позволяло ему бегать вверх-вниз по лестницам. Краснов стал пользоваться лифтом. Его кабинет находился на



Фото из семейного архива





Иногда Он являлся нам на ученых советах или на заседаниях офтальмологического общества

детище, лазерный отдел (это, пожамучительная переписка. Казалось, луй, не считая операционной, было ты учел все его замечания, внес единственное место в его Инсти- соответствующие поправки и оттуте, куда он редко, но заходил) — ветил на все вопросы. Но не тут-то на 11-м. Однажды, побывав в отде- было: после повторной читки появле. Краснов отправился к себе и... лялись новые замечания и порой те в буквальном смысле заблудился. же самые, но только несколько ви-В результате ему пришлось звонить доизмененные. И так могло просекретарю и просить вывезти его должаться долго. Это походило на с 11-го этажа. Говорят, что Крас- своего рода тренинг выдержки и нова все боялись. Я, наверное, истерпения. Зато такую многостраключение в этом смысле. Для меня дальную, вымученную статью не он был чем-то вроде Всевышнего: стыдно было публиковать в любом ну, где-то там, наверху есть Он — центральном журнале. Кстати, сам Он, который вершит наши судьбы. М.М. излагал свои мысли корот-Мы его не видим или видим редко. ко, ясно и очень грамотно, просто Иногда Он являлся нам на ученых о сложном. Он избегал сложных советах или на заседаниях офтальмологического общества. Редко, но сожалению, единственную) великотакое случалось и со мной, Он удо- лепную монографию «Микрохирурстаивал тебя чести и даже мог при- гия глауком». Для меня лично гласить к себе в кабинет. И тогда со это пример, как надо писать научмной происходило что-то странное: ные опусы. Итак, хочу вспомнить общаясь один на один, я совершен- свою первую статью по теме дисно терял дистанцию и разговари- сертации. После его «читки», а чивал с ним, как с равным. Однаж- тал он ее, надо сказать, очень вниды перед какой-то командировкой мательно, там не осталось ни одза рубеж я стал с ним спорить (не ного «живого» места. Сплошь и ряпомню сейчас, что послужило при- дом были замечания не столько по чиной) и, видимо, перешел ту са- сути, сколько по стилю, согласованмую незаметную и запретную черту. В результате М.М. резко пре- да особенно возмутило шефа, это рвал нашу беседу и жестко произ- присутствие в тексте многочисленнес: «Если ты так будешь со мной ных местоимений «мы» и «нами». разговаривать, то вообще никуда По этому поводу в конце текста, не поедешь». В отличие от других на полях, им было сделано замеученых его уровня и положения, он чание: «Все-таки идея-то Красноверил в то, что мы, молодые и горя- ва!». С тех пор я избегаю этих, дочие, позволяли себе даже не делать. вольно часто встречающихся в наа «вытворять» в науке. При этом он ничего не запрещал и разре- и своим ученикам советую делать шал разрабатывать любую, самую то же самое. Итак, я был раздавлен, сумасшедшую, идею. И, главное, унижен и смешан с грязью. Однаон доверял нам. Как очень точно и ко все замечания учел. А главное, ские бани, старались попасть туда главная заслуга Краснова заклюобразно сказал один наш бывший выбросил все так раздражавшие в дни, когда там заправлял парколлега с Кавказа, который учился шефа местоимения. Позже я поу нас в аспирантуре, а потом в док- нял, как ревниво относился Красторантуре: «Я видел, как Краснов, нов к своим или чьим-то, но иникогда бросая вам, молодым, какую- циированным им, идеям. Так, когда то совершенно фантастическую на- работа по моей диссертации подхо- и представлял ему лично В. При своего великого шефа. Однажды, учную идею, говорил: «Фас!» и вы, дила к концу, я обратился к нему этом Краснова ничуть не смущало в одной из зарубежных командирокак голодные псы, бросались ее ре- с просьбой поставить вторым рукоализовывать». А иногда по отноше- водителем А.А. Каспарова. Реакция точно был навеселе. Для Краснова ботаю, у Федорова или у Краснова. смертие как ученого», нию к своим подопечным он вдруг его на мою просьбу была неожиился излевательски жестоким. Однажды, будучи научным сделал Каспаров по этой работе?» руководителем кандидатской дис- (помните. что я писал о Каспарове сертации одной из наших коллег, выше?). Я понял, что спорить было Краснов во время ее защиты за- бесполезно. Вот так проходило мое дал вопрос (хотя как научный ру- «обучательство». ководитель он не имел право это делать) и, не получив удовлетво- особенности Михаила Михайловиряющего его ответа, предложил ча. Мы, его сотрудники (неважно отложить защиту на неопределен- молодые или старые), совершено ное время. Несправедливо? Же- не интересовали его как личности. стоко? Да! А может быть, именно Точно также ему была абсолюттак происходило некое обучение но безразлична бытовая сторона уверенности в своей правоте? Все нашей жизни. Когда мы начинанаши статьи рецензировались ис- ли свою работу в Институте, нам ключительно шефом. Его рецен- было всего-то по 23-25 лет от роду. зий приходилось ждать подолгу. В быту мы были горячие, недаль-Интересоваться у секретаря, ког- новидные, часто безрассудные

ности времен, но главное, что тогучных публикациях, местоимений

Хочу рассказать еще об одной да же, наконец, будет ответ, было и просто бесшабашные. Мы женине принято. И вот она долгождан- лись, разводились и пьянствованая, прочитанная шефом статья! ли. Шефа эта сторона нашей жиз-С трепетом читаем вопросы и заме- ни совершенно не интересовала. чания, сделанные на полях его ма- Для него главным была наша ралопонятным бисерным почерком. бота. Так, был у нас в институ-Потом начиналась длительная и те один невероятно талантливый



М.М. Краснову удалось собрать команду профессионалов высочайшего класса, скромных и интеллигентных тружеников

и высокопрофессиональный со- это не имело особого значения. Сатрудник В. Одним из его хобби была симфоническая музыка. Об- бы люди, которых он набрал в свою ладая абсолютным слухом, он мог команду, а точнее — отобрал (а ров — бизнес». просвистеть вам увертюру к любой опере, любую классическую симфо- всей Москве, работали и не просто нию или музыку к балету. Другим его хобби была баня, да-да, русская баня! Он умел «делать пар» (любители бани знают, какое это искус- этом Краснов никогда никого не ство), и все, кто посещал Усачевную В. Так вот, всех, так называемых VIP-овских больных, направлявшихся на консультацию скромных и интеллигентных трук шефу, предварительно готовил то, что В. практически круглосу-

мым важным для него было, чтоотобрал он лучших из лучших) по работали, а работали качественно и самоотверженно, до конца отдавая себя этой самой работе. При хвалил и не благодарил. И все же чается, на мой взгляд, в том, что ему удалось собрать команду профессионалов высочайшего класса, жеников, повсюду прославляющих вок, коллеги спросили, у кого я ра-

Я ответил. Уважительно закачав головами, они сказали: «Да, да, мы знаем: Краснов — это наука, Федо-

Вот как-то так. Все-таки про

Большунов Андрей Валентинович (ФГБУ «НИИГБ» РАМН)

Однажды на моем юбилее один очень уважаемый мною старший коллега (Светлая ему память!) после очередного хвалебного тоста в мой адрес сказал: «Запомни, главное в науке не твои достижения, ниями, наградами и регалиями, главное — это твои ученики, твоя Школа. В этом твое будущее бес-



«Да, да, мы знаем: Краснов – это наука»



Он любил повторять: «Я женат на офтальмологии»

ФГБУ «НИИГБ» РАМН — 40 лет: работа в созидательном ключе

ГБУ «НИИГБ» РАМН был образован в 1973 году остановлением Совета Министров СССР как Всесоюзный научно-исследовательский институт глазных болезней Министерства здравоохранения СССР. С 1990 года институт входит в состав отделения клинической медицины Российской академии медицинских наук. Первым директором института был академик РАМН, профессор М.М. Краснов (1929-2006). С именем профессора М.М. Краснова связана целая эпоха становления и развития новых методов диагностики и лечения глазных заболеваний. М.М. Краснов основоположник отечественной микрохирургии в офтальмологии, он впервые в СССР произвел имплантацию искусственного хрусталика. Впервые в мировой практике им были разработаны методы безножевого лечения глаукомы с помощью предложенных им лазерных установок, не применявшихся ранее в офтальмологической практике. Ему была присуща прежде всего широта научных интересов. Научные достижения и заслуги по праву является олицетворени-М.М. Краснова были высоко оценены. Михаил Михайлович Краснов лауреат Ленинской (1978 г.), Государственных премий (1975, 1984) 2000 гг.), премии им. В.П. Филато-

звание Героя Социалистического

Труда с вручением ордена Ленина

и золотой медали Серп и Молот.

Он был награжден многими орде-

нами и медалями нашей страны и

зарубежных государств. М.М. Крас-

нов являлся членом Международ-

ной офтальмологической академии

и ряда международных офтальмологических обществ. Академик М.М. Краснов с 2001 года и до своей кончины в 2006 году являлся советником директора Вместе с М.М. Красновым значительный вклад в организацию и становление института внесли проои деятельности про фессор Б.Н. Алексеев посвятил вопросам углубленного изучения гла- по научной работе с 1973 по 2004 г.

фессора Б.Н. Алексеев (1925-2004) и О.В. Груша (1930-2006). Борис Николаевич Алексеев — известный ученый, высококвалифицированный офтальмохирург широкого профиля, прекрасный клиницист, автор более 200 научных работ, 45 патентов на изобретения. Им впервые в мировой практике был предложен принципиально новый физиологичный метод имплантации искусственного хрусталика, который в настоящее время применяется во всем мире. Большую часть укомы. Им объективно установлен первоисточник нарушений гидродинамики глаза, что явилось основанием для разработки принципиально новых малоинвазивных микрохирургических технологий. Под руководством Б.Н. Алексеева подготовлен не один десяток специалистов-офтальмологов для различных учреждений как в нашей стране, так и за рубежом. Б.Н. Алексеев на протяжении многих лет был научным редактором журнала «Вестник офтальмологии», членом его редколлегии. Профессор Б.Н. Алексеев был членом Московского научного общества офтальмологов, в течение 7 лет являлся его председателем. Профессор Б.Н. Алексеев участник Великой отечественной войны, он награжден многими боевыми наградами: двумя медалями



Первый директор института — Герой Социалистического Труда, академик РАМН, профессор Михаил Михайлович Краснов

«Великолепный клиницист, виртуозный микрохирург, прекрасный оратор, основатель ряда новых научных направлений, признанных за рубежом, М.М. Краснов до сих пор ем успехов отечественной офтальмологии» (С.Э. Аветисов).

«За отвагу», орденами «Славы» ва (1979 г.). Ему было присвоено И и III степени, «Красная звезда», «Отечественной войны» ІІ степени, 10 памятными медалями.

Олег Васильевич Груша был известным ученым-офтальмологом, прекрасным офтальмохирургом, клиницистом и педагогом. О.В. Груша разработал целый ряд оригинальных хирургических вмешательств в области кератопластики, офтальмо-

Борис Николаевич Алексеев

ной офтальмомикрохирургии и общества им. Пуркинье. пластической хирургии век и орбиты. С 1974 по 2002 г. профескафедры глазных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Он — автор более 250 научных работ, множества патентов на изо- руководит ученик М.М. Краснова. бретения. О.В. Груша был талантливым организатором здравоохра- тель науки Российской Федерации, нения, долгие годы являлся глав- заслуженный врач РФ, заведующий ным офтальмологом Минздрава кафедрой глазных болезней Перво-СССР. Профессор О.В. Груша на го Московского государственного протяжении многих лет был заместителем председателя комиссии Минздрава СССР по новой медицинской технике, консультантом 4-го Главного управления Минздрава СССР, заместителем председа- и газеты «Поле зрения», д.м.н., протеля диссертационного совета при ГУ НИИ глазных болезней РАМН, членом правления Всесоюзного и

онкологии, при глаукоме, много он был академиком РАЕН, почетсделал для развития рефракцион- ным членом Чешского научного

Заслуженным уважением и авторитетом пользуются профессор сор О.В. Груша возглавлял работу А.А. Каспаров и И.А. Мустаев, которые также внесли существенный вклад в развитие института.

С декабря 2001 года институтом академик РАМН, заслуженный деямедицинского университета имени И.М. Сеченова, председатель Московского научного общества офтальмологов, главный редактор журнала «Вестник офтальмологии», фессор С.Э. Аветисов. Помощники Сергея Эдуардовича — заместитель по научной и лечебной работе про-



Директор института академик РАМН, профессор Сергей Эдуардович Аветисов

секретарь И.И. Кузнецова, главный врач, к.м.н. М.Н. Лебедева — содействуют дальнейшему развитию традиций, заложенных основателем института.

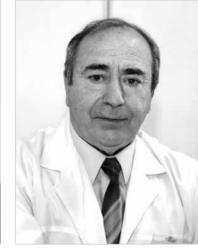
Основная деятельность института заключается в разработке новых методов диагностики, лечения и профилактики различных глазных заболеваний, трансляции новых технологий в клиническую



А.С. Аветисов и М.М. Краснов



болезней с 1973 по 2005 г. Олег Васильевич Груша



роговицы, профессор Аркадий Александрович Каспаров



института с 1975 по 2003 г. Ильяс Абдуллович Мустаев













ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

В соответствии с решением ученого совета института от 1 января 2010 года научная часть включает 5 отделов, 4 отделения и 2 лабора-Отдел патологии роговицы мно-

ных и индуцированных аметропий

гие годы разрабатывает и трансли-

рует в клиническую практику мето-

ды современной диагностики, медикаментозного и хирургического лечения основных заболеваний и поражений роговицы и связанных с ней структур переднего отрезка глаза. В отделе с успехом используется оригинальный высокоэффекпетической болезни глаз методом

флюоресцирующих антител (МФА). роговицы, сочетающихся с реф-Широко применяется система ин- рактерной глаукомой выполняется отдела глаукомы связаны с разра- нениями в динамике глаукомного новационного дифференцирован- одномоментная реконструктив- боткой современных подходов к процесса. Важное место занимает ракционных нарушений проводитного подхода к выбору наиболее ная сквозная кератопластика с им- диагностике, лечению и монито- разработка вопросов комплексного ся с учетом выявляемых специальэффективного метода лечения этой плантацией отечественных сили- рингу глаукомы. Проблема ранней подхода к лечению рефрактерных патологии: медикаментозного — коновых микродренажей. В отделе диагностики первичной глаукомы, форм глаукомы. Изучаются вопрона основе лучшего отечественного разработан дифференцированный которая имеет особое значение сы рационального применения ининдуктора интерферона полудана и подход к лечению кератоконуса: в профилактике слепоты и слабо- гибиторов роста эндотелия сосудов его комбинации с химиотерапевти- способ бандажного укрепления видения вследствие глаукомы, ре- с целью повышения эффективности плекса методик. ческими методами; оригинальной роговицы при остром кератокону- шается на основе выявления инди- лечения. Перспективы научных исметодики персонализированной се, при начальных проявлениях — видуальной нормы внутриглазного следований отдела связаны с изучеклеточной терапии; микрохирур- эксимерлазерное воздействие, давления и использования совре- нием физиологии и патологии сте- щих методов удаления катаракты гического — микродиатермо- или а при развитых стадиях — разра- менных методов морфофункцио- кловидного тела, клинико-функ- одно из важных направлений научлазеркоагуляция инфильтратов ботанный в отделе, запатентован- нального исследования состояния циональных и морфологических ных и клинических исследований и изъязвлений роговицы. Разрабо- ный способ эффективного хирур- сетчатки и зрительного нерва. особенностей зрительного тракта отдела факохирургии и интраокутаны оригинальные методики ле- гического лечения. Отдел патоло- Особое внимание уделяется изу- при глаукомной оптической ней- лярной коррекции. Среди них ульчебной послойной бесшовной пере- гии роговицы располагает всеми чению биомеханических свойств ропатии и нейродегенеративных садки роговицы, а в наиболее слож- современными и оригинальными фиброзной оболочки глаза для по- заболеваниях головного мозга, воз- эмульсификация, гидромониторная ных случаях — метод «тройной про- собственными методиками для лучения более точной информа- можностей использования клеточцедуры»; сквозная кератопластика полноценной реабилитации боль- ции о состоянии гидростатики, ных технологий в лечении глаукомплюс экстракция катаракты плюс ных с патологическими пораже- выявления возможной корреляци- ной оптической нейропатии. имплантация интраокулярной лин- ниями и заболеваниями роговицы онной зависимости между биоме-

зы. При «неоперабельных бельмах» и переднего отдела глаза в целом. ханическими характеристиками отдела рефракционных нарушений с узкими зрачками при глаукоме,

связаны с разработкой и трансляцией в клиническую практику методов диагностики, коррекции и лечения различных дефектов оптической системы глаза. В отделе разработан дифференцированный подход к выбору методов коррекции врожденных аметропий (близорукости, дальнозоркости, астигматизма), базирующийся на четком выделении преимуществ существующих методов коррекции очковых и контактных линз, а также хирургических вмешательств) путем проведения многолетних сравнительных исследований. В диагностике и мониторинге рефракционных нарушений используется уникальный современный комплекс, включающий топографические подходы к оценке рефракции и толщины роговицы, томографический анализ состояния главной преломляющей среды глаза — роговицы, различные методы изучения аберраций глаза, объективное исследование состояния слезной пленки. Широко применяется метод конфокальной микроскопии, позволяющий оценивать структуру роговицы на уровне, близком к морфологическому. Детально изучаются биомеханические свойства фиброзной оболочки глаза (роговицы и склеры), а также их изменения в результате рефракционных нарушений и применения различных методов коррекции. Одним из направлений деятельности отдела является разработка инновационных подходов к изучению кератоконуса. Наличие в составе отдела уникальной оптико-механической группы позволяет изготавливать контактные линзы любой сложности по индивидуальному заказу с компьютерным контролем соответствия параметров созданных линз. В отделе разработана система коррекции рефракционных нарушений у детей раннего возраста (в том числе после удаления врожденной катаракты), также базирующаяся на индивидуальном изготовлении контактных линз.

Для хирургической коррекции близорукости, дальнозоркости менные кераторефракционные и Основные научные направления и морфофункциональными изме- интраокулярные вмешательства. глаза, а мониторинг послеоперационных изменений рефракции с помошью описанного выше ком-

> Оценка современных высокофакофрагментация) занимают осоможность проведения операций в Основные научные направления осложненных случаях (у пациентов







Лаборатория морфологической

диагностики, консервации тканей

и клеточных технологий создана для решения вопросов, связанных

с проведением фундаментальных

и прикладных научных исследований в области морфологии орга-

на зрения и его вспомогательных

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

при наличии зрелой (плотной) катаракты, подвывиха собственного хрусталика, дистрофии роговицы, после различных травм глаза). Разработан алгоритм предоперационного обследования и послеоперационного мониторинга пациентов с осложненными катарактами, основанный на применении современных ультразвуковых методов исследования (комбинированного ультразвукового метода и ультразвуковой биомикроскопии) и оптической когерентной томографии. Проведено сравнительное исследование методик расчета оптической силы интраокулярной линзы в т.н. нестандартных ситуациях (экстремально «короткие» и «длинные» глаза, состояния после ранее проведенных кераторефракционных операций).

Отделение патологии слезного аппарата глаза было создано при непосредственном участии недавно ушедшего из жизни профессора В.Г. Белоглазова. Это уникальное научное подразделение, в состав которого входят представители двух смежных специальностей офтальмологии и оториноларингологии. Такой «симбиоз» позволяет полноценно осуществлять разработку новых методов диагностики и лечения заболеваний слезного аппарата (как слезопродуцирующей, так и слезоотводящей системы) и применять эти инновации в практической медицине. Одними из первых в стране сотрудники отделения начали исследования по проблеме синдрома «сухого глаза». На основании предложенной клинической классификации синдрома «сухого глаза» разработан дифференцированный подход к лечению различных форм заболевания и методам его профилактики. Ведутся разработки по офтальмологическим проявлениям тяжелых аутоиммунных, системных, гранулематозных и лимфопролиферативных заболеваний. При диагностическом обследовании и мониторинге пациентов с патологией слезного аппарата используется весь арсенал современных визуализирующих методов, таких как ультразвуковые исследования, цифровая дакриорентгенография, мультиспиральная компьютерная, магнитно-резонансная томография, лакримальная сцинтиграфия, эндоскопия полости носа и микроэндоскопия слезоотводящих путей. Сотрудничество офтальмологов и оториноларингологов определя- циально разработанного имплан- днего отдела глаза. Фундаменталь- массивных субретинальных кроет ведущее направление в работе отделения — хирургическое лечение различной патологии слезоотводящих путей с эндоназальным огромный опыт хирургического лечению возрастной макулярной





ния дакриостенозов. Предложены состояния экстраокулярных мышц. способы терапевтического и мало- Проводится лечение эндокринной инвазивного хирургического ле- офтальмопатии, включая выполнечения этого заболевания с применых препаратов и интубационных плен самый крупный в Восточной

структивной хирургии век и орбиты является разработка комплекс- нальных диагностических методик. ного подхода к коррекции паралитического лагофтальма. Разработан

ние костной декомпрессии орбиты, Европе опыт операций на верхней полняется на основе данных ориги-

ятельности отделения сосудистой го лагофтальма с применением спе- методов лечения заболеваний заулучшить состояние роговицы и ка- правлены на создание алгоритма

подходом и использованием микро- лечения травматических деформа- дегенерации с использованием эндоскопической техники. Одно из ций орбиты и обусловленных ими молекулярно-генетических метосовершенствование методов лече- методы оценки функционального ров ангиогенеза на морфофункциональное состояние глаза. Создана материально-техническая база для тории новых лазерных техноловитреоретинальной хирургии, отнением современных лекарствен- аномалий положения век, нако- родным стандартам хирургической и анестезиологической помощи пациентам с витреоретинальной па-Приоритетным направлением тарзальной мышце. Радиоволновое тологией, в том числе с наиболее ложено неразрушающее лазерное отделения пластической и рекон- удаление новообразований век вы- тяжелыми ее проявлениями: пролиферативной диабетической ретинопатией, увеитами, отслойкой Актуальным направлением де- сетчатки. Широкое применение склерального) внутриглазной жидтаких микроинвазивных методик и внедрен в практику метод хирур- и витреоретинальной патологии лечения, как пневморетинопек- микропоры. Этот новый способ ласетчатки, пневмодислокация при тата, что позволяет значительно ные научные исследования на- воизлияниях, интравитреальные инъекции гемазы при тромбозах В ранней диагностике, мониторинчество жизни пациента. Накоплен дифференцированного подхода к вен сетчатки, позволяет во многих ге и лечении гипертонической анслучаях избежать хирургического гиопатии, диабетической ретино-

В отделении морфофункциональной диагностики разработаны уникальные методики ультразвукового сканирования глазного ляющий одновременно проводить яблока, орбиты и придатков глаза, а также методы докальной оценки электрического потенциала зри- ресцентную ангиографию, фототельного анализатора при диффенои диагностике заоолеваний. В работе отделения исполь- ности лаборатории является раззуются следующие современные работка инновационного подхода медицинские технологии высо- к лазерной коррекции рефракционкого уровня, которые могут быть ных нарушений с помощью неразприменены как самостоятельно, рушающего излучения волоконных так и комплексно: электрофизио- лазеров. В лаборатории разработалогические методы; исследование на уникальная технология ранней электрических фосфенов, электро- диагностики и мониторинга соретинография (общая, локальная, судистой патологии глазного дна мультифокальная и др.), анализ с использованием мультиспекзрительных вызванных корковых тральной адаптивной фундус-капотенциалов; методы ультразвуко- меры, обладающей высокой разревого анализа и оптического коге- шающей способностью и позволярентного сканирования: ультразву- ющей проводить детальную биоковое допплеровское сканирование глаза, его придатков и орбиты по информативности с флюоресв различных режимах, ультразву- центной ангиографией. В лабораковая биомикроскопия глаза, оп- тории также широко используюттическое когерентное сканирова- ся лазерная коррекция положения ние сетчатки; методы исследова- зрачка при его смещении и форминия световой чувствительности и рование искусственного зрачка при кровотока сетчатки: компьютер- его заращении. Научно-исследованая периметрия, флюоресцентная тельская лаборатория новых лазерангиография глазного дна.

органов, углубленным светооптическим и электронно-микроскопическим исследованием клинического материала с целью выявления основных звеньев патогенеза и назначения адекватного лечения. Лаборатория обеспечивает бесперебойную работу глазного банка на основе современных технологий консервации донорского материала и своевременное выполнение гистологического исследования поступающего операционного материала с целью постановки патоморфологического диагноза. Оригинальные клеточные технологии используются для лечения заболеваний переднего отрезка глаза. В лаборатории разработаны и внедрены в практику уникальные диагностические малоинвазивные методы: импрессионная цитология, шитологическое исследование содержимого носослезных путей при их сужении (дакриостеноз) для определения этиологии и стадии заболевания, оценка состояния устьев выводных протоков мейбомиевых желез, кристаллографическое исследование слезы при синдроме «сухого глаза». Экспериментально-морфологические исследования биологической переносимости различных имплантационных материалов направлены на оптимизацию их применения з клинической практике. Разработка новых и совершенствование известных лазерных технологий лечения важнейших забоосновных научных направлений — расстройств. Разработаны новые дов, изучению влияния ингибито- леваний переднего и заднего отделов глаза — основные направления

гия контактной и бесконтактной транссклеральной циклофотодеструкции. В основу последней повоздействие на склеру, сопровонительного пути оттока (транскости через формируемые в склере гического лечения паралитическо- является разработка современных сия при регматогенных отслойках зерного лечения зарекомендовал себя как эффективный метод лечения резистентных форм первичной открытоугольной глаукомы. патии и других заболеваний глазного дна в лаборатории используют уникальный современный лечебнодиагностический комплекс, позвотомографический анализ состояния внутренних оболочек глаза, флюорегистрацию и лазерное лечение. Олним из направлении деятель микроофтальмоскопию, сравнимую ных технологий в офтальмологии

научно-исследовательской лабора-

гий. Сотрудниками лаборатории

разработана собственная техноло-

ционирует учебно-методический ские конференции с международцентр, одной из основных задач ным участием, посвященные ак- (Афганистан). которого является организация туальным проблемам офтальмообучения аспирантов, клиниче- логии, на которых присутствует не ских ординаторов, а также повы- менее 500 участников. Материалы логов из различных регионов Рос- сборников. Интересной традицино в институте проходят обучение ретических конференций, посвяшенных дискуссионным вопросам

давления (аппланационного тоно-

вирусной болезни глаза (профес-

курсах и рабочих местах повышают ме оживленной дискуссии обсужсвою квалификацию по различным даются научные вопросы, неодноразделам офтальмологии до 100 значно трактуемые различными врачей-офтальмологов. С целью учеными На базе ФГБУ «НИИГБ» РАМН оптимизации обучения офтальмологов на местах специалистами ин- располагается кафедра глазных боститута создана и успешно функци- лезней Первого Московского госуонирует телемедицинская система, позволяющая передавать данные ситета имени И.М. Сеченова. Кафес большинства современных придра глазных болезней медицинского боров в удаленную аудиторию, одфакультета Московского универновременно обеспечивая интерак- ситета была создана в 1860 году тивное общение с лектором. Ка- под названием «кафедра теоретичество дистанционного обучения, ческой офтальмологии», 1 ноября апробированного при обучении 1892 года при Московском унистудентов и клинических ордина- верситете была открыта глазная торов, позволяет сделать вывод клиника, и кафедра получила собо существенном экономическом ственное помещение в клиничеэффекте от внедрения этой техно- ском городке на Девичьем поле. логии. В течение последнего года Заведующим кафедрой и глазной были проведены две международ- клиникой был назначен професных телеконференции «Россия- сор Алексей Николаевич Маклаков, Украина», в которых принимали с именем которого связана первая участие сотрудники института и фистулизирующая антиглаукомная офтальмологи Киева, Запорожья, операция, а также создание устрой-Донецка, Харькова, Одессы, Луганства для измерения внутриглазного

ска, Львова, Днепропетровска. В ФГБУ «НИИГБ» РАМН с момен- метра). В последующие годы кафета его основания работает диссер- дру глазных болезней возглавляли тационный совет по защите док- известные профессора А.А. Крюторских и кандидатских диссер- ков, А.А. Маклаков, В.П. Одинцов, таций, в состав которого наряду А.Я. Самойлов, В.Н. Архангельский. с ведущими сотрудниками инсти- В 1972 году кафедру и клинику возтута входят известные специалисты главил академик АМН СССР Михаиз других офтальмологических уч- ил Михайлович Краснов, а в 1973 реждений г. Москвы. Как правило, году на базе кафедры был создан в течение года проходят 7-9 заседа- Всесоюзный научно-исследова-

Институт является учредителем ней (ВНИИ ГБ) Минздрава СССР, старейшего офтальмологического первым директором которого стал издания России — журнала «Вест- М.М. Краснов. Объединение усиник офтальмологии», издаваемого лий научных сотрудников ВНИИ с 1884 года, а также журнала ГБ и преподавательского состава «Глаукома», недавно отметивше- кафедры оказалось весьма эффекго свое десятилетие. Оба журнала тивным при подготовке студентов, признаны Высшей аттестационной интернов, клинических ординатокомиссией Министерства образо- ров, аспирантов и слушателей фавания России в числе центральных культета повышения квалификаизданий по данной специально- ции преподавателей медицинских сти. Каждые два месяца институт ВУЗов. Профессора кафедры ставыпускает газету Московского на- ли основоположниками новых научного общества офтальмологов правлений в отечественной оф-«Поле зрения», на страницах кото- тальмологии — реконструктивной рой публикуются разнообразные хирургии век и орбиты (профессор материалы, посвященные новей- О.В. Груша), внутрикапсульной имшим достижениям офтальмологии, плантации искусственных хрустаа также деятельности различных ликов (член корреспондент РАМН офтальмологических учреждений Б.Н. Алексеев), лечения герпес-

Институт располагает отдель- сор А.А. Каспаров). Клиническими ным аудиторным корпусом, два ординаторами и аспирантами каконференц-зала которого (на 360 федры являлись академик РАМН,

оснащена современными лазерны- и 180 мест) оснащены современ- профессор С.Э. Аветисов, профес- перестройки, реформирования си- нового иллюстративного материами офтальмологическими установ- ным аудиовизуальным и интерак- сора В.Р. Мамиконян, Я.О. Гру- стемы здравоохранения и высше- ла, новых методов многоэтапного тивным оборудованием. Ежегодно ша, А.А. Карамян, Е.Э. Луцевич, ФГБУ «НИИГБ» РАМН подготавли- М.Л. Двали (Грузия), П.И. Мусаев, В ФГБУ «НИИГБ» РАМН функ- вает и проводит научно-практиче- Ч.Д. Джарулла-заде (Азербайджан), В.П. Яшинскас (Литва), С.А. Вахеди

С июня 2002 года заведующим кафедрой глазных болезней (в тот момент Московской медицинской шение квалификации офтальмо- конференций печатаются в виде академии И.М. Сеченова) избран директор ФГБУ «НИИГБ» РАМН, сии и ближнего зарубежья. Ежегод- ей стало проведение научно-тео- академик РАМН, профессор Сергей Эдуардович Аветисов. С его приходом связан новый этап развития

го медицинского образования, кафедра глазных болезней ММА им. разработаны программы для слу-И.М. Сеченова (с 2010 года — Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова) обрела новое дыхание. Кафедра стала частью Учебного центра объединения дентов на английском языке сила-«НИИГБ» РАМН и кафедры глазных ми сотрудников кафедры. В 2010 болезней. Учебные помещения году коллективом кафедры выпубыли оснащены по последнему сло- щено издание «Клинические лекву техники. Мультимедийное оборудование позволяет обучать студенских ординаторов, на тематических офтальмологии, на которых в фор- кафедры. Пережив трудные годы тов с использованием качественно ных и иностранных клинических

шателей различных факультетов 1 МГМУ и завершен переход на систему модульного обучения в рамках Болонского соглашения. ции по глазным болезням». Значи-









Систейн



Больше, чем просто защита



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

< cTp. 1

Грисхабер (Швейцария).

бов: «Я рад приветствовать вас на

нашей традиционной конференции

«Восток-Запад». Название «Восток-

Запад» глубоко символично. Наша

республика находится на границе

Европы и Азии... Хотелось бы ска-

зать, что граница, которая проходит

ет нас, а как раз, наоборот, объеди-

няет. Объединяет нас с нашей лю-

бимой наукой — офтальмологией».

Республики Башкортостан, про-

фессор Р.В. Кунакова, зачитав при-

ветственный адрес от руководи-

теля администрации Президента

Республики Башкортостан Влади-

мира Александровича Балабано-

ва. «Место проведения конферен-

ции выбрано не случайно, — го-

за пределами республики известна

лезней. На сегодняшней конферен-

С приветственным словом к участ-

Восток-Запад – 2013

Научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием

6-7 июня 2013 года, Уфа, Республика Башкортостан

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ





на кафедре и составивших основное ядро сотрудников кафедры рантов в рамках индивидуальных ных болезней Первого Московского государственного медицинского в тесном сотрудничестве с ФГБУ «НИИГБ» РАМН является современной базой для подготовки научных, педагогических кадров, специалистов широкой офтальмологической практики.

включает приемное отделение, поделения стационара, операционлогии и реанимации, а также ряд общеклинических отелений (клинико-диагностическая лаборатория, отделение гипербарической оксигенации, центральное стерилизационное отделение, аптека, рентгенологический, патоморфо- но увеличивается. Так, в 2012 году логический и физиотерапевтический кабинеты). Стационар ФГБУ «НИИГБ» РАМН располагает 180 койками, а консультативно-поликлиническое отделение рассчитано на 400 посещений в день. Еже- возможности оперативного обслегодно сотрудники института оказывают консультативную помощь более 75 000 пациентов, в стационаре получают лечение около 6000 больных с различными офтальмологическими заболеваниями (хирургическая активность в среднем составляет 68%). Операционный блок института включает 11 опе- питанием. рационных, оснащенных современгическим оборудованием, микрохи- делением гипербарической окрургическими стереомикроскопами последнего поколения, системами кондиционирования и обеззараживания воздуха. В поликлиническом отделении

института работают 67 сотруд- вышает эффективность лечения ников. Отделение оснащено комплексом диагностического обору дования, позволяющим проводить обследования пациентов на современном уровне в соответствии с утвержденными стандартами. При необходимости поликлиническое обследование пациента дополняется проведением специальных ственно в аптеке) и стерильном уточняющих методов диагностики и консультациями ведущих специ алистов института. В поликлинике организована работа специальнорого входят диагностика глаукомы и последующий мониторинг паци-В комплекс обследования, помимо лаборатории полностью соответтонометрии, входят статическая периметрия, оптическая когерентная томография, исследование биомеханических свойств фиброзной оболочки, оригинальная методика определения индивидуальной нормы внутриглазного давления. В поликлинике введена электронная форма регистрации пациентов, проводит организационную рабокоторая объединена в единую сеть ту по обучению клинических орприемным отделением, что позволяет значительно ускорить процесс других офтальмологических учреж-

госпитализации пациентов. ях стационара института трудятся научные сотрудники, переводчики, 76 сотрудников. Благодаря полно- программисты, патентовед, сотрудке пациентов, средний доопераци- института разрабатываются совреонный койко-день составляет 1,2. менные методы ведения медицин-Слаженная работа персонала от- ской документации (электронная делений стационара обеспечивает запись пациентов в регистратуре, регулярное перевыполнение пла- новая форма истории болезни). ного задания по оказанию стацио- дрения цифровых методов дистаннарной специализированной и вы- ционного обучения в офтальмолопомощи. Главным инструментом мосты с различными офтальмолопревышения плановых показате- гическими учреждениями России, чение такого показателя, как обо- актуальным проблемам офтальморот койки, который в 2012 году погии. Активно ведется патентная

института работают 52 сотрудника. ные модели.

ординаторов, прошедших обучение Оснащение и укомплектованность штатами позволяет одновременно проводить до 13 хирургических и ФГБУ «НИИГБ» РАМН. Актив- вмешательств различного профино проводится подготовка аспи- ля. В среднем в неделю в оперблоке института выполняется от 150 программ обучения. Кафедра глаз- до 200 операций. Закрепление персонала и операционных залов за определенным профилем хируруниверситета имени И.М.Сеченова гических вмешательств (дакриологические пособия, витреоретинальная хирургия, факохирургия, антиглаукомная хирургия, орбитальные вмешательства, хирургия хирургическую помощь слаженно и на высоком уровне Спектр анесте-Клиническая часть института зиологических подходов (включая ликлинику, три хирургических от- интубационный наркоз) полностью соответствует общепринятым

В рамках добровольного медицинского страхования институт сотрудничает с 60-ю страховыми компаниями. Объем этого направления лечебно-диагностической деятельности института постоянамбулаторное обследование и лечение было проведено 3130 пациентам, а стационарное — 218. В рамках программы добровольного медования и лечения на современном ваться дополнительными услугами: индивидуальным сопровождением персоналом по институту, возможностью пребывания в палатах повышенной комфортности, дополнительным и индивидуальным

Институт располагает уникальным и единственным в стране отсигенации офтальмологического профиля. Применение гипербарической оксигенации в комплексе с терапевтическими и хирургическими методами значительно поразличных заболеваний.

Аптека и центральное стерилизационное отделение оснащены современным оборудованием и полностью обеспечивают потребности различных подразделений института в лекарственных формах (в том числе, изготавливаемых непосред-

ратория обеспечивает выполнение всех клинических анализов, необтов, их подготовки к госпитализашии и полноценному мониторингу соматического статуса. Оснащение ствует современным требованиям.

Научно-организационный отдел

ФГБУ «НИИГБ» РАМН осуществляет организацию проводимых в институте конференций, симпозиумов, различных семинаров, координирует работу в рамках Научного совета по офтальмологии РАМН, динаторов, аспирантов, врачеи из дений на курсах повышения ква-В трех хирургических отделени- лификации. В состав отдела входят ценной поликлинической подготов- ники библиотеки. Программистами новых показателей государствен- Разработаны научные основы внесокотехнологичной медицинской гии. Регулярно проводятся телелей является планомерное увели- ближнего и дальнего зарубежья по работа. Только за последние 5 лет В операционном блоке и отделе- сотрудниками института получено нии анестезиологии и реанимации 94 патента на изобретения и полез-



Открытие конференции

через нашу республику, не разделя- заболеваний, развития высоко- Редьярда Киплинга: «Запад есть технологичной медицинской помощи, повышения квалификации врачей. Уверен, что ваша плодотворная работа будет способствовице-президент Академии наук специалистов, дальнейшей модернизации отечественной системы С приветствием к участникам

здравоохранения». конференции обратился исполняющий обязанности министра здравоохранения Республики Башкортостан Александр Александрович на научно-практической конференвательского института глазных бо- пад». В очередной раз наша Республика встречает представителей профилактики и лечения глазных опровергается тезис знаменитого программой.

Запад, Восток есть Восток». Вот здесь мы как раз собрались. Мне, как представителю практического стрировали высокий уровень влаздравоохранения, очень импонируникам конференции обратилась вать укреплению сотрудничества ет еще и стык науки и практики. Те мастер-классы, те школы, которые проходят в рамках этого форума, не оставляют равнодушными наших специалистов. Я уверен, что то, что будет услышано и увидено в рамках тех конференций, которые проходят в этих стенах, то, что будет увидено на мастер-клас-Афанасьев: «Уважаемые коллеги и сах, которые показывают нам наши ворится в приветствии. — Далеко друзья! Я рад вас приветствовать зарубежные специалисты — все это останется в Республике, все будет работа Уфимского научно-исследо- ции по офтальмологии «Восток-За- применяться на практике в городских и ряде районных больниц».

Вслед за торжественным открырокий круг вопросов, касающийся участниками. И в очередной раз вые мероприятия, предусмотренные

Трансляции показательных операций из операционных Уфимского НИИ глазных болезней продемондения хирургической техникой и тонкое искусство микрохирургии, которое продемонстрировали хирурги УФНИИ ГБ и приглашенные гости из Москвы, Екатеринбурга и Германии.

 А.А. Бикбулатова (Уфа), К.Б. Першин (Москва), И.И. Хуснитдинов (Уфа) — комментировали ход операций, задавали вопросы хирургам, высказывали свое мнение. Сеансы «живой хирургии» включали ульцию с имплантацией последних моделей ИОЛ, а также применеции вам предстоит обсудить ши- большого форума с более чем 700 тием конференции состоялись пер- ние системы автоматической им- вала к.м.н. Г.М. Бикбова (Гузель

профессора Peng Khaw из клиники Moorfields. Большой интерес вызвала демонстрация фемтолазерной хирургии катаракты, которую проводили офтальмохирурги Уфимского НИИ глазных болезней Э.Л. Усубов и Ю.К. Бурханов.

Работа конференции включала пленарные заседания, а также сателлитные симпозиумы таких компаний, как Alcon («Современные технологии компании «Алкон» в отношении хирургии катаракты и ведения пациентов»). Novartis («Антивазопролиферативная терапия макулярной патологии»), Bausch+Lomb («Применение нутрицевтиков в профилактике и лечении патологии сетчатки»), Rompharm Company («Глаукома. По разные стороны болезни. Взгляд врача и пациента»), Vartamana «Новейший подход в лечении глаукомы. Новая фармацевтическая продукция и аппараты»).

В рамках конференции состоялись заседания Президиума Правления Общества офтальмологов России и Ассоциации руководителей офтальмологических клиник

Лекционная сессия кафедры офтальмологии университета Чиба (Япония) была посвящена вопросам нейропротекции. Докладчики представили фундаментальные исследования, имеющие большое значение для практического здравоохранения. Вице-директор университетской клиники Чиба, профессор Сюити Ямамото представил протекторных глазных капель при пигментном ретините. Профессор тразвуковую факоэмульсифика- кладом «Нейропротекция и регенерация нейронов сетчатки». В состаплантации Interpid Autosert, опе- Мухаррамовна учится в универ-



Профессор М.М. Бикбов





Профессор И.Э. Иошин



Профессор Р. Корфф (Германия)



Профессор С. Ямамото (Япония)

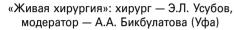


Профессор М.А. Фролов



Профессор М.М. Бикбов и профессор Е.И. Сидоренко







КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Делегация Японии



Профессор В.П. Еричев и профессор М.М. Бикбов

грант правительства Японии, кото- к выбору тактики лечения и меторый полностью обеспечивает обуона представила доклад на тему «Гибель нейроцитов и их регенерация в сетчатке крыс, подвергшихся рассказали о нейропротекции в лечении ВМД и в витреоретинальной хирургии. Современные подходы в исследовании нейропротекции, технически правильное выполнение исследования определяют тактику адекватного лечения в будущем.

Секция «Диагностика и лечение глаукомы» была представле-

да хирургии закрытоугольной гла- кладчик Е.А. Спиридонов, ГБУЗ катаракты в собственной клинике. укомы, осложненной псевдоэксфолиативным синдромом, рассказа- мара) в докладе «Катарактально-«МНТК «Микрохирургия глаза» рия) сформулировал показания к лике (уплотнение и рост), снижеоперации «каналопластика», дал ние амплитуды движений цилиарвил собственные результаты хи- уменьшение перфузии дренажной особенностях дренажной хирур- сти дренажной системы, затрудгии глаукомы доложил профессор нения при аккомодации. Автор В.П. Еричев (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, доклада считает, что этиотропная Москва). Докладчик представил хирургия аккомодационной глаувсе имеющиеся в арсенале хирур- комы — задача для специалистов на 11 докладами. О необходимо- га дренажи, перечислил их досто- в области катарактально-рефраксти дифференцированного подхода инства и недостатки. Профессор ционной хирургии.

Н.С. Ходжаев (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фепровоспалительных и пролиферастической достоверности. При этом только снижение уровня TGF-β2 статистически значимо коррелирует со стабилизацией ВГД. В случаях отсутствия гипотензивного эффекта у больных с нестабилизированным отмечалось повышение концентрации данного фактора роста. Нали-

СОКОБ им. Т.И. Ерошевского, Самы» представил дисаккомодацион-

Профессор В.Д. Кунин (ГБОУ ВПО «Рязанский государственный дорова», Москва) рассказал о влия- медицинский университет им. нических свойств роговицы. нии гипотензивной терапии на ак- акад. И.П. Павлова») представил результаты исследования пульсоских звеньев патогенеза первичной вого кровенаполнения в сосудах открытоугольной глаукомы. Резуль- головного мозга и сосудах глаза у лиц контрольных возрастных групп после нормализации ВГД отмеча- (50-59 лет, 70-79 лет, 80-89 лет) без на основе современных модификается снижение активности ряда признаков глаукомы и у больных ПОУГ в зависимости от возраста и тивных цитокинов в слезной жид- динамики глаукомного процесса. укоматозных вмешательств у болькости с различной степенью стати- Автор пришел к выводу, что имеется определенная зависимость гевсех возрастных группах, особенно течением ПОУГ.

Секция «Рефракционная и качие высокой корреляционной связи тарактальная хирургия» началась жа, обернутого амнионом, выполмежду стабильностью ВГД и уров- с выступления гостя из Индии нем TGF-β2 в слезной жидкости по- доктора Абхишека Дагара. Он предзволяет рассматривать звено TGF-β2 ставил доклад «Расчет мощности в качестве маркера правильного ИОЛ в детской хирургии». Доктор лее выраженный гипотензивный Юко Хасимото (Япония) подели-Профессор А.В. Золотарев (до- лась опытом факоэмульсификации

Профессор И.Э. Иошин (ФГБУ «Клиническая больница Управлела профессор Э.В. Егорова (ФГБУ рефракционная хирургия глаукония делами Президента РФ», Москва) дал оценку эффективности воздействию AGEs». Доктор Мадока им. акад. С.Н. Федорова», Москва). ный компонент в патогенезе ПОУГ: хирургического лечения больных статуса роговицы после эксимер-Сакураи и профессор Такаюки Баба Профессор М. Грисхабер (Швейца- возрастные изменения в хруста- с двухсторонней катарактой с учетом различных сроков между двумя операциями. Возможный благоприхирургические советы и предста- ной мышцы, ослабление оттока, ятный интервал между операциями при двухсторонней катаракте рургического вмешательства. Об системы, снижение проницаемо- не позднее 4-5 дней после проведения операции на первом глазу при нов с соавторами (ГБУЗ СОКОБ периода. Высокие функциональные ется эффективной, безопасной и результаты (0,7-1,0): в 90,4% — предсказуемой методикой корна первом и в 85,1% случаев — рекции миопии и миопического на парном глазу способствуют астигматизма различной степени.

восстановлению бинокулярных функций в 98% случаев в кратчай-

Профессор И.М. Корниловский («Национальный медико-хирургинеский центр им. Н.И. Пирогова», Москва) рассмотрел новые подходы к эксимерлазерной рефракционной хирургии роговицы на основе фотопротекции и фотополимеризации. В своих исследованиях автор доклада пришел к выводу, что патогенетическая направленность фотопротекции и фотополимеризации в эсимерлазерной и рефракционной хирургии роговицы обусловлена особенностями взаимодействия излучения длиной волны 193 нм с роговицей и ее ответной морфофункциональной регенераторной реакцией на абляцию. Ультрафиолетовая фотопротекция показана на подготовительном этапе, в ходе и после эксимерлазерных рефракционных вмешательств на роговице и должна учитывать объем абляции, первичную ответную реакцию на воздействие и конкретную технологию фоторефракционной операции. Ультрафиолетовая фотополимеризация роговицы в фоторефракционной хирургии — фактор, снижающий ослабление биомеха-

Профессор Р. Корфф (Германия) рассказал о причинах тяжелых осложнений при кросслинкинге.

Оценку возможностей комбинированного хирургического лечения ций обратной грибовидной кератопластики и адекватных антигланых буллезной кератопатией с сомодинамики глаза от кровенапол- в случаях протяженных передних нения сосудов головного мозга во синехий, в том числе круговых, с блокадой угла передней камеры дал С.В. Труфанов (ФГБУ «НИИГБ РАМН», Москва). Имплантация трубчатого силиконового дренаненная одномоментно или после обратной грибовидной кератопластики, позволяет получить наибо-

М.Н. Николаев (ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова») получил данные, которые актуализируют разработку путей коррекции окислительного лазерной коррекции зрения. После операций ЭПИ-ЛАСИК и ЛАСИК свободно-радикальный статус роговицы нормализуется быстрее, чем при

В своем докладе Е.А. Спиридо условии неосложненного течения им. Т.И. Ерошевского, Самара) операции и послеоперационного считают, что фемтоласик явля-



Профессор А.В. Куроедов

Доклады УфНИИ ГБ в 3D-формате



Участники конференции

Интраоперационные осложнения, при адекватном подходе к их ком- сетчатки и зрительного нерва» прилучшей корригированной остроты вии препарата «Аноцептин» на клетзрения. Формирование расщеплен- ки ткани сетчатки в органотипичедиффузный ламеллярный кератит В.М. Хокканен («Северо-Западный приводят к ухудшению ожидаемо- государственный медицинский

В.А. Паршина (Офтальмологи- периментальных исследований, опасности и прогнозируемый ре- ве механизма нейротрофического эпителиальной ФРК — с удалением регулировать трансдукторную коррекция аметропии позволяет центрации 10-10М происходит стихороших рефракционных резуль- сетчатки. Результаты, полученные татов, которые сопоставимы с ре- в экспериментах in vitro на ткани ЛАСИК. Сколько-нибудь значимых эмбрионов, свидетельствовали осложнений в послеоперационном о перспективности исследования. периоде выявлено не было.

Б.В. Лаптев (Екатеринбургский О.И. Кривошеина и Ю.И. Хороших, центр «МНТК «Микрохирургия разработали и внедрили в клиниглаза» им. акад. С.Н. Федорова») в своем докладе дал оценку воз- метод лечения макулярного отека вании оригинального зарегистриможности проведения факоэмульсификации с низким ирригацион- мощью лазерного циркляжа крайвень ирригации требует от хирурга более внимательного отношения циональные результаты благодаря к поддержанию стабильности пе- быстрому восстановлению прозрачредней камеры в ходе операции.

Во второй день конференции со- лярной области. Работа выполнена альные вопросы офтальмологии». мании и Швейцарии. У. Кэмф пред- видов медицинской помощи и меставил проект мультицентрового дицинских технологий ФМБА, Мо- нажение или отторжение. исследования при международной сква) дала оценку морфологических поддержке: телемедицинский тре- изменений макулы с помощью кометода в лечении амблиопии.

ния, проведенного в клиниках Рос- ки в парафовеальной зоне. сии, отметив основные характерипии тяжелых форм глаукомы.

Телемост связал участников пасностью применения лазерного конференции в Уфе с коллегами излучения с длиной волны 532 нм и С. Кришнакумар представил ауди- в лечении обширных преретинальвания стволовых клеток в офталь- с захватом макулы. мологии. Доктор Джетермэй Бис- «Лазерная гиалидоретинопункту- ласти за последние 5 лет. вас выступил с лекцией, в которой ра при соблюдении предложенной заболеванием

Секция «Лечение заболеваний докладе Н.В. Пеутина (ГБУЗ ЧОКБ, глазное микрохирургическое отдепенсации, не вызывают ухудшения влекла немало слушателей. О дейст- ление, Челябинск). Высокая активность участников конференции была отмечена во ного лоскута, стрии и выраженный ской культуре доложила профессор время работы секции «Травмы и воспалительные заболевания глаз». Профессор Е.А. Дроздова (ГБОУ го результата и снижению лучшей университет им. И.И. Мечникова», ВПО «Челябинская государственкорригированной остроты зрения. Санкт-Петербург). Результаты экс- ная медицинская академия», Челябинск) рассказала о травматичеческая клиника «Сфера», Москва) проведенных группой ученых, по- ских повреждениях вершины орбидала оценку эффективности, без- зволяют заключить, что в осно- ты. В своем докладе она отметила, зультат при коррекции миопии вы- действия препарата на клетки тка- за, клиническое обследование и иссокой степени по методике транс- ни сетчатки лежит его способность пользование современных методов моментное удаление эпителия и является дозозависимым, и в кон- шине орбиты и определить тактику лечения. Достоверным визуализидобиться быстрого заживления и муляция роста эксплантатов ткани рующим методом диагностики повреждения зрительного нерва при травме орбиты является компьюзультатами коррекции по методике сетчатки 10-12-дневных куриных терная томография — СКТ. Профессор А.В. Золоторевский (Глазной банк «Айлаб», Москва) Авторы из Томска, И.В. Запускалов, поделился опытом организации и рого студента 6 курса — 16 (53%) работы глазного банка в России. Докладчик привел анализ резульческую практику эффективный татов, полученных при использо-

при периферических увеитах с по-

ющий стабильные клинико-функ-

ности ретинальной ткани в маку-

РФ для молодых ученых. Т.Р. Овсе-

глазным банком «Айлаб». Л.М. Цурова (ГБУЗ СОКОБ им. Т.И. Ерошевского, Самара) показала преимущества интраоперационного моделирования костного стоялись заседания секции «Акту- при поддержке гранта Президента лиофилизированного орбитального импланта «Лиопласт» по размеру на которой прозвучали очень ин- пян («Федеральный научно-клини- и форме орбитальной полости при тересные доклады гостей из Гер- ческий центр специализированных формировании опорно-двигательный культи, что исключает его об-

рованного медицинского изделия

Е.А. Перфильева (Российский университет дружбы народов, ли современную методику орга- создает все предпосылки для наининг зрения при помощи компью- герентного томографа у больных Москва) отметила наиболее важ- носохранной терапии ретинобла- более полного удовлетворения потерных игр, включая стимуляцию с сахарным диабетом 2 типа без ные медико-социальные пробле- стомы. Клинические случаи нети- требностей российских пациентов. проявлений диабетической рети- мы глазного протезирования в РФ нопатии. Ранние изменения цен- и предложила пути их решения. были представлены врачами из тересная культурная программа, М. Грисхабер выступил с докла- тральной зоны сетчатки у больных Среди них — оптимальные сроки Кемерово. О результатах первого включающая экскурсии по городу дом «Хирургия шлеммового канала СД 2 типа проявляются истончени- подбора глазных протезов (в пер- опыта применения лазерной дакри- Уфа. Концертная программа отличас каналорасширителем». Профессор ем всех слоев сетчатки фовеальной вые 7 дней), качество формирова- оцисториностомии в лечении пато- лась необычным, завораживающим А.В. Куроедов представил резуль- зоны, истончением общей толщины ния опорно-двигательной культи, логии слезоотводящих путей у па- национальным колоритом. Участтаты многоцентрового исследова- и толщины наружных слоев сетчат- подготовка квалифицированных циентов детского возраста доложи-Эффективность применения ламетодами формирования культи, ники Чебоксарского филиала ФГБУ стики прогрессирования глаукомы, зерной гиалидоретинопунктуры в повышение в РФ числа лаборато- «МНТК «Микрохиругия глаза» им. а также доложил о нюансах тера- лечении кровоизлияний в макуляр- рий по протезированию и пунктов акад. С.Н. Федорова» рассказали о описать, кто такой гаскаровский ной области характеризуется безо- по подбору, а также издание норма- первых результатах фемтолазерной танцовщик? Энергия прыжка, летя-

тивных документов. из Ченная (Индия). Профессор YAG-лазера с длиной волны 1064 нм филиал ФГБУ «МНТК «Микрохи- при кератоконусе и миопии высо- которого тает или трепещет сердрургия глаза» им. акад. С.Н. Федотории результаты инновационных ных и субретинальных кровоиз- рова») в своем докладе рассказала роговицей. исследований в области использо- лияний в области заднего полюса об уровне заболеваемости глазными болезнями в Оренбургской об- ходила лекционная сессия Уфим-

была сделана попытка определить тактики ее выполнения является ский государственный медицин- ми выступили Р.Р. Файзрахманов причины увеита, и разобрал клини- безопасной и в большинстве слу- ский университет, Челябинск) в с лекцией на тему «Анти-VEGF ческие случаи у пациентов с этим чаев высокоэффективной лазерной сообщении «Динамическое измене- терапия возрастной макулярной операцией», — отметила в своем ние личности в процессе освоения дегенерации», А.А. Бикбулатова —



Флеш-моб

врачебной профессии» на примере «Фемтолазерная хирургия катастудентов-медиков показала, что по мере освоения врачебной профессии появляется синдром «эмоционального выгорания» разной степени выраженности. Высокая степень «эмоционального выгорания» определяется у каждого вточеловек. Средняя степень «выгорания» выявлена у 14 (46%) студен тов 1 курса и у 13 (43%) врачейофтальмологов. Наличие синдрома «Эмоционального выгорания» высо-«Материал для восстановления ро- кой степени у студентов медицинным потоком. Пониженный уро- них отделов сетчатки, обеспечива- говицы», который производится ского вуза и практикующих врачей к составлению научной програмдиктует необходимость психологического сопровождения данной ка-

> тегории людей. Во время проведения секции «Детская офтальмопатология» обсуждались организационные вопросы, а также были представлеческих мероприятий при миопии в условиях выездной работы.

Коллеги из Украины предложиофтальмологов, в т.ч. владеющих ли офтальмологи из Омска. Сотруд- Государственный академический интрастромальной кератопласти-А.Е. Воронина (Оренбургский ки с имплантацией колец MyoRing деливый поворот головы, взгляд, от кой степени в сочетании с тонкой

В дни работы конференции проского НИИ глазных болезней в

ракты», Э.Л. Усубов — «Коррекция рефракционных нарушений с помощью технологии ФЕМТОЛАСИК».

В рамках конференции прошла выставка офтальмологического оборудования, фармпрепаратов известных зарубежных и российских компаний.

Подводя итоги конференции, можно с уверенностью констатировать растущей интерес к данному мероприятию. В кулуарах участники конференции отмечали творческий подход организаторов мы конференции. В течение двух рабочих дней конференции было заслушано около сотни докладов, прошло обсуждение актуальных вопросов, связанных с использованием современных технологий в области хирургии катаракты, ны группой авторов из Ижевска глаукомы, заболеваний сетчатки результаты лечебно-профилакти- и зрительного нерва. Делегаты и гости конференции подчеркивали значимость обсуждаемых вопросов. Взаимодействие известных ученых

> ник концертной программы ансамбль наролного танца имени Файзи Гаскарова. «Разве можно щие-говорящие-поющие руки, горце...Кто видел хоть раз — никогда не забудет этого чуда».

Все гости конференции отмечали чрезвычайно радушное гостеприимство хозяев. Приез-О.М. Бабайлова («Южно-Ураль- 3D-формате. Перед слушателя- жайте в Уфу на конференцию «Восток-Запад – 2014», и вы сами в этом убедитесь. 🔳

> Материал подготовила Лариса Тумар

Профессор М.М. Бикбов:

«Нам удалось создать команду единомышленников»

— Мухаррам Мухтарамович! Ровно год назад мы встречались с Вами на гостеприимной уфимской земле, на конференции «Восток-Запад - 2012». Вы рассказали читателям «Поля зрения» об Уфимском НИИ глазных болезней: успехах и проблемах. По отзывам читателей, интервью имело успех. Прежде чем задать Вам первый вопрос, разрешите поблагодарить за гостеприимство. Мне очень приятно, что Вы уважительно относитесь к прессе. Начнем с итогов конференции. На Ваш взгляд, что удалось сделать, что не получилось?

— Конференция, на мой взгляд, должна прежде всего выполнять образовательные функции, ее аудитория — офтальмологи, работающие на местах. Не все врачи имеют возможность приехать в Москву или Санкт-Петербург на «большие» конференции, и наше мероприятие рассчитано на участие офтальмологов Республики Башкортостан и соседних областей: Челябинской, Оренбургской, Свердловской, Тюменской, Республики Татарстан. В этом отношении мы достигли своей цели: зарегистрировано более 700 участников из многих регионов России, а также ближнего и дальнего зарубежья. Мы смогли показать врачам самые современные достижения медицины, а Вы знаете, что за последний год наш институт был оснащен аппаратурой последнего поколения — например, фемтосекундный лазер для хирургии катаракты, другое оборудование. Большое достижение нашей конференции заключается также и в том, что ее

Мать Н.И. Бикбова

Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина звание «Заслуженный врач РФ» присвоено Бикбову Мухарраму Мухтарамовичу.

Редакция газеты «Поле зрения» и издательство «Апрель» поздравляют профессора М.М. Бикбова с этим знаменательным событием.

«Ваша высокая компетентность и ответственность снискали Вам заслуженный авторитет и уважение коллег. Вас ценят как авторитетного наставника молодых, одаренных хирургов. Желаем успехов в Вашей благородной работе на благо отечественной офтальмологии!»

поддержали многие ведущие офтальмологи страны, и у местных врачей была возможность послушать маститых ученых, задать им вопросы, пообщаться с ними в кулуарах. Что касается недочетов, они были, я их

...мне показалось, все было органи зовано «без сучка и задоринки»...

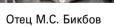
— ...нет-нет, они были, поэтому в будущем мы будем стремиться «оттачивать мастерство». Мы уже вышли на ежегодный формат, в конференции принимают участие известные отечественные и иностранные ученые. Хочется, чтобы организация была более четкой, но, как говорится, предела совершенству нет.

— Совсем недавно компания «Бауш+Ломб» пригласила газету «Поле зрения» в ФГБУ «МНТК Иикрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

на показательную операцию с использованием фемтолазера Victus. Некоторые СМИ, в частности федеральные телеканалы, представили это событие как «первые операции по поводу удаления катаракты с применением фемтосекундного лазера, проведенные в государственном медицинском учреждении». Я знаю, что в клинике «Восток-Прозрение» у профессора С.Ю. Анисимовой есть этот лазер и уже прооперировано 300 глаз. По этому поводу Светлана Юрьевна делала доклад в Санкт-Петербурге. Но с каким удивлением я узнала, что в России, в другом государственном учреждении, в Вашем институте, уже работает фемтолазер Victus и что уже прооперировано больше 100 глаз.

— Вы абсолютно правы, на тот момент, когда в МНТК проводилась эта операция, в нашем институте было уже проведено бо-





1986 год. Все ещё впереди



Курсы по кератотомии в МНТК «Микрохирургия глаза» (Москва)



После защиты кандитатской диссертации в РМАПО (Российская медицинская академия последипломного образования)

 Мухаррам Мухтарамович, позвольте спросить, почему Вы не приглашаете телеканалы на презентацию новейшего оборудования? Мысли вслух: какая, в сущности, разница — государственное или негосударственное медицинское учреждение приобрело суперсовременное оборудование? Основной вопрос — а есть ли в этом польза для пациента? В чем заключаются преимущества в использовании машины Victus? Пожалуйста, расскажите читателям газеты о новой технологии.

— Victus — это первая комби-система. Мы купили самую полную версию машины: комбинированную лазерную платформу, которая включает эксимерлазерную систему Technolas 217 Р и фемтосекундную систему Victus. На сегодняшний день Victus — это единственная в мире система, которая позволяет делать и фемтокатаракту, и работать на роговице, делать фемтоЛАСИК. Как я уже говорил, мы сделали больше 100 операций по поводу катаракты, несколько десятков операций на роговице. Операции отрабатываются на диагностической системе, входящей в комплект оборудования лазера. Эти операции мы уже практически поставили на поток, к тому же они бесплатные, так как мы — клиника государственная. В чем преимущества новой системы? Victus, конечно, рассчитан на большое количество вмешательств. Если в лечебном учреждении счет идет на тысячи факоэмульсификаций в год, то иметь такую машину выгодно. Преимущество нового лазера заключается и в том, что «человеческий фактор», настроение хирурга, уже не влияет на исход операции — капсулорексис делается с точностью до микрона. Однако вопреки бытующему мнению, что на этой машине может работать хирург не самой высокой квалификации, должен сказать, что имплантация премиум-ИОЛ — дело рук хирурга, и его точность (особенно, если речь идет о мультифокальной линзе) и, соответственно, квалификация должна быть безупречной. То есть робототехнология, а в случае с лазером Victus мы говорим именно об этом, подразумевает высочайшую квалификацию

Перед тем, как поставить новый лазер у нас, я был в Чехии в клинике Gemini у доктора Павла Стадулко. У него самый богатый опыт в проведении фемтокатаракт. Он практически не использует ультразвук даже при достаточно плотных катарактах, он делает только аспирацию. Наши хирурги пока побаиваются полностью отойти от ультравука, но к этому надо стремиться. Иными словами, фемтокатаракта, с одной стороны, значительно облегчает работу врача, с другой — подразумевает его высокое мастерство. При любой, самой совершенной технологии, квалификация хирурга будет иметь важнейшее значение.

— Что нового за год произошло в институте?

— После кардинальной реконструкции и переоснащения введены в действие операционные 1-го микрохирургического отделения. Хочу отметить, что серьезную помощь в этом нам оказал благотворительный фонд «Урал». В мае этого года вновь заработала операционная на 2-м этаже. Проведено полное переоснащение операционной: установлены комбинированная лазерная платформа, включающая эксимерлазерную систему Technolas217 P и фемтосекундную систему Victus, а также один из самых современных операционных микроскопов OPMI Lumera 700. Врачи и научные сотрудники отделения хирургии роговицы и хрусталика прошли

обучение по фемтолазерной хирургии катаракты и коррекции зрения под руковод-

ством инженеров из Германии. Буквально через 2 недели после открытия операционной на 2-м этаже начала работу и операционная на 3-м этаже. Через 1 месяц завершится ремонт еще в двух операционных по ул. Авроры, 14. Все операционные реконструированы по аналогам зарубежных клиник с использованием современных технологий, одним из явных и элементарных преимуществ которых являются климат-контроль, стерилизация воздуха, приточно-вытяжная вентиляция и т.д. Кстати, Вы можете совершить 3D-тур по операционным на сайте нашего института http://www.ufaeveinstitute.ru//. В операционной предусмотрено 2 рабочих места, оснащенных современным микроскопом ОРМІ Lumera T и ультразвуковой хирургической системой Infiniti Vision System Ozil. Операционные микроскопы OPMI Lumera T производства фирмы Carl Zeiss, Германия (а мы получили мы их в количестве 7 штук) это превосходные устройства для различных разделов офтальмохирургии. Микроскопы оснащены инновационной технологией освещения Red reflex, которая существенно снижает фототоксическое воздействие на сетчатку пациента. Функция Deep View система управления глубиной резкости изображения — значительно улучшает визуализацию микроструктур.

 Хотела бы поговорить с Вами о проблемах пациента и других вопросах. В нашей стране существует система обязательного медицинского страхования, которая гарантирует своим гражданам получение качественной и своевременной медицинской помощи. На данном этапе система ОМС имеет множество недостатков, которые мешают ей развиваться дальше. В первую очередь, это разрыв между государственными гарантиями и реальной действительностью. Что касается ДМС, налицо конфликт интересов с медицинскими учреждениями. Страховщики, стремясь повысить рентабельность своей деятельности, пытаются снизить объемы выплат. А медицинские учреждения, стремясь увеличить свои доходы, ориентированы на оказание как можно большего количества услуг, в которых пациент порой и не нуждается. Как Вы оцениваете эффективность ОМС и ДМС на сегодняшний день?

— По нашему опыту взаимодействия с региональным фондом ОМС, больших проблем в этом вопросе я не вижу. Фонд действительно позволяет финансировать практически все, что нам необходимо по нашим запросам. А так как финансирование мы получаем по законченным случаям, все остальные вопросы разрешаются само собой. Единственная трудность, с которой нам приходится сталкиваться, — это покупка медицинского оборудования на сумму свыше 100 тысяч рублей. Проблема стоит довольно остро, и было бы крайне желательно, чтобы медицинское учреждение (конечно, если оно зарабатывает достаточно средств) имело возможность, выполнив все обязательства по фонду обязательного медицинского страхования, сэкономленные средства использовать на покупку необходимого медицинского оборудования. Мы можем приобрести любую, самую современную технику, но не имеем права купить ультразвуковую рукоятку для факоэмульсификатора. Я уже не говорю о самом факоэмульсификаторе. Если бы увеличить допустимые суммы, хотя ного оборудования — это не совсем задача фонда. Это задача бюджета, спонсорской помощи и т.д. Правда, фонд идет нам навстре-

чу, но не всегда вопрос решается быстро. По другим позициям я больших проблем во взаимоотношении с фондом не вижу, но это относится только к нашему местному фонду. За всю страну я не могу отвечать.

ДМС занимает очень незначительный процент от объемов работы в нашем учреждении. В институте практически нет платных услуг, и добровольное медицинское страхование не получило большого развития. Так что суммы от ДМС не являются определяющими. Поэтому я не могу сказать, что достаточно хорошо разбираюсь в этом

 В Ваши обязанности главного внештатного офтальмолога Республики Башкортостан входит координация деятельности специалистов отрасли по вопросам



оказания качественной медицинской помощи. Расскажите о методике оценки качества медицинской помощи и наборе показателей, ее характеризующих, принятых в республике и, в частности, в УфНИИ ГБ?

— В республике как таковой системы оценки качества работы офтальмологов не существует. Как и в других регионах страны знания офтальмологов определяются по результатам квалификационных или сертифисуществует четко отлаженная система материального стимулирования сотрудников, разработанная в соответствии с требования ми ФОМС. Каждый врач за проведенные операции получает определенные суммы надбавок. Приведу пример хирургии катаракты. Основным критерием оценки качества проведения факоэмульсификации является выписка больного. Если больной уходит домой на 1-й или 2-й день, врач получает 2 балла, что соответствует довольно существенной сумме. В случае выписки больного на 3-й или 4-й день — хирург зарабатывает 1 балл. Если пациент задерживается в клинике на 5 и более дней, врачу надбавка не полагается. Принципиальный момент — решение о выписке принимает не врач, а эксперт. Таким образом, мы стимулируем наших докторов, улучшаем качество проведения операции и снижаем количество койко-дней. Безусловно, при оценке работы врача в расчет принимается вид катаракты, состояние пациента и его анамнез. Система стимулирования во многом субъективная, но она работает. Хирург понимает, что от качества работы зависит зарплата. Мы заинтересованы в обороте, в большем количестве успешных операций. Это ведет к снижению себестоимости и, соответственно, к росту той части денежных средств, которую мы можем потратить на расходные материалы.

Существует ли моральная проблема в случае, если пациенту необходимо назначить препарат, который не входит в перечень бесплатных, к тому же он дорогостоящий, и у пациента просто нет на это средств? Пациенты жалуются на то, что врачи им предлагают перечень услуг, в которых они не нуждаются.

— У нас такого не происходит. Лечение происходит строго по линии фонда ОМС бы до 500 тысяч рублей, нам было бы значительно легче. На мой взгляд, покупка круп- ных услуг будет для нас лишней головной

Я, как руководитель организации, в которой работают больше 100 врачей и научных сотрудников, никогда не сталкивался с такой проблемой и в обращениях пациентов не встречал именно такую постановку вопроса. Поэтому, скорее всего, не смогу объективно ответить на этот вопрос. С другой стороны, проблема, конечно, существует. Вышел 323-й закон, вышла 74-я статья, запрещающие фирмам стимулировать врачей. Как известно, сейчас доктора не имеют права выписывать лекарственные препараты под их торговыми названиями, они выписывают так называемый «субстрат», но тогда проблема перекладывается от врача на сотрудников аптеки, в результате крайним оказался пациент. Врач все-таки может подобрать больному необходимый препарат за разумную цену, у аптекаря же цель — продать более дорогой препарат. Считаю, что это не совсем правильно.



 В прессе часто пишут, что необходимо поднимать престиж врача, на последнем форуме РООФ об этом говорил профессор В.В. Нероев. Он призывал журналистов очень аккуратно писать о случаях врачебных ошибок. Как Вы считаете, на что должна обращать внимание пресса в отношении медицины и как можно поднять престиж врачебной профессии?

— Совершенно согласен со словами профессора В.В. Нероева и всегда призываю коллег осторожно обращаться с прессой. Буквально на днях наши сотрудники были на радио и в прямом эфире общались со слушателями. Мы думали, что будет обсуждение проблем медицинского обслуживания, лекарственного обеспечения, но все свелось к обычным консультациям по поводу того, что у кого-то глаз зачесался или покраснел. Я считаю, что главная проблема российского народа, которая досталась ему в наследство со времен Советского Союза, это убеждение наших граждан в том, что за его здоровье

отвечают врачи и медицинские сестры. Это проникает в сознание людей с молоком матери. В то время как на Западе люди уверены, что за свое здоровье они отвечают сами. Думаю, что пресса все свои усилия должна направить именно на то, чтобы убедить граждан самим заботиться о своем здоровье и не перекладывать проблему на медиков. Так и хочется обратиться ко всем со словами: «Думайте о своем здоровье сами, врачи и медсестры только помогают вам его возвращать». Можно, к сожалению, привести сотни, тысячи примеров безалаберного отношения к своему здоровью, когда врачи уже бывают не в состоянии им помочь.

— Но у нас была же система диспансеризации, которая худо-бедно, но

 Все правильно, но именно абсолютно доступная и полностью бесплатная медицина в какой-то степени развратила людей, и многие стали думать, что «мое здоровье —



кератопластики IPKP/LKP и FLEK

Астигматическая кератотомия (АК)

- Коррекция пресбиопии INTRACOR

POLIST
Официальный дистрибьютор в России 000 «ПОЛИСТ лайн»
г. Москва, 127549, ул. Бибиревская, 17 Б, офис 6, тел./факс: [499] 901-44-49
г. Новосибирск, 630007, ул. Октябрьская, 34, тел./факс: [383] 218-33-15

Кератотомические ослабляющие надрезы (АК)

e-mail: polist@polist.ru www.polist.ru

Срезы различной формы для сквозной и послойной – Тоннельные роговичные разрезы (парацентез)



Отдел хирургии роговицы и хрусталика

люди не занимаются спортом, не представляют, что такое профилактика заболеваний. Человек считадолжны лечить. Если человек приходит в поликлинику, и доктор находит у него заболевание, которое не лечится, предположим, дегенерацию сетчатки, и не прописывает лекарство, больной будет писать жалобу в министерство здра воохранения, и этого врача ждет большая нервотрепка. Что в таких случаях делает врач? Назначает сосудорасширяющие, сосудоукрепляющие средства, антисклеротические препараты, которые в данной ситуации никакого значения не имеют. Больной напрасно тратит деньги, но остается доволен: лечение идет. С этой порочной практикой мы, врачи, должны покончить, и помочь нам в этом должны сред-

А специализированная пресса, по Вашему мнению, должна

ства массовой информации.

поднимать острые вопросы? — Обязательно и именно вопросы, касающиеся взаимоотношений «врач-пациент». Пациент должен понимать, что перед ним квалифицированный, умный врач, который назначает необходимое лечение или не назначает бесполезное. Ответственность врача заключается в том, чтобы назначения были адекватными случаю. Иными словами, должен соблюдаться некий баланс взаимных интересов между пациентом и доктором. И задача прессы, в том числе и специализированной — обращать на это внимание, содействовать сближению и ученые, разрабатывающие новей- му снегу, встречать маму из школы. позиций пациентов и медицинских работников.

Я неплохо знаю, как работает (там учится моя дочь). Прежде все- ученых-офтальмологов. Над ним и не давала согласия выйти замуж. ром он живет. Однако в зависимого, доверие людей к врачам в этой работали, прежде всего, физики. И только когда папе было уже 27 сти от возраста человек по-разному стране безгранично. Такого у нас И в том, что фемтолазер появился лет, а маме 25, что по деревенским воспринимает жизнь. Мы станонет, более того, «желтая пресса», не у нас, а на Западе, скорее все- меркам довольно много, мои ро- вимся более опытными, меняется тись. Притом что прежде чем присмакуя «жареные» факты, способ- го, виноваты не сами российские дители поженились. Однако до сих мышление. ствует еще большему расколу меж- ученые, а система образования. пор они вспоминают, как папа долду врачами и больными. А в Япо- Я считаю, что наша система обра- го ухаживал за мамой, пытаясь донии и в других азиатских странах зования, в том числе и в офтальмо- биться ее расположения. людям и в голову не придет под- логии, носит больше прикладной вергать сомнению поставленный характер. В результате — у нас ведоктором диагноз или правиль- ликолепные хирурги, диагносты. ность назначенного лечения. Еще Но мы практически не касаемся 57 лет они вместе.

Недавний скандал по поводу высказываний министра образования Д.В. Ливанова в отношении РАН утихли, однако вопросы остались. Хотелось бы знать Ваше личное мнение относительно развития фундаментальной науки в

каких-то революционных научных зиса, на котором эти идеи, методики могли бы рождаться. Посмотрите, какая аппаратура стоит в кабинетах офтальмологов, с помощью каких приборов мы обследуем или оперируем больных. Мы гордимся тем, что располагаем самым современным оборудованием, но отечественного аппарата среди этого «богатства» вы не найдете при всем в моей жизни было мое рождение! желании. Микроскопы, факоэмуль- Но этому предшествовало знакомсификаторы, лазеры эксимерные, ство моих родителей. Они выросли тость и нехватку времени. Глупость ности выбранному пути, ведь нет фемтосекундные и прочее — все в одной деревне, папа на два года это производится не в нашей стра- старше мамы, влюбился в нее еще не. Офтальмология как наука и раз- в 1-м классе. Они десять лет проработка новых методов исследова- учились вместе, мне рассказывато же. Ученые, развивающие науку, за два километра, иногда по первошие офтальмологические приборы и оборудование, — все-таки разные (папа — выпускник сельскохозяйипостаси. Например, фемтосекунд- ственного, мама — педагогическоный лазер — не есть разработка го) мама оставалась неприступной

одна особенность — японские вра- глубоких теоретических вопросов, чи (как, впрочем, и западные) не в то время как в западных страперебарщивают с лекарствами, как нах будущие офтальмологи, наэто принято у нас (инъекции пара- пример, основательно изучают ет, что не он должен лечиться, а его бульбарные, инъекции под кожу фундаментальные аспекты науки. виска и прочие «пытки»). А мы вы- У нас теория — не самое сильное нуждены перестраховываться, под- направление, это не позволяет настраиваясь под психологию наше- шим ученым «выдавать» мировой го пациента: «если капли не «про- медицине новейшие технологии ледирают до мозгов» — толку в них чения в том объеме, в каком мы бы этого хотели. Возможно, все, что я сказал, больше касается лично меня, но все же я — продукт оте-

> «Наука» — понятие интернациональное. Стоит в какой-то стране появиться новой идее, как тут же она подхватывается и развивается учеными других стран. Когда слышишь, что, мол, «мы применяем Я с огромным уважением от методику, которую никто и никогда ношусь к ученым, преклоняюсь пе- еще не использовал», у меня возниред ними. Проблема заключается кает вопрос: «Методика настолько не в том, что сейчас мы не выдаем нова, что о ней еще никто не успел узнать (максимум через полгода идей. На мой взгляд, у нас нет ба- о новинках узнает весь мир), или просто она никому не интересна и спорт — прекрасная разрядка. к науке не имеет отношения?»

чественной системы образования.

Мухаррам Мухтарамович, если позволите, несколько частных вопросов. Какое событие из собственной жизни показалось Вам наиболее значимым?

— Самым радостным событием ний, лечения — не совсем одно и 🛾 ли, что папа часто бегал босиком Даже после окончания института

А когда Вы познакомились со своей будущей женой?

— Мы были студентами-первокурсниками, я учился в медицинском институте, она — в Башкирском государственном универси- был 1972 год) папины слова пока- ми, которые стоят перед директотете на химическом факультете. зались странными: у СССР самая ром крупного научно-лечебного Между химиками и медиками сло- сильная армия в мире, а тут жились очень дружеские отноше- «нет перспектив». Я все-таки пое- я стал директором, ситуация в инния. Она на год раньше меня окон- хал в Казань, поступил в Суворов- ституте была довольно непростая. чила учебу, уехала по распределе- ское училище, но, проучившись не- У меня сохранился указ, подписаннию работать в район. Через год я сколько месяцев, вернулся домой, ный Президентом Республики Башполучил диплом, и мы поженились. поступил в физико-математиче- кортостан, о ликвидации нашего

Совершенно очаровательные девушки. Скажите, а кроме до сих пор, сам все рассчитываю, офтальмологии, что Вас еще интересует в жизни?

— Я очень люблю зимние виды спорта, горные лыжи, поэтому в отличие от многих людей лето мне не нравится. А горными лыжами начал заниматься задолго до Владимира Владимировича Путина

— «А я дзю-до любил и до»...

 Да-да, прямо как у В. Вишневского. На лыжах я катаюсь почти профессионально. Хотя летом мне тоже есть чем заняться: летаю на параплане, увлекаюсь серфингом. Видите, я предпочитаю довольно рискованные виды спорта. Честно понял, что зрение — продукт деясказать, у меня нет «живого» места,

— Вам не хватает адреналина на работе?

— Для меня экстремальный

— Что любите читать?

Очень люблю русскую классическую литературу. Примерно раз в десять лет я возвращаюсь к русской классике. Сейчас перечитываю «Обломова» и уже в который раз получаю истинное наслаждение. Не понимаю людей, которые не читают книг, ссылаясь на занякакая-то, в конце концов, можно час в день оторвать от сна... Люблю Харуки Мураками, получаю удовольствие от Бернара Вербера, недавно прочел его «Муравьев».

— Почти все хотят повернуть время вспять и что-то изменить в своей жизни.

— Я не хочу. Считаю, что для человека лучшее время это то, в кото-

— Вы всегда мечтали стать мнения уже принимаю свое. врачом?

 Нет, не всегда. Недавно был **— А ведь могло и не сложиться...** в Казани и впервые за много лет — Действительно, но вот уже заехал в Казанское суворовское военное училище, где я учился после 8-го класса. Мой папа — бывший офицер, ветеран подразделения особого риска, и с детства я хотел быть военным. Но как-то он мне сказал, что в армии нет перспектив. Мне тогда (помню, это скую школу. Военная карьера не НИИ. И если бы не были приняты

состоялась, а математику люблю очень нравятся люди с математическим складом ума

Когда я учился в школе, клас-

се в 9-м, мне попалась книга врача-психиатра, писателя Владимира Леви «Охота за мыслью: Заметки психиатра». Книга меня буквально потрясла тем, сколько тайн содержат глубины нашего сознания! Это, наверное, и подвигло меня заниматься медициной. Почти до самого окончания института я хотел стать психиатром, меня всерьез интересовало человеческое мышление. Однако на первых занятиях по офтальмологии, когда я увидел точные оптические приборы, когда тельности сознания и мозга, мои физико-математические склонности и интерес к психиатрии совпали, и я стал офтальмологом.

И никогда не пожалели о своем выборе?

— Никогда не пожалел. У меня были прекрасные учителя, прежде всего, Сюняева Сания Исхаковна и Янгирова Марва Зиннановна — это врачи и, прежде всего, женщины, которые всю свою сознательную тальмологии. Офтальмология поистине заменила им семью. Они были для меня примером преданничего важнее того, в чем ты видишь смысл своего существования

Моим учителем я также называю Азнабаева Марата Талгатовича. прекрасного ученого, замечательного организатора. Он всегла стремился ко всему новому, передовому. Наверное, эти качества я у него перенял.

Считаете ли Вы себя жестким руководителем?

— Наверное, все-таки, да. Без нять какое-то решение, я выслушиваю своих коллег и с учетом их

Часто внешность действительно бывает обманчива. У меня сложилось впечатление, что Вы человек мягкий. С другой стороны, руководить таким крупным учреждением и при этом не уметь «проявить характер» — сложно.

— Вы совершенно правы, человек с мягким характером едва ли сможет справиться с задачажесткие и экономические, и ад-— С дисциплиной у нас строминистративные меры, мы бы, го. Если человек начинает рабовозможно, не вылезли из этой нюю «оперативку», можно лишить-

Было ли противостояние в коллективе, как это часто бывает в период смены руководства?

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

— Я бы не стал это называть «противостоянием», но различные мнения по поводу сложившийся ситуации, действительно, были. Только что на президиуме мы общались с профессором В.В. Нероевым, вспоминали сложившуюся в институте в тот период ситуацию, и он сказал, что дискутировать можно, но только «до поры до времени», после чего надо ста- юсь и даю им возможность максивить вопрос ребром: «или-или», по- мально проявить инициативу. Они другому — нельзя. С некоторыми сотрудниками, кто не соглашался моей указке я не одобряю. с идеями перемен, пришлось рас статься. Прежняя экономическая политика полностью себя дискредитировала. Сейчас в экономичеответствуем статусу государственного бюджетного учреждения, где пенсии, занимается воспитанием медицинская помощь должна быть бесплатной. Мы практически пол- довольно больших высот в офтальностью отказались от платных ус- мологии, младшая — только начилуг, помощь стала доступной для нает свой путь в этой специальновсех слоев населения, при этом сти, окончила интернатуру. финансовое положение стало более благоприятным. У частных клиник — свой контингент, а мы должны оказывать помощь простым

— Вам было в своей жизни за что-нибудь стыдно?

— Мне стыдно за пробелы в образовании. Я поздно начал учить английский язык, он до сих пор у меня «хромает». А в нынешней ситуации, когда происходит широкий научный обмен, зарубежные ствуют в конференциях во многих стыдно. Я прочитываю почти всю литературу по офтальмологии: отечественные и зарубежные газеты, журналы, но постоянно ловлю себя на мысли, что еще мало знаю.

Вы удовлетворены собой в работе?

я что-то не доделал. Вся моя рабо-

— На сон остается мало вре-

— Я сплю мало, но не потому что все свое время отдаю работе, просто мне не надо долго спать, чтобы восстановить силы. Если даже ложусь поздно, в 7 утра я уже

Никогда не опаздываете на

- никогда. в этом плане я человек очень педантичный, стараюсь оставляем для работы. Модное никуда не опаздывать, лучше при- слово «корпоратив» в нашем слуду на час раньше, чем на пять ми- чае звучит как-то неуместно, это —

— Сотрудники Ваши так же воспитаны?

ту с опоздания, то часто весь день идет наперекосяк. Кроме того, если на полминуты опоздаешь на утренся квартальной премии, а это очень приличные деньги. Поэтому сотрудники не позволяют себе

— Вы доверяете руководителям отделов или стараетесь все вопросы решать единолично?

— Доверяю, конечно. В решение вопросов, которые входят в компетенцию моих заместителей и руководителей отделов, я не вмешивапонимают, что работу только по

У Вас надежный семейный

— Моя семья во всем меня полдерживает. Моя жена, бывший банковский работник, сейчас на внучки. Старшая дочь достигла уже

Вам и Вашей дочери, к.м.н. Гузель Мухаррамовне Бикбовой. 7 июня 2013 года на основании решения комиссии Академии наук Республики Башкортостан вручили премию имени Габдуллы Хабировича Кудоярова. От души поздравляем!

— Спасибо. Сразу после конференции нас пригласили в Академию наук РБ для вручения премии имени Габлуллы Хабировича Кулоярова*. Это премия в области меофтальмологи приезжают в нашу дицины, в частности, в хирургии. страну, российские врачи уча- Премия вручается один раз в два года. Мы подали заявку по нашей странах мира, знание иностранных работе «Эктазии роговицы». Конязыков очень важно. Вот за это мне курс был достаточно большой, но победителями оказались мы.

И, наверное, последний вопрос: чем Вы можете гордиться?

— Горжусь своей семьей, горжусь коллегами по работе. За прошедшие годы были разные ситуации, которые, как море шлифует — Мне все время кажется, что камушки, сточили существовавшие между нами углы, притерли та спланирована до мелочей. Ино- нас друг к другу и зацементирогда у меня случается бессонница, и вали в дружную, единую команду, это даже хорошо: возникают новые в товарищество единомышленниидеи, думаю, как улучшить работу ков. Люди работают не по принуждению, а от души.

Постороннему человеку это хорошо заметно по той атмосфере, которая царит во время ваших конференций. Людей нельзя заставить быть искренними, если они не такие.

— Вы правы. Уверяю Вас, что у нас всегда царит обстановка искренности и доверия. Мы часто проводим вместе свободное время, организуем вечеринки, поем песни. Служебную суб встречи настоящих друзей. Этим я очень горжусь.

Беседу вела **Лариса Тумар** Фотографии из личного архива М.М. Бикбова

* Прим. редакции. Габдулла Хабирович Кудояров — доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РСФСР и БАССР, заслуженный врач РСФСР и БАССР. Родился в июне 1899 года в селе Аблай Белебеевского уезда Уфимской губернии. В 1926 году окончил медицинский факультет Пермского университета. С 1926 по 1955 год работал в Уфимском научно-исследовательском институте глазных болезней. Участник Великой Отечественной войны. Возглавляя отделение института, работая его директором, Г.Х. Кудояров одновременно заведовал кафедрой глазных болезней Башкирского государственного медицинского университета. Более двух десятков лет профессор являлся главным окулистом Минздрава БАССР, Разработанная под руководством Г.Х. Кудоярова система мероприятий по борьбе с трахомой была использована при ликвидации заболевания в Башкортостане, других регионах СССР, ряде зарубежных стран. Он автор свыше 160 научных трудов. Более двух десятилетий возглавлял Башкирское общество офтальмологов. Награжден орденами Ленина и Трудового Красного Знамени. Габдулла Хабирович — почетный гражданин г. Уфы. Учреждена премия его имени.



ООО "БИОКОДЕКС" 119019, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 21

Тел. (495) 783 26 80, факс (495) 783 26 81





Федоровские чтения – 2013

XI Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

21 июня 2013 года, Москва

Организаторы: Министерство здравоохранения РФ; Общество офтальмологов России;

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

июня 2013 года в конференцзале главного корпуса ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» состоялось торжественное открытие конференции «Федоровские чтения – 2103». В церемонии открытия приняли участие ведущие офтальмологи страны, гости из Республики Беларусь и Китайской Народной Республики.

По традиции конференцию открыл генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв.

Главный специалист офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, директор ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», д.м.н., профессор В.В. Нероев приветствовал участников конференции.

С приветствием в адрес участников обратились также член научного Общества офтальмологов Республики Беларусь, профессор Т.А. Имшенецкая и глава делегации КНР. директор глазной клиники Харбинского медицинского университета, профессор Лю Пин. Как и в прошлом году, представительная китайская делегация приняла активное участие в конференции. В 2012 году была образована китайская секции, сотрудничество в этом направлении между Москвой и Харбином продолжается.

Торжественную часть конференции открыл президент Российского глаукомного общества, д.м.н., профессор Е.А. Егоров. Ученик академика Аркадия Павловича Нестерова выступил с мемориальной лекцией, посвященной 90-летию со дня рождения великого ученого.

На торжественном заседании присутствовали академик РАМН, профессор Алевтина Федоровна Бровкина (вдова А.П. Нестерова) и внуки Аркадия Павловича.

Алевтина Федоровна Бровкина и Аркадий Павлович Нестеров были одной из самых красивых супружеских пар. В интервью газете «Поле зрения» № 1 за 2010 год Алевтина Федоровна сказала: «Я всегда гордилась Аркадием Павловичем. А почему жена не может гордиться мужем? Если бы я могла еще раз прожить жизнь, я бы пожелала про-

Аркадий Павлович Нестеров родился 20 июня 1923 года в городе Бузулуке Оренбургской области. Участник Великой Отечественной войны. Окончил Куйбышевский государственный институт. В 1956 году защитил кандидатскую диссертацию, в 1964 году — докторскую, в этом же году избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой глазных болезней Казанского медицинского института. В 1965 году ему присвоено ученое звание профессора

работал ответственным редактором «Казанского медицинского журнала». В 1968 году был избран депутатом Казанского городского совета, где работал в комиссии по

В 1974 году А.П. Нестеров избран заведующим кафедрой глазных болезней лечебного факультета 2-го МОЛГМИ имени Н.И. Пирогова (ныне — Российский государственный медицинский университет), с 1976 года руководил также проблемной научно-исследовательской лабораторией микрохирургии

В 1975 году удостоен Государственной

В 1985 году Государственным комитетом по делам открытий и изобретений было зарегистрировано открытие А.П. Нестерова «Явление функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза человека эффект Нестерова». Автор показал важную роль блокады синуса в патогенезе глаукомы и указал на новые возможности лечения этого заболевания.



Почетный президиум: проф. М.М. Бикбов, проф. В.В. Нероев, проф. А.М. Чухраёв, И.Е. Федорова (почетный гость конференции), академик РАМН, проф. А.Ф. Бровкина, проф. Т.А. Имшенецкая (Республика Беларусь), проф. Лю Пин (Китай) *(слева направо)*



Участники конференции во время заседания, посвященного памяти великого офтальмолога. академика Аркадия Павловича Нестерова. Первый ряд (слева направо): проф. В.В. Страхов, проф. Э.В. Бойко, проф. Е.А. Егоров, проф. В.П. Еричев, проф. Э.В. Егорова, проф. М.Т. Азнабаев, депутат Государственной Думы В.В. Рязанский, к.м.н. А.Г. Заболотний

А.П. Нестеров — один из основателей нового направления в офтальмологии: гидростатики и гидродинамики глаза.

А.П. Нестеров предложил ряд диагностических тестов, разработал технику 11 новых А.П. Нестерова выполнены и защищены 42 микрохирургических и лазерных операций, а также инструменты для их выполнения, электронный офтальмотонограф, новый портативный глазной тонометр и индикатор внутриглазного давления. Им разработаны новые безопасные и эффективные методы введения лекарственных препаратов во внутренние структуры глаза при болез нях сетчатки и зрительного нерва.

В 1997 году А.П. Нестеров был избран почетным заведующим кафедрой глазных болезней РГМУ, был научным руководителем проблемной научно-исследовательской лаборатории «Микрохирургия глаза» в составе РГМУ и руководителем академической научной группы РАМН. В 1999 году приказом Комитета здравоохранения Москвы создан Московский городской глаукомный центр, руководителем которого назначен А.П. Нестеров.

В 2000 году А.П. Нестерову и его коллективу присуждена премия Правительства РФ за 1999 год за разработку и внедрение в клиническую практику новых микрохирургических технологий и инструментария для лечения глазных заболеваний, в 2002 году премия имени академика Т.И. Ерошевского за исследования по проблемам геронтоло-

Им опубликованы свыше 300 научных работ, в том числе 14 монографий и книг (5 из

В 1978 году избран членом-корреспондентом АМН СССР, в 1993 году — действительным членом РАМН

Под руководством и при консультации кандидатские и 20 докторских диссертаций. Его ученики возглавляют кафедры офтальмологии в медицинских вузах Москвы, Казани, Перми, Омска, Благовещенска, Душанбе.

А.П. Нестеров награжден орденами Отечественной войны II степени, Трудового Красного Знамени. Лауреат Государственной премии СССР (1975), премии I Российской Федерации (2000), премии Ака- Морфологические особенности увеальных демии медицинских наук СССР имени академика М.И. Авербаха (1969), премии (диплома) РАМН имени Н.И. Пирогова (1992), премии имени Т.И. Ерошевского за лучшую монографию в области медицинской геронтологии (2002). Заслуженный деятель науки РФ. Заслуженный изобретатель СССР.

Высокие чувства к памяти своего учителя выразил член-корреспондент РАМН, профессор Е.И. Сидоренко (Москва), вспоминая ркадия Павловича с теплотой и грустью. О своей первой встрече с академиком А.П. Нестеровым не без юмора вспоминал профессор В.В. Страхов (Ярославль).

Первое пленарное заседание, посвященное вопросам этиопатогенеза, ранней диагностике и эффективного мониторинга глаукомной нейропатии возглавили члены президиума: Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург), Э.В. Егорова (Москва), А.В. Золотарев (Самара), Т. Н. Киселева (Москва), Н.И. Курышева (Москва), В.А. Мачехин (Тамбов), В.В. Страхов (Ярославль), Н.С. Ходжаев (Москва).

и глаукома» профессор Ю.С. Астахов изложил согласованное мнение, которое заключается в следующем: ВГД имеет положительную корреляцию с артериальным давлением. Низкое артериальное давление может быть фактором риска развития и прогрессирования глаукомы при нарушенной ауторегуляции. Пониженное перфузионное давпение является фактором риска для ПОУГ. **Тараметры** кровотока, полученные с помощью разных методов, ухудшаются при глаукоме, особенно при глаукоме с нормальным ВГД (по сравнению со здоровыми лицами). Кровоток в глазу снижается с возрастом. Кровоток в зрительном нерве может быть снижен в ночное время. Сосудистая дисрегуляция может вносить свой вклад в развитие глаукомы, особенно у лиц с более низким ВГД. Определенные препараты, даже в виде глазных капель (местные ИКА), могут влиять на глазной кровоток и его регуляцию. Полученные данные свидетельствуют в пользу того, что ингибиторы карбоангидразы улучшают глазной кровоток и его регуляцию, независимо от их гипотензивного эффекта. Некоторые системные препараты могут положительно влиять на глазной кровоток и его регуляцию.

В своем докладе «Кровообращение глаза

Профессор А.В. Золотарев и Е.В. Карлова (докладчик) из Самары, говоря о морфологии и функции увеосклеральных оттоков, считают, что в их осуществлении непосредственно участвуют увеальный слой трабекулярного аппарата, пространства между волокнами цилиарной мышцы, супрахориоидальное пространство, паравазальные іространства транссклеральных сосулог ственное участие трабекулярной сети в осуществлении увеосклерального оттока. Наличие в системе увеосклерального оттока цилиарной мышцы позволяет говорить о непосредственной связи гидродинамики и аккомодации. С функциональной точки зрения увеосклеральный отток является важным элементом аккомодационно-гидродина-

мической системы глаза. Профессор В.В. Страхов (Ярославль) в своем выступлении перечислил симптоматику поражения сетчатки при ПОУГ, это нарушение темновой адаптации; диффузное снижение светочувствительности сетчатки: в ранней диагностике ПОУГ — в 55% случаев против 5% парацентральных скотом; нарушение контрастной и цветовой чувствительности: более выраженное и раннее на стимулы темнее фона, снижение чувствительности к смешанным и насыщенным зеленому и синему цветам: хаотичное расположение скотом и их кластеров по всему



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

Со словами приветствия в адрес участников конференции обратился депутат Государственной Думы В.В. Рязанский. За столом президиума: д.м.н., профессор М.М. Бикбов, д.м.н., профессор В.В. Нероев

полю зрения. Прижизненное изучение слоев планируют провести в ближайшем будущем, сетчатки при первичной глаукоме лежит за должен определить место данной хирургии в системе хирургической помощи пациентам с глаукомой, но, по всей видимости,

мером хориоидеи, который важен с точки комой любой стадии. Профессор С.Ю. Анисимова (Москва)

вообращения; при глаукоме имеются повреждения в хориоидальном сосудистом русле. М.З. Франковска-Герлак с соавторами (Москва) назвала факторы риска развития открытоугольной глаукомы у пациентов с глазными проявлениями ПЭС. Авторами определена достоверная корреляционная зависимость между развитием ОУГ у пациентов с ПЭС, возрастом и наличием у них атеросклероза, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, цереброваскулярной недостаточности. В результате исследований получена формула расчета степени риска развития ОУГ на глазах с ПЭС, учитывающая стадию ПЭС, толщину хрусталика и другие составляющие, описанные выше.

пределами возможностей офтальмоскопии.

Поэтому ретинальной симптоматики ПОУГ

до появления когерентной ретинотомогра-

Профессор Н.И. Курышева (Москва) рас-

сказала о роли хориоидеи в развитии глау-

комной оптиконейропатии. Актуальность

исследования связана непосредственно с раз-

зрения развития ЗУГ. Актуальность темы со-

держит следующие положения: преламинар-

ная зона зрительного нерва получает крово-

снабжение из перипапиллярной хориоидеи;

хориокапилляры имеют фенестрированную

стенку; в хориоидее нет ауторегуляции кро-

фии (ОСТ) практически не существовало.

С.В. Балалин (Волгоград) в своем выступлении сделал попытку изучить зависимость между толерантным давлением и динамикой зрительных функций у больных первичной открытоугольной глаукомой.

В конце сессии профессор Ю.С. Астахов дал комментарии и сделал свои замечания по каждому докладу.

Президиум секции «Лечение глаукомы: реальность и перспективные технологии» возглавили: С.Ю. Анисимова (Москва), В.П. Еричев (Москва), Д.И. Иванов (Екатеринбург), Т.А. Имшенецкая (Республика Беларусь), Б.Э. Малюгин (Москва), Т.В. Соколовская (Москва), Т.Н. Юрьева (Иркутск).

Открыл заседание профессор В.П. Еричев (Москва) с докладом «Ex-press дренирование в хирургии рефрактерной глаукомы».

Доктор медицинских наук Д.И. Иванов (Екатеринбург) представил участникам конференции комплексный подход к хирургическому лечению первичной закрытоугольной глаукомы. В качестве антиглаукомного компонента были представлены фильтруюновых путей оттока. В качестве гипотензивного компонента выступает трабекуло-Оценку клинической эффективности ка-

налопластики при открытоугольной глаукоме дал профессор Б.Э. Малюгин (Москва). Успешное решение каналопластики, по данным авторов, достигнуто не более чем в 70% случаев. Одним из необходимых условий успеха является адекватное натяжение нити и интактность интрасклеральных путей оттока. Создание большого трабекулодесцеметова окна выступает в роли дополнительного пути оттока, и, с точки зрения авторов, отказываться от него нецелесообразно. Эта операция не лишена недостатка тех операций, которые подразумевают доступ ab externo, в данном случае речь идет о рубцевании конъюнктивы. Существенным недостатком технологии является необходимость использования дорогостоящего оборудования, в частности, дорогих катетеров. По мнению авторов, объективный медико-экономический анализ, который они это место будет достаточно ограниченным.

В.В. Науменко (Санкт-Петербург) изучил клиническую эффективность экспланодренирования с применением дренажа из лейкосапфира. Эти операции обеспечивают долговременный гипотензивный эффект и являются безопасным и эффективным вмешательством. Операция может применяться при хирургическом лечении больных с первичной и вторичной открытоугольной глау-

представила отдаленные результаты хирургического лечения далеко зашедшей глаукомы у пациентов после периневральной склеропластики. Оценивая динамику морфометрических показателей ДЗН по результатам ОСТ в течение 2 лет, были получены стабильные результаты по площади и объему экскавации у пациентов после периневральной склеропластики и сочетанной операции. Лучшие морфометрические результаты были получены в группе пациентов после сочетанной операции. Материал «Ксенопласт» для периневральной склеропластики (производитель ООО «Дубна-Биофарм») состоит из нерастворимого пористого ксеноколлагена, выделенного из костной ткани сельскохозяйственных животных. Материал для склеропластики «Ксенопласт» (4 лоскута диаметром 10×10 мм) обладает высокой биосовместимостью, устойчивостью к биодеструкции и очень хорошей интеграцией со склерой. Биоматериал коллаген типа I, применяемый в периневральной склеропластике при глаукоме, обеспечивает нейропротекторную функцию.

Доктор медицинских наук Т.Н. Юрьева (Иркутск) считает, что модифицированная трабекулотомия на базе НГСЭ позволяет выполнить разрушение внутренней стенки шлеммова канала и трабекулы с максимальной анатомической точностью и является патогенетически обоснованным, эффективным и малотравматичным видом хирургического лечения различных видов глаукомы с преимущественно претрабекулярным типом ретенции внутриглазной влаги.

И.А. Молоткова (Калуга) убеждена, что лечение неоваскулярной глаукомы зависит от стадии процесса. Применение анти-VEGF терапии, луцентиса, является патогенетически ориентированным и способствует уменьшению неоваскулярного процесса. висит от уровня ВГД. Чем меньше уровень ВГД, тем меньше степень неоваскуляризации переднего отрезка глаза. В лечении неоваскулярной глаукомы предпочтительно применять двухэтапное лечение: 1 этап — интраокулярное введение луцентиса; 2 этап снижение ВГД (дренажная хирургия). Применение анти-VEGF терапии целесообразно при всех стадиях неоваскулярной глаукомы. В конце заседания состоялась дискуссия.

Программа первого дня работы конференции включала обучающий курс по лечению глаукомы. Ведущие специалисты Университета Сан-Паулу — Ремо Сусанна, Марсело Хатанака и Мирко Бабич — представили различные клинические случаи. Лекции гостей из Бразилии сопровождались интересным иллюстративным материалом. Четкие формулировки, выверенные результаты исследований, достоверные выводы, прекрасное изложение материала, а также умение установить контакт со слушателями всеми этими средствами мастерски владеют



Ведущие специалисты Университета Сан-Паулу: профессор Мирко Бабич, Ремо Сусанна, Марсело Хатанака и профессор Б.Э. Малюгин (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»)

В конференц-зале поликлиники прошли две секции: «Патология рефракции бинокулярного зрения и глазодвигательного аппарата» и «Окулопластика».

В программе секций были предусмотрены как развернутые выступления участников конференции по заявленным темам, так и изложение лекционного материала, отражающего современное состояние офтальмологической науки. В работе секций приняли участие офтальмологи Украины, Германии, Турции, Израиля, Коста-Рики, Японии.

Сателлитные симпозиумы компании Tradomed Invest «Оптический когерентный томограф RTVue-100», компании Stormoff «Pulsar-периметрия — инновационный метод ранней диагностики глаукомы», в которых приняли участие ведущие офтальмологи, привлекли внимание большого количества участников.

В программу секции «Патология роговицы» этом году была включена мемориальная лекция на тему «Достижения школы академика Святослава Федорова в развитии кератопротезирования», с которой выступила профессор З.И. Мороз (Москва).

Варианты хирургической тактики представил профессор Б.Э. Малюгин в докладе

«Хирургия катаракты у пациентов с патологией эндотелия». По мнению докладчика, это экстракция катаракты, комбинированные операции — сочетание экстракции катаракты с кератопластикой. Применяются также и так называемые «тройные процедуры» или тройные операции, сочетание экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ и кератопластикой, которые показаны при дегенеративных изменениях стромы роговицы и при достаточно выраженной стромальной и эпителиальной стадии данного заболевания. Однако существует достаточно многочисленная категория пациентов, состояние которых ставит хирургов перед выбором оптимальной тактики лечения. Например, если роговица прозрачна, а при проведении биомикроскопии и эндотелиальной микроскопии хирург видит значительное количество гут, перед ним встает выбор: стоит ли такому пациенту проводить экстракцию катаракты или предложить комбинированное вмешательство. Очевидно, что экстракция катаракты имеет ряд преимуществ. Главное преимущество заключается в отсутствии необходимости применения донорского материала, а также в быстрой реабилитации пациента. Как отметил





К.м.н. А.В. Шацких, Х.Д. Тонаева, д.м.н. С.А. Борзенок, д.м.н., проф. Е.В. Ченцова, д.м.н., проф. О.Б. Ченцова, к.м.н. Ю.А. Комах, д.м.н., проф. С.И. Анисимов, д.м.н., проф. С.Ю. Анисимова, д.м.н., проф. Б.Э. Малюгин (слева направо)

профессор Б.Э. Малюгин, экстракцию катаракты можно применить не у всех, поскольку в целом ряде случаев на фоне сниженной функции эндотелия возможен достаточно длительный отек роговицы в потого, гуты дают деградацию ретинального изображения, поскольку на них происходит светорассеяние и позднее, даже если операция проходит успешно, у таких пациентов вицы в отдаленном послеоперационном периоде

нению данной технологии в клини-

ческой практике. Профессор М.М. Бикбов (Уфа) ты автоматизированной эндотелиальной кератопластики. Цель



Директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв и директор глазной клиники Харбинского медицинского университета, профессор Лю Пин

К сожалению, лимитированные по оригинальной методике. Новые Он отметил, что в начале 1980-х объемы донорского материала пре- технологии изготовления транспятствуют более широкому приме- плантатов для эндотелиальной чить сверхтонкий трансплантат без вскрытия передней камеры

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

О необходимости наличия специализированной донорской служтрансплантации эндотелия, дес- операции по кератопластике труп- язв роговицы. На основании иссле- слезозаместители, противовоспацеметовой оболочки, задних сло- ными роговицами, на примере ее дований автор представила цифры создания в Московском НИИ мием техники автоматизированной крохирургии глаза, рассказал про- ленной при тяжелых гнойных язэндотелиальной кератопластики фессор С.А. Борзенок (Москва).

> роговицы, в том числе осложненных ССТ перфорациями до 2,5 мм, при выполнении операций в ранние сроки. С.Б. Измайлова (Москва) представила анализ эффективности лечения вторичных post-LASIK эктазий методом интрастромальной кератопластики с имплантацией ложнений при проведении операванного вакуумного кольца выяв-

годов по инициативе профессора

В.Г. Копаевой была создана лабо-

ней, полностью удовлетворявшая

потребности хирургов в нативном

русь) выстроила алгоритм хирурги-

ческого лечения тяжелых гнойных

Г.В. Ситник (Республика Бела-

лено не было. Т.К. Волкович (Республика Беларусь) привела убедительные выводы о том, что импрессионная цитология является малоинвазивным, легковыполнимым, высокоинформативным и объективным методом, который позволяет качественно и ный состав поверхности роговицы и его морфофункциональные изменения; характер патологического процесса и его течение в динамике; репаративную способность эпителия роговины

М.В. Синицына (Чебоксары) представила предварительные результаты применения фемтола- чивает ее метаболизм зерной интрастромальной кераговицей. Показаниями являются ного нерва и сетчатки», «Офтальмоменее 350 мкм.

ные заболевания глазной поверхно- Нестерову и академику Святославу сти» началась с доклада профессо- Николаевичу Федорову. нических форм БКР, даны рекомен- паратов. дации по лечению и советы «что не надо делать».

Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург) перечислил факторы риска развития синдрома «сухого глаза» при глаукоме. В основе профилактики и успешного лечения

синдрома «сухого глаза» у больных лаукомой лежит комплексный подход, сочетающий поиск офтальмогипотензивных средств, оказывающих минимальное воздействие на продукцию и стабильность слезной

О патогенетическом подходе диагностике и лечению вирусных инфекций органа зрения рассказала профессор М.А. Ковалевская (Москва). Она отметила, что при стромальном кератите применение стероидов в течение нескольких недель не сказывается на эффекте или зрении. Назначение ацикловира per os дополнительно к трифлуридину и стероидам в лечении стромального кератита требует дополнительного изучения. Валоцикловир и фамцикловир имеют преимущество в отношении снижения тяжести и продолжительности постгерпетической невралгии, что делает валоцикловир и фамцикловир препаратами выбора для лечения HZ и HZO. Глазной гель на основе ганцикловира является эффективным средством для местного лечения вирусной инфекции органа зрения. Необходима коррекция вторичного

Профессор Д.Ю. Майчук (Москва) в своем докладе перечислил этапы лечения демодекозного блефарита с аллергией. Симптоматическое лечение проходит по этапам: антибиотикотерапия, гигиена век, лительное и противоаллергическое

грамположительной флоры, выяв-Профессор Н.А. Ермакова (Мовах у пролеченных больных. Транссква) назвала факторы риска синплантация АМ является эффективдрома «сухого глаза» при диабете ным способом лечения гнойных язв и представила алгоритм лечения

ларусь) считает, что первичная форма бактериального кератита характеризуется выраженными репаративными процессами в стадии ная — низкой интенсивностью роговичных сегментов. Значимых репаративных процессов во всей интра- и послеоперационных ос- стадии воспаления, что обуславливает длительность эпителизации

О результатах применения хирургического компонента в комплексной терапии больных с синдромом «сухого глаза» поделилась опытом Е.С. Уткина (Хабаровск). ной точки является атравматичным и эффективным способом реформами синдрома «сухого глаза». Лечебный эффект обусловлен увеличением конъюнктивальной полости объема слезной жидкости и стабильности прероговичной слезной пленки, которая защищает ровнешних раздражителей и обеспе-

В повестку дня форума также бытопластики с имплантацией ко- ли включены секции «Актуальные лец MyoRing при миопии высокой проблемы фундаментальной офстепени в сочетании с тонкой ро- тальмологии», «Патология зрительмиопия высокой степени от -8 до онкология», но ограниченный объем -20 дптр в сочетании с тонкой тол- репортажа, к сожалению, не позвощиной роговицы; астигматизм до ляет упомянуть все доклады, прозву-4 дптр; кератэктазии послерефрак- чавшие на конференции. Нельзя не ционно-лазерных операций; кера- отметить, что атмосфера конферентоконус 1, 2, 3 стадии. Противо- ции была проникнута духом уважепоказания — толщина роговицы ния и признательности великим ученым, прославленным офтальмоло-Работа секции «Воспалитель- гам, академику Аркадию Павловичу

ра Я.О. Груши (Москва). В докладе В рамках конференции состоя-«Базальноклеточный рак век» была лась выставка медицинского обопредставлена классификация кли- рудования и лекарственных пре-

> Материал подготовила Лариса Тумар

Фото предоставлены оргкомитетом конференции. Автор М.Ю. Яшкина (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»)

Оптический когерентный томограф RTVue-100 в офтальмологической практике

Сателлитный симпозиум

Организатор: компания «Трейдомед Инвест».

Модератор: Курышева Наталия Ивановна, профессор, д.м.н., Центр офтальмологии ФМБА России.

ках программы XI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Федоровские чтения — 2013»

Открыла работу симпозиума доктор Л.А. Панюшкина (ФГБУ

«НИИГБ» РАМН, Москва). Она пред-

ставила доклад от группы авторов

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

на тему «Оптическая когерентная томография сетчатки и зрительного нерва в диагностике болезни Альцгеймера». Болезнь Альцгеймера относится к первично-дегенеративным деменциям и характеризуется снижением когнитивных функций, в первую очередь памяти, расстройств. Уже на ранней стадии деменции к указанным расстройствам прибавляются зрительные нарушения. К ним относятся изменения цветового и стереоскопиче тельности, дефекты в полях зрения и угнетение показателей электро-Однако до сих пор остаются неяснаступают в результате пораже- КГК сетчатки и увеличение толщиния коркового отдела зрительного ны хориоидеи у пациентов старшей В связи с появлением новых возвозрастной категории должны нао вовлечении в нейродегенеративстораживать врачей ный процесс сетчатки и зрительнона тему «Комплекс ганглиозных исследования заключалась в изучеклеток сетчатки и хориоидея при нии структурных изменений в сет- глаукоме: результаты исследования методом ОКТ» выступила проу пациентов с болезнью Альцгейме- фессор Н.И. Курышева (ФМБА Рос- новлена корреляция ее толщины ра (стадия мягкой деменции) с по- сии, Москва). Ранняя диагностика с морфометрическими характеритомографа RTVue-100. В исследо- залог успеха в лечении этого забо- ки, регионарным кровотоком и первании приняли участие две группы левания, однако на сегодняшний ли пациенты с болезнью Альцгейдии начальных клинических измемера, во вторую — условно здоронений остается трудной задачей. вые люди аналогичной возрастной категории. Помимо стандартного сетчатки опережает клинические РАМН, Москва) представила доклад офтальмологического обследова- изменения в поле зрения. Еще в на тему «Морфологические измене-2007 году анализ всех существодена оптическая когерентная томовавших методов диагностики глаграфия сетчатки и диска зрительукомы показал, что наиболее чув-Благодаря высокой скорости ска- ранних изменений является опти- томографии». В результате провенирования и разрешающей спо- ческая когерентная томография. денного исследования выявлены ставление точных топографиче- менения спектральной ОКТ при вания томографические изменения: ских карт сетчатки, слоя нервных глаукоме достаточно широкая: ис- первоначальное нарушение КГК клеток (КГК). Анализ показал, что деи и решетчатой мембраны склетании с отеком перипапиллярного диагностике патологии макуляр мероприятия будут проводиться у пациентов с болезнью Альцгей- ры, угла передней камеры, состоя- слоя нервных волокон, последую- ной зоны у детей» поделился опы- и в дальнейшем. ера толщина сетчатки в области ния роговицы. Открываются колосфовеа, а также пери- и парафове- сальные перспективы в изучении фических изменений в центральной кулярной зоны у детей с помощью альной зонах была меньше, чем в патогенеза заболевания. Чрезвыконтрольной группе, при этом раз- чайно важным объектом исследоница оказалась статистически до- вания является КГК, в состав костоверной. Наибольшие различия торого входят структуры, которые наблюдались в толщине сетчатки в первую очередь страдают при фовеа. Параметры средней толщи- глаукоме: слой нервных волокон, ны слоя нервных волокон по груп- ганглиозные клетки и внутренпам практически не отличались. Не ний плексиформный слой. Именобнаружено достоверной разницы но в этих структурах содержатся,

при анализе средней толщины КГК соответственно, аксоны, клеточ-

сетчатки и значений фокальных ные тела и дендриты ганглиозных

потерь ганглиозных клеток сет- клеток сетчатки. Термин «комплекс

чатки (FLV). В то же время в груп- ганглиозных клеток» (КГК, ganglion

пе пациентов с болезнью Альцгей- cell complex, GCC) был предложен

мера отмечалось статистически Тап О. с соавторами, и данный

достоверное увеличение показате- аналитический параметр запатен-

ля глобальных потерь КГК (GLV). тован в томографе RTVue-100, что

Достоверное различие было также отличает его от аналогичных при-

обнаружено при анализе толщины боров. В целом ряде исследований

хориоидеи в центре. При болезни было показано, что результаты ана-

Альцгеймера профиль хориоидеи лиза КГК достоверно отличаются у

оказался значительно шире. На се- больных глаукомой от показателей

годняшний день преждевременно здоровых лиц (Huang D., Mori S.,



Выступает профессор Н.И. Курышева

С докладом от группы авторов

утверждать о том, что обнаружен-Tan O.). По последним данным, по- зоне сетчатки и отсроченное страные изменения у пациентов с бо- казатель, характеризующий объем дание сетчатки в перипапиллярной лезнью Альшеймера могут служить фокальных потерь КГК — наиболее зоне. Преимущественное изменечувствительный тест для ранней болевания, однако повышение от- диагностики глаукомы (Huang D., в носовых и нижних секторах макуными причины этих изменений. По носительно нормы практически Акопян В.С., Курышева Н.И.). в 2 раза уровня глобальных потерь

генезе глаукомы наименее изучен. фов интерес к этой структуре глаза значительно возрос. Недавние RTVue-100 выявили истончение хориоидеи по мере прогрессирования фузионным давлением. Указанные ложить существенную роль хориоидеи в развитии глаукомы

у пациентов с наследственной оптической нейропатией Лебера по респецифические для данного заболесетчатки в макулярной зоне в сочещее развитие выраженных атро-



Д. Дорошенко, Н.А. Ханакова, Н.И. Курышева, И.Е. Хаценко Л.А. Панюшкина

лярной зоны в сочетании с истонсочном секторе перипапиллярной области свидетельствует о поврежнервных волокон в острой стадии оптической нейропатии Лебера.

Работу симпозиума продолжил Д. Дорошенко (Центр диагностики и хирургии заднего отдела глаза, ция данных протокола EnFace OKT для оценки результатов хирургичелярного синдрома». Докладчик обратил внимание слушателей на то, день режимом EnFace пользуются недостаточно часто, а доктора, занимающиеся ретинальной топогра фией, предпочитают сагиттальный скан, фактически используя трехмерный прибор как двухмерный. В докладе показано, что использование режима EnFace, имеющегося в ОКТ RTVue-100, позволяет проводить тонкую диагностику состояния витреоретинального интерфейса Инвест» и лично эксперта по оф-

ваний и результатов лечения.

циентам (24 глаза) с гипоплазией следование, в результате которого ризуется относительной сохраннов центральной зоне; острота зрения коррелирует с выраженностью конной зоне; в меньшей степени острота зрения коррелирует с толщиной острота зрения практически не коррелирует с толшиной КГК: острота тренних слоев сетчатки в фовеа.

В заключение докладчики отвеучастников симпозиума

Подводя итог, профессор Н.И. Кувремя перед офтальмологами открылись колоссальные возможности неративных заболеваний, детской патологии, макулярной патологии годарила компанию «Трейдомед И.Е. Хаценко (Морозовская ресного и полезного симпозиума ДГКБ, Москва) в докладе «ОКТ в и выразила надежду, что подобные

> Материал подготовил Сергей Тумар



посетить сателлитный симпозиум

«Современные методы лазерного лечения патологий сетчатки», который состоится в рамках научно-практической конференции

«VI Российский общенациональный офтальмологический форум»

1 октября 2013 г. в 15.00 ч.

по адресу: г. Москва, ул. Покровка, д. 47/24 Центральный Дом Предпринимателя, малый конференц-зал (пресс-центр)

Для участия в симпозиуме необходимо предварительно зарегистрироваться на сайте www.tradomed-invest.ru или по электронной почте alekhin@tradomed-invest.ru или по тел. +7 (495) 662 7866 / +7 (917) 515 1680.



Заместитель директора по научно-педагогической работе Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», заведующий кафедрой офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н. Ю.В. Тахтаев:

«Рефракционная хирургия глаза это чудо, которое может пережить каждый!»

аместитель директора по наvчно-педагогической работе Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор Ю.В. Тахтаев является одним из наиболее известных и признанных в международном профессиональном сообществе российских офтальмологов.

В начале девяностых годов он вой факоэмульсификации катаракты в России. Юрий Викторович автор целого ряда передовых разработок в рефракционной хирургии хрусталика и других областях рефракционной хирургии глаза.

За последние десять лет Ю.В. Тахтаев представлял Россию на многих международных конгрессах в качестве приглашенного офтальмохирурга в рамках международных образовательных проектов. Он стал первым российским офтальмологом, получившим приглашение оперировать на конгрессах Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов в Сан-Диего в 2006 году, Американской Академии офтальмологии в Сан-Франциско в 2009 году, Европейрефракционной хирургии в Афинах в 2007 году и Берлине в 2008 году, сах более чем в 30 странах мира.

В 2012 году Ю.В. Тахтаев получил «Оскара» из рук профессора L. Buratto за наиболее интересные и сложные хирургические случаи и за вклад в организацию конгресса в Милане «VideocatarattaRefractiva». Доклад Ю.В. Тахтаева в 2013 году на конгрессе Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов был отмечен как лучший доклад конгресса в разделе «хирургические техники и обучающие программы».

В 2009 году Юрий Викторович стал профессором Санкт-Петерпоследипломного образования. В 2012 году он возглавил кафе- го года у Вас тоже важная дата: дру офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Меч-

Профессор Ю.В. Тахтаев за 25 лет

работы в Санкт-Петербургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» провел более 16 000 операций. Он опубликовал более 80 намонография и две главы в монодействительным членом Российчленом Европейского общества катарактальной и рефракционной хирургии, Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов и Американской ги петербургского офтальмолога отмечены знаком «Отличник здравоохранения РФ», а также двумя общественными наградами орденом «Доблести» и орденом

тербургский интернет-сайт «Доктор Питер» провел опрос среди ру- мы сдавали заведующему кафе- в рамках международного проекта дений города и компаний ДМС с целью выявить наиболее влиятельных и авторитетных врачей в городской системе здравоохраненым офтальмологом, вошедшим окончания экзамена он вручил тро-

В беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» Юрий Викторович поделился не только своим в МНТК «Микрохирургия глаза». взглядом на развитие офтальмохио развитии медицинской науки и выпускном экзамене... Во всяком в Ленинграде. Это событие врезамоих сверстников, была огромная образования в нашей стране.

 Юрий Викторович, недавно Санкт-Петербургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» отметил 25-летний юбилей. В августе это- я узнал, что Анатолию Ивановичу 25 лет работы в этих стенах...

Я возглавлял оргкомитет по подготовке юбилейной конференции и поднял массу интересных документов, начиная с этапов строительства Ленинградского (Санкт-Петербургского) филиала и его официального открытия, которое состоялось 14 декабря 1987 года. данного нами музея, посвященного графиях. Ученый-медик является людям, которым посчастливилось ских медицинских вузов стремились стоять у истоков большого и интеской академии естественных наук, ресного дела. Я благодарен судьбе, что был олним из них.

— Это Ваше первое место

Первое и единственное. Академии офтальмологии. Заслу- В 1987 году я окончил Первый Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова. Потом обучался в интернатуре 1 ЛМИ, располагавшейся на базе городской офтальмологической больницы В ноябре-декабре 2010 года пе- 24 молодых врача. На выпускном экзамене в интернатуре, который ководителей медицинских учреж- дрой офтальмологии, профессору Отари Александровичу Джалиашвили, присутствовал первый директор Ленинградского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», профессор ния. Ю.В. Тахтаев стал единствен- Анатолий Иванович Горбань. После ду катаракты, за которыми по пряи сказал, что мы можем ему позвонить. Я единственный с нашего выпуска получил распределение

знаю, чем я ему понравился на МНТК, который должен открыться

поверил в меня и предоставил шанс стать сотрудником Ленинградского филиала МНТК. Уже много позже пришлось бороться за меня, и он семь раз ездил в Главное Управление здравоохранения Ленинграда, чтобы изменить мое обязательное

Вы хотели стать сотруднико МНТК, еще учась в интернатуре?

— Да. У меня было огромное желание работать именно здесь. И я не был исключением. Многие студенты и недавние выпускники ленинградработать в филиале МНТК

Молодежь привлекала, в первую очередь, личность самого Святослава Николаевича Федорова. Он был настоящим лидером, генератором только будущее офтальмологии, но и новый этап в развитии всего здравоохранения страны.

Первый раз я увидел С.Н. Федорова в 1987 году, в ленинградском аэропорту «Пулково». Туда приземлился американский самолет № 7. У нас был большой выпуск — с офтальмологической операционной на борту. Американские врачи приехали в Советский Союз «ORBIS» по приглашению Святосла-

Прямо в аэропорту был устроен конференц-зал. На борту самолета проводились операции по повомой трансляции могли наблюдать чи-офтальмологи и студенты-медики. Федоров тоже находился в зале. ступил перед присутствующими, Честно говоря, до сих пор не рассказал, в частности, о филиале случае, руководитель коллектива пось в мою память на всю жизнь.

 Что именно произвело на Вас впечатление: визит американских офтальмологов или возможность увидеть и услышать С.Н. Федорова?

— Два события как бы слились воедино. Во-первых, у студентовмедиков, да и действующих врачей в Советском Союзе было мало возможностей познакомиться с передовыми зарубежными технологиями. При этом по целому ряду позиций советские офтальмологи вполне могли конкурировать со своими зарубежными коллегами

Мы могли в этом убедиться воочию, наблюдая за операциями, проводимыми не только с борта самолета «ORBIS», но из операционной Первого Ленинградского медицинского института — оперировали профессора Анатолий Иванович идей. С его именем связывали не Горбань и Отари Александрович

Но наша офтальмология, как и медицина в целом, развивалась обоофтальмологической операционной из далекой Америки на самом деле стал важной вехой для развития интернациональных контактов.

Что касается Святослава Николаевича... Большинство людей, которым посчастливилось с ним общаться или просто присутствовать на его выступлениях, становились его сторонниками, а часто и соратниками. Для молодых врачей шанс работать в одном из филиалов МНТК означал возможность проявить себя в профессии, получить доступ к современному оборудованию и высоким технологиям.

Как проходило Ваше профессиональное становление в Санкт-Петербургском филиале МНТК?

— У меня, как и у многих других жажда знаний. Нас было просто





Профессор Ю.В. Тахтаев читает лекцию слушателям курса Wetlab. Санкт- Петербург, 2012 г.

«не вытащить» из операционных. Мы присутствовали на клинических разборах, учились у своих умудренных опытом коллег. В МНТК, в том числе и в его Санкт-Петербургском филиале, всегда были и есть люди у которых можно и нужно учиться. Например, направление детской офтальмологии курирует один из лучших детских офтальмологов страны — профессор Евгений Евгеньевич Сомов. В свое время мне, начинающему врачу, он открыл це-

лый мир детской офтальмологии. Мне в жизни вообще очень повезло с учителями. Я с огромной благодарностью вспоминаю имена профессоров Отари Александровича Джалиашвили, которому я сдавал свой первый в жизни экзамен по офтальмологии, Анатолия Ивановича Горбаня, сыгравшего огромную роль в моей судьбе и Виталия Гавриловича Шиляева, который занимал должность заместидней работы филиала.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

Я счастлив назвать себя учеником профессора Леонида Иосифого руководителя сначала кандидатской, а позже докторской диссертаций. В 2012 году Л.И. Балашевич «передал» мне кафедру офтальмо- хотя одна внедрена еще далеко не не чудо? логии Северо-Западного медицин- во всех российских клиниках. Главского университета. Это большая честь и большая ответственность — сутствие большого разреза и необстать преемником своего учителя, ходимости ушивать операционную ятеля науки России.

заревне Сапегиной, заместителю я провел первую в своей жизни самостоятельную операцию: экстраккусственного хрусталика «Спутник».

в клинике. А дальше была клиниче-С.Н. Федорова. В этом документе была фраза: «разрешено самостоятельно выполнять в полном объеме операции по технологиям МНТК». Это был зеленый свет в «большую микрохирургию» и науку.

 После окончания клинической ординатуры начался важный этап в Вашей жизни. В Санкт-Петербургском филиале МНТК Вы стали курировать новое направление: ультразвуковую факоэмульсификацию катаракты. На сегодняшний день подобные операции проводят многие российские клиники. Но в те годы МНТК был пионером...

Создателем этой методики является американский офтальмолог Чарльз Келман (Charles D. Kelman), устранить многие погрешности опс которым мне посчастливилось тической системы глаза в виде девстречаться в Американской Академии офтальмологии в 1997 году. и дальнозоркости. У нас появилась Первую операцию он провел еще возможность влиять на оптическую в далеком 1968 году. В Советском установку глаза в очень широком Союзе подобный способ удаления диапазоне от -10 дптр до +40 дптр катаракты тоже был известен, но с шагом в 0,5 дптр и устранять широкой реализации на практике астигматизм до 12 дптр... он не получил.

ции получила второе рождение способность видеть на близких расуже в современной России в 1990-е стояниях. Хирургическая коррекгоды в эпоху больших перемен ция пресбиопии за счет замены и рождения новых прорывных ме- хрусталика на специальные модедицинских технологий. Мне было ли мультифокальных и аккомодипоручено курировать это новое направление в клинике. Первые шаги сегодня стала реальностью. были очень непростыми: пришлось Я бы хотел сказать, что рефракрургического вмешательства, но и которое может пережить каждый! изучать конструкцию и принцип действия автоматизированных систем и учиться управлять ими, слы- мысль. шать, понимать и декодировать зву-
— После операции по поводу каковые сигналы, которые подают ма- таракты в зрелом и пожилом воз-



Сиена (Италия) 2006 г. Профессор Ю.В. Тахтаев и ассистент А.И. Мяжитова. Перерыв между операциями

цией ИОЛ была мной выполнена совершенно естественно. А зрение в филиале в ноябре 1993 года.

В настоящее время ультразвуко- век способен смотреть в мир более вая факоэмульсификация катарак-

При такой методике удается умень-Сама творческая атмосфера в кли- шить хирургически индуцированный ние коллег не просто помогали, емость рефракционного результата, а окрыляли. Молодых специалистов надежность и безопасность самого го слова. Особые слова благодарно- количество осложнений при операсти я бы хотел адресовать Эмме Ла- циях по поводу катаракты составлядиректора по лечебной работе, под процента. При прежней методике руководством которой в 1989 году такая цифра была бы невозможна!

тразвуковой факоэмульсификации цию катаракты с имплантацией ис- возможно уже на ранних стадиях ее Мне было тогда всего 24 года, длительного периода ожидания пока и я стал самым молодым хирургом катаракта созреет.... Важно, что высокая острота зрения достигается ская ординатура, диплом об окон- уже в первый день после операции чании которой я получил из рук и не требуется длительного периода ограничений физических и зрительных нагрузок.

- Как известно, катарактальная и рефракционная хирургия глаза теснейшим образом связаны между собой...

— Именно этот аспект меня и привлекает. Хирургия хрусталика валась и стала отвечать высоким требованиям рефракционной хирургии и по уровню безопасности и предсказуемости результата, и по скорости реабилитации.

хирургии хрусталика мы не только способны восстановить прозрачфокусировок как олизорукости, так

Предпринимаются попытки вос-Технология факоэмульсифика- становить утраченную с возрастом

овладевать не только техникой хи- шионная хирургия глаза — это чудо.

Поясните, пожалуйста, свою

шины, т.е научиться говорить на расте пациент может иметь лучшее



ASCRS, Сан-Диего (США) 2006 г. Профессор Роберт Леманн (Калифорния ассистент профессора Бонни Хендерсон (Бостон), профессор Ю.В. Тахтаев (Россия), ассистент А.И. Мяжитова (Россия), профессор Карлос Родригес (Мексика). После «живой хирургии».

теля директора по науке с первых одном с ними языке. Мне это уда- зрение, чем у него было в молодо- жизни. Я глубоко уверен в том, что сти. С возрастом наши физические факоэмульсификации с импланта- возможности уменьшаются. Это граммы возможно продвижение новых технологий, и никакие марживого общения, возможности пезоркими глазами, чем это было ему редать свои знания следующему

Формат «живой хирургии» в этом плане один из самых инфор- Юрий Викторович, знаю, что мативных и эффективных обучаюмного времени Вы уделяете учащих форматов. Он является важной стию в международных обучаючастью медицинского образования, щих проектах. Расскажите, пожалуйста, об этой стороне Вашей и неслучайно пользуется повышенным интересом среди врачей Эта работа действительно за-Он нужен нашему медицинскому нимает значительное место в моей сообществу.

 Во время крупнейших международных офтальмологических конгрессов Вы проводите операции на хрусталике, а сидящие в зале люди могут в режиме реального времени следить за трансляцией из операционной..

ального времени, т.е. без видеозаписи и монтажа. Именно такой для учебного процесса и задач научного обмена. Во время сеанса чего скрыть или утаить.

Вообще, почти у каждой медицинской методики есть свои сильные и слабые стороны. В научных



Значительное и устойчивое снижение ВГД

Boyle JE, Ghosh K, Gleser DK, et al; for the Dorzolamide-Timolol Study Group. A randomized trial comparing the dorzolamide-timolol combination given twice daily to monotherapy with timolol and dorzolamide. Ophthalmology. 1998;105 (10):1945-1951.

краткая информация по безопасности препарата Косопт[®] (Соворі), ЛП (МО11096, МРН: дорзоламид + тимопол, форма выпуска: каппи глазные; Показания к применению: КОСОПТ используется для лечения повышенного внутриглазного давления при открытоугольной глаукоме и псевдоэксформативной глаукоме и псемдор городичения предатального и предатального и предатального и предатального и предатального и объементов препарата. Долого и предатального и применение). Соторожного и предатального и применение). Соторожного и объеменье распратального и применение). Соторожного и предатального и применение). Соторожного и предатального и применение). Соторожного и предатального и применение). Соторожного и применение применение и применение). Соторожного и применение). Соторожного и применение и применение). Соторожного и применение). Соторожного и применение и

мечаться при местном применении препарата. В том числе обострение Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некроли:

ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1, Тел.: +7 (495) 916-71-00, Факс: +7 (495) 916-70-94, www.merck.com, OPHT-1061817-0008, 12.2012









ESCRS, Берлин, 2008 г. Профессор Ерих Рикк (Германия), профессор Ю.В. Тахтаев (Россия), доктор Цезарь Эспириту с ассистентом (Филиппины), ассистент А.И. Мяжитова (Россия), профессор Дональд Серафано (США)

26

статьях и докладах авторы обычно предпочитают не упоминать о слабых сторонах... Зато при попытках тиражировать данную технологию слабые стороны неминуемо проявляются. В этом плане «живая хирургия» — явление уникальное.

— Наверное, во время операций «на публике» офтальмохирург испытывает дополнительное

— Я бы сказал не просто о волнении, а о психологическом прессинге. Вообще, в офтальмологическом сообществе довольно мало людей, которые проводят сеансы «живой хирургии». Их мало не только в России, но и во всем мире. Мне очень приятно, что я принадлежу к этой «команде»

Хотел бы упомянуть о еще одном психологическом аспекте. Во время крупных офтальмологических форумов часто зачитывается несколько сотен (!) докладов. Разумеется, такое количество высту плений ни один человек не может удержать в памяти. Кроме того, часто различные мероприятия научного конгресса происходят одновременно. Везде просто невозмож-

А сеансы «живой хирургии» остаются в памяти у зрителей. Даже через несколько лет после проведенной операции ко мне подходят мои коллеги и делятся своими впечатлениями. Кроме того, подобная работа способствует повышению престижа клиники, ее авторитета в профессиональном сообществе. По работе хирурга оценивают уровень развития современных технологий в той или иной стране.

Не могу не попросить Вас чательным случаем из Вашего

 Обычно каких-то курьезных ситуаций не происходит. Исклю- та кафедры, а после защиты док- фирма Alcon уже имела опыт орга- преподавателем. чением стал сеанс «живой хирургии» на одном из международных офтальмологических конгрессов. года я возглавляю кафедру офталь- Для меня «Wetlab» стал главным предусматривает непосредствен-Нас провели в современную, хорошо оборудованную операционную для меня. Пришлось открывать но- За эти годы силами двух преподаи с особой гордостью показали си- вый для себя мир бюрократических вателей — Владимира Александро- мы. Преподаватель имеет возможстему очистки и подачи воздуха процедур, вникать в большой объ- вича Ганькова и Вашего покорного ность контролировать на мониторе интересна тем, что позволяет после в операционную...

Во время операции выключили учебный процесс. свет, и лишь свет от микроскопа палал на роговицу. Операция шла в штатном режиме, я, выполняя этап дре проходят обучение 48 клиниче- радиочастотного излучения, отраза этапом, комментировал каждое ских ординаторов первого и второго ботаны различные сочетания парасвое движение. И вдруг, откуда ни возьмись, в моем поле зрения по- водится на трех клинических базах. ствия на прозрачный хрусталик, гих других филиалах системы МНТК функций, а не об их улучшении. явился комар и сел прямо на рого- Коллектив у нас сложился. Сегодня позволяющие экспериментально (Иркутске, Новосибирске, Краснодавицу! Надо сказать, что под десятикратным увеличением микроскопа вателей, из них — 4 профессора, ных форм (ядерные, задние чаше- прошедшие 13 лет нами была соз- но хирургом. Тогда я еще не думал об он выглядел настоящим монстром 2 доктора наук и 6 кандидатов наук. образные, полные). Мы также мо- дана инновационная система об- офтальмологии. Но свой путь в медии занял почти всю роговицу!



АСТЅ, Верона (Италия), 2007 г. Доктор Куин Чиа (Нидерланды), профессор Ричард Паккард с ассистентом Д. Берри (Англия), ассистент А.И. Мяжитова, профессор Ю.В. Тахтаев (Россия), Джордж Бриско (Alcon)

вая хирургия» тем и интересна, что в области глазных проявлений дианепредсказуема, ты не знаешь что бета, возрастной макулярной дегетебя ожидает в следующий момент... Комар благополучно улетел, рефрактерных форм глауком, хиоперация была успешна завершена, рургической коррекции аномалий но этот случай врезался в мою память, и сегодня я не могу вспоминать его без улыбки..

 Вы ведете большую педагогическую работу, являетесь заведующим кафедрой офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. С 2000 года Вы

торской диссертации — должность низации подобных проектов более профессора. С сентября прошлого чем в 40 странах мира. мологии. Это был непростой год проектом последнего десятилетия. ное общение с хирургами-стажераем отчетности, сопровождающей слуги — были созданы собственные

интересный опыт. Сегодня на кафе- лирования катаракты с помощью года и 6 аспирантов. Обучение про- метров времени и энергии воздей-

момент у меня закончились... «Жи- лений: проводятся исследования нерации, гипотензивной хирургии рефракции, хирургического лечеи сетчатки, в области оптико-рекон-

структивной хирургии. Что касается учебного проекта «Wetlab», то идея его создания принадлежит директору филиала фовичу Балашевичу. Проект был реализован при поддержке амери-

Но это был одновременно очень мы, разработана технология моде-

Слова для комментария в этот положение в целом ряде направ- подвывих хрусталика путем частичпарата и т.д., чтобы максимально приблизить условия в учебной операционной к реальным

Обучение включает в себя теоретическую часть, где особое внимание уделяется объяснению прин ния патологии стекловидного тела ципов статической и динамической физики, на которых основана работа факоэмульсификатора, и практическую часть в «операционной», где в распоряжении слушателей пять суперсовременных тренажерных ком-МНТК, профессору Леониду Иоси- плексов. Учебные тренажеры дают возможность имитировать реальную хирургическую операцию, но в также руководите учебным проек- канской компании Alcon. Для Рос- качестве объекта хирургии исполь- ческая интраокулярная линза. том «Wetlab» в Санкт-Петербургском сии это был первый опыт создания зуются глаза животных. В учебный обного экспериментального класс организована трансляция из — Я пришел на кафедру в ка- учебного центра для обучения вра- операционной, где в режиме «жичестве ассистента в 2000 году и чей современным технологиям ми- вой хирургии» проецируется изо- хрусталика? вскоре получил должность доцен- крохирургии глаза, в то время как бражение операции, проводимое

ся с методикой обучения, которая ми через вилео- и звуковую систеработу учеников и удостовериться приемы были ими поняты и выпол-

центров в Москве, а также во мнона кафедре работают 12 препода- создавать модели катаракты различ- ре, Хабаровске). Таким образом, за Кафедра занимает лидирующее жем имитировать в эксперименте учения глазной микрохирургии, VasCon, Ченнай (Индия), 2013 г. Команда Болливуда получает главный приз за лучшие видеопрезентации сложных случаев

которая компенсировала невероятную нехватку кадров по всей России, позволила сделать высококачественную хирургическую помощь доступной во многих регионах. Мы проводим 10 курсов в год. Продолжительность каждого курса — 2 недели. Слушателями курсов за год становится более 100 врачей. За 13 лет диплом о прохождении обучения в центре «Wetlab» получили более 1200 хирургов из 24 стран мира.

В прошлом году, по утверждению президента компании Alcon, проект «Санкт-Петербургский WETLAB» был признан лучшим в мире обучающим проектом, в котором фирма принимает участие.

Юрий Викторович, в профессиональных кругах Вы известны как человек, активно применяющий новые методики в офтальмо-

— У меня действительно всегда присутствовал интерес к новым технологиям в хирургии. Но одного интереса мало. В филиале создана четкая система внедрения новых технологий. Я курирую направление хирургии хрусталика и коррекции афакии с 1993 года. Поэтому все, что связано с данным направлением, попадает в зону моих интересов. В зоне ответственности не только освоение новых технологий, но и научный анализ полученных результатов и дальнейшее тиражирование новых технологий в клинике...

Мною первым в России в 1997 году была имплантирована интраокулярная линза из гидрофобного акрила, в 2003 году — первая мультифокальная дифракционная интраокулярная линза нового поколения. в 2004 году — первая в России тори-

именно рефракционной хирургией

 Во-первых, школа рефракционной хирургии, созданная Святос-Такая система хорошо сочетает- лавом Николаевичем Федоровым, определила и направление моих научных исследований.

Во-вторых, с психологической точки зрения мне ближе именно эта область офтальмологии. Она мне проведенной операции значительно оригинальные обучающие програм- в том, что различные технические улучшить зрение пациента, увидеть результат своей работы... Это, к сокалению, возможно далеко не во Наш опыт преподавания лег в всех областях офтальмологии. Пооснову создания подобных учебных рой речь идет только о сохранении

В-третьих, уже в детстве я знал,



АРАО, Хайдерабад (Индия), 2013 г. Н.П. Соболев, Ю.В. Тахтаев после посещения глазной клиники г. Хайдерабада

с семейными традициями?

— Я родился и вырос в медии закончил службу в звании пол-Первого Ленинградского медицин-В течение сорока лет он работал вицу, изменяя ее профиль. в Центральной районной больни-

Отец буквально жил в клинике, и мы с братом носили ему еду ной аппаратуры, появление навии на всю жизнь впитали в себя запах больницы. В этой же больнице в операционный микроскоп... в качестве врача-кардиолога работала моя мама, Нина Сергеевна. У нас с братом был отличный пример в жизни, и когда пришло время выбирать профессию, для нас выбора практически не стояло — конечно в хирургию

Мой старший брат Александр тоже стал врачом-хирургом. Он работает в отделении экстренной травматологии в Санкт-Петербургской городской больнице №26.

Ваша собственная семья тоже связана с медициной?

 С моей супругой Натальей Юрьевной мы поженились на шестом курсе медицинского института, в 1986 году. В 1988 году родился сын Сергей, в 1990 году дочь Александра. Наташа — врачсурдолог. Она работает в городском гериатрическом центре, занима-Санкт-Петербургского медицинончил клиническую ординатуру, собирается поступать в аспирантуру. Александра — искусствовед, она закончила исторический факультет Санкт-Петербургского туре в Европейском Университете.

тия Вы считаете наиболее важным и ценным?

технологий в хирургию. В послед- гии, а не в содержание коек! ние годы стали активно внедряться фемтосекундные лазеры менем воздействия: 10^{-15} секунды. дел? В хирургии хрусталика лазеры — Это вопрос совместной рабообычно используются на подготови-

— Ваше желание было связано с помощью лазера можно вскрыть капсулу хрусталика. Также лазер может разделить плотную часть цинской семье. Мой дед, Михаил ядра на фрагменты. Существу-Гаврилович, был военным врачом ет возможность с помощью дазевич, блестящий хирург, выпускник брованные под диаметр хирургического инструмента, одновременского института 1961 года выпуска. но можно воздействовать на рого-

Вторым важным направлением стью Санкт-Петербурга). Работа в после операции замены хрустали-ЦРБ мало чем отличалась от фрон- ка: разработка формул нового потовой передовой...16 дежурств коления для расчета оптической силы искусственного хрусталика, усовершенствование измеритель-

— Вы довольно много времени проводите за рубежом. У Вас есть возможность изучить опыт работы зарубежных клиник. На что Вы обращаете внимание в этих

— Интересно обратить внимание на организацию здравоохранения. Например, в нашей стране действующие медицинские стандарты все еще предполагают проводить многие офтальмологические операции в условиях стационара. Это относится и к операциям по поводу катаракты. Во всем мире подобные операции проводятся амбулаторно.

— Но ведь и в России операции по поводу катаракты все чаще вы-

— Совершенно верно. Но у нас ется вопросами слухопротезиро- медицинским учреждениям подобвания. Сергей, тоже выпускник ные операции амбулаторно выполнять невыгодно с финансовой точки ского университета, решил стать зрения. Гораздо выгоднее проводить врачом-офтальмологом. Сейчас он хирургические вмешательства в ус-

— Как Вы думаете, почему сложилась подобная система?

На самом деле значительное университета и учится в магистра- число российских клиник пока не способны выполнять операции по поводу катаракты амбулаторно в — Хотелось бы спросить Вас о _{силу недостаточной технической} современных тенденциях в развитии хирургии хрусталика. Что из цинские стандарты отражают сущеновшеств последнего десятиле- ствующие реалии. Но с другой стороны, страховые компании должны стимулировать применение совре-— На мой взгляд, одно из важ- менных методик. И денежные среднейших инноваций последнего ства необходимо вкладывать в оболесятилетия — приход дазерных рудование и медицинские техноло-

— Каким образом можно изэто лазеры с очень коротким вре-

тельном этапе операции. Например, ний и медицинского сообщества.

 Одна из проблем, с которой назад такая ситуация образовалась результаты своего исследования на сталкиваются российские офтальмологические клиники: очереди на операции по поводу катаракты. Как избавиться от этих очередей?

— «Прекрасные глаза — каждому» — это был лозунг, которому следовал Святослав Николаевич Федоров всю жизнь и который начертан и на наших знаменах. Зрение — самый большой дар, который дала нам природа и каждый человек имеет право на свет!

На сегодняшний день в Санкт-Петербургском филиале МНТК ежегодно проводится более 9 000 операций по поводу катаракты. При этом только половина операций оплачивается по системе ОМС. Остальные операции оплачивают сами пациенты или частные страховые компании. Очередь на операции за счет ОМС может растянуться до трех лет. Это очень удручающие цифры!

Я могу привести такие цифры. В США ежегодно проводится около трех миллионов операций по поводу катаракты. В нашей стране около трехсот тысяч операций. При этом население России в два раза меньше, чем население США. Получается, что для того, чтобы «срав няться» с Америкой в нашей стране необходимо проводить около полутора миллионов операций по повоковника. Отец, Виктор Михайло- сложных профилей, четко кали- ду катаракты в год. Полтора миллиона, а не триста тысяч!

Обращу внимание еще на один аспект: если очередь на операцию катаракты превышает один год, то это самым негативным образом хаце города Ломоносова (этот го- является повышение предсказуе- рактеризует национальную систе- следованиям. Стимулом в этой рабород административно является ча- мости рефракционного результата му здравоохранения. Несколько лет те является возможность доложить

в Великобритании. Этот вопрос там обсуждался на заседании кабинета министров

Англичане приняли экстренные меры: государство выделило дополнительные средства, чтобы операции по поводу катаракты для пациентов системы ОМС (в Великобритании тоже существует система обязательного медицинского страхования) проводились в частных клиниках. Кроме того, в страну были специально приглашены зарубежные офтальмологи, чтобы помочь британским коллегам Как писал А.И. Куприн: «Боже в проведении операций.

— В нашей стране организаторы здравоохранения тоже осознают важность этой проблемы?

 Думаю, что в российском министерстве здравоохранения тоже понимают, что необходимо проводить больше операций, необходимо избавиться от очередей.

Вы являетесь заместителем директора Санкт-Петербургского филиала МНТК по научно-педагогической работе. Какие задачи Вы ставите перед собой на этом посту?

— Санкт-Петербургский филиал является одним из ведущих научных центров страны в целом ряде областей офтальмологии: рефракционной хирургии, патологии хрусталика, патологии сетчатки и стекловилного тела, детской офтальмологии. Мы стараемся вовлекать молодых врачей в научный поиск, привить им вкус к экспериментальным ис-

российских или международных профессиональных конгрессах, возможность профессионального общения, что открывает путь к вершинам выбранной профессии.

Мы внедряем наиболее перспективные инновационные технологии. В зоне ответственности научного отдела — постоянный мониторинг новых технологий, которые появляются в мире и научный анализ результатов лечения. Это очень ответственный и непростой участок, который определяет позиции клиники на многие годы вперед.

мой, боже мой, — медицина идет вперед гигантскими шагами, и просто нет возможности следить за ее успехами. Каждый день слышишь и читаешь о новых средствах, до сих пор никому не известных; узнаешь. что те методы и приемы, которые только вчера считал последним словом науки, сегодня уже сделались смешною рутиной. Да как еще подумаешь, что — что ни человек, то новый, совершенно отличный от другого организм, и что поэтому от одной и той же болезни Ивана следует лечить иначе, чем Петра, так просто руки опускаются!

Если этот горячий монолог услышит старый, поседелый в щупанье пульса врач, он улыбнется так же, как улыбается окуренный пороховым дымом ветеран, когда новобранец передает ему свои первые боевые впечатления...»

> Беседу вел **Илья Бруштейн** Фотографии из личного архива Ю.В. Тахтаева



Если это так, то посмотрим на

составляющие всестороннего лече-

ния глаукомы. Если больные выби-

рают капли, то выполняют ли они

все предписания? Конечно, нет.

Более половины пашиентов не за-

капывают капли; если это два пре-

парата, то 67% больных нарушают

режим закапывания. А как в этом

плане поступают врачи (рис. 2)?

Оказывается, каждый третий врач

«Глаукома: лечить или оперировать?»

По материалам конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии-2012»

Профессор В.П. Еричев:

— Уважаемые эксперты! Уважаемые коллеги! «Глаукома: лечить или оперировать?» Ответ практически очевиден, тем не менее не так все просто. Вопрос перехода от медикаментозного лечения к хи- его индивидуального уровня, корургическому лечению глаукомы очень сложен. Хирургами и терапевтами трактуется по-своему. Обратите внимание на конструкцию этой хорошо известной фразы: «Переход от медикаментозного лечения к хирургическому». Предполагается этапность лечения глаукомы. Но, с другой стороны, глаукома во всех антиглаукомных препаране вызывает, как правило, физических страданий больного, и пациенту трудно понять, почему вдруг врачи предлагают оперировать внешне здоровый глаз, пациент не понимает того, что неправиль- зать свою точку зрения по этому но выстроенная тактика лечения вопросу.

глаукомы приведет к необратимой потере зрительных функций. Поэтому большинство больных соглашается с такой тактикой, которая предусматривает медикаментозную терапию. И врач, стремясь добиться снижения ВГД, достичь торое создаст условия для сохранения зрительных функций, назначает лекарственную терапию, используя при этом несколько препаратов. При этом из поля зрения уходит другая составляющая терапии — возможное токсическое влияние содержащихся практически тах консервантов. Поэтому вопрос но актуален и решается в различных ситуациях по-разному. Наталия Ивановна, я прошу Вас выска-

Профессор Н.И. Курышева:

Первичная открытоугольная глаукома: лечить медикаментозно или оперировать?

— Позволю себе начать с кли- безопасность, эффективное гинического примера. Этим летом в нашу клинику обратился пациент, который за 8 месяцев до этого, по его мнению, был удачно прооперирован. Была выполнена непроникающая глубокая склерэктомия, пациент довольно быстро был выписан из стационара с нормальным офтальмотонусом, и при последующем наблюдении давление не превышало 22 мм рт.ст., что, по мнению больного и лечащего доктора, вполне укладывается в норму. Когда пациент обратился к нам, наше внимание привлекло то, что у него в первые годы после операции тетонкая роговица, 450 мкм. При измерении ВГД методом, наименее зависящем от толщины роговицы (контурной динамической тонометрией), давление оказалось 29. Но самое неприятное было то, что эти 8 месяцев прогрессировала глаукомная оптиконейропатия. Причина была очевидна: некомпенсированный офтальмотонус. И тоже понятно почему. При гониоскопии интрасклеральная щель не просматривается, зона операции прикрыта корнем радужки. У больного имеется узкий профиль угла передней камеры. Притом ему была выполнена непроникающая глубокая склерэктомия, и давление все время было повышени пневмотонометрии цифры ВГД

Данный клинический случай удачно прооперированные, тем не большой анализ эффективности ос- но одинаковыми. цель любого лечения — сохранить скоканалостомии — 30%. Потреб- преждевременно. качество зрения по возможности ность в ДГП — у каждого второпо доступным ценам и с мини- го больного, трабекулэктомия и переносимость, долговременная фективна лишь в 64%.

всегда получались на уровне верх-

потензивное действие, а также комплаентность.

С точки зрения хирургии нас больше всего интересуют два вопроса. Эффективна ли хирургия глаукомы? И безопасна ли она? Давайте обратимся к авторитетным, многоцентровым исследованиям. В 2007 г. опубликованы результаты всех синусотрабекулэктомий, «золотого стандарта» хирургии глаукомы, выполненных в США за лет. Эффективность высокая — 84%. Но каждый второй больной ряет не менее двух строчек остроты зрения. Другое исследование — синусотрабекулэктомия с митомици ном С — также показывает высокую эффективность — 82%, но осложнения, гифема, наблюдаются у 13%, и каждый пятый пациент имеет гипотонию, вследствие этого — прогрессирование катаракты.

Более безопасна непроникающая хирургия. Как дело обстоит мевается не только снижение офздесь? Приведу обзор за 2008 г. Эффективность непроникающей глубокой склерэктомии (НГСЭ) при признаку анализируются результапсевдоэксфолиативной глаукоме — ты во всех классических многоцен-50%, при первичной открытоугольной глаукоме — 33%. Впрочем, ав- них останавливаться, остановлюсь чества антиглаукомных операций торы рекомендуют как можно бы- лишь на одном исследовании. стрее оперировать глаукому, объ-

ней границы нормы, и вот к чему лиза тактики лечения или возмож- ных операция эффективна, а по- ва в обеих группах. Через пять лет хирургию. ных допущенных врачебных оши- требность в десцеметогониопун- результаты в обеих группах при-



Модераторы заседания:

С.Э. Аветисов, академик РАМН, д.м.н. профессор, директор

ФГБУ «НИИГБ» РАМН



В.П. Еричев, д.м.н., профессор,

заместитель директора по научной работе ФГБУ «НИИГБ» РАМН



Эксперты:

Н.И. Курышева,

д.м.н., профессор, заведующая консультативнодиагностическим отделением Центра офтальмологии ФМБА России



С.Ю. Петров, к.м.н., старший научный

ФГБУ «НИИГБ» РАМН

сотрудник отдела глаукомы

под эффективностью любого хирургического метода лечения подразутельных функций. Именно по этому тровых исследованиях. Не буду на

Как обстояли дела дальше? ций, выполненных в стационаре, - хирургию.

Здесь я хотела бы отметить, что уменьшилось на 72%, количество операций, выполненных амбулаторно — на 42%. В Европе примерно такая же картина. По данным тальмотонуса, но и сохранение зри- за 1998-1999 гг., при стабильном количество антиглаукомных операций снизилось на 58%. Анализ причин резкого снижения колипоказал, что это произошло бла-Пациентов с развитой, впервые годаря появлению современных, капывали капли, во второй — вы- именно в 1996 г. на американском

изменяет лечение, потому что не удовлетворен гипотензивной эффективностью препарата. И каждый пятый врач меняет препараты, потому что пациенты жалуются на побочные действия. Мало кто из нас знает, что это делает стоимость лечения более дорогим: стоимость лечения за год возрастает в пять раз, с 347\$ до 1765\$. И эти расходы, естественно, ложатся на плечи пациентов. Причина, почему больные не переносят капли, сегодня обсуждалась многократно. Синдром «сухого глаза» наблюдается почти у 60% больных. Оказывается, клетки трабекулярного эндотелия под действием бензалкония хлорида также подвергаются повреждению. Недавние исследования M. Kahook поистине ошеломляющие. По его данным, назначая препараты, мы идем к тому, что нарушается отток внутриглазной жидкости. Наконец, очень серьезная проблема. Если мы больного переводим на хирургическое лечение, то, естественно, рубцевание возникает там, где было воспаление, вызванное побочными действиями консерванта, и эффективность операции от этого страдает. Каковы пути решения этой проблемы? Сегодня некоторые из них уже обсуждались, например, снижение концентрации бензалкония хлорида. Можно ли здесь что-либо сделать? Если мы посмотрим на весь спектр антиглаукомных препаратов, то увидим, что практически во все входит бензалкония хлорид, но его концентрация в различных препаратах различается, а некоторые препараты имеют вовсе другие консерванты, например, альфаган-Р, который теперь Это — новое направление, которое позволяет нам хотя бы частичнативные консерванты доступны на нашем рынке, но посмотрите, слезной пленки при переводе пациента с латанопроста на траватан-Z ным. Однако при тонкой роговице ясняя это тем, что эффективность выявленной глаукомой разделили очень эффективных антиглауком- парата пока у нас нет. Третье наобратно пропорциональна длитель- на две группы. В первой группе за- ных препаратов. Подчеркну, что правление — применение капель Другое исследование НГСЭ при полняли синусотрабекулэтомию. рынке появился ксалатан. Позже одноразовые дозы, Абак-система, псевдоэксфолиативной глаукоме В этом исследовании оценивалась стала применяться селективная ла- Комод-система. На рис. 4 можно ви-(ПЭГ) показывает аналогичные ре- не только гипотензивная эффектив- зерная трабекулопластика. Она так- деть, насколько снижается количея показываю не с точки зрения ана- зультаты: лишь у половины боль- ность, которая, впрочем, одинако- же очень активно начала вытеснять ство побочных эффектов при переходе на капли без консерванта. Мы Что еще важно подчеркнуть? очень ждем появления на нашем бок, а как некий типичный при- ктуре (ДГП) существует у каждого мерно одинаковые. Лишь в пер- Лечение хронического заболева- рынке одноразовых доз современмер, с которым мы сталкиваемся второго пациента. В этом исследо- вые два года было отмечено более ния должно осуществляться наи- ного простагландина. Мы должны в свой практике, отвечающий на вании довольно высокая доля от- быстрое прогрессирование глауко- более безопасным способом. И в понимать, кого из пациентов необвопрос, почему больные глауко- слоек сосудистых оболочек — 16%. мы в хирургической группе. Через консенсусе по медикаментозному ходимо переводить сразу на такое мой, казалось бы, своевременно и В 2011 г. Cheng провел очень пять лет результаты стали пример- лечению (MEDICAL TREATMENT: лечение — простогландин без кон-Consensus 2005) глаукомы подчер- сервантов. На рис. 5 мы видим, как менее, слепнут? Так надо ли опе- новных антиглаукомных операций Главный вывод, который сдела- кивается, что современная хирур- уменьшается количество случаев рировать глаукому? Посмотрим, (рис. 1). Эффективность непрони- ли исследователи в 2001 г., заклю- гия не является таковой. Мы зна- гиперемии на применении тафлочто нам рекомендует Европейское кающей глубокой склерэктомии чается в том, что судить о преи- ем, что количество осложнений, тана без консервантов по сравнеруководство. Там четко сказано: в течение четырех лет — 35%, ви- муществах того или иного метода которое сопровождает хирургию нию с другими простагландинами. глаукомы, в основном проника- Четвертое направление — примеющую, весьма значительны. Я не нение комбинированных препара-В 2004 г. в США было проведе- буду их перечислять, они всем хо- тов. Если пациенту необходимо замальным количеством побочных эффективна лишь в 47%, трабе- но очень серьезное исследование. рошо известны. К счастью, наши капывать два препарата, то гораздо действий. Если разложить на со- кулэктомия (ТЭК) в сочетании с ми- По данным Medicare, при стабиль- больные не знают об этом, тем не эффективнее назначать один фластавляющие эти рекомендации, то томицином С (ММС) — 52%, самая ном количестве больных глаукомой менее в 84% случаев больные пред-кон, который содержит меньше здесь и долговременный контроль, серьезная дренажная хирургия эф- количество антиглаукомных опера- почитают капли и только в 10% консерванта. Исследования показали, что пациенты предпочитают

на нашем рынке сегодня доступны все фиксированные комбинации, которые применяются в мире. Это широко известный и хорошо зарекомендовавший себя ксалаком или

дуотрав — комбинация тимолола с простогландинами. На нашем рынке появился ганфорт — эффективная комбинация тимолола с простамидом, наиболее сильным препаратом из этой группы. Скоро появится комбиган, комбинация тимолола с бримонидином, и, конечно, комбинация ингибиторов карбоангидразы с тимололом, которая дает очень выраженный гипотензивный эффект. В целом мож-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

лечение фиксированными комби-

нациями, нежели препаратами из

нескольких флаконов. К счастью,

но сказать, что все фиксированные комбинации примерно одинаково снижают офтальмотонус и, что особенно важно, ВГД держится на стабильном уровне с течением времени, что с точки зрения флуктуации имеет большое значение при глаукоме.

Я бы хотела привлечь ваше внимание к тому, о чем мы сегодня совсем не говорили. Причин для апоптоза нейронов сетчатки так много, что внутриглазное давление является только лишь маленькой толикой (рис. 6). Другие причины, такие как свободнорадикальное окисление, глютамат-кальциевый каскад, аутоиммунные механизмы, нарушения гемоперфузии также должны обязательно лечиться. Когла C. Traverso делал обзор по всем современным препаратам, он подчеркивал, что на сегодняшний день нет идеального препарата, который бы снижал давление и одновременно был нейропротектором улучшал глазную гемоперфузию. Пожалуй, из всех антиглаукомных капель на сегодняшний день наиболее подробно исследованы нейропротекторные свойства бримонидина (альфагана). Эксперимент на животных показал, что этот пре парат сохраняет внутренние слои сетчатки (рис. 7), причем считается, что нейропротекторные свойства бримонидина связаны со снижением токсического действия глутамата, усилением BDNF факторов и антиапоптотических генов. Бо лее того, существуют наблюдения в клинике о преимуществе бримонидина перед тимололом в сохранении зрительных функций у больных глаукомой нормального давления. Другие препараты также демонстрируют дополнительные, помимо гипотензивного действия, свойства. Травопрост предупреждает вазоконстрикторный эффект эндотелина-1, снижает уровень апоптоза ганглиозных клеток

В Японии в 2007 г. были подробно исследованы нейропротекторные свойства самого первого простагландина, латанопроста а также его способность защитить нейроны сетчатки (рис. 8). Публикаций ученых о нейропротекторвольно много, в свое время мы проводили сравнительное исследование и также обнаружили, что на фоне лечения латанопростом лучше сохраняется зрительный нерв, слой нервных волокон сетчатки и зрительные функции по сравнению с группой больных, лечившихся тимололом (рис. 9).

Безусловно, важным аспектом является сохранение гемоциркуляции и улучшение глазной гемоперфузии. Однако далеко не все препараты демонстрируют способность улучшать глазную гемоперфузию. Наиболее подробно эта особенность была продемонстрирована для ингибиторов карбоангидразы (рис. 10), некоторые простагландины также способны улучшать глазной кровоток. Я бы хотела подчеркнуть, что недавние сравнительные исследования по- Рис. 7. казали, что вазоконстрикторные

АГО: эффективность и безопасность

Эффективность через 4 года:

- НГСЭ: 35%
- Вискоканалостомия: 30%, потребность в ДГП – в 55%
- ТЭК: 47%
- ТЭК в сочетании с ММС 52%
- Имплантация дренажей: 64%

Cheng, Jin-Wei; Cai, Ji-Ping; Li, You; Wei, Rui-Li Journal of Glaucoma, 20(5):322-326. June/July 201

Применение альтернативных консервантов

Удлинение времени разрыва слезной пленки после

перевода б-го с Латанопроста (бензалконий хлорид)

на Travoprost sofZia (борат, цинк, сорбитол)

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ и ВРАЧ: ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

- Каждый третий врач изменяет лечение из-за недостаточного гипотензивного эффекта
- Каждый пятый врач из-за побочных действий препаратов (F. Meier-Gibbons, 2012)
- При изменении лечения стоимость возрастает за год в пять раз: с \$347 до \$1.765 (Zimmerman, 2009)

Рис. 2.

Глазные капли без консерванта: уменьшение симптомов инородного

Тафлотан® без консерванта лучше переносится При применении глазных капель Тафлотан[®] гиперемия конъюнктивы развивается реже^{3,5}

Horslev M. et al., 2009

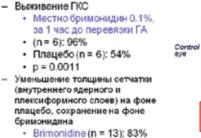
Травопрост (Траватан*)

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ГИБЕЛИ НЕЙРОНОВ ПРИ ГЛАУКОМЕ

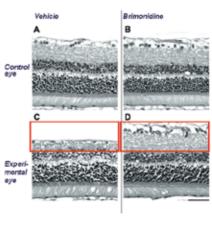
Рис. 6.

Рис. 4.

Бримонидин как нейропротектор в экспериментальной модели на крысах (перевязка глазной артерии) 90 мин. на фоне перевязки ГА



Vehicle (n = 11): 54%



ЛАТАНОПРОСТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ГКС через 10 дней после аксотомии ГКС через 10 дней после повреждения NMDA ЛАТАНОПРОСТА Kudo H., Nakazawa T. Neuroprotective effect of latanoprost on rat retinal ganglion cells //Graefe's Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. - 2007. - Vol. 3. - P.15-19

НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ

Рис. 8.

Препарат

Тимолол

Пилокарпин

Бетаксолол

Дорзоламид

Ацетазоламид

Латанопрост

Травопрост

Биматопрост

Тафлупрост

Ингибирование гемолиза эритрошитов препаратом в дозе 60 мкл (в%)

41% дорзопт

14% A.TE-ФАГАН

Стратегия лечения

BO3PACT

COXPAHEHINE

NTENBHBIX

ХИРУРГИЯ

44% TPYCOILT

Рис. 10.

40

35

30

25

20

15

исходная степен

TOH

виды лечения

НЕЭФФЕКТИВНЫ!

Рис. 12.

Рис. 14.

Простагландины:

АНТИОКСИДАНТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ

ДЛЯ МЕСТНОГО ГИПОТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГЛАУКОМЫ

40% ECATATAB

ВГД

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ

НПЗКАЯ

комплайентность

EETOΦTAH

Repromeea II. H., Amorea C. A., Thapson A. II., 2011

ГРУППЫ БОЛЬНЫХ	ОСНОВНАЯ ГРУППА (КСАЛАТАН)		ГРУППА СРАВНЕНИЯ (ТИМОЛОЛ)	
ИЗУЧАЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ	до начала лечения	кконцу навлюдения	ДО НАЧАЛА ЯННЭРЭК	ККОНЦУ НАБЛЮДЕНИЯ
Cup/disk area ratio	0,43±0,23 Hopsia: 0,31±0,15	0,39±0,08	0,53±0,1 5	0,73±0,11**
Rim volum (мм³)	0,29±0,17 Норма: 0,36±0,15	0,31 ± 0,15	0,31 ± 0,1 9	0,20±0,17*
Cup volum (MM³)	0,22±0,11 Hopsa: 0,11±0,06	0,18±0,13**	0,25±0,1 2	0,23±0,17
RNFLT (µм)	77,0±12,2	78,0±13,5	75,0±14,	68,0±11,9**

Курышева Н.И. с соавт., 2008

Рис. 9.

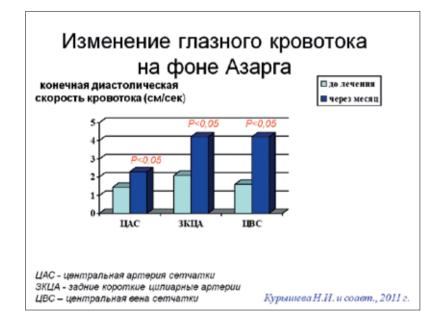


Рис. 11.



Рис. 13.

дантными свойствами — очень ной комбинацией дорзоламида (рис. 14).

одно важное свойство нового этой проблемой занимаемся уже ВГД, но и улучшаются поля зре- ниями. Все мы в свое время опеней мере, не обладать проокси- ни на фоне лечения фиксирован- ные действия и комплаентность ют значение. Уважаемые коллеги, Сергей Юрьевич, что Вы думаете давайте вместе задумаемся: если по этому поводу?

даже операция прошла успешно, как часто впоследствии возникает необходимость гипотензивного лечения? Думаю, что каждый из нас знает ответ на этот вопрос. А знают ли об этом больные, согласны ли они закапывать капли, если они уже прооперированы? Делают ли они это? Все ли прооперированные пациенты наблюдаются у офтальмолога? Спасибо за внимание

Влияние на глазной

0/-

++

++

0

0/+

кровоток

Профессор В.П. Еричев:

— Спасибо большое, Наталия

Ивановна. Тезис о том, что все первичные больные глаукомой должны получать медикаментозную терапию не вызывает ни у кого сомнений, и с этим согласны практически все офтальмологи. Другой вопрос — как долго может продолжаться медикаментозная терапия? Дело в том, что более 60% среди вновь выявленных больных глаукомой — это пациенты с развитой и далеко зашедшей стадиями заболевания. И можем ли мы рассчитывать на нужный нам успех от медикаментозной терапии, особенно в рамках тех рекомендаций, которые нам дает Европейское глаукомное общество? Ведь основной посыл это монотерапия. И может ли монотерапия, даже при использовании высокоэффективного гипотензивного препарата, достичь той индивидуальной нормы ВГД, которое создавало бы условия для сохранения зрительных функций? Весьма сомнительно. Как показывают исследования, только при начальной стадии глаукомы медикаментозная терапия обеспечивает сохранность зрительных функций в 80% или чуть больше. При наблюдении в течение 2-х лет только у 16% больных отмечается прогрессирование глаукомного процесса. А при развитой и далеко зашедшей стадиях заболевания прогрессирование глаукомного процесса отмечается уже в 30-35% случаев. Как долго мы можем заниматься медикаментозной терапией глаукомы? Конечно, врачи могут приложить усилия, назначить больному 3-4 препарата. А как же тогда будут решаться вопросы качества жизни, комплайнс и т. д.? Естественно, больной не соглашается с такой терапией. Поэтому встает вопрос, как же поступать дальше? Вы все прекрасно знаете, что позиция каждого врача, занимающегося глаукомой, различна. Есть очень активные хирурги, которые предлагают больному «с порога» антиглаукомную операцию. С такой позицией едва ли согласится большинство больных. Как отметила профессор Курышева, только 10% пациентов готовы сразу на операцию. Но как же нам поступить, чтобы свести к минимуму потери для больного? Говоря о длительности медикаментозного лечения глаукомы, мы должны соблюэффекты эндотелина лучше всего важное направление, которое, к с тимололом (препаратом косопт) Вместо выводов хотела бы по- дать, по крайней мере, несколько принципов, которые могли бы нас

К.м.н. С.Ю. Петров:

 Сегодня передо мной поставлена непростая задача — сыграть роль ретивого хирурга, убеждая вас в необходимости хирургического лечения глаукомы.

Для начала я предлагаю вам разобраться, кого мы с вами собираемся оперировать? Несмотря на постепенное сокращение населения в России, численность наших пациентов с глаукомой год от года растет. Причины могут быть разными, но заниматься их выявлением — не наша задача. На сегодня в России порядка миллиона пациентов с глаукомой

И, несмотря на большое количество эффективных препаратов, более 60% больных — с продвинутой стадией, а более 70 тысяч человек уже ослепли именно вследствие глаукомы (рис. 1).

Процитирую результаты исследования Дж.Н. Ловпаче из института им. Гельмгольца. Она опросила больных на предмет потенциального согласия на хирургическое лечения. 20% пациентов сообщили о возможности рассмотрения этого вопрос, 80% от хирургии категорически отказались. Таким образом, именно эти 80% больных глаукомой мы пытаемся лечить меликаментозно.

Как мы это делаем — вопрос другой. Посмотрите рекомендации по внутриглазному давлению (ВГД) для каждой стадии глаукомы (рис. 2). Хочу подчеркнуть, что это рекомендуемая верхняя граница.

Рекомендуемая верхняя грани ца ВГД для первой стадии — 22-24 мм рт.ст., для второй — 19-21 и третьей — 16-18 мм рт.ст. В 2011 г. было закончено масштабное исследование, в котором врачей России и СНГ попросили собрать информацию по амбулаторным картам, на какой стадии какой уровень ВГД поддерживают офтальмологи. Оказалось, что ВГД при I стадии в среднем по СНГ составляет 20 мм рт.ст., при II — фактически 21 мм рт.ст., при III стадии среднее давление выше 21 мм рт.ст. Коллеги, при наличии эффективной медикаментозной терапии эти цифры категорически недопустимы!

Итак, если мы будем агитировать вас за хирургический метод лечения, то для него обязательно должны быть соответствующие показания. И главное — это невозможность достижения целевого ВГД иными методами. Как вы поняли из предыдущего рисунка, в России медикаментозная терапия не справляется с поставленной задачей. А это — прямое показание для хирургии. Непереносимость лекарственных средств, аллергия, побочные эффекты и отсутствие условий для лечения — это отчасти та Рис. 5. тема, которую затронул С.Э. Аветисов. Удаленность врача от паци ента, невозможность приобретать заниями для хирургического лече-

целых 30%, 60% — бета-блокаторы, 10% (puc. 4).



ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Пон	азания к хирургическому лечению
Абс	олютные
1. He	возможность достижения Твгд другими методами
Отн	осительные
1. He	переносимость лекарственных средств (побочные эффекты, аллергические реакции)
2. 01	сутствие условий для лечения:
	- удаленность врача/пациента;
	- невозможность приобретать препараты;
	- низкая комплаентность;
	- неспособность закапывать капли;
	- низкий интеллект.



дорогостоящие препараты, низкая цевтическим фирмам, которые вы- дины, то 15% из них немного хал- дование (рис. 6). Если у пациен- исследований, инстилляция одной водят на рынок новые простаглан- турят. Если капать фиксировансобность закапывать капли в силу дины. Это хорошо и правильно, но ные комбинации, то закапывания 30% вероятности, что будет II ста- в системный кровоток через слезвозраста — все это является пока- на какой процент на рынке мож- будут пропускать уже 34%. Если дия. Если мы берем пациента со но-носовой каналец, аналогична но рассчитывать, и о какой эффек- назначать бета-блокаторы, 50% ІІ стадией, в 60% случаев рано 10 мг таблетированной формы. Теперь давайте разберемся, чем рамках России мы с вами можем го- жим. Если различные сочетания (а и т.д. Это — результат нашего смертельных случая от тимолола. конкретно мы с вами лечим па- ворить? В списке дополнительного именно сегодня в России исполь- с вами консервативного лечения В связи с этим можно было бы поциентов, какие капли назначаем? льготного обеспечения по состоя- зуется максимальное количество глаукомы.

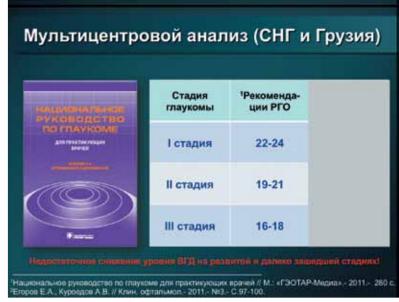


Рис. 2.



Рис. 4.



Рис. 6.

Действительно, вопрос к фарма- Если больные капают простаглан- лечение? Посмотрите это иссле- возраста. По данным европейских та і стадия глаукомы, тивности гипотензивной терапии в больных не будут соблюдать ре- или поздно разовьется ІІІ стадия Только за 7 лет в США описаны 32

Могут ли пациенты самостоя-

Побочные эффекты. Да, самый Несколько слов о факторе неком- приходим к нарушению режима. обладает наиболее выраженны- ляциях бензалкония хлорида, след-

думать о хирургическом лечении.

Puc. 7 в определенной степени этом удивляясь, почему же оно не

и являются краеугольным камнем

блокируются тафлупростом. Это сожалению, мало исследовано. Мы у пациентов не только снижается делиться собственными соображедля нас препарата, которое сле- много лет, и у нас с профессором ния. Это очень важное наблюде- рировали глаукому, но на сегодня сохранения у пациента зрительных дует принять во внимание. Наши В.П. Еричевым есть публикации на ние, сделанное швейцарскими я убеждена, что хирургию глауко- функций. Во-первых, препараты, собственные исследования пока- эту тему (1995 г.). На сегодня мы офтальмологами. Они не нашли мы можно отложить, если перед снижающие ВГД, которые применязали, что фиксированные комби- исследовали, пожалуй, все препа- объяснение этому явлению, пред- нами впервые выявленная глау- ются для лечения глаукомы, должнации бринзоламида с тимоло- раты, снижающие ВГД и доступ- полагая, что на фоне лечения ко- кома и не очень запущенная ста- ны быть высокоэффективными. лом (азарга) уже через месяц по- ные в мире, и обнаружили, что соптом улучшается глазная гемо- дия, если подобранное нами лече- Во-вторых, они должны быть досле назначения существенно по- ингибиторы карбоангидразы обла- перфузия, но, возможно, анти- ние эффективно снижает офталь- ступными. В-третьих, больной долвышает как артериальный, так и дают наиболее высокой антиокси- оксидантное свойство препарата мотонус. Но, подчеркиваю, только жен быть обеспечен высококваливенозный кровоток (рис. 11). Это дантной активностью, а из проста- также играет роль. Во всех наших при условии, что вы можете обе- фицированным наблюдением для важно, так как ишемия и реперфу- гландинов — это травопрост (рис. экспериментальных исследовани- спечить наблюдение за больным оценки качества лечения. Только зия приводят к образованию сво- 12). Наконец, последнее исследо- ях мы применяли препараты, со- на современном уровне, хорошо тогда мы можем рассчитывать на бодных радикалов, активных форм вание антиоксидантной активно- держащие бензалкония хлорид, оснащены и можете контролиро- относительно длительную медикакислорода, и на сегодня активные сти фиксированных комбинаций что является дополнительной ин- вать структурные и функциональ- ментозную терапию. Но так как у формы кислорода вызывают стресс также показало, что она наиболее формацией к размышлению. В за- ные изменения, что является важ- нас практически отсутствует такой высока у тех препаратов, в состав ключение скажу, что мы не мо- нейшим условием. Если пациент институт, как диспансеризация, это, в патогенезе глаукомной оптико- которых входят ингибиторы карбо- жем отвергать хирургию глауко- выполняет ваши назначения, если к большому сожалению, утеряно, нейропатии, приводя к апоптозу ангидразы: дорзоламид/тимолол мы, но принимая решение о хи- больной каждый день закапывает и возврата к этому пока не видно, как нейронов сетчатки, так и тра- (особо отмечу препарат косопт) рургическом лечении, мы должны капли, это его дисциплинирует, он хирургическое лечение все-таки бекулярного эндотелия. Поэтому, и особенно бринзоламид/тимо- оценить все составляющие: исход- чувствует свою ответственность за обеспечивает стойкую нормализаестественно, способность препа- лол, это препарат азарга (рис. 13). ную стадию глаукомы, возраст па- сохранение зрения. Наконец, те до- цию ВГД. Но как поступить в кажрата подавлять выработку сво- Возможно, этим можно объяснить, циента, уровень офтальмотонуса, полнительные свойства лекарств, дом конкретном случае? Вопрос бодных радикалов или, по край- что в течение длительного време- степень прогрессирования, побоч- о которых я рассказала, также име- сложный и далеко не праздный.

В Евросоюзе 37% гипотензивных иню на 2012 г. простагландинов комбинаций), то почти 90% паципрепаратов — простагландины, нет. Мы лечим пилокарпином, даже ентов будут нарушать режим зака- тельно закапывать капли? Обра- подводит черту под особенностя-12% — фиксированные комбина- есть диакарб и, конечно, тимолол. пывания. Повторю: если назначать тите внимание на результаты сле- ми медикаментозной терапии: вред ции простагландинов с бета-блока- Но есть индивидуальные спи- закапывание 1-2 раза в день, око- дующего исследования. Из 1500 консерванта бензалкония хлориторами или ингибиторами карбо- ски. Учреждение может своим со- ло 50% больных будут нарушать ре- пациентов с глаукомой более 600 да. С.Н. Федоров писал, что «...все ангидразы (ИКА). Действительно, бранием назначить свой препарат жим, более 2-х раз — 60%, более — в возрасте 70-80 лет. Если мы гипотензивные препараты — сильсегодня в Европе около половины и включить его в список. Да, дей- 67%. Казалось бы, необходимо вво- поставим перед ними 3 пузырька ный яд, что длительно их употребольных с глаукомой закапыва- ствительно, в этом списке есть ла- дить простагландины, которые за- с каплями, они, в силу возрастных бляя, мы сначала губим систему ют простагландины, остальные — танопрост, но те, кто работают капываются 1 раз в день. Но нет, в изменений, могут просто не разо- глаза и только затем переходим бета-блокаторы и ИКА. 3% боль- с поликлиниками в Москве, знают настоящий момент регистрируются браться, какие нужно закапывать. к хирургическому лечению, при ных — прочие препараты, в том о негласном правиле, ограничива- новые препараты, которые априочисле миотики. В России процент ющем назначение дорогостоящих ри необходимо закапывать 3 раза назначаемый препарат в России помогает». назначения миотиков составляет простагландинов в поликлиниках. в сутки, то есть изначально мы на сегодня — это тимолол. И он

а простагландины — только 5%. плаентности. В России 80% боль- Какая судьба ждет пациен- ми системными побочными эф- ствием которого является избы-Возможно, в ряде регионов — до ных по разным причинам пропу- тов, которые обрекаются нами фектами. Это особенно важно для точное рубцевание. Здесь я не соскают закапывание капель (рис. 5). на постоянное медикаментозное наших пациентов преклонного всем соглашусь с Д.Ю. Майчуком,

Побочные эффекты тельно их употребляя, мы сначала губим, убиваем ... систему Местные (влияние консерванта бензалкония хлорида) нестабильность слезной пленки; повреждение эпителия роговицы и конъюнктивь нарушение целостности эпителиальной клетки: апоптоз эпителия и нарушение проницаемости роговицы потеря бокаловидных клеток

усиление воспалительного ответа

Рис. 7.

32

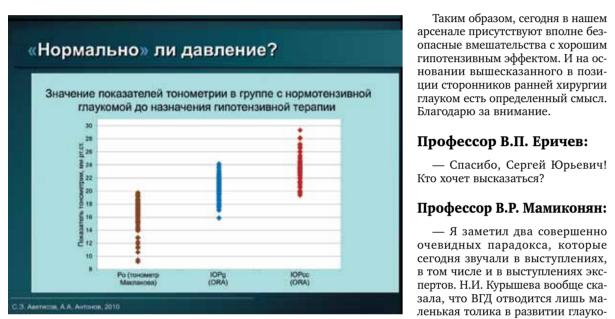


Рис. 9.

который говорит, что бензалкохо. Лаборатория во Франции, чью информацию сегодня уже цитирола достаточно интересные данные о траватане и дуотраве без бенв эксперименте и в культуре клеток инстилляция простагландинов без бензалкония оказывает практически такой же токсический эффект, как инстилляция безопасного физиологического раствора. Таким образом, со временем желательно, конечно, перейти на эти препараты, однако в России их нет.

Ла, большинство пациентов надо оперировать, но есть пациенты, которых необходимо оперировать раньше всего. Это далеко зашедшие стадии глаукомы, однако, по статистике, со временем далеко зашедшие стадии — это большое количество наших больных, до 43%

— тонометрия с помощью Ocular в базальной колобоме, зачастую достижении индивидуальной нор- ры, можно только при одном ус-Response Analizer (анализатора приводящей к ряду осложнений. мы больной будет слепнуть, тогда ловии: если мы решили проблему

глазного ответа), здесь представлегораздо более высокие. Последний столбик — данные того же ORA. но с учетом всех биомеханических особенностей глазного яблока. Вы видите, что никакой информации му» давлению в этой группе практически не получено. Это не ознаентируемся только на показатели, необходимо снижать и снижать.

ректно строить защиту хирургии, активно критикуя медикаментоз-

Группа «ранней хирургии» пациенты, нуждающиеся в максимальном снижении ВГД (до 40% от исходног глаукомы (с 5.6% до 43.3%) Пациенты с высокой продолжительностью жизни ризнаки могут появиться после 35 лет» Агрессивно протекающие глаукомы (псевдоэксфолиативная Глаукома с нормальными показателем ВГД

Рис. 8

арсенале присутствуют вполне без- ности происхождения глаукомы и опасные вмешательства с хорошим т.д. Пока вы не руководствуетесь гипотензивным эффектом. И на основании вышесказанного в пози- хорошего не ждите. Все, что я хоции сторонников ранней хирургии тел сказать. Крик души, спасибо. глауком есть определенный смысл. Благодарю за внимание.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Профессор В.П. Еричев:

— Спасибо, Сергей Юрьевич! Кто хочет высказаться?

Профессор В.Р. Мамиконян:

зала, что ВГД отводится лишь ма-

годня применяем по поводу глаукомы, начиная с простейших капель и заканчивая хирургическим лечением, направлено на снижение ВГД. Это — совершеннейший парадокс. Второй парадокс заклюведомлены о том, что сегодняшний критерий нормы ВГД — 21-22 мм это — нонсенс. Существует понятие индивидуальной нормы внуем больному капли, это означает, триглазного давления. Но во вре- ций, с этим также надо согласитьчто мы, возможно, не совсем кор- мя обсуждения этого вопроса все ся. Пусть это несколько факторов, почему-то стыдливо умалчивают а оно на самом деле может быть индивидуальную норму. Все, что которого ВГД устойчиво снижено, касается вычитания 30% из име-Мне кажется, не совсем корплюс 1 мм, не соответствует реальности, в которой мы находимся. Я с такой категоричностью выстуное лечение. Хирургия сама по паю, потому что начиная с 2009-2010 годов в нашем институте М.И. Авербах писал: «Если опери- применяется единственный, я не которой чрезвычайно сложны, но И все жалобы больного должны ровать глаукому — плохо, но не боюсь быть нескромным, в мире заниматься этим все равно необоперировать — еще хуже. Без опе- метод определения индивидуальс высокой продолжительностью рации больной обязательно ослеп- ной нормы ВГД. Огромное количе- одну составляющую в патогенезе рая сегодня обсуждалась. жизни (а есть данные, что глау- нет, а с операцией — может быть ство пациентов прошло это иссле- глаукомы — ВГД, как-то научились ослепнет». Сегодня — это не только дование. Мы не имели тех страштов ВГД необходимо снижать как классическая синусотрабекулэкто- ных случаев, когда вы все делаете, ем, немного его снижать, оцениможно ниже и как можно раньше. мия, а так называемые «современ- а ничего не получается, человек вать его уровень, а ведь, по сути, Агрессивно протекающая псевдо- ные минимальные проникающие продолжает слепнуть. Ничего этого мы занимаемся симптоматическим эксфолиативная глаукома: по сло- вмешательства». Помимо непрони- не происходит, если руководствуе- лечением этого тяжелейшего, неповам Ю.С. Астахова, в одной только кающей хирургии, гипотензивные тесь не «уровнем 21-22 мм рт.ст.», нятного заболевания. Ленинградской области она дости- возможности которой расширяют- а реальным уровнем индивидуальгает почти 80%. Глаукома с нор- ся с помощью лазерной десцемето- ной нормы ВГД. Это — остановмальным давлением, при которой гониопунктуры, это и Trabectome, ленное прогрессирование на II, на возникает вопрос, а нормально ли достаточно новое устройство, ко- III стадии, когда имело место явторое, подобно факоэмульсифика- ное прогрессирование. У больных ступлению Вардана Рафаеловича. Среди многочисленных иссле- тору, позволяет удалять трабеку- была достигнута индивидуальная В медицине есть такой важный дований в нашем институте под лу изнутри на всем протяжении. норма и прогрессирование было посыл «правильная методология». руководством С.Э. Аветисова по По международным данным, у него остановлено. Не надо стыдливо Я бы хотел обратить ваше внимаособенностям биомеханики глаза высокий уровень безопасности отворачиваться, надо просто при- ние на один фактор. В чем прав хочу продемонстрировать резуль- и очень неплохая эффективность. знать, что мы не умеем определять профессор В.Р. Мамиконян? Пертаты одного из них (рис. 9): дан- Это и EX-PRESS, продающийся индивидуальную норму ВГД. Мы вый посыл: глаукома — многоные по тонометрии у пациентов в России хирургическим подразде- все наши выводы должны делать, факторное заболевание. Второй с так называемой нормотензив- лением компании Alcon, представ- не основываясь на абстрактном ной глаукомой до начала лечения. ляющий собой небольшой дренаж, выражении «нормализация ВГД», примат внутриглазного давления. Первый столбик — тонометрия по по эффективности подобный сину- а под нормализацией ВГД будем Вардан Рафаелович прав, делать Маклакову. Посмотрите, впол- сотрабекулэктомии, при использо- понимать, что мы достигли инди- выводы, что, помимо ВГД, имеют не нормальные значения. Далее вании которого нет необходимости видуальной нормы. Но если и при значение какие-то другие факто-

будем развивать мысль о непонятиндивидуальной нормой, ничего

Профессор В.П. Еричев:

что последняя версия определения глаукомы просто не содержит упоминания о ВГД. И я согласен с употребленным Вами словом «парадокс». Парадокс состоит именно в том, что эффективная стратегия — Я заметил два совершенно лечения глаукомы заключается очевидных парадокса, которые в достижении стойкой нормализации ВГД. Те самые цифры, о которых говорят — при начальной пертов. Н.И. Курышева вообще скастадии ВГД не должно превышать 21 мм рт.ст., и чем более продвиленькая толика в развитии глауко- нутая стадия, тем ВГД должно быть мы. Парадокс заключается в том, ниже — все это общие цифры, это наша беда. Действительно мы должны руководствоваться (и аргументов «против» нет) индивибольного свое давление. Многие врачи считают, что если они сничается в том, что все прекрасно ослись. Отнюдь. Поэтому у нас даже рт.ст., боюсь перегнуть палку, но ты вследствие глаукомы. Но то, что не только одно давление повинно в разрушении зрительных функно это доказывают многие исследоо том, что мы не умеем определять ватели. Каждый пятый пациент, у ющегося уровня ВГД, минус 3 мм, этом случае уже работают другие механизмы, влияющие на распад зрительных функций. Это проблема очень сложная. Мы можем говорить и о нейропротекторной терапии, критерии эффективности

Профессор С.Э. Аветисов:

необходимо достичь индивидуального уровня. Сегодня получается, что многие выводы о многофакторности, о склеропатии делаются в условиях недостижения нормального индивидуального (терминология может быть разная) уровня ВГД. Из этой массы исследований можно убрать значительный пласт, причем это не вина, а беда, и главное — основная наша задача заключается в том, что мы должны иметь в арсенале метод, который позволяет достаточно точно определять индивидуальный уровень ВГД.

внутриглазного давления. А эта проблема заключается в том, что

К.м.н. С.Ю. Петров:

— Второй год мы проводим ис-

следование, в котором каждого пациента перед хирургией глаукомы мы отправляем на исследование индивидуальной нормы внутриглазного давления, соответственно до и после операции. Результаты мы не подсчитали, но в защиту хирургии как метода выбора мне бы хотелось сказать, что шансов у хирургического пашиента лостичь инливидуального уровня ВГД в настоящее время в 3-4 раза выше. Мы опускаем опасность хирургии — это другое дело, но если мы стремимся и индивидуальному уровню, нужно подумать именно о хирургии.

Профессор В.П. Еричев:

зать несколько слов. Выбирая тему завершающейся конференции, мы с Сергеем Эдуардовичем думали, насколько эта тема — «Консерванты и вторичный синдром «сухого глаза» — будет интересна и актуальна и сошлись на том, что тема представляет интерес, тем более ществует. Мы с Сергеем Эдуардослучаев таких жалоб больных, которые сейчас можно было бы от-Все препараты того времени не содержали консервантов, но и не ных средств. С появлением фиксибез которых нельзя обойтись, мы действительно столкнулись с проблемой. И с каждым годом она становится все более значимой. Но даобращаем внимание на жалобы пожилых людей, больных глаукомой ность больного лечению, что особенно важно, если речь идет о длипривлекать внимание врача, в том

Полный текст стенограммы будет опубликован в сборнике «Дискуссионные вопросы офтальмологии – 2012». Тема: «Консерванты и вторичный синдром «сухого глаза».

Шесть экспертов, известных отечественных офтальмологов, в докладах изложили свою точку зрения по предложенной теме, обозначив проблему и предлагая пути ее решения. Вопросы участников конференции позволили расширить границы обсуждения и коснуться некоторых особенностей синдрома «сухого глаза» в развернувшейся дискуссии, актуальной для всех

Планируемый срок выхода сборника из печати – сентябрь 2013 г., издатель –

ООО «Издательство «АПРЕЛЬ»

ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ

(отрывки из книги)

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

Издательство «АПРЕЛЬ» готовит к выпуску монографию М.М. Бикбова, Р.Р. Файзрахманова, А.Л. Ярмухаметовой. Предлагаем вашему вниманию отрывки из книги.

озрастная макулярная дегенерация (ВМД) является жилых лиц в экономически развитых странах. Тяжесть заболевания обусловлена центральной локализацией процесса, двусторонним характером поражения и хроническим прогрессирующим течением

Хотя патогенез заболевания в намногие исследователи сходятся во мнении, что ВМД является следствиюших возрастные изменения пигментного эпителия сетчатки (ПЭС). цессов, к которым относятся:

- оксидативный стресс: • ишемия;
- местная воспалительная
- По меньшей мере, четыре процесса способствуют возникновению ВМД:

Факторы развития

Истончени

Факторы запуска

Дисфункция иммунной системы

Дисфункция

(фактор CFH)

Увеличение VEGF

Рис. 1. Патогенез развития возрастной макулярной дегенерации сетчатки

- липофусциногенез;
- друзогенез; • местная воспалительная
- реакция; • неоваскуляризация (при влажной форме ВМД).

/величение IL (1,6,8)

Тем не менее для упрощения при проявлении под ПЭС может центрального зрения у по- нья можно разделить на следую-

щие группы (*puc.* 1):

• факторы развития (наиболее капилляров, изменение окисли-

• факторы запуска (наиболее важные — дисфункция ПЭС, друзы, поражение мембраны Бруха); • патология локальной иммунной системы.

Поэтапное развитие факторов приводит к дебюту патологического процесса и развитию ВМД. и добавочных патологических про- тии неоваскуляризации встречается сразу несколько проявлений развития мембраны. В центральной зоне сетчатки могут одновременно визуализироваться друзы, ретинальные геморрагии, отслойка нейроэпителия, отслойка ПЭС. Картирование пигментного эпителия определяет разное проявление одного и того же симптома. Так, степень резорбции нейроэпителия может проявляться формированием отека и отслойкой нейроэпи- щая анатомическое восстановление телия, в то же время этот процесс фовеолярной зоны.

Увеличение

реакций

Увеличение

макрофагальной

активности

понимания развития заболевания приводить к формированию отное поведение свойственно и геморрагическому процессу, когда геморрагии ретинальные при проважные — гипоксия, истончение явлении под ПЭС дают клиническую картину геморрагической отслойки сетчатки (рис. 2).

> новным обязательным методом исследования при диагностике ВМД. Наиболее актуальными являются методики с применением асферических высокодиоптрий ных линз 60, 78, 90 диоптрий и различных контактных линз, например, трехзеркальной линзы Гольдмана. Дополнительные методики диагностики — оптическая когерентная томография, ми

кропериметрия, флуоресцентная ангиография. Среди методов терапии большое распространение получили фотодинамическая терапия, лазерная коны, лазерная транспупиллярная термотерапия, а также макулярная хирургия (рис. 3), определяю-

Одним из методов лечения патологии глазного дна, в том числе и ВМД, является интравитреальное введение препаратов. В 2011 году в отлелении витреоретинальной и лазерной хирургии ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ» разработано новое устройство для ингравитреального введения (рис. 4).

Офтальмоскопия является ос-Все клинические исследования проводились с использованием это-

Клинические исследования

В зависимости от исходных клинико-морфологических характери с ВМД были разделены на 5 сопоставимых групп (рис. 5):

 1-я группа (60 глаз) — субпигментная неоваскулярная мембрана (скрытая):

- 2-я группа (60 глаз) классическая неоваскулярная мембрана; • 3-я группа (60 глаз) — сме-
- шанная неоваскулярная мембрана; 4-я группа (60 глаз) — активная фиброваскулярная мембрана;
- 5-я группа (60 глаз) фиброваскулярная мембрана с низкой степенью активности

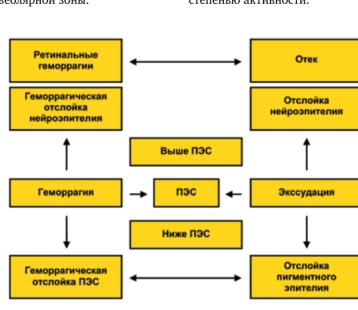
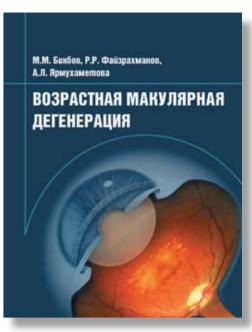


Рис. 2. Анатомическое взаимоотношение симптоматики при офтальмоскопии в зависимости от направленности процесса



Рис. 3. Виды оперативного лечения неоваскуляризации при ВМД



ISBN: 978-5-905212-24-6

ментного эпителия и формированием скрытой неоваскулярной мембраной вне зависимости от высоты отслойки сетчатки фиксация взгляда остается центральной, стабильной. Средние показатели световой чувствительности снижены и составляют 5.4 ± 0.7 дБ (p<0.01) (puc. 6, 7). У пациентов с классической нео-

васкулярной мембраной под слоем нейросенсорного эпителия опреде ляется оптически неоднородное образование — классическая неоваскулярная мембрана. По данным микропериметрии точка фиксации располагается на расстоянии 2-10° от фовеа (рис. 8, 9).

У пациентов со смешанной неоваскулярной мембраной определяется отслойка пигментного эпителия, по периферии и над которой в местах дефекта пигментного эпи телия визуализируется экссудативная отслойка нейроэпителия и участки кистозного отека сетчат ки. По данным микропериметрии при субфовеальном расположении мембраны точка фиксации смещается на границу роста ХНВ, в пределах 2-4° от фовеа фиксация остается центральной. Средние показатели световой чувствительности снижены до $4,0\pm1,0$ дБ (p<0,001) (puc. 10, 11).

Установлено, что смещение точ ки фиксации от фовеолы происходит при прорастании неоваскуляр ной мембраны через пигментный эпителий. На основании корреляционного анализа функциональ выявлена сильная обратная корреляционная зависимость остроты зрения от диаметра неоваскулярной мембраны, прямая сильная корреляционная зависимость локализации точки фиксации от ди-(r=-0,7; p<0,05). Между показателями световой чувствительности и диаметром неоваскулярной мем браны выявлена обратная корреляционная зависимость средней степени силы (r=-0.57; p<0.05).

Учитывая тот факт, что в развитии XHB ключевая роль принадлежит vascular endothelial growth factor (VEGF), многие исследовательские работы определили свою работу в направлении разработки препаратов, влияющих на механизм ангиогенеза. Для определения влияния антивазопролиферативной терапии на различные типы XHB, согласно представленной нами классификации, в 2011 г. в Уфимском НИИ ГБ проведено пилотное исследование. В качестве патогенетического препарата использовался ранибизумаб (ЛСР-004567/08, 2008-06-16 от Novartis Pharma Stein AG. Швейцария) в дозе 0,05 мл для интравитреального введения 3 раза с интервалом в 1 месяц.

ГЛАУКОМОЙ И МОНИТОРИНГ ГЛАУКОМНОГО ПРОЦЕССА

Рис. 4. Устройство для интравитреального введения препаратов

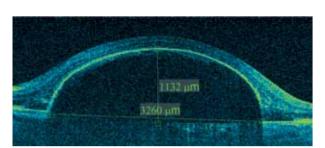


Рис. 6. Оптическая когерентная томография макулы пациента с экссудативной отслойкой пигментного эпителия

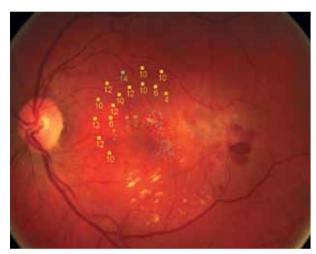
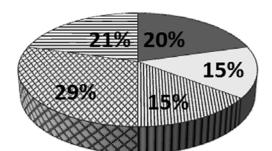
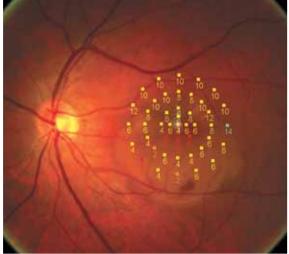


Рис. 9. Микропериметрия макулы пациента с активной классической неоваскулярной мембраной. Острота зрения 0,3 н.к.



- Субпигментная ХНВ
- **Ш** Смешанная XHB
- 🖾 Активная фиброваскулярная мембрана
- Фиброваскулярная мембрана низкой степени активности

Рис. 5. Распределение пациентов в зависимости от клинико-морфологических особенностей центральной области сетчатки при влажной форме возрастной макулярной дегенерации



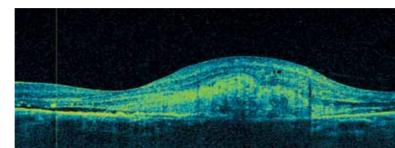


Рис. 8. Оптическая когерентная томография макулы пациента с активной классической неоваскулярной мембраной

< Рис. 7. Микропериметрия макулы пациента с экссудативной отслойкой пигментного эпителия. Острота зрения 0,1 с корр. + 1,75 D = 0,4

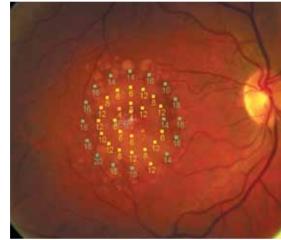


Рис. 10. Микропериметрия макулы пациентки со смешанной неоваскулярной мембраной. Острота зрения 0.2 c kopp. + 1.75 D = 0.3

Тел.: (347) 2720822 / e-mail: eye@anrb.ru

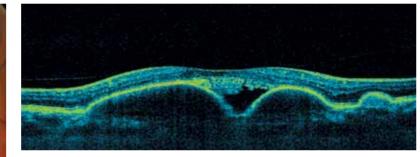


Рис. 11. Оптическая когерентная томография макулы той же пациентки со смешанной неоваскулярной мембраной.

ты зрения на фоне трех инъекций выявлено не было. У пациентов с классической неоваскуляризацией выявлена полная резорбция экссудата под нейроэпителием уже на фоне первой инъекции ранибизумаба. Толщина после первой инъекции и составила 161,7±15,4 мкм. Высота неова-112±34,2 мкм, ширина уменьшивила 964±346,5 мкм. На фоне вто- производились. ои инъекции ингиоитора ангиогенеза выявлено только уменьшение го взаимодействия ростовых факразмеров неоваскулярной мембра- торов, установлено, что индукции ны. После третьей инъекций остро- VEGF предшествует повышение та зрения улучшилась на 0,03 и уровня гипоксия индуцибельнов среднем составила 0,27±0,02 го фактора и инсулиноподобного $(\chi^2 = 8,4, p < 0,02)$. При исследовании макулярной подтверждает важную роль ткане-

зоны пациентов со смешанной не- вой гипоксии при развитии дегеоваскулярной мембраной после неративных процессов и дает возпервой инъекции ранибизумаба можность поиска новых методик выявлено полное прилегание ней- терапии, направленных не на блоросенсорного эпителия сетчатки, каду роста новообразованных соуменьшение кистозного отека и судов, а на препятствие развитию уменьшение высоты отслойки ПЭС заболевания и, возможно, регресна 114 мкм (р=0,03). На фоне вто- су патологического очага. Развирой инъекции толщина сетчатки тие современной науки с неотъемуменьшилась на 30 мкм, после лемой связью с практикой позвотретьей инъекции — на 45 мкм. лит решить проблемы дегенера-После третьей инъекции остро- тивных процессов, протекающих та зрения улучшились на 0,02 и в сетчатке на клеточном уровне в среднем составили 0,22±0,06 и заглянуть в глубины молекуляр-У пациентов с активной фибро- на данном этапе для нас остаются

васкулярной мембраной выявлено загадкой.

У пациентов со скрытой неоваполное прилегание отслойки нейскулярной мембраной через 1 ме- роэпителия на фоне первой инъсяц после первой инъекции раниекции ранибизумаба. Толшина бизумаба отмечается уменьшение сетчатки после первой инъекции высоты отслойки ПЭС в среднем на уменьшилась на 60,9 мкм и соста-109,8 мкм, после второй инъекции вила 200,4±38 мкм. На фоне вто-— на 65,2 мкм, после третьей инърой и третьей инъекций статистиекции — на 27,1 мкм. Статистичечески значимых изменений толщиски значимых изменений остроны сетчатки не выявлено. У пациентов с фиброваскуляр-

ной мембраной низкой степени активности через 1 месяц после первой инъекции ранибизумаба выявлено статистически незначимое уменьшение толшины сетчатки на 60 мкм (р>0,05), толщина сетчатки сетчатки уменьшилась на 80 мкм в среднем составила 151,5±56 мкм. Олнако изменений в размере неоваскулярной мембраны, а также скулярной мембраны уменьшилась в функциональных показателях, на 245 мкм и составила в среднем выявлено не было. Поэтому данной подгруппе пациентов послелась на 726 мкм и в среднем соста- дующие инъекции препарата не

ных взаимоотношений, которые

ными глаукомой стало широко внедряться и роводиться во многих регионах СССР. С точки зрения молекулярн Широкому внедрению в практику диспансерного метода наблюдения за больными глаукомой способствовали инструктивнометодические указания и приказы МЗ СССР. Уже в 1952 г. Министерствами здравоохрафактора 1α. Такая закономерность нения СССР и РСФСР была намечена подробная программа по широкому внедрению диспансерного метода наблюдения за больными глаукомой. В 1964 г. вышел специальный приказ МЗ РСФСР за № 275 «О мероприятиях по борьбе с глаукомой». Благодаря этому приказу в РСФСР к 1973 г. было открыто и функционировало 107 глаукомных кабинетов и 47 ночных стационаров. Важным этапом в проведении противоглаукомной работы явилось издание приказа МЗ СССР № 925 от 1976 г. «Об усилении мероприятий по раннему выявлению и активному наблюдению больных глаукомой». Согласно этому приказу диспансер-

с офтальмологом несли ответственность руководители лечебно-профилактических

При организации приема больных глаукомой, состоящих на диспансерном учете, целесообразно выделение фиксированного времени для преимущественного приема больных, страдающих глаукомой. В зависимости от количества, состоящих на диспансерном учете больных глаукомой, руководители ЛПУ решают вопрос о выделении фиксированного дня или часов для преимущественного приема таких больных. Обычно на практике в повседневной жизни для приема больных глаукомой, состоящих на диспансерном учете, выделяются утренние часы приема с 8:00 до 10:00. В это время принимается около 5-6 больных.

Один раз в неделю выделялся определенный день, также в утренние часы с 8:00 до 10:00, для осмотра больных глаукомой на дому. Это те больные, которые по какимлибо причинам сами не могут придти на прием к офтальмологу в поликлинику: после перенесенных инфарктов, инсультов, переломов шейки бедра, с тяжелой патологий сердечно-сосудистой, эндокринной системы и т.д.

Охват диспансерным наблюдением так называемых «неходячих» больных глаукомой обязательно входил в отчет офтальмолога по проведению данной работы, контролировался руководителями ЛПУ, так как они отчитывались о проделанной работе перед областным отделом здравоохранения. На каждого больного глаукомой, который

берется на диспансерное наблюдение, заполнялась и сейчас заполняется «контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 30), которая необходима для контроля за своевременным посещением больным офтальмологического кабинета. Контрольная карта хранится в офтальмологическом кабинете специальном картотечном ящике, разделенном на ячейки, соответствующие 12 месяцам года. При явке больного производится отметка в контрольной карте диспансерного наблюдения, отмечается дата следующего посещения, и контрольная карта помещается в ячейку, соответствующую месяцу, назначенному для следующего посещения. По истечении каждого месяца медицинская сестра офтальмологического кабинета отбирает карточки неявившихся больных. Больному посылается приглашение явиться на прием, о чем производится отметка в контрольной карте диспансерного наблюдения. Если больной вновь не явился на прием, необходимо направить медицинскую сестру для личной беседы с ним.

Диспансерное наблюдение за больными ПОУГ проводится дифференцированно в зависимости от динамики глаукомакад. И.П. Филатов, организовав в 1932 г. ного процесса, компенсации ВГД, общего состояния больного и его сопутствующих заболеваний

> Больным со стабилизированным течением глаукомы и компенсированным офтальмотонусом рекомендуется наблюдение у офтальмолога поликлиники один раз в 3 месяца с обязательным обследованием и отражением в амбулаторной карте дан- Руководителей ЛПУ также стали интересоных о центральном и периферическом вать вопросы количества принятых больных зрении, биомикроскопии переднего отрезка глаза, тонометрии и офтальмоскопии с описанием состояния ДЗН. В этих случаях консультацию глаукоматолога, с проверкой центрального поля зрения, гидродинамических показателей и гониоскопии, достаточно проводить один раз в год.

Для данной категории больных общее медикаментозное лечение в амбулаторных или стационарных условиях с учетом сопутствующих заболеваний следует проводить не реже одного раза в 6-8 месяцев. Интенсивность местного гипотензивного лечения зависит от величины и компенсации ВГД. При срывах в компенсации офтальмотонуса необходимо добиваться его нормализации усилением режима местного гипотензивного лечения, при отсутствии эффекта необходимо стационарное наблюдение и обследование для решения вопроса о проведении антиглаукомной

Для больных с нестабилизированным течением глаукомного процесса периодичность осмотров сокращается до 1,0-1,5 месяцев с фиксацией состояния зрительных функций, данных тонометрии, биомикрогониоскопии, ДЗН, с обязательным проведением компьютерной статической периметрии, исследованием ОКТ и HRT. В этих случаях консультации глаукоматолога следует проводить каждые 1,5-2,0 месяца. При субкомпенсированных цифрах ВГД необходимо сразу направлять больных в стационар с целью проведения оперативного вмешательства. Общее медикаментозное лечение данной категории больных следует проводить не реже двух-трех раз в году с учетом сопутствующих заболеваний в условиях стационара совместно с терапевтом, неврологом, эндокринологом и другими необходимыми специалистами.

Под особо пристальным контролем проводится наблюдение за больными ПОУГ с единственно видящим глазом. При стабилизации зрительных функций и стойкой компенсации офтальмотонуса на видящем глазу обследование у офтальмолога поликлиники необходимо проводить как минимум один раз в 1,5-2,0 месяца с обязательной консультацией глаукоматолога не реже одного раза в 3 месяца. При субкомпенсированном состоянии ВГД и стабилизированном течении глаукомного процесса, необходимо как можно быстрее нормализовать офтальмотонус. Если этого не происходит. больного незамедлительно следует напра вить на консультацию к глаукоматологу для решения вопроса о проведении стационарного лечения и необходимости выполнения

антиглаукомной операции. Больные глаукомой с единственно видящим глазом, имеющие нестабилизирован ное течение болезни с нормализованным ВГД, нуждаются в постоянном наблюдении у офтальмолога поликлиники и у глаукоматолога одновременно. При нарушении компенсации офтальмотонуса эта категория больных безотлагательно госпитализируется в офтальмологическое отделение для того, чтобы в условиях стационара окончательно определиться с дальнейшей тактикой лечения (Еричев В.П., 1999, 2009; Должич Г.И., Рачевская А.Ф., Славная З.С., 2000; Волков В.В., 2005, 2009; Амиров А.Н., 2009; Гамм Э.Г., 2010).

Так повсеместно проводилось диспансерное наблюдение за больными глаукомой во всех республиках СССР. В 90-е годы XX столетия в связи с изменением политического и социально-экономического строя в стране изменились принципы диспансерной работы. Страховые компании, финансирующие бюджетные ЛПУ, не интересовали вопросы диспансерного наблюдения за больными глаукомой, труд офтальмолога поликлиники стали оплачивать не по конечному результату, а по количеству принятых

Это привело к тому, что руководители ЛПУ вынуждены были пересмотреть «догму профилактической медицины» совсем каждым специалистом поликлиники, потому что финансирование поликлиники зависело только от общего количества принятых

Такой нестандартный поворот в работе бюджетных территориальных поликлиник отрицательно сказался на самой сути диспансеризации. Не стали активно вызываться на диспансерный прием больные, не явившиеся к офтальмологу в назначенное время, полностью перестали осматриваться больные глаукомой на дому. Ни офтальмолог поликлиники, ни руководитель ЛПУ не стали отчитываться и не стали нести никакой ответственности за проведенную работу по диспансерному наблюдению за больными глаукомой. Да с них это никто и не спрашивает. Пришел больной глаукомой на диспансерный осмотр к офтальмологу поликлиники — хорошо, не пришел — ничего, придет когда-либо в следующий раз, а не придет совсем — о нем никто не вспомнит.

То есть вопросы диспансерного наблюдения за больными с хроническими заболеваниями, к которым относится и первичная глаукома, практическое здравоохранение интересовать не стали. Эти больные стали предоставлены самим себе. Если вопросами скрининга и раннего выявления заболевания государство с середины 2000-х годов стало активно интересоваться, страховые компании по решению государственных структур стали выделять на проведение этой работы финансирование, то вопросы диспансерного наблюдения за хроническими больными и по сегодняшний день остаются вне поля зрения государства.

Необходимо, однако, отметить, что в последнее десятилетие государством проведена огромная работа по совершенствованию оказания помощи населению во всех отраслях медицины. По программе модернизации здравоохранения построены и успешно функционируют сердечно-сосудистые, перинатальные и другие центры по всей стране. По этой же программе закуплено, установлено и успешно работает новейшее высокотехнологичное оборудование, в том числе и офтальмологическое.

Однако вопросы диспансерного наблюдения за хроническими больными не коснулись этой модернизации. А ведь это огромный пласт работы всей медицины, во всех структурах отрасли. Можно открыть сотни современных офтальмологических центров, но если глаукома из развитой стадии, при несовершенном диспансерном наблюдении, прогрессировала в далеко зашедшую или терминальную стадии, то и эти центры не могут помочь больному и вернуть ему зрение из-за неправильного динамического наблюдения. Это всем понятно.

000 «Трансконтакт»

и группа компаний



ф ЭФФЕКТИВНОСТЬ



Диспансерное наблюдение за больными первичной

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

В.Д. Кунин, А.А. Редид

им. Н.А.Семашко»;

ГБУ РО «Рязанская клиническая больница

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный

¬лаукома — это группа хронических

заболеваний глаз с различной этиоло-

гией, вызванных нарушением оттока

водянистой влаги из глаза и сопрово-

ждающихся периодическим или постоянным

повышением уровня ВГД, атрофией зритель-

ного нерва (с экскавацией) и характерными

Поскольку глаукома является хронически

протекающим заболеванием, установление

данного диагноза обусловливает пожизнен-

ное диспансерное наблюдение больного

у офтальмолога поликлиники по месту про-

живания или по месту работы. Диспансер-

ное наблюдение необходимо прододжать

даже тогда, когда ВГД будет нормализова-

но медикаментозным или хирургическим

Офтальмологам хорошо известно, что для

предотвращения распада зрительных функ-

ций при первичной глаукоме необходимо ее

раннее выявление. При позднем выявлении

глаукомы, при неэффективности местной

гипотензивной терапии или позднем хирур-

гическом лечении замедлить прогрессиро-

вание глаукомного процесса бывает очень

сложно, что неминуемо сказывается на рез-

Глаукома — заболевание медико-соци-

альное, и борьба с ней является государ-

ственной задачей, поэтому в постановлении

IX съезда офтальмологов России, проходив-

шем в 2010 г., в разделе по проблеме глау-

комы одним из основных направлений вы-

делены вопросы по разработке и реализации

программ по ранней диагностике и диспан-

серному наблюдению больных глаукомой. И

это очень важно потому, что огромное зна-

чение для правильной организации борьбы

с глаукомой первостепенное значение при-

надлежит ранней диагностике и активному

выявлению больных глаукомой, своевремен-

но проводимому лечению, динамическому

наблюдению (мониторингу) за течением

глаукомного процесса и популяризации зна-

ний о глаукоме среди населения. Все эти ме-

роприятия могут быть осуществлены только

в условиях грамотного высококвалифициро-

ванного диспансерного наблюдения за боль-

ными глаукомой в условиях поликлиниче-

В Советском Союзе идею диспансериза-

ции больных глаукомой впервые осуществил

глаукомный диспансер на базе глазной кли-

ники Одесского медицинского института.

Это полезное и нужное начинание было взя-

то на вооружение многими офтальмологами

ное наблюдение за больными глаукомой

стало делом общегосударственной важно-

сти. За проведение диспансерного наблюде-

ния и результаты его эффективности наряду

страны и диспансерное наблюдение за боль-

ского звена.

ком снижении зрительных функций.

медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздравсоцразвития

изменениями поля зрения.

Поэтому очень хорошо и важно обнаружить глаукому в начальной стадии заболевания, но еще важнее сохранить эту начальную стадию на всем протяжении жизни больного. Для этого необходимо грамотное, вдумчивое, высококвалифицированное диспансерное наблюдение. Но на сегодня офтальмолог поликлиники физически не может принять «диспансерного» больного глаукомой за 8-12 минут, которые отпускаются на прием офтальмологического

Необходимы нормативные и регламентирующие документы федерального значения, приказы МЗ РФ по совершенствованию диспансерной работы офтальмологов поликлинического звена. В этих документах, с учетом современного диагностического оборудования, необходимо определить время на прием первичного больного глаукомой, определить время на прием повторного больного глаукомой диспансерной группы, определить время приема диспансерной группы больных глаукомой в утренние часы и определить выделение времени на обследование глаукомного больного на дому.

Только при таком распределении времени возможно полное обследование больного глаукомой с назначением ему соответствующего лечения и определением дальнейшей тактики наблюления.

В регламентирующих документах необходимо отразить заинтересованность офтальмолога поликлиники в проведении диспансерной работы. Его трудовую деятельность необходимо оплачивать не по числу принятых больных (как это происходит сейчас), а по числу больных, состоящих у него на диспансерном наблюдении, по эффективности, проводимой офтальмологом, диспансерной работы: стабилизация или прогрессирование заболевания, ухудшение здоровья человека, выход на инвалидность и т.д.

Кроме этого, в регламентирующих документах федерального уровня необходимо отразить вопросы заинтересованности и повышения ответственности за проведение диспансерной работы руководителей регионального здравоохранения всех уровней: районного, городского и областного. Необходимо восстановить отлаженную и хорошо действующую систему диспансерного

в новых политических и социально-экономических условиях РФ. Необходимо восстановить строгий учет и отчетность по диспансерной работе ЛПУ всех уровней, чтобы руководители ЛПУ несли ответственность и отчитывались о проделанной работе по диспансерному наблюдению перед вышестоящими лечебными и организационными учреждениями: областная больница, региональное министерство здравоохранения.

Только при выполнении всех этих условий работу по диспансерному наблюдению за больными первичной глаукомой можно поднять на совершенно другой уровень, усовершенствовать и достичь определенных

В настоящее время в разных регионах России эта работа поставлена по-разному: в одних регионах хорошо, в других — не очень, в третьих — неудовлетворительно. В регионах, где имеются НИИ глазных болезней, медицинские университеты и областные офтальмологические больницы, где главные врачи этих больниц и директора НИИ глазных болезней являются еще

наблюдения за больными глаукомой, но уже и главными офтальмологами этих регионов, работа по диспансерному наблюдению за больными глаукомой поддерживается на неплохом уровне, но тоже с очень большими трудностями и проблемами (Амиров А.Н., 2009; Золотарев А.В., 2011; Щуко А.Г., 2012). Даже в этих регионах имеются проблемы, где руководители служб имеют определенные контакты, наработки с региональными министерствами здравоохранения и с региональной властью. А что же происходит с диспансерной работой по глаукоме, где нет таких руководителей офтальмологических служб?

> Поэтому руководители офтальмологиче ских служб и главные офтальмологи других регионов страны с большим нетерпением ждут от государства новых постановлений и регламентирующих документов по диспансерному наблюдению за больными с хронически протекающими заболеваниями, к которым относится первичная глаукома. В этих документах должно быть отражено постоянное и довольно жесткое контролирование центральными и местными органами здравоохранения всей диспансерной работы, как это было раньше. Только так на сегодняшний день можно снизить слепоту и слабовидение от первичной глаукомы.

Как считают В.Н. Алексеев и В.И. Садков (2005) для снижения слепоты и слабовидения от ПОУГ необходимо выполнение следующих мероприятий:

- раннее выявление ПОУГ, которое на сегодняшний день широко проводится работающему населению, в основном в бюджетных организациях (неорганизованное население профилактическими осмотрами на глаукому на сегодня не охвачено);
- пожизненное диспансерное наблюдение за больными ПОУГ не менее 4-х раз
- полноценное обследование при диспансерном наблюдении с офтальмоскопией и фиксированным состоянием ДЗН, исследованием центрального поля зрения и тонометрии;
- непрерывное комплексное лечение: как местное, так и общее, обязательно включающее препараты нейропротекторного
- своевременный переход от медикаментозного к хирургическому и лазерному методам лечения в случае некомпенсации ВГД и нестабилизации глаукомного процесса.

Для реализации этих бесспорных положений необходима четкая работа системы «поликлиника — глаукомный кабинет стационар — поликлиника», которая обеспечивает раннюю диагностику, четкое, грамотное диспансерное наблюдение, проведение адекватной местной и общей медикаментозной терапии, своевременное выявление больных с субкомпенсированным ВГД и с нестабилизацией глаукомного

На сегодня первое звено этой системы работает явно недостаточно. Офтальмологи поликлиник не могут вести планомерно диспансерное наблюдение за больными глаукомой. Не хватает времени, условий, нет материальной заинтересованности и нет никакого спроса со стороны руководителей ЛПУ. Именно на этом участке работы происходит много недочетов по диспансерному наблюдению, и именно на уровне поликлиники пропускаются моменты прогрессиро-

При исследовании полей зрения наблюдается много неточностей, но наибольшие ошибки встречаются при измерении ВГД тонометром Маклакова. Медицинские сестры офтальмологических кабинетов очень плохо владеют самой техникой тонометрии. Отпечатанные кружки часто бывают нечеткими, с размытыми контурами, овальной формы, трудночитаемые. По этим тонометрическим отпечаткам часто бывает невозможно с помощью линейки определить величину офтальмотонуса. Все это приводит к недостоверной регистрации уровня ВГД и, естественно, к заблуждению офтальмолога поликлиники, который считает, что ВГД в пределах нормы. В итоге это приводит к неправильной тактике дальнейшего наблюдения за больным.

А от грамотного и квалифицированного выполнения исследований центрального и периферического зрения, измерения ВГД, которые выполняются медицинской сестрой офтальмологического кабинета, зависит очень многое. Ведь данные исследования являются очень важными показателями в оценке динамики глаукомного

Кроме этих, очень важных исследований зрительных функций, при каждом диспансерном наблюдении офтальмолог поликлиники осматривает ДЗН, и лучше с широкими зрачками, при условии полного открытого УПК и компенсированном ВГД. Все эти 4 вида исследования должны проводиться при каждом очередном диспансерном посещении больного. Однако в практической работе происхо-

дит не совсем так. По данным В.Д. Кунина (1995), Б.Ф. Черкунова и др. (2000), М.А. Колесниковой и др. (2006), при диспансерном наблюдении за больными ПОУГ в 69% случаев выявлена недостаточная полнота диагностических исследований и недооценка специфических признаков прогрессирования глаукомы. В 57% случаев было обнаружено недостаточное динамическое наблюдение за больными офтальмологами По данным В.Н. Алексеева и др. (2003),

регулярное диспансерное наблюдение больных глаукомой осуществлялось только в 53,7% случаев. При очередном диспансерном осмотре офтальмолог поликлиники ограничивался только одним измерением ВГД примерно у одной трети больных.

С.Ю. Казанова и В.В. Страхов (2012) также обращают внимание на низкое качество диспансерного наблюдения за больными глаукомой офтальмологами территориальных поликлиник. Авторы указывают на частое несоблюдение лечашим офтальмологом поликлиники стандартов диспансерного наблюдения, качество выполнения этих стандартов, грамотность и компетентность в вопросах глаукомы. Авторами подчеркивается, что во многих амбулаторных картах диспансерной группы больных глаукомой отсутствуют записи о состоянии переднего отрезка глаза: биомикроскопии, состоянии УПК, глубоких сред глаза. Очень часто описание ДЗН не соответствует стадии глаукомы. Авторами отмечается очень низкое качество тонометрических исследований и позднее направление больных на консультацию к глаукоматологу. Авторами также подчеркивается, что такое низкое качество диспансерного наблюдения сопровождается медленным нестабилизированным течением глаукомы, которое остается незамеченным офтальмологом поликлиники. Все это может привести в течение нескольких лет к слепоте и слабовидению, даже при хорошем комплайнсе со стороны больного.

Не хочется об этом говорить, но, к сожалению, это так. Практически во всех территориальных поликлиниках офтальмологи не замечают, не видят, пропускают моменты времени начала нестабилизированного течения глаукомного процесса.

Учитывая такое положение дел на сегодня, в литературе по офтальмологии активно обсуждаются вопросы участия самого больного в диспансерном наблюдении.

Как только офтальмолог поликлиники впервые поставил диагноз ПОУГ и назначил местное гипотензивное лечение, он обязан объяснить больному суть его заболевания. Рассказать больному о бессимптомном начале ПОУГ и ее медленном и прогрессирующем течении, клинических вариантах течения и ее прогнозе. Больной должен знать, что глаукома — хроническое заболевание и что ему необходимо находиться под постоянным диспансерным наблюдением у офтальмолога на протяжении всей остав-

Информированность больного глаукомои о сущности его заоолевания спосоособлюдении всех правил диспансеризации с целью предупреждения ухудшения зрения совместно с офтальмологом поликлиники.

Для этого следует обучить больного правилам и нормам диспансеризации: пониманию больным необходимости постоянного диспансерного наблюдения, научить больного самому контрольно исследовать остроту зрения и поле зрения; обучить больного «чувствовать» свое ВГД с помощью пальпаторного метода или с помощью транс- и значима. Необходимо, чтобы офтальмопальпебрального тонометра, измеряющего ВГД через верхнее веко; научить правильно закапывать глазные гипотензивные кап- и уважением, считался среди больных чутли и объяснить больному необходимость ким и грамотным специалистом. При кажпостоянного их закапывания. Все это не- дом очередном диспансерном посещении обходимо подробно разъяснять больному офтальмолог поликлиники совместно с меглаукомой, чтобы не получилось так, что дицинской сестрой исследуют зрительные только 34,3% больных ПОУГ регулярно закапывают местные гипотензивные капли, раметры ДЗН. При малейшем подозрении на а 65,7% — эти капли закапывали нерегулярно (Алексеев В.Н. и др., 2003).

В современной жизни необходимо добиться, чтобы диспансерный больной глаукомой был самым активным помощником врачу в проведении динамического наблюдения за своим зрением на протяжении все-

ОБЗОР

Кроме хорошей информированности больного глаукомой о его заболевании, необходимо также рассказать о глаукоме близким, кровным родственникам больного: кровным братьям, сестрам, детям,

Информированность больного и его близких родственников о сущности развития ПОУГ, ее течении и прогнозе окажут большую помощь офтальмологу поликлиники в соблюдении всех правил и тонкостей длительного диспансерного наблюдения (Нестеров А.П., 1994, 2004; Алексеев В.Н., 2003; Landers J.A., Goldberg I., Graham S.L., 2003).

Родственников больного глаукомой, проживающих с ним в одной квартире или доме, или даже не проживающих совместно, необходимо обучить и научить таким же самоконтрольным манипуляциям, которым был обучен сам больной: самоконтрольному измерению офтальмотонуса, периферического зрения, визуальному осмотру переднего отрезка глаза и т.д. Ведь всем хоглаукомой постоянно находятся в зоне повышенного риска заболеть глаукомой. Учитывая все это, необходимо научить больного глаукомой и его родственников чувствовать состояние своих глаз при нормальных цифрах ВГД и изменение состояние глаз при малейшем повышении ВГД, научить больного глаукомой и его родственников замечать малейшие изменения со стороны центрального и периферического зрения.

Такой семейный контроль полезен не только самому больному глаукомой, но и его родственникам, т.к. создаются условия для раннего выявления у них глаукомы. Такое семейное звено основано на активном участии больного глаукомой и его семьи в контроле за течением глаукомы при длительном

Семейное или домашнее наблюдение (мониторирование) за течением ПОУГ повышает интерес и настороженность к заболеванию всех членов семьи. При самостоятельном измерении ВГД пальпаторно или при помощи транспальпебрального тонометра возможно в домашних условиях выявить повышение ВГД, а это является прямым показанием для обращения к офтальмологу поликлиники. Исследование полей зрение также возможно в домашних условиях при использовании персонального компьютера. В зависимости от размеров экрана монитор позволяет исследовать поле зрение в пределах от 20° до 45° и даже до 50°. С этой целью вполне можно применить информационно-вычислительной комплекс «Кампи», широко используемый в Московском городском глаукомном

Домашний мониторинг дисциплинирует самого больного глаукомой и его родственников в плане выполнения всех рекомендаций и лечебных назначений офтальмолога: местного гипотензивного и общего медикаментозного лечения или рекомендации по проведению антиглаукомной операции. Домашнее мониторирование — очень важный этап в системе диспансерного наблюдения за больными глаукомой: «поликлиника семейное звено диспансеризации — поликлиника». И это очень важно, особенно на сегодняшний день: сам больной и его родствует активному участию самого больного ственники, его семья принимают самое акв проведении диспансерного наблюдения и тивное участие в проведении длительного диспансерного наблюдения.

А что же делать с теми диспансерными больными ПОУГ, у которых нет родственников и которые сами не могут добраться больными ПОУГ, которые не очень желают выполнять все рекомендации и назначения офтальмолога. Вот в этих случаях роль офтальмолога поликлиники в мониторировании глаукомного процесса особенно важна лог поликлиники пользовался у диспансерной группы больных глаукомой авторитетом функции больного, исследуют его ВГД, паэлементы нестабилизации глаукомного процесса больному проводится дополнительное обследование: повторное проведение статинекомпенсированным у 27-80,2% больных ческой компьютерной периметрии, проведепри использовании всего арсенала местноние электрофизиологического исследования го гипотензивного лечения. Все эти больсетчатки и ДЗН, при необходимости провоные нуждались в проведении антиглаукомлится ОКТ — самый тончайший метол в изной операции. Однако были направлены на хирургическое лечение и прооперированы лчении динамики состояния CHBC и параметров ДЗН. Если имеются элементы отритолько 5,5% больных с этой стадией ПОУГ. цательной динамики названных структур, Это привело к тому, что к окончанию 13-летнего динамического наблюдения глаукомто необходимо говорить о нестабилизации глаукомного процесса и следует сразу напраный процесс из начальной стадии в 91,5% глаз прогрессировал в развитую стадию вить больного на консультацию к глаукомаи в 7,9% глаз — в далеко зашедшую. гологу, который определяет дальнейшую Такие факты еще раз говорят о том, что тактику диспансерного ведения больного: изменяет режим местного гипотензивноофтальмологи поликлиник часто не замего лечения в случае неустойчивости уровня ВГД или назначает общее медикаментозное

онарное обследование и лечение.

ном диспансерном наблюдении за больны-

врач ставит 26-28 мм рт.ст. Нередки случаи,

когда при ВГД 28-35 мм рт.ст. офтальмо

лог слишком медлителен в плане усиления

местного гипотензивного лечения и в пла-

не направления больного к глаукоматологу

В.Д. Кунин и др. (2013) также отмечают не-

качественное измерение ВГД у 69% больных

с начальной стадией ПОУГ. Нередко, в 27-

42% случаев, в разные временные периоды

диспансерного наблюдения, офтальмологи

поликлиник приглашали больного с уров-

нем тонометрического ВГД 25-26 мм рт.ст.

Некачественное измерение ВГД тономе-

тром Маклакова приводит к недостоверной

регистрации уровня офтальмотонуса и не-

правильной тактике дальнейшего наблюде-

По данным В.Д. Кунина и др. (2013),

в начальной стадии ПОУГ в разные пери-

оды диспансерного наблюдения ВГД было

ния за больными.

на следующее посещение только через

чают элементов нестабилизации глаукомного процесса: из-за своей загруженности. из-за не совсем внимательного отношения лечение, или направляет больного на стацик интерпретации полученных данных ис-Другой очень важный момент в тактике следования, из-за недостаточных знаний и офтальмолога поликлиники при длительквалификации врача в плане изучения всех патогенетических звеньев глаукомного проми ПОУГ — это тонометрическое исследовацесса, из-за малой заинтересованности в эфние ВГД по Маклакову. По данным С.Ю. Кафективности диспансерной работы и т.д. Без этих, очень важных, положений сохра

37

зановой и В.В. Страхова (2012), качество тонометрических отпечатков, полученных при нить стабилизированное течение глаукомы измерении тонометром Маклакова, оставляпри длительном диспансерном наблюдении ет желать лучшего. Цифры ВГД явно занижены: при уровне ВГД равном 32-35 мм рт.ст.

Необходимы совершенно новые, отвечающие времени, регламентирующие документы и постановления Правительства РФ по проведению постоянного диспансерного наблюдения за больными с хроническими заболеваниями, к которым относится и ПОУГ. В проведении этой очень важной и необходимой диспансерной работы, особенно ее эффективности, должны быть заинтересованы в первую очередь офтальмологи территориальных поликлиник и руководители ЛПУ всех уровней.

Хочется еще раз повторить слова, сказанные Е.А. Егоровым (2012): «Глаукома заболевание медико-социальное, и борьба с ней является государственной задачей!!» Роль офтальмолога поликлиники в данной ситуации — первостепенная! Руководители ЛПУ должны всячески оказывать офтальмологу поликлиники помощь в проведении повседневной диспансерной работы и нести ответственность за качество и эффективность данной работы. 🔲







FEMTO LDV Z CEPUЯ

- Z-LASIK И Z-LASIK Z ЛОСКУТЫ С ПРОГРАММИРУЕМЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ НОЖКИ И УГЛОМ ВЕРТИКАЛЬНОГО РЕЗА
- SIM-LASIK СОЧЕТАНИЕ Z-LASIK И КОРРЕКЦИИ ПРЕСБИОПИИ
- ИНТРАСТРОМАЛЬНЫЕ ТОННЕЛИ
- ИНТРАСТРОМАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ (КОРРЕКЦИЯ ПРЕСБИОПИИ И ДРУГИЕ ВОЗМОЖНОСТИ)
- ПОСЛОЙНАЯ И СКВОЗНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА
- ИЗМЕНЯЕМЫЕ ФОКУСНОЕ РАССТОЯНИЕ И ЭНЕРГИЯ ИМПУЛЬСА
- ВСТРОЕННАЯ ОКТ
- НАСЕЧКИ НА РОГОВИЦЕ И РАЗРЕЗЫ (ДУГООБРАЗНЫЕ, ЛИМБАЛЬНЫЕ, ПОСЛАБЛЯЮЩИЕ, ПРОНИКАЮЩИЕ, САМОРЕГУЛИРУЮЩИЕСЯ)
- ФЕМТО-АССИСТИРОВАННАЯ КАТАРАКТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ (ПАРАЦЕНТЕЗ, КАПСУЛОРЕКСИС, ФРАГМЕНТАЦИЯ ХРУСТАЛИКА)
- НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ЭНЕРГИИ ИМПУЛЬСА <100 НДЖ</p>
- САМАЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА >5МГЦ (ОТСУТСТВИЕ ТКАНЕВЫХ МОСТИКОВ)
- МАЛЫЙ ДИАМЕТР ИМПУЛЬА 2X2X2 МКМ





AMADEUS II

АВТОМАТИЧЕСКИЙ МИКРОКЕРАТОМ «ТРИ В ОДНОМ» ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ LASIK, EPI-LASIK и кератопластики, а также коррекции посткератопластического астигматизма

- ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ LASIK С НАСТРАИВАЕМЫМИ ПАРАМЕТРАМИ
- ПОВЕРХНОСТНАЯ АБЛЯЦИЯ (EPI-LASIK)
- ЛЕЧЕБНАЯ ПОСЛОЙНАЯ КЕРАТОПАСТИКА
- ПЕРЕДНЯЯ ПОВЕРХНОСТНАЯ И ГЛУБОКАЯ ПОСЛОЙНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА (SUPERFICIAL ANTERIOR AND DEEP LAMELLAR KERATOPLASTY – SALK AND DALK)
- ЭНДОКЕРАТОПЛАСТИКА И СКВОЗНАЯ LAP-JOINT (ПО ТИПУ «ПЕРЕВЕРНУТОГО ГРИБА») КЕРАТОПЛАСТИКА
- ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА (DESCEMENT STRIPPING AND AUTOMATED ENDOTHELIAL KERATOPLASTY DSEK)

GALILEI

ДВОЙНАЯ ШЕМПФЛЮГ-КАМЕРА С ИНТЕГРИРОВАННЫМ ПЛАСИДО-ТОПОГРАФОМ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ГЛАЗА

- КЕРАТОМЕТРИЯ
- ПАХИМЕТРИЯ ЦЕНРАЛЬНОЙ, ПАРАЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЗОН
- ТОПОГРАФИЯ ПЕРЕДНЕЙ И ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ РОГОВИЦЫ
- АБЕРРОМЕТРИЯ СТРУКТУР ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА
- ИЗМЕРЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ И ЦИФРОВАЯ ГОНИОМЕТРИЯ
- 3D ДЕНСИТОМЕТРИЯ СТРУКТУР ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА

000 «ИННОВАМЕД» 119991, Г. МОСКВА, ЛЕНИНСКИЙ ПР-КТ, Д. 32А +7 (495) 989 60 32 WWW.INNOVAMED.RU WWW.FEMTOLDV.RU



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

Центральные ретиношизисы (фовеошизисы, МАКУЛОШИЗИСЫ): РАЗВИТИЕ, ИСХОДЫ, ЛЕЧЕНИЕ

ЛЕКЦИИ

Г.Е. Столяренко

Центр диагностики и хирургии заднего отдела глаза. Москва

огласно общепринятому определению, ретиношизис — это патологический процесс, объединяющий заболевания, в основе которых лежит расслоение (расшепление) сетчатки, преимущественно в наружном плексиформ-

При слове ретиношизис перед глазами практикующего офтальмолога возникает обычно картина периферического расслоения сетчатки при дегенеративном или Х-сцепленном ювенильном ретиношизисах, нозологических единицах, хорошо представленных в офтальмологической литературе.

Однако по мере проникновения в клиническую практику метода оптической когерентной томографии мы все чаще стали видеть расщепления слоев сетчатки в фовеолярной зоне, сопровождающие процесс развития самых разнообразных, непохожих друг на друга, заболеваний. Причем локализация расщепления сетчатки совсем не обязательно связана с каким-то определенным ее слоем (рис. 1). Путаницу усугубляет и единовременное хождение в литературе и терминологии множества названий наблюдаемых в макулярной области сходных, по сути, изменений. Постоянно употребляются применительно к макуле такие термины, как кистовидный макулярный отек. макулярная киста, ламеллярное отверстие, псевдоотверстие, полный или неполный разрыв макулы. Даже выставленный в рамках классификации Гасса диагноз — сенильное макулярное отверстие, 1 (а или в) стадии, с точки зрения формальной логики выглядит достаточно нелепо. Отверстие имеется в диагнозе, но не в макуле. Тем более, как известно, нередко на этой стадии может происходить спонтанный регресс заболевания. То есть на бумагу слово «отверстие» легло, а на сетчатку пациента — нет.

Чтобы окончательно вас запутать и запутаться самому, скажу, что то, что оптический когерентный томограф определяет как интраретинальную полость, истинной полостью, как правило, не является. Даже на современных моделях томографов, весьма еще несовершенных с точки зрения разрешаюмов представления данных, в ряде случаев просматривается определенная структурированность этих «псевдополостей». Другими словами, часто невозможно по картине ОСТ понять, где и когда стромальный отек сетчатки переходит в кистовидный с полостеобразованием, где кончается одно и начинается другое. Прямо-таки корпускулярно-волновой дуализм по Гейзенбергу из квантовой механики применительно к анатомо-физио-

Если же попытаться из отлельных фраг ментов, каковыми являются картинки сканограмм, отражающие взаиморасположение структур сетчатки в отдельный момент времени, сложить в нашем представлении в единое кино и прокрутить его в ускоренном виде, то, скорее всего, получится следующая картина. Под действием того или иного патологического агента, о чем мы поговорим далее, макула начинает утолщаться, расстояния между ее слоями начинают увеличиваться, возникает напряжение структур, удерживающих эти слои вместе. Затем, в зависимости от конкретных морфологических особенностей индивида, о чем мы также поговорим далее, между теми или иными слоями сетчатки возникают разрывы структурные и функциональные, наступает дезинтеграция слоев сетчатки с последующим разрушением и самих этих слоев. Какие же патологические агенты чаще

всего действуют на макулярную сетчатку? О генетических факторах развития фовеошизиса при целом ряде наследственных заболеваний я сейчас говорить не буду.

клинической практике, укажу следующие (прошу только не рассматривать это как какое-то подобие классификации) (рис. 2).

1. Тракционное воздействие, реализующееся в различных формах тракционного макулярного синдрома и миопического

2. Фактор транссудации жидкости внутрь гкани сетчатки, который при таких заболеваниях, как венозные окклюзии сетчатки, пигментная дистрофия сетчатки, реализуется в макулярный отек, а затем и в фовеошизис.

3. Фактор гидродинамического воздействия на макулярную сетчатку со стороны ликворной жидкости из межоболочечного пространства при ямке зрительного нерва.

которых на макулу действуют несколько патологических агентов. Наиболее часто макулярных дегенерациях, прежде всего. при возрастной макулярной дегенерации, при диабетической ретинопатии, с некоторыми нюансами в зависимости от того, пролиферативный это процесс или нет, и при

Очевидно, что определив, в каком обличье предстает патологический агент (чуть было не сказал «иностранный агент»), в соответствии с принципами патогенетически ориентированного лечения, на него и надо

Начнем с самого простого — гидродинамический фовеошизис от воздействия ликворной жидкости из межоболочечного пространства при ямке зрительного нерва (рис. 3). Некоторое время назад доктор Я.В. Байбородов показал мне снятое им в операционной видео, на котором ясно был виден ниппельный механизм нагнетания

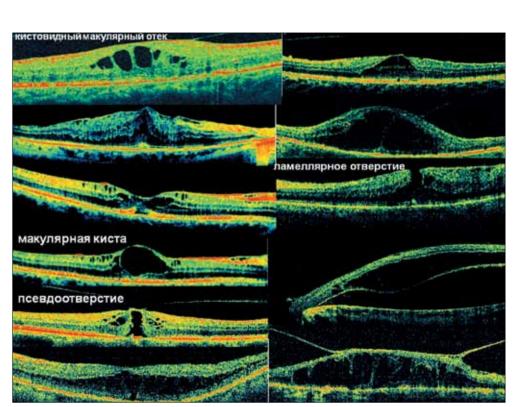
Далее, в зависимости от интенсивности и давности процесса клиническая картина может сильно варьировать — присоединяется отслойка нейроэпителия, деградирует пигментный эпителий, макулошизис развивается в разных слоях сетчатки иногда с формированием сквозного макулярного

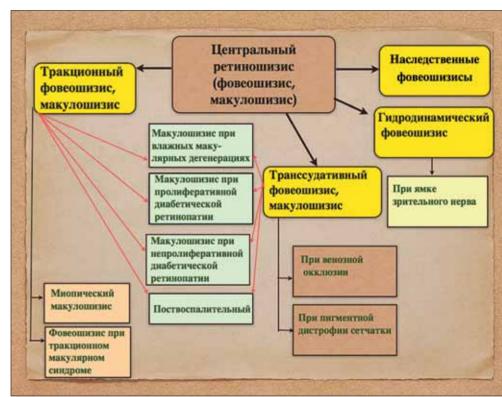
Принцип лечения прост: вдоль височного края зрительного нерва наносятся лазеркоагуляты, задача которых за счет слипчивого процесса прекратить поступление ликворной жидкости в сетчатку. В свежих случаях бывает достаточно и транспупиллярного лазерного воздействия. В хронических же ситуациях, при скоплении под нейроэпителием вязкой жидкости, приходится ее хирургически эвакуировать оттуда с добавлением воздействия пневморетинопексии.

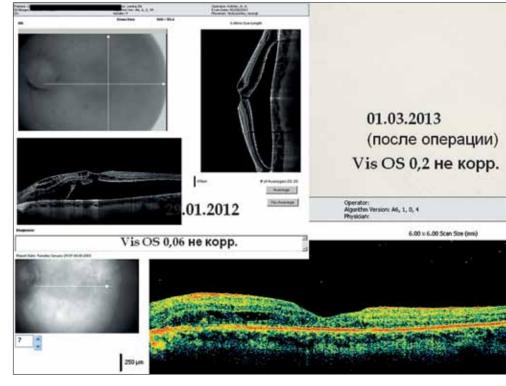
Транссудативный макулошизис на фоне венозной окклюзии — поскольку причиной утолщения сетчатки и последующего полостеобразования в ней является не ло конца понятный механизм накопления межтканевой жидкости, то и воздействие на этот процесс должно быть соответствующими медиэзными средствами. на сегодн день в арсенале офтальмолога имеются анти-VEGF препараты и интраокулярное применение стероидов либо в виде суспензий, либо в виде недавно появившегося препарата озурдекс. С учетом частого рецидивирования макулошизиса вследствие венозной окклюзии такая терапия должна проводиться по мере периодического появления показаний.

При пигментной дистрофии сетчатки нередко возникает макулошизис по типу транссудативного. Очень часто именно это состояние, наряду с заднекапсулярной катарактой, приводит к преждевременной, ранее чем это произойдет вследствие гибели пигментного эпителия, инвалилности пашиентов. Однако, как и в случае транссудативного макулошизиса вследствие венозной окклюзии сетчатки, регулярная анти-VEGF или стероидная терапия являются весьма эффективными

С превращением метода оптической когерентной томографии сетчатки в рутинный метод обследования стало понятно, насколько же часто в клинической практике







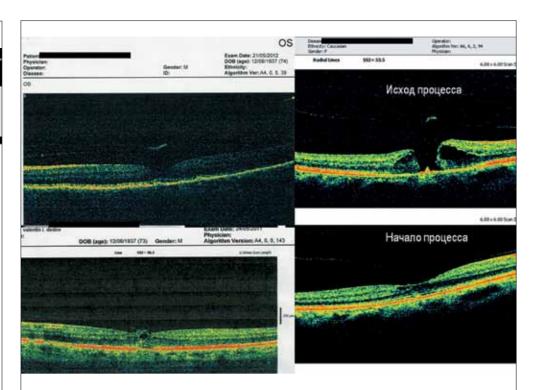
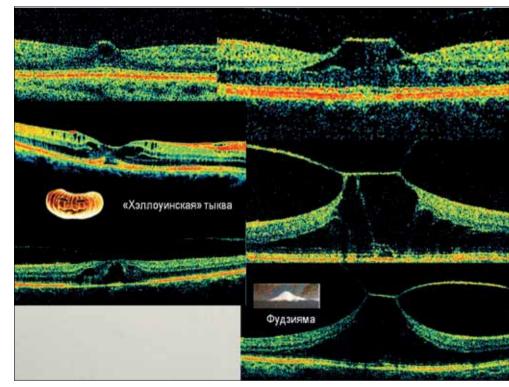


Рис. 4. Рис. 5.



VIS 0,8

Рис. 7.

нам приходится иметь дело с тракционным макулошизисом. Будь это проявлением тракционного макулярного синдрома или одной из его разновидностей — миопического макулошизиса.

Рис. 6.

Для понимания анатомической сущности макулошизиса важное значение имеет малоизвестная работа Гасса, описывающая так называемый «конус мюллеровых клеток» (KMK) (puc. 4).

КМК, по сути, представляет собой основной материальный субстрат собственно фовеолы и состоит из мощного конгломерата вертикально ориентированных длинных тел на разных уровнях от основания до вермюллеровых клеток, переплетенных друг с другом многочисленными горизонтально ориентированными отростками. Нейрональная ткань представлена в этом конусе, ориентированном широким основанием в сторону стекловидного тела и вершиной в сторону пигментного эпителия, только у этой вершины в виде расходящихся под углом к пигментному эпителию наружных элементов фоторецепторов. При этом в нормальном состоянии КМК является оптически пустым и при оптической когерентной томографии (ОКТ) не выявляется.

Зато на ОКТ (puc. 5) хорошо становятся видны трансформации КМК при его расслоении под действием сагиттальных или тангенциальных тракций. При этом при преобладании сагиттального вектора тракции за счет конденсации клеточных и волокнистых структур уплотняется широкое основание КМК, и в направлении стекловидного тела вырастает оптически практически пустое трапециевидное образование, напоминающее по виду гору Фудзияму. При преобладании тангенциальных векторов

тракции на КМК в нем возникают 2 зоны оптической разреженности — у вершины конуса и кольцевидная зона у его основания. На оптическом срезе ОКТ, таким образом, возникает фигура, напоминающая «хэллоуинскую» тыкву. Однако при более тщательном рассмотрении внутри этих «полостей» можно увидеть пусть и разреженную, но структурность.

Дальнейший ход естественного развития макулярного тракционного синдрома и сопутствующего макулошизиса определяется индивидуальной прочностью КМК шины. Чаще всего происходит отрыв широкого основания конуса, прикрепленного собственно к стекловидному телу, и смещение этого оторванного основания вовнутрь глаза. То есть возникает эффект «хвоста ящерицы», когда рептилия для самосохранения жертвует своей частью. Благодаря этому механизму миллионы людей, не зная об этом, «проходят мимо» формирования макулярного отверстия, по сути, по краю пропасти (на рис. 6 два изображения слева —

Однако так везет не всем. У тех людей, у которых механическая прочность КМК от основания до вершины превышает определенный предел, стекловидное тело «выдираконуса с формированием сквозного маку-

лярного отверстия. Иногда томографическая картина выраженного передне-заднего растяжения фовеолы может держаться довольно долго (более всего формированием сквозного макулярного отверстия.

В случае преобладания тангенциально действия (чаще на фоне произошедшей заднегиалоидной отслойки в фовеолярной области сетчатки и формирования эпиретинальной мембраны) широкое основание конуса начинает разрушаться, превращая его в некое подобие полой воронки. Причем коническая стенка этой воронки не является сплошной, вследствие чего на некоторый срезах ОКТ возникает картина плоскостного «раздирания» сетчатки на 2 слоя (преимущественно в наружном плексиформном слое). То есть формируется картина образования ламеллярного макулярного

Формирование ламеллярного макулярного отверстия, в отличие от сквозного, идет весьма медленно, иногда годами. При этом очень часто у пациентов до наступления момента катастрофического падения центрального зрения, сохраняется высокий визус (рис. 7).

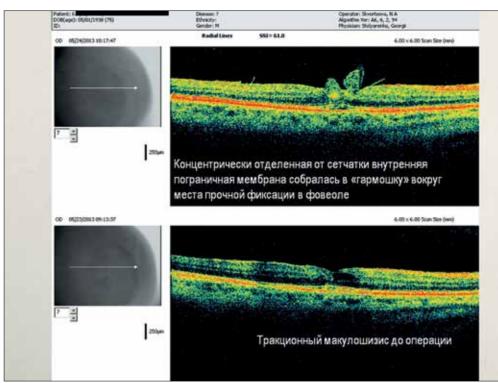
Хирургическое лечение тракционного макулярного синдрома, без существенной разницы реализуется он в сквозное отверстие или в ламеллярное, сводится к устранению передне-задних и тангенциальных тракций (рис. 8). При этом принципиально важно, чтобы устранение хронической тракет» из тела фовеолы центральный стержень ции не сопровождалось резким ее усилением в процессе манипуляций по отделению заднегиалоидной мембраны или внутренней пограничной мембраны от собственно фовеолярной ткани. Это обеспечивается тем, что с помощью пинцета эти мембраны полугода), заканчиваясь, тем не менее, чаще отделяются от ретинальной ткани только в местах, где они относительно слабо связаны с сетчаткой. Там же, где эти структуры ки не оказывают такого механического

прочно связаны друг с другом, они не разнаправленных векторов тракционного воз- деляются «любой ценой», участки прочной взаимосвязи превращают в изолированные «острова». Такая, потерявшая механическое напряжение мембрана в течение нескольких месяцев, как правило, атрофируется. Особенно важна такая техника устранения витреоретинального натяжения в случаях значительного вытягивания фовеолярной сетчатки в сторону стекловидного тела с формированием «фудзиямоподобной» конфигурации.

> Существенно облегчает интраоперационное распознавание границы «мембранасетчатка» применение ОКТ в режиме «on line». На рис. 9 приведен фрагмент такой операции. На этом рисунке показан пример постепенного рассасывания оставленной в ходе операции, показанной на предыдущем рисунке, эпиретинальной ткани, лишенной натяжения на поверхности сетчатки и собравшейся в комок вокруг точки прочного сращения с тканью фовеолы.

Другой пример хирургического разрешения витреотракционного синдрома (рис. 10). Слева внизу — картина ОКТ при первом появлении пациента. Справа внизу — картина через 2 года. Однако, несмотря на выраженную картину макулошизиса с формированием «псевдокистозной» полости в фовеоле, острота зрения еще сохранялась сравнительно высокой. Справа вверху показан очерченный фрагмент поверхности сетчатки, где любые тракционные воздействия на сетчатку категорически нежелательны.

При миопии высокой степени КМК по



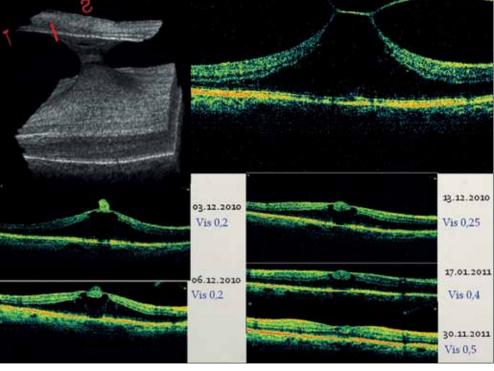


Рис. 9.

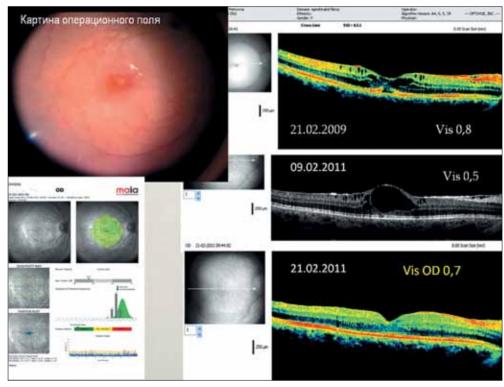




Рис. 11.

ЛЕКЦИИ

Рис. 10.

Рис. 8.

сопротивления витреальному тракционному воздействию. Возникает картина распространенного макулошизиса. Причем на сканах ОКТ, выполненных непосредственно в фовеоле, явных признаков тракционного воздействия на сетчатку практически не видно (рис. 11). Эти тракции становятся хорошо заметными уже на границах сосуди-

Хирургическое пособие в подобных ситуациях принципиально такое же, как и при других формах витреомакулярного синдрома (рис. 12). Отличие заключается в более широкой площади пилинга эпиретинальной и заднегиалоидной мембраны — с выходом за границы сосудистых аркад (внизу картина ОКТ до операции, вверху — через 5 ме-

В случае реализации витреомакулярного синдрома при миопии высокой степени в сквозное макулярное отверстие одним из рекомендуемых в литературе методов лечения является создание склерального вдавления в заднем отделе глазного яблока. В случае незакрытия отверстия после создания такого вдавления остается возможность применения витреоэктомии с расширенным по площади пилингом внутренней пограничной мембраны.

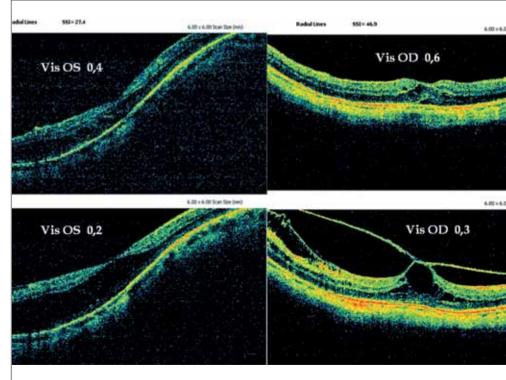
Макулошизис при комбинировании транссудативного механизма формирования интраретинальной полости вследствие возрастной макулярной дегенерации с тракционным компонентом — в ряде случаев представляется целесообразным одномоментное воздействие на оба патологические фактора витреоэктомия с курсовым применением анти-VEGF препаратов.

Макулошизис при пролиферативной диабетической ретинопатии, как правило, имеет механическую причину и, соответственно, лечится хирургическим устранением тракционного воздействия.

Хотя при диабетическом и посттромботическом макулярных отеках преобладающим патологическим агентом является интраретинальная транссудация, и на сегодняшний день она относительно неплохо лечится курсовым применением интравитреальных инъекций анти-VEGF препаратов или кортикостериодов. При формировании диабетического или посттромботического макулярных отеков возможна комбинация транссудативного и механического компонентов В распознавании механического компонента очень помогает ОКТ. Однако устранение механического компонента формирования макулошизиса является, как правило, весьма полезным, но недостаточным фактором лечения. Приходится держать пациента на периодической терапии интравитреальным введением анти-VEGF препаратов или стероидов

При постувеальном макулярном отеке также чаще всего имеется комбинация транссудативного и тракционного механизмов патогенеза отека. Здесь также необходима комбинация хирургического лечения Рис. 12. с интравитреальным введением стероидов.

Очень важно, чтобы успокаивающая плавность и неторопливость развития центрального ретиношизиса не настраивала пациента и врача на страусиную политику игры в жмурки с надвигающейся, как асфальтовый каток, проблемой, а была использована как возможность выбора оптимального момента для старта активного лечения.



ТВОРЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Сравнение механического и фемтосекундного КАПСУЛОРЕКСИСА

А.В. Трубилин

ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России

огласно данным ряда авторов, неправильное положение ИОЛ в капсульном мешке является одной из основных причин послеоперационной ошибки в рефракции. Отклонение на 0,5 мм от идеальной позиции интраокулярной линзы может давать рефракционный сдвиг на 1 дптр в ту или другую сторону. Именно капсулотомическое отверстие оказывает наибольшее влияние на эффективное положение интраокулярной линзы.

Таким образом, капсулорексис — это не только один из самых сложных этапов в катарактальной хирургии, но и наиболее важный этап. От правильности его выполнения во многом зависит рефракционный результат факоэмульсификации. Идеальный капсулорексис должен иметь строго заданный размер, быть максимально приближенным к идеальной окружности, центрированным, диаметром меньше диаметра оптики ИОЛ, для того чтобы края передней капсулы покрывали поверхность оптики ИОЛ и линза была плотно фиксирована в капсульном

Благодаря появлению фемтосекундного лазера появилась возможность выполнять наиболее ответственные этапы операции в автоматическом режиме, сводя человеческий фактор к минимуму

Целью нашей работы явилось изучение края и геометрических параметров передней капсулы при сравнении капсулорексиса, выполненного при помощи фемтосекундного лазера и традиционной пинцетной

Нами было прооперировано 60 пациентов (60 глаз), 35 из них — с фемтолазерным сопровождением. Для проведения лазерного этапа использовался фемтосекундный лазер Victus (Bausch+Lomb, TPV). Для оценки геометрических параметров переднюю капсулу окрашивали трепановым синим Rhex ID.

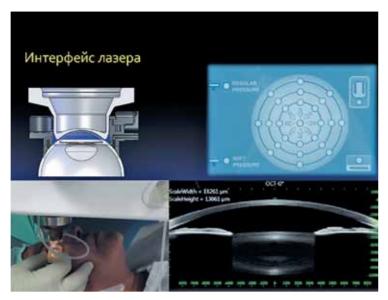
Согласно рекомендациям Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов, всем пациентам за 2 дня до операции назначался 0,5% левофлоксацин (офтаквикс) по 1 капле 4 раза в день. Непосредственно в клинике перед операцией пациентам закапывали местный анестетик 0,5% алкаин, офтаквикс, 1% тропикамид, 2,5% ирифрин и для поддержания мидриаза — офтан дексаметазон, индоколлир. Левофлоксацин обладает высокой проникающей способностью, что помогает достигнуть высокой концентрации препарата во влаге передней камеры глаза. И, что немало важно для офтальмохирургии, препарат обладает самой низкой кератотоксичностью среди всех фторхинолонов, применяемых в офтальмологии. На слайде 1 представлены параметры лазера. Диаметр капсулорексиса составил 5,5 мм. Энергия импульса при роведении капсулорексиса варьировала от 5700 до 6000 нДж. Остальные параметры являются постоянными.

Фемтосекундный лазер Victus оснащен интеллектуальным сенсором давления, который предупреждает хирурга о появлении латеральных нагрузок и позволяет ровно и точно центрировать глаз пациента в процессе причаливания. А анатомически изогнутый полужидкий интерфейс оказывает минимальное давление на глаз пациента, не деформируя роговицу, что позволяет сформировать ровный и полный капсулорексис (слайд 2).

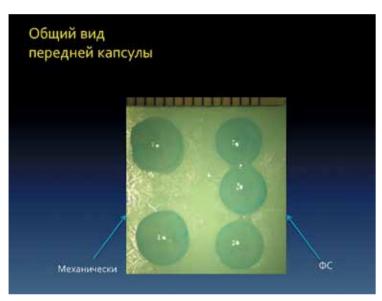
Во время проведения фемтолазерного этапа пациент находится в отдельной лазерной операционной. На глаз устанавливается одноразовый вакуумный интерфейс, подключенный к лазеру. На этом этапе необязательно использовать блефаростат. На роговицу капается несколько капель раствора BSS. Процесс причаливания дополнительно контролируется на мониторах. После полной стыковки интерфейс пациента



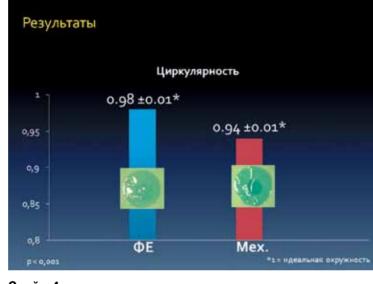
Слайд 1.



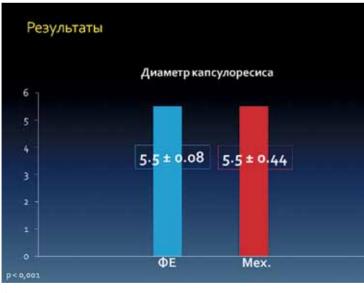
Слайд 2.

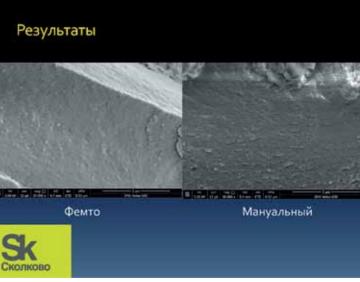


Слайд 3.

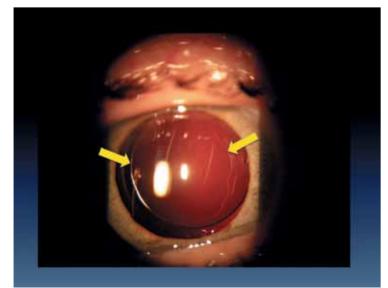


Слайд 4.

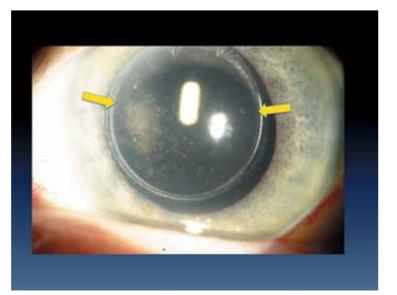




Слайд 6.



Слайд 7.



Слайд 8.

Эксперты обсудили перспективные направления развития российской офтальмологии

19 июня 2013 года в Москве состоялась научно-практическая конференция, организованная компанией Bausch+Lomb, мировым лидером в области здоровья глаз. Ведущие офтальмологи России обсудили перспективы внедрения инновационных решений и направления развития хирургии глаза, фармакотерапии глазных болезней и контактной коррекции зрения.

официальной статистике форматизации здравоохранения» чить коррекцию всех рефракци-Росздрава за 2010 год, в России за- онных ошибок. Для этого офтальрегистрировано 15 803 077 человек, мохирурги обращают пристальное страдающих болезнями глаза и его внимание на качество интраокупридаточного аппарата, миопией — лярных линз (искусственный хру-2 649 295 человек, астигматизмом — в глаз при хирургическом лечении 681 072 человека, болезнями мышц катаракты). Сегодня специалисты и рефракции — 6 132 447 человек, инновационную интраокулярную слепотой и пониженным зрени- линзу, не подверженную эффекту ем — 148 307 человек, слепотой глистенинга (бликования), котообоих глаз — 24 222 человека.

в области современной офтальмохирургии одной из основных фемтосекундных лазеров в рефракционной хирургии и хирургии исторически препараты компании пользование фемтосекундных лазеров ограничивалось коррекцией офтальмологии: послеоперацион-(близорукость, дальнозоркость), то ные препараты, витамины для глаз сегодня область применения данлась. «Мы завершаем апробацию рих, руководитель медицинского на-VICTUS — единственной в мире правления компании Bausch+Lomb фемтосекундной лазерной системы, сочетающей в себе функцио- и Африка, отметила: «Наша комнальные возможности катаракталь- пания — мировой лидер в области ной и рефракционной хирургии. Процедура дробления катаракты с помощью фемтосекундного лазе- глаза, в профилактике возрастной ра существенно упрощает работу хирурга, снижает травматичность социально значимого заболевания, операции, сокращает время процедуры и делает ее более безопасной для пациента. Удаление хрустали- шее время в России станет доступка с фемтолазерным сопровожде- на целая линейка инновационных нием открывает новую эру в ката-

ФГУ «Центральный науч- хирургия также ставит перед оф- вых формул для медикаментозного ститут организации и ин- удалить катаракту, но и обеспе-3 042 423 человека, катарактой — сталик, который имплантируется ституте глаза (США), еще раз подглаза, нарушениями аккомодации возлагают большие надежды на ном препарате Bausch+Lomb для рая появилась на российском рын-

Одной из самых динамично развивающихся отраслей офтальмологии является фармакотерапия глазных заболеваний. В России представлены в наиболее востребованных направлениях современной и лечение синдрома «сухого глаза». в регионе Европа, Ближний Восток

разработки и производства препаратов для сопровождения хирургии макулярной дегенерации (ВМД) мы рады сообщить, что в ближайрактальной хирургии», — отметил «сухого глаза», которые будут под-Борис Эдуардович Малюгин, про- бираться пациенту индивидуально, фессор, д.м.н., заместитель гене- в зависимости от причины, вызваврального директора по научной ра- шей заболевание. Компания активботе ФГБУ «МНТК «Микрохирургия но поддерживает проведение ми-

Современная катарактальная по разработке и применению новажно доверие пациентов и врачей, основанное на достоверности результатов клинических исследований. Данные последнего исследования AREDS 2 (Age-related Eye Disease Study 2), проведенного в Интвердили высокое качество ингрепрофилактики умеренной и тяжелой формы возрастной макулярной дегенерации» По мнению экспертов, рынок

> контактной коррекции (линзы и растворы) в России еще недостаточно развит, что открывает широноваций и удовлетворения потребностей пациентов. Сегодня основной задачей в области контактной коррекции зрения является поиск новых высокотехнологичных ресимально безопасных и удобных в ношении линз, которые обеспечат необходимую четкость зрения По словам Черилл Донелли, директора по медицинским вопросам ции компании Bausch+Lomb в регионе Европа, Ближний Восток и Африка, эта проблема действительно актуальна: «В ближайшее время мы планируем вывести на российский рынок линзу Biotrue ONEday. Этот продукт изготовлен из уникального материала HyperGel, который



Б.Э. Малюгин и А.В. Крюков





кислорода, как и открытый глаз без клинических испытаний инноваши-

но роговице глаза». Подводя итоги конференции, Андрей Крюков, генеральный директор компании Bausch+Lomb ными и врачами при проведении ских пациентов».

Элис Дитрих

онных офтальмологических препаратов и апробации хирургического оборудования. Наша приоритетная задача — повышение качества оказываемой офтальмологической пов России и СНГ, отметил: «Мы свя- моши, чтобы современные техношего бизнеса в России с научно-тех- и лечения глазных болезней стали ническим сотрудничеством с уче- доступны широкому кругу россий-

BAUSCH + LOMB — одна из наиболее известных и уважаемых медицинских компаний в мире. Основная сфера ее деятельности распространяется на производство контактных линз и средств по уходу за ними, офтальмологического хирургического оборудования и инструментов, а также офтальмологических фармацевтических препаратов. Головной офис компании, основанной в 1853 г., расположен в г. Рочестер, штат Нью-Йорк. В компании трудятся более 12 000 человек по всему миру. Ее продукция реализуется в более чем 100 странах. Более подробную информацию о компании Вы можете найти на официальном сайте www.bausch.com.

ней капсулы. Отметка повторяется (слайды 4, 5).

глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

ла хрусталика сдвигается в процес- зера (слайд 6). се ввода вискоэластика в переднюю рировать иглой факорукоятки.

щий вид передней капсулы. Слева - капсулорексис, выполненный зволяет подтвердить, что капсуломеханическим путем, а справа — рексис, выполненный при помощи фемтосекундным лазером.

ной окружности и составила 0,98, ракционный результат.

защелкивается, и на экране видно (1 = идеальная окружность). Во ОКТ-изображение переднего сег- второй группе — 0,94. Диаметр мента глаза. Оператором отмечает- капсулорексиса 5,5 мм строго выся безопасная зона, края радужки, держивался лазером, и отклонения положение передней капсулы, зад- в этой группе были минимальными

в двух плоскостях, и после уточне- При сравнении результатов скания положения передней капсулы нирующей электронной микроскопроисходит формирование перед- пии нами не было выявлено знанего капсулорексиса и фрагмента- чительных отличий. На обеих фотографиях можно видеть ровный На следующем этапе выполняет- и гладкий край с отсутствием феся капсулорексис и фрагментация стончатости. При большем увелиядра на 8 фрагментов. Необходи- чении также отсутствуют признаки мо обратить внимание, что капсу- коагуляции края в группе фемтола-

На слайде 7 представлен глаз пакамеру, что говорит об отсутствии циента на первые сутки после опесоединительных мостиков и о том, рации с применением механическочто капсула полностью отделена. го капсулорексиса, на слайде 8 — После этого ее можно смело аспи- глаз пациента на первые сутки после операции с применением На слайде 3 представлены об- фемтосекундного капсулорексиса.

Таким образом, исследование пофемтосекундного лазера, является Циркулярность в группе фем- более точным и прогнозируемым, тосекундного лазера была мак- а минимальные отклонения позвосимально приближена к идеаль- ляют получить более точный реф-



сияли



- ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ 🍖 Инфекционно-воспалительные заболевания (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, кератоувеиты);
- Травмы глаза;
- Ожоги глаза (термические и химические);
- Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений впред-ипослеоперационном периоде

Активен в отношении бактерий. грибов, вирусов и простейших. Оказывает противовоспалительное

СВОЙСТВА

моногидрат.

Действующее вещество препарата

бензилдиметил [3 - (миристо-

иламино) пропил] аммоний хлорид

- действие и ускоряет регенерацию.
- Стимулирует местные защитные
- Не всасывается через слизистые
- оболочки глаз, слезных путей и носа. Не содержит консервантов.

Компания ИНФАМЕД

115522, г. Москва, Пролетарский проспект 19, корп. 3 Тел.: (495) 775-83-22, 775-83-23

ОПТОМЕТРИЯ

Симптомы нарушения зрения: Как часто они встречаются?

BAUSCH+LOMB

Когда пациенты появляются на приеме у врача, первым вопросом офтальмолога обычно является вопрос: «Отмечаются ли у Вас какие-либо проблемы со стороны глаз или нарушение зрения?» Обычно этот вопрос врач задает в первую очередь, поскольку это помогает выбрать направление дальнейшего обследования, позволяет пациенту высказать наиболее насущные потребности и является наиболее важной частью обследования. Определение основной проблемы пациента позволяет офтальмологу обеспечить оптимальный объем медицинской помощи наиболее эффективным способом. Большая часть остального обследования будет направлена на определение причины проблемы и формирование плана лечения.

Джефф Уоллин

Исследование «Потребности,

симптомы, частота возникновения, международные тенденции здоровья глаз» (The Needs, Symptoms, Incidence, Global eve Health Trends [NSIGHT] Study¹), глобальный онлайн опрос по оценке симптомов у пациентов, проводился у 3800 обращавшихся за офтальмологической помощью пациентов в возрасте от 15 до 65 лет из Азии (36,8%), Европы (36,8%) и США (26,4%). Из 3800 пациентов 78,9% преимущественно носили очки нарушения зрения, учитывая, что и 21,1% преимущественно носили контактные линзы. Более по- ся усталость глаз (табл. 1). Эти ловины (55,5%) были женского пола, 20,1% были в возрасте 15-19 лет, 25,4% — в возрасте 20-30 лет, 26,9% — в возрасте 31-45 лет и 27,6% — старше 45 лет.

Пациентам был предоставлен перечень из 14 симптомов, и они отвечали на вопрос: «Какие из перечисленных симптомов беспокоят Вас в настоящий момент, даже если в неделю (рис. 1). На вопрос, наответивших не отметили ни одного симптома, и 1% ответивших указали на все симптомы. Доля пациентов из Европы, указавших, что их беспокоит тот или иной симптом, представлена в табл. 1.

Тремя наиболее часто отмечавши мися симптомами (каждый отметили более половины респондентов) были: усталость глаз, чрезмерное напряжение зрения и блики. И наибольшая разница по отмеченным симптомам между общей популяцией и европейскими ре спондентами включала сухость глаз (на 11.9% меньшая распространенность в Европе) и повышенная чувствительность глаз (на 12,2% большая распространен-

Такие жалобы на нарушение

зрения, как блики, круги светорас ков света и размытость или нечеткость зрения, отметили от четверти второй наиболее частый симптом первым наиболее частым являеттри симптома нарушения зрения составляют 35,3% от общего коли чества симптомов, отмеченных европейскими пациентами, и все три близительно половина пациентов указывает на то, что испытывает по крайней мере, три-четыре раза птомы, 75% пациентов, указавших света, 81% — блики и 88% — размы- в поиске таких средств, которые пона круги светорассеивания вокруг тость или неясность зрения (рис. 2). могут избавиться от бликов (86,0%), ярких источников света, отметили, что их беспокоили лишь слегка или, ли, что в настоящее время не именаоборот, очень беспокоили радуж- ют средств для решения проблемы

Таблица 1 Доля европейских респондентов, которые отметили каждый из симптомов, даже в случае их эпизодического появления. Выделенные строки симптомы нарушения зрения

Симптом	Доля пациентов, отметивших симптом
Усталость глаз	71,6
Блики	52,7
Чрезмерное напряжение зрения	50,2
Повышенная чувствительность глаз	47,9
Размытость или неясность зрения	33,7
Зуд в глазах	32,8
Головные боли после выполнения работы, требующей напряжения зрения	31,5
Покраснение глаз	29,0
Круги светорассеивания вокруг ярких источников света	28,2
Ощущение жжения в глазах	26,4
Сухость глаз	25,8
Слезотечение	23,2
Припухлость или отек в области глаз	21,0
Ощущение боли в глазах	19,5

Более половины пациентов отметиные круги вокруг ярких источников со зрением, однако заинтересованы

кругов светорассеивания вокруг ярких источников света (83,3%) и размытости или нечеткости зрения

Клиническая значимость симптомов нарушения

Почти все пациенты, обращающиеся за помощью к офтальмологу, по крайней мере, эпизодически испытывают симптомы нарушения зрения. Хотя очки и контактные линзы достаточно хорошо корректируют рефракционную аномалию и обеспечивают четкость зрения²⁻⁴, многие пациенты продолжают жаловаться на симптомы нарушения зрения, такие как круги светорассеивания вокруг ярких источников света, блики и размытость или нечеткость зрения 7. Существуют множество потенциальных причин для возникновения этих симптомов нарушения зрения, но наиболее частыми являются катаракта^{8,9} и аберрации высшего порядка 10 .

Вызванные катарактой изменения зрения можно исправить только путем экстракции, но аберрации высшего порядка можно корректировать с помощью контактных линз¹¹⁻¹³. Выполненные по индивидуальному заказу специальные мягкие контактные линзы способны корректировать индивидуальные особенности оптической аберрации 12,14 , в то время как линзы массового производства способны корректировать аберрации, характерные в целом для определенной популяции 15,16.

Качество зрения является очень важной для пациентов характеристикой при выборе средств для коррекции зрения. Действительно,

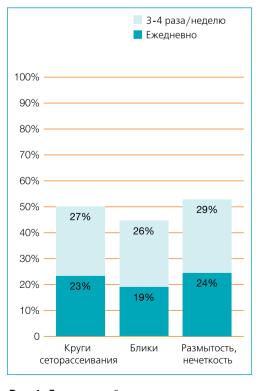


Рис. 1. Доля европейских пациентов, отметивших частое возникновение таких симптомов. как блики, круги светорассеивания вокруг ярких источников света и размытость или нечеткость зрения — ежедневно или 3-4 раза в неделю

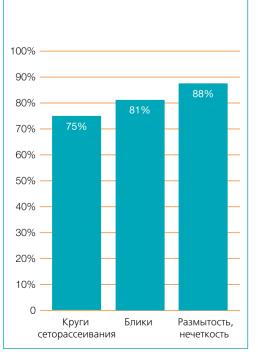


Рис. 2. Доля пациентов, отметивших симптомы нарушения зрения — блики, круги светорассеивания вокруг ярких источников света и размытость или нечеткость зрения — как

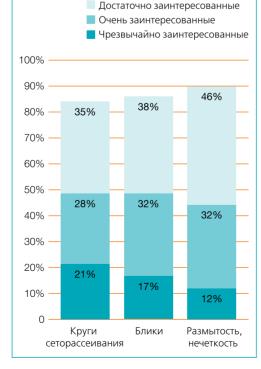


Рис. 3. Доля пациентов, указавших на особую заинтересованность в поиске средств для избавления от каждого из симптомов нарушения зрения

качество зрения для пациентов в два раза важнее комфорта и удобства и в пять раз важнее внешнего вида¹. Когда пациент жалуется на опрос пациента о качестве зрения блики, круги светорассеивания во- и наличии симптомов нарушения круг ярких источников света или нечеткость зрения, даже на фоне катором для составления правильприемлемой коррекции при ноше- ного плана лечения. И не только нии контактных линз, офтальмолог должен рассмотреть вопрос о нали- ента, но и потому, что многих пачии у такого пациента аберрации пиентов часто беспокоят подобвысокого порядка. При отсутствии амбулаторного аберрометра, оф- Учитывая тот факт, что мягкие контальмолог может попробовать подобрать пациенту асферические мягкие контактные линзы для коррек- улучшить качество оказания медиции сферических аберраций глаза цинской помощи конкретному паи возможного улучшения качества

зрения у данного пациента.

зрения может быть важным индипотому, что это важно для пациные симптомы нарушения зрения. тактные линзы, корректирующие аберрации, могут значительно циенту, при наличии различных современных типов корректирующих

Джеффри Дж. Уоллин (Jeffrey J. Walline, OD, PhD) – доцент факультета оптометрии Государственного университета Огайо (The Ohio State University College of Optometry). Является главным исследователем нескольких исследований по применению контактных линз у детей, посвященных таким темам, как коррекция миопии с помощью контактных линз или влияние ношения контактных линз на собственные ощущения у детей. Автор преподает курс «Зрение у детей» студентам-оптометристам третьего курса и осуществляет клинические консультации на факультете оптометрии по темам «Бинокулярное зрение» и «Служба помощи у детей».

При первичном сборе анамнеза

очков и контактных линз, почти половина пашиентов очень или чрезвычайно заинтересованы в избавлении от таких симптомов, как круги светорассеивания вокруг ярких источников света, блики и нечеткость изображения.

ОПТОМЕТРИЯ

- 1. Needs, Symptoms, Incidence, Global eye Health Trends (NSIGHT) Study. Market Probe Europe. December 2009.
- 2. Walline JJ, Bailey MD, Zadnik K. Vision-specific quality of life and modes of refractive error correction. Optom Vis Sci. 2000: 77(12):648-652.
- 3. Bailey MD, Walline JJ, Mitchell GL, Zadnik K. Visual acuity in contact lens wearers. Optom Vis Sci. 2001; 78(10):
- 4. Ritchev ER, Barr JT, Mitchell GL, The comparison of overnight lens modalities (COLM) study. Eve Contact Lens. Mar 2005; 31(2):70-75.
- 5. Allen RJ, Saleh GM, Litwin AS, Sciscio A, Beckingsale AB, Fitzke FW. Glare and halo with refractive correction. Clin in young adults. Ophthalmic Physiol Opt. Exp Optom. Mar 2008; 91(2):156-160.

6. Nichols JJ. Mitchell GL. Zadnik K. The performance of the refractive status and vision profile survey in a contact lens clinical trial. Ophthalmology. Jun 2001; 108(6):1160-1166.

1997: 23(5):718-725.

545-553.

Lens. May 2006; 32(3):138-142. 7. Schlote T, Kriegerowski M, Bende T, 12. Dietze HH. Cox MJ. Correcting Derse M, Thiel HJ, Jean B. Mesopic vision ocular spherical aberration with soft in myopia corrected by photorefractive contact lenses. J Opt Soc Am A Opt Image Sci Vis. Apr 2004;21(4):473-485. keratectomy, soft contact lenses, and spectacles. J Cataract Refract Surg. Jun

13. Hong X, Himebaugh N, Thibos LN. On-eye evaluation of optical performance 8. Babizhayev MA, Minasyan H, Richer SP. of rigid and soft contact lenses. Optom Vis Cataract halos: a driving hazard in aging Sci. Dec 2001;78(12):872-880.

11. Roberts B. Athappilly G. Tinio B.

Naikoo H, Asbell P. Higher order aberra-

tions induced by soft contact lenses in

normal eyes with myopia. Eye Contact

populations. Implication of the Halometer 14. Parker KE, Marsack JD, Elswick JD. DG test for assessment of intraocular light Brunstetter TJ, Applegate RA. Controlled scatter. Appl Ergon. May 2009; 40(3): induction of spherical aberration with custom soft contact lenses. Clin Exp Optom. 9. Lee JE, Fos PJ, Sung JH, Amy BW. May 2009; 92(3):283-288.

Zuniga MA, Lee WJ, Kim JC. Relationship 15. McAlinden C. Moore JE. McGilligan VE. of cataract symptoms of preoperative Moore TC. Spherical aberration and higher patients and vision-related quality of life. order aberrations with Balafilcon A (Pure Qual Life Res. Oct 2005;14(8):1845-1853. Vision) and Comfilcon A (Biofinity). Graefes 10. Rae SM, Allen PM, Radhakrishnan H, Arch Clin Exp Ophthalmol. Aug 6 2010.

Theagarayan B, Price HC, Sailaganathan A, 16. Lindskoog Pettersson A, Jarko C, Alvin A, Unsbo P, Brautaset R. Spherical Calver RI, O'Leary DJ. Increasing negative spherical aberration with soft contact lenses aberration in contact lens wear. Cont Lens mproves high and low contrast visual acuity Anterior Eye. Aug 2008; 31(4):189-193.

www.academyofvisioncare.com

{ Точка зрения Джо]



Вдохновение природой является источником революционных открытий

ного продукта может идти необыч- то рядом, просто нужно знать, как ным путем. Во время этого процес- и где их искать. На самом деле этот Вам известен пункт назначения, и v вас есть четкие цели, есть намежуточными этапами не все так эти идеи лежат в основе революципросто. Хотелось бы иметь точный но так он и работает? Возможно, посредственный источник этого имитировать функции и свойства

Иногда создание инновацион- ответы, которые мы ищем, уже гдепринцип лежит в основе науки, вдохновленной природой — дисциплины, в которой изучаются и усваиваются лучшие идеи природы, и

онных изобретений и технологий.

«научить» нас глаз? Уже установлено, что гиалуроновая кислота щими и смазывающими свойствами. Для поиска новых идей наши ваниями в офтальмологии, изучают поверхность глаза у человека в мир устроен по-другому...или имен- ки нас вдохновляет природа и не- контактной линзы, которая будет

естественной поверхности глаза, слезной пленки и роговицы, хотя задачей, даже учитывая современный уровень развития технологий и возможности компьютерного моделирования, принесет большую пользу пациентам.

Nov 2009; 29 (6): 593-601.

Продукты, вдохновленные природой, окружают нас повсюду. Самым известным примером является стоит из маленьких крючков, наподобие тех, которые позволяют неся к диким животным и таким образом преодолевать большие расстояния. Вдохновленные природой изобретения могут касаться не только определенных изделий. но и способа выполнения определенных задач. Например, чтобы покрасить что-либо, мы используем краску или краситель, но в при роде для создания определенного цвета используются структуры, которые преломляют свет определенным образом. В крыльях некоторых бабочек это свойство используеттеперь и мы научились получать такие цвета. Еще одним излюбленным примером является кожа аку лы, которая вдохновила исследователей на создание купальников с низким коэффициентом сопротивления. Этот костюм позволяет плыть быстрее

Природа, в том числе тело человека, является результатом биологических изменений, продолжавшихся на протяжении миллионов лет, в течение которых неэффективные и ненужные параметры были отброшены, а эффективные развивались. В природе существует множество систем, которые мы можем научиться воспроизводить, например, формы хранения энерпрежде чем использовать их для своих целей мы должны понять их механизм. Это проше сказать, чем сделать, так как в природе большинство процессов происходит на микро- и наноуровнях. После расшифровки процесса появляется новая невероятно сложная задача — научиться имитировать этот процесс. Сферы возможного применения вдохновленных природой изобретений ограничены лишь нашим представлением о работе природы, и глаз является источником потрясающих возможностей



Joe Barr, OD, MS, FAAO

компании Bausch + Lomb

Вице-президент отдела по международным клиническим и медицинским вопросам и профессионального взаимодействия подразделение Vision Care

ПРЕДЛОЖИТЕ ВАШИМ ПАЦИЕНТАМ АБСОЛЮТНО НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА МИР

Рекомендуйте комфортное зрение в течение всего дня с линзами Biotrue® ONEday

из инновационного материала HyperGelTM созданы, чтобы работать подобно глазу.

Контактные линзы Biotrue® ONEday,

BAUSCH+LOMB

Bergmanson J. Clinical Ocular Anatomy and Physiology. 14th ed. Houston, Texas: Texas Eye Research and Technology Center; 2007



BAUSCH+LOMB

Фотографируем глаз: с современной щелевой лампой это просто

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

начала прошлого века щелевая лампа прочно вошла в жизнь офтальмолога. Сейчас без нее невозможен полноценный осмотр пациента с офтальмопатологией. По сути, современная щелевая лампа — это бинокулярный микроскоп со встроенным осветителем, установленный на приборном столике. Комбинируя различные виды увеличения, освещения и используя дополнительные линзы, врач может увидеть мельчайшие детали практически всех структур глаза. Но сегодня просто увидеть мало, нужно запечатлеть, документировать!

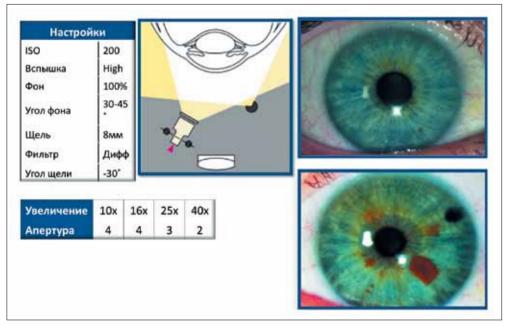
Такая возможность есть, если вы пользуетесь лампой с системой фоторегистрации. Это может быть прибор премиум-класса, такой, например, как щелевая лампа ВХ900 производства швейцарской компании HaagStreit, он предназначен для специализированных клиник или научно исследовательских институтов. Для оптических салонов великолепно подойдет недорогая надежная щелевая лампа с фотокомплектом НЅ 7500 южнокорейской компании Huvitz.

Когда щелевая лампа оснащена фотокомплектом, можно сфотографировать и вывести на экран все полученные изображения. Фотография останется у врача в архиве как документ, а изображение на экране компьютера позволит наглядно объяснить пациенту его проблему. К тому же, иногда, при правильной технике съемки на снимке можно обнаружить патологию, которую очень трудно заметить глазом.

Основные принципы фотографирования различных структур глаза изложены ниже, более подробную информацию вы можете получить, посетив наши семинары по технике фотосъемки с помощью щелевой лампы. Чтобы подробнее узнать о ближайших семинарах, пишите на почту amo@stormoff.com или звоните по телефонам: +74957800792, +79035644819, контактное лицо — продакт-менеджер отдела офтальмологии Stormoff group of companies Николай Соловьев.

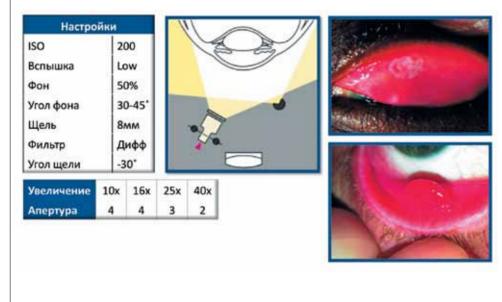
Обзорный снимок переднего отрезка

Диффузное освещение щелью и фоновой подсветкой позволяет получить бестеневое реалистичное изображение переднего отрезка с двумя отражениями источника света. Чаще всего используют малые увеличения



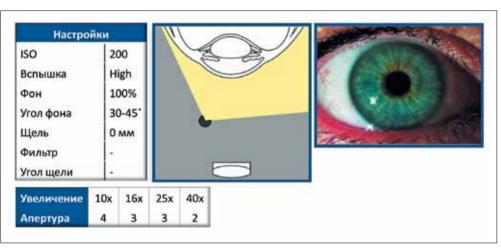
Фотосъемка век

Здесь очень важно соблюсти сбалансированное диффузное освещение. Для акцентирования объемных нарушений можно уменьшить интенсивность фоновой половетки



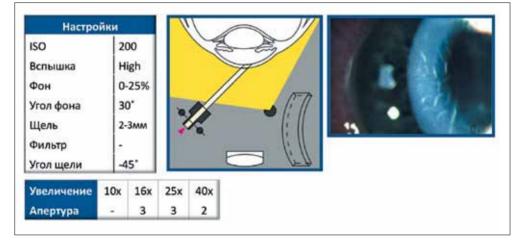
Как повысить контраст при съемке переднего отрезка?

Диффузное освещение дает один световой рефлекс. Структуры радужки воспринимаются более объемными



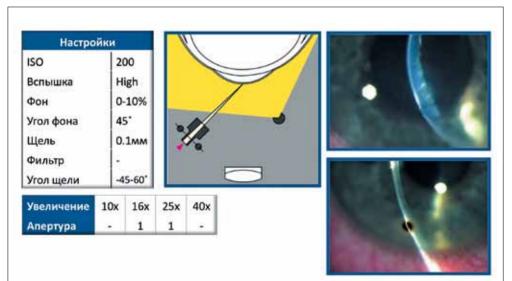
Роговица. Оптическое разделение эпителия и эндотелия

При данной ширине щели световой луч дает 2 отражения, от эпителия и от эндотелия



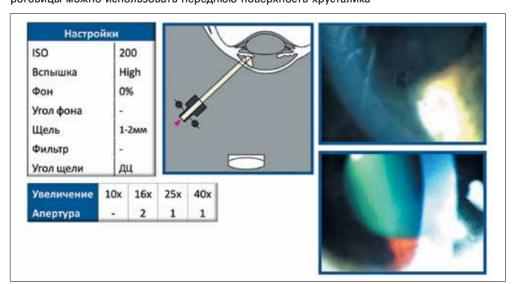
Роговица. Оптическое расслоение

Тонкий яркий луч делает оптический срез, на котором видно расположение слоев



Роговица. Прямая ретроиллюминация от радужки

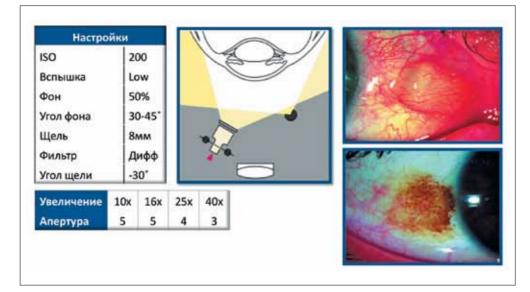
Децентрованный и наклоненный луч проецируется на радужку непосредственно под интересующей зоной. Если у пациента есть катаракта, для центральных областей роговицы можно использовать переднюю поверхность хрусталика



Конъюнктива. Диффузное освещение

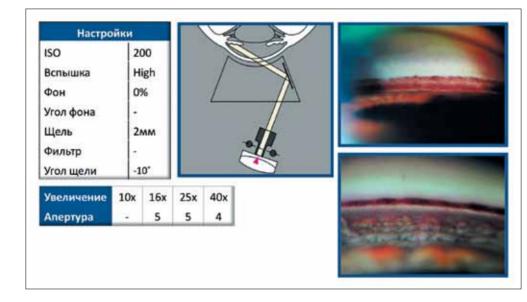
ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

Правильно выставленное освещение позволяет достичь бестеневого освещения. Благодаря плотной структуре картинка получается яркой, что дает возможность изменять экспозицию в широких пределах



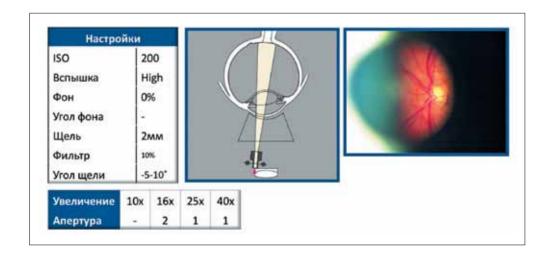
Угол передней камеры. Гониоскопия

Избежать нежелательного блика можно поворотом осветителя или линзы



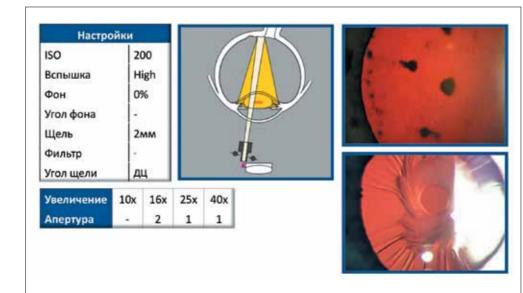
Сетчатка. Съемка с использованием трехзеркальной линзы

Освещение – строго коаксиальное



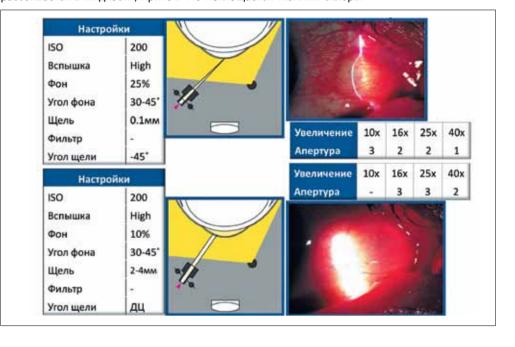
Ретроиллюминация от сетчатки. Красный рефлекс

Луч децентрован и направлен коаксиально микроскопу. Форма луча - полукруг



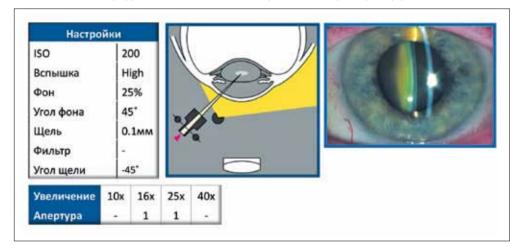
Конъюнктива. Съемка с тонкой щелью

Освещение тонкой яркой щелью позволяет оценить размеры и провести диафаноскопию интересующей структуры. Роль фоновой подсветки – показать положение щели на глазу. Щель средней ширины проецируется на границе нарушения, благодаря чему свет рассеивается в жидкости, притом что поглощается тканями склеры



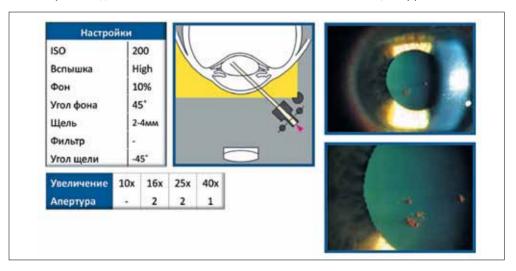
Хрусталин

Минимальная апертура дает возможность получить большую глубину резкости



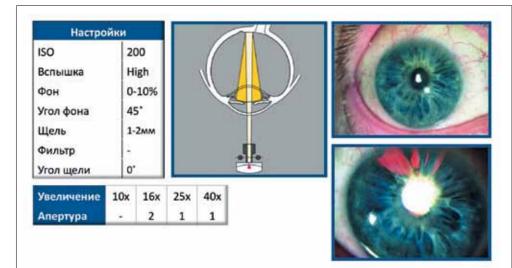
Съемка широким лучом при прямом освещении

Фоновая подсветка в данном случае должна быть достаточно слабой, чтобы не закрасить тени и при этом достаточно сильной, чтобы показать положение акцентируемой области



Радужка. Диафаноскопия

Луч круглого сечения и малого диаметра проходит через зрачок и, отражаясь от сетчатки, подсвечивает радужку. В случае наличия нарушения пигментации, мы увидим зоны красного цвета



Незрячий человек это тоже звучит гордо!

Илья Бруштейн

48

Творчество преодолевает депрессию

Татьяна Петровна не является профессиональным художником. По профессии она преподаватель русского языка и литературы. Рисовала с детства, интересовалась историей искусств. «Я ослепла в результате опухоли головного мозга. Эта опухоль официально называлась «доброкачественной», но добра она мне не принесла...», — с грустной улыб-

Практически у всех людей потеря зрения в сознательном возрасте вызывает глубокую депрессию. Героиня нашей статьи не стала исключением. «Особенно тяжко было сознавать, что больше никогла не смогу рисовать. писать маслом, стоять за мольбертом, рассказывает Татьяна Петровна. — Позднее я узнала о творчестве незрячих художников Олега Зиновьева, Сергея Поползина, Дмитрия Дидоренко. Они рисуют с помощью трафаретов... Но меня эта техника не привлекла. Да, незрячий человек может стать автором акварельных или масляных картин. Но он не способен ими любоваться».

Семёнова решила, что должна создавать объёмные картины, приносящие радость и зрячим, и незрячим людям. Что же представляет собой техника «вязаных картин»? Каким образом она возникла? С ранней юности Татьяна любила не только рисовать, но и вязать: кофты, юбки, свитера, шарфы, варежки... Нередко предметы гардероба она украшала связанными крючком объёмными фигурками животных: забавными собачками, кошечками, хомячками, бегемотиками.

После потери зрения пришла мысль, что можно вязать не только предметы гардероба, но и настоящие картины. «Героев своих работ — людей, животных, сказочные персонажи — я создаю крючком, а фон — спицами, — рассказывает художник. — Такая техника вполне логична: крючок позволяет вязать любые объёмные фигуры, воплощать любые замыслы... На последнем этапе фигурки просто пришиваются к фону. И всё картина готова! Теперь её осталось только приклеить к деревянной раме».

Для того чтобы работать без посторонней помощи, Т.П. Семёнова создала собственную систему обозначения цветов. Каждый клубок пряжи помечается особыми «сигналами» — сочетанием петелек и узелков. Например, один узелок обозначает голубой цвет, два узелка — вишнёвый, три узелка — зелёный, одна петелька — красный, две петельки — розовый, петелька и узелок — синий, петелька и два узелка коричневый..

потеряла зрение. Выстоять под ударом судьбы ей помогло художественное творчество. В 2007 году она разработала уникальную технику «вязаных картин». За эти годы было создано более двухсот пятидесяти работ, украшающих ныне многочисленные частные коллекции, а также помещения Санкт-Петербургской региональной организации Всероссийского общества слепых (ВОС), городской библиотеки для слепых и слабовидящих, Центра медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению и других организаций.

В 2006 году Татьяна Петровна Семёнова полностью



Татьяна Семёнова во время проведения мастер-класса в Санкт-Петербургской государственной библиотеке для слепых и слабовидящих

Семёнова подчёркивает, что изначально целью художественного творчества было преодоление депрессии. Эта цель была достигнута. «В дальнейшем я обнаружила, что мои работы интересны не только мне самой, но и другим людям. Предложили устраивать выставки, появились публикации в прессе, сюжеты на телевидении... Это очень радует. В первую очередь хотелось бы, чтобы моё творчество дарило радость инвалидам по зрению. Ведь эти картины можно рассматривать пальцами!»

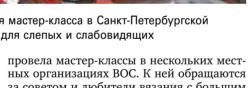
Немало незрячих и слабовидящих людей из Санкт-Петербурга и Ленинградской области восприняли пример Татьяны Петровны как руководство к действию. Они тоже взялись за спицы и крючок. Семёнова уже звучит гордо!»

за советом и любители вязания с большим

жизни, — подчёркивает художник. — Когда я ослепла, то поняла, что хочу не только сама преодолеть это испытание, но и помочь своим

в юности она избрала своим жизненным девизом горьковские слова: «Человек — это звучит гордо!» После получения инвалидности девиз немного изменился. Теперь он звучит так: «Незрячий человек — это тоже

государственной библиотеке для слепых и слабовидящих



«Передача опыта — важная часть моей товарищам по несчастью, быть им полезной».

Один из любимых писателей нашей героини — Алексей Максимович Горький. Ещё



Официант Татьяна Семёнова приветствует



боты и частным лицам, и организациям, занимающимся реабилитацией инвалидов по зрению. Автор этих строк тоже был удостоен памятного подарка: картины, посвящённой нашему общению и озаглавленной «Журналист Илья Бруштейн берёт у меня

«Я решила изобразить журналиста с фотоаппаратом, а себя — со спицами для вязания. Для меня очень важно, чтобы сюжеты картин отражали реальные обстоятельства жизни: встречи, события, впечатления. В этом плане я — художник-реалист».

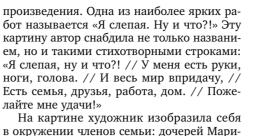
Одна из картин привлекла моё особое внимание. Она называется «Незрячие подростки читают книгу». Кстати, Татьяна Семёнова сама с удовольствием читает пальцами. Она регулярно знакомится с публикациями всех трёх российских журналов, выходящих рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом: «Наша жизнь», «Литературные чтения» и «Школьный вестник»

«Картина о незрячих подростках — многоплановая. Во-первых, мне хотелось показать, что чтение по Брайлю, чтение пальцами даёт человеку удивительно яркие тактильные ощущения. Во-вторых, эта картина затрагивает тему первой подростковой любви. Не случайно парень нежно держит руку девушки... Задний план посвящён мечтам незрячих подростков. Они мечтают о доме, о солнце... На переднем плане можно увидеть зелёную парту, за которой сидят герои. Но если присмотреться повнимательнее, то понимаешь, что перед нами не парта, а зелёная трава. Многие люди, потерявшие зрение (и я в том числе!). мечтают вновь иметь возможность полюбоваться синим небом и зелёной травой...»

Татьяна Петровна — прекрасный рассказчик. Её рассказы о картинах слушать так же интересно, как и рассматривать сами



гостей ресторана



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2013

На картине художник изобразила себя в окружении членов семьи: дочерей Марины и Лены, зятьёв Евгения и Тимура, внуков Владимира и Виталия. «На переднем плане картины я сижу на диване с вязанием, а трёхлетний внук Виталий, играя, закрывает мне глаза своими детскими

Одна из самых масштабных работ Татьяны Петровны — «Твоя Азбука по Брайлю». Её размер — 70×130 см. Картина находится в постоянной экспозиции Народного музея истории Санкт-Петербургской региональной организации Всероссийского общества слепых. «Цель создания панно помочь людям, потерявшим зрение, запомнить рельефно-точечный шрифт. Рядом с рельефным изображением букв плоскопечатного шрифта я представила их брайлевское обозначение. Каждая буква снабжена забавным рисунком. Буква «и» проиллюстрирована иглой, буква «з» — зайцем на опушке, буква «у» — уточкой, буква «ю» — юлой...»

Сюжеты картин Татьяны Семёновой подсказывает сама жизнь. Например, одна из недавних работ носит название «Мой ангелхранитель». На ней художник изобразила себя в чёрных очках и с белой тростью. За руку она держит ангела. «Эта картина посвящена всем добровольным зрячим (а порой и незрячим!) проводникам, помогающим мне перемещаться по городу. Опухоль головного мозга не только отняла у меня зрение, но и привела к серьёзным проблемам с ориентированием. В этой ситуации своих поводырей я действительно могу назвать «ангелами».

Семёнова — человек очень коммуникабельный. Во всех буклетах и проспектах, сопровождающих художественные выставки. всегла можно найти личный номер её мобильного телефона. Зрители имеют возможность в любое время позвонить автору и поделиться своими впечатлениями. «Я очень благодарна зрителям за внимание и доброжелательное отношение к моим работам. Со своей стороны, тоже стараюсь по возможности им помочь. Некоторые люди звонят мне, хотя у них нет никаких вопросов по вязанию или художественному творчеству... Им просто одиноко и некому позвонить».

Долгая дорога в Питер

Татьяна Семёнова родилась в 1963 году в Норильске. Позднее семья переехала в посёлок Усть-Абакан, расположенный недалеко от столицы Хакассии, города Абакана. Она окончила филологический факультет Хакасского педагогического института. Вышла замуж за коллегу-учителя. В 1985 году родилась дочь Елена. В 1987 году — дочь

К сожалению, брак быстро распался. Дочерей Татьяна Петровна воспитывала одна. «У меня было счастливое детство. Мама многому меня научила: рисовать, шить, вязать, готовить... Я тоже постаралась передать дочерям полезные для жизни знания и навыки. Очень рада, что сейчас они создали свои семьи, стали мамами. Обе дочери связали свою жизнь с искусством: Елена стала художником-дизайнером, а Марина — моде-

питерских вузов. Марина в то время тоже планировала учиться в Северной столице. Татьяна Петровна решила быть рядом с дочерьми, жить в городе на Неве. Но после продажи благоустроенной квартиры в хакасском посёлке денег хватило только на покупку комнаты в коммунальной квартире в районном центре Луга Ленинградской области, в ста километрах от города. «Я решила специально купить комнату недалеко от городского вокзала, чтобы удобнее было добираться в Санкт-Петербург».

Работы по специальности в Луге не оказалась. Семёнова устроилась риэлтором в бюро недвижимости. Выходные проводила в городе на Неве, посещала выставки, музеи, театры... Всё изменилось в 2006 году, когда нагрянула тяжёлая болезнь.

На этом жизненном этапе большую помощь Татьяне оказала живущая в Усть-Абакане сестра-близнец Наталья. После потери зрения около года сёстры жили вме- в детской районной поликлинике. Это общесте. Но потом Татьяна решила снова начать



Вязаная картина Татьяны Семёновой «Журналист Илья Бруштейн берёт у меня интервью»

важно найти выход из сложившейся ситуа-

В этом колледже нет ограничений по возра-

сту для инвалидов по зрению. Поэтому нет

ничего удивительного, что я одновременно

являюсь... бабушкой двух внуков и студент-

она работает с частными клиентами.

мя массажа».

«Самое интересное в работе детского мас-

сажиста — создание благоприятной атмос-

феры во время массажа, психологический

контакт с маленькими пациентами, а так-

же их родителями... Есть свои маленькие

«секреты». Например, я знаю много сказок

и с удовольствием рассказываю их во вре-

ся впечатлениями об общении с пациента-

ние происходило не только в медицинском

Татьяна Петровна с удовольствием делит-

кой дневного отделения».

онную программу».



«самостоятельную жизнь». «Для меня было на улице, рассказывали о своих делах, предлагали проводить до дома.

ции, составить собственную «реабилитаци-«Среди запомнившихся встреч — обще-В личной «реабилитационной програмние с мамой трёхмесячного ребёнка с синме» оказалось два главных пункта: создадромом Дауна. Женщина была шокирована вать вязаные картины и заняться массажем. диагнозом своего первенца. Она находилась Татьяна поступила в Санкт-Петербургский в очень печальном, подавленном состоянии. медицинский колледж № 2, который ведёт Я провела мальчику сеанс массажа и, одно подготовку незрячих массажистов. «Я всегвременно, попыталась успокоить его маму, да мечтала жить в Санкт-Петербурге, ежевселить в неё оптимизм... После каждодневно ощущать атмосферу этого города... го сеанса я рассказывала маме о прогрессе Не скрою, что решение о поступлении в колв развитии её малыша. Таким образом, сеанледж было связано и с возможностью полусы массажа стали своеобразными сеансами чить место в питерском общежитии. Кроме того, я убеждена в том, что массажист прекрасная профессия для незрячих людей. Общение в темноте

Кроме массажа и работы над созданием

вязаных картин, значительное место в жизни Т.П. Семёновой занимает работа в нео-

бычном петербургском ресторане «Дан Ле Hyap?» («В темноте?»), открывшемся в октябре 2011 года. Газета «Поле зрения» уже рас-Найти подход к маленьким сказывала об этом заведении, где в полной темноте посетителей обслуживают незрячие Семёнова увлечена массажем так же. официанты. Татьяна Петровна тоже является одним из сотрудников. «Мы не просто покак и художественным творчеством. «Не секрет, что чтение и письмо рельефно-точечдаём на стол блюда и напитки, а являемся ным (ораилевским) шрифтом очень разви-В 2003 году Елена поступила в один из вает чувствительность пальцев. Это я знаю ми в мир темноты, в мир незрячих людей». по своему опыту. Когда удалось научиться читать и писать, делать массаж тоже стало

рые посетители задают незрячим официантам: Не трудно ли им работать в темноте? Особенно привлекает Татьяну Петровну «Люди часто забывают, что понятие «темнодетский массаж. Весной 2013 года она полута» имеет для незрячих людей совсем другое чила диплом об окончании колледжа. У назначение. Например, у меня отсутствует не чинающей массажистки уже есть опыт ратолько зрение, но и светоощущение, поэтоботы в нескольких петербургских районных му отличить свет от тьмы я не могу». детских поликлиниках. В настоящее время

Семёновой нравится концепция «Дан Ле Hyap?», которая заключается в том, чтобы предложить посетителям ресторана на время, на полтора-два часа, стать незрячими, погрузиться в темноту. «В этой ситуации люди начинают не только по-другому ощущать вкус еды и напитков, но и по-иному воспринимать своих спутников, с которыми они пришли в наше заведение»

Татьяна Петровна отмечает, что пребывание в темноте учит посетителей «видеть сердцем». В ресторан часто приходят и ми во время прохождения учебной практики влюблённые пары, и люди, познакомившиеся только недавно... «В темноте мужчины и женщины учатся слушать и слышать друг



Вязаная картина Татьяны Семёновой «Незрячие дети читают книгу»



кабинете. Часто люди встречали массажиста друга. Это важнейшее условие для построения гармоничных отношений»

Недавно ей довелось обслуживать необычную пару. Парень и девушка познакомились на сайте знакомств и назначили первое свидание в «Дан Ле Нуар?», ни разу не видя друг друга. Они даже не стали предварительно обмениваться фотографиями... «Это была очень романтичная пара. И парень, и девушка хотели найти родственную душу... Их интересовали внутренние качества будущего партнёра, а не его внешность. У меня создалось впечатление, что после этого ужина в темноте молодые люди обязательно оста-

«Слепота стала тяжёлым испытанием. Но, одновременно, она научила меня ценить жизнь, ценить то, что имеещь, радоваться каждому дню. — поделилась своими мыслями моя собеседница в завершение интервью. — В новой жизненной ситуации стало понятно, что хороших людей вокруг гораздо больше, чем плохих. В трудную минуту на помощь мне пришли и члены семьи, и товаства слепых, и преподаватели медицинского колледжа... Каждый день я встречаю на внимательных, чутких людей, добровольных Один из наиболее частых вопросов, кото- проводников и помощников».

Фотографии автора



Вязаная картина Татьяны Семёновой «Я вижу мир»



Татьяна Семёнова демонстрирует своим зрячим подругам новые вязаные картины

Registered Nurse, или Записки американской медсестры

АМЕРИКАНСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

«Их бин больной»

Елена Филатова

Продолжение. Начало читайте в «Поле зрения» №3, 2013

Глава вторая Куда пойти лечиться

Вот я пишу уже который год про нашу больницу: Джон Муир, Джон Муир, а он на самом деле един в двух лицах. Наш центр, где я работаю, находится в городе Walnut Creek (русская Википедия транслитерирует его как Уолнат-Крик, с дефисом, так что и я буду придерживаться такого написания), а совсем неподалёку — в городе Конкорд — есть ещё одна больница, правда, поменьше, которая тоже называется Джон Муир. В общем, как в том сне, что видела маменька в «Женитьбе Бальзаминова» про Китай, который оказался «на нашей стороне, точно такой же, да еще не один»¹. Исторически это были две совершенно разные больницы, но наш Джон Муир, хоть и появился позже конкордовского, рос и расширялся гораздо быстрее и в конце концов вобрал в себя первую больницу. Так что теперь мы сосуществуем в таком вот двойственном мироздании.

Так как обе наши больницы находятся в одном округе, то некоторые отделения уникальны только для Конкорда или Уолнат-Крика, чтобы избежать дублирования. В Конкорде, например, развёрнута мощная кардиологическая служба, где делают открытые операции на сердце. Мы в такие дебри не суёмся и ограничиваемся шунтированием, зато только у нас есть нейрологический центр, где лечат инсульты и черепно-мозговые травмы. У нас же организовано

и специализированное ортопедическое отлеление. Часто бывает, что больной поступает к нам с инфарктом, мы выводим его из острого состояния, но врач решает, что ему показана операция, и тогда его от нас перевозят в Конкорд. А бывает, что больной приходит в Конкорд с жалобой всего лишь на головную боль, но когда ему сделают томографию и увидят кровоизлияние, то срочно везут к нам. Так мы и обмениваемся боль- не это даже самое страшное, главное — все ными, благо от нас до Конкорда минут десять-пятнадцать езды.

Самое главное различие между двумя ликами Джона Муира заключается в том, что наша больница не имеет профсоюза, а конкордовская — имеет. Казалось бы, ну и что такого? Вроде бы мы все работаем в одной системе, правильно? На практике же получается следующее: многие из нас, у которых или дети в колледже, или дома большие и дорогие, ищут, где бы подработать. Так вот, нам в Конкорде работать нельзя, а конкордовцам, соответственно — у нас, потому что Заратустра, то есть профсоюз, не разрешает.

Позволю себе небольшое лирическое от-

ские работодатели профсоюзы не любят, что не удивительно. Исторически они возникли как средство борьбы за интересы рабочего человека и сыграли огромную положительную роль в том, что мы не работаем живо описаны великим пролетарским писателем Максимом Горьким в романе «Мать»². Сегодня максимальная продолжительность рабочего дня, обязательные выходные и всё такое уже давно узаконены как федерально,





ступление насчёт профсоюзов. Американв тех страшных условиях, которые были



И репутация у нашего двуликого Джона Муира тоже разная. Не боясь показаться живания хромает, как я убедилась на собнескромной, скажу, что Уолнат-Крик, кроме ственной шкуре. Интересная зависимость

У нас недавно была четырёхдневная заба стовка работников BART³ — это такой полуметро-полупоезд, который связывает воедино всю территорию вокруг Сан-Франциско и на котором народ ездит на работу и в аэропорт. Я как раз вернулась из Канады, а в аэропорту — картина Репина «Приплыли», и пришлось мне ехать домой на такси за сто двадцать долларов вместо семнадцати. Да и магистрали были забиты, так что на дорогу в сорок миль ушло два часа. В общем, работники BART показали нам всем «кузькину мать», и к концу забастовки даже те, кто сначала с симпатией отнеслись к требованиям бастующих, уже поносили их на чём свет стоит. Народ подходил к администрации с плакатами «Возьмите меня на работу!» и «Я буду работать за половину их зарплаты!» Время-то у нас тяжёлое, безработных масса, а тут получается, что и так людям платят 70 тысяч в год с бенефитами, а им всё равно мало.

потому что есть-пить и за жильё платить всем нало, лаже самым ярым борцам за справедливость. Администрация на уступки не пошла, там тоже не дураки сидят — они поняли, что калифорнийцы озлились не на шутку, и в случае чего vox populi прозвучит в поддержку того, кто снова запустит родной поезд. Так что снова «наш паровоз вперёд летит», и бедные машинисты надрываются за всё ту же «нищенскую» зарплату.

В конце концов BART снова заработал,

Итак, конкордовский Джон Муир, управляемый твёрдой рукой профсоюза, живёт размеренной регламентированной жизнью. Положен работнику пятнадцатиминутный перерыв — он или она пойдёт на свой перерыв в установленное время, что бы ни случилось, причём его начальник в этом удостоверится. А иначе — нарушение трудового договора, штрафы, суды и так далее. Всё это неуловимо сказывается на общей обстановке в больнице: никто не носится с выпученными глазами и перекошенной рожей. Персонал медленно и с достонством прогуливается по коридорам, многие останавливаются поболтать. В столовой обедают медленно и с удовольствием, «тщательно пережёвывая пищу»⁴. Правда, к ним не везут травмы (они все у нас, в Уолнат-Крике), поэтому вертолёты над головой не гремят, никто не мчится с дробным топотом на вызов, и никаких страдальцев не волокут на каталках мимо ошарашенных зрителей. В Конкорде просто сам воздух другой: нет там того адреналина, каким всё пропитано в моей родной больнице. Туда входишь и сразу чувствуещь сплошная расслабуха. Ну, конечно, и больница вдвое меньше нашей, что тоже благоприятно сказывается на общей обстановке.

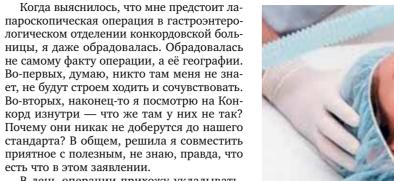


славится прекрасным сервисом на всех уровнях, а Конкорд всё время в чём-то недотягивает и хмуро выглядывает из-за плеча успешного старшего брата. Многие медсёстры переходят работать из Конкорда к нам, потому что их притягивает наше почти маниакальное стремление к совершенству. Некоторые — особенно молодые парни как раз жаждут того самого адреналина, которого у нас в избытке, потому что в Кон-

Центр Джона Муира в Уолнат-Крике вот уже четыре года подряд упоминается в списке лучших пятидесяти больниц страны, ежегодно публикуемом агенством US News5. Мы там традиционно занимаем очень почётное тридцатое место по гастроэнтерологии и двадцать четвёртое — по ортопедии, а в этом году прорвались на сорок пятое по онкологии. Быть упомянутой по трём категориям в этом престижном списке наряду с такими титанами, как «Джон Хопкинс» и «Майо» — это огромная честь для маленькой больницы Джона Муира всего на 572 койки. Мы ведь не приписаны ни к какому университету, а в северной Калифорнии по качеству медицинской помощи идём сразу за UCSF — мошным научно-исследовательским центром при государственном университете в Сан-Франциско. Честно вам признаюсь, что меня просто распирает от гордости! Уж кому, как не мне, известно, что далеко не всё у нас идеально, но мы — каждый на своём рабочем месте — стараемся изо всех сил, и никакой профсоюз нам не нужен (правда, о регулярных пятнадцатиминутных перерывах приходится только мечтать). А вот в Конкорде профсоюз есть, а качество обслу-







В день операции прихожу укладываться. Да, вот интересный момент (как пишут в журналах типа «Гламур» — «Всё, что вы хотели знать и о чём стеснялись спросить»): клизма. Недавно моя подруга оперировалась в России в ортопедическом отделении, меняла суставы в щиколотках. Так вот, ей при поступлении устроили клизму. В её случае меня это изумило особенно, потому что, как говорила сваха Ханума, «где Кура и где твой дом?!»6. У нас в больнице предоперационную клизму никому не делают, потому что, во-первых, незачем, во-вторых, толку мало, а возни много. Считается, что достаточно в день перед операцией ничего не есть и не пить после полуночи. Не пить, если оперируют в первый заход, а если операция в час дня, то пей себе с утра на здоровье, всё равно к моменту операции в желудке уже ничего не останется. Так что и мне, хотя оперировали меня как раз на самых что ни на есть кишках, никакой клиз-

Началось моё знакомство с Конкордом с того, что там весомо называется отделением краткого пребывания. В Уолнат-Крике предоперационная — это загончики с занавесками, как в приёмном отделении, потому что всё на потоке, скорее, скорее. А в Конкорде всё основательно. Целое отделение отдано под эту ерунду, настоящие палаты с ванными, причём всё стоит пустое — ну, сколько больных может пропустить через себя операционная? Может, конечно, конкордовцы это отделение при необходимости превращают во что-то ещё, но общий тон их больницы таков, что особенной прыти я там не заметила. Хотя наверняка-то я ничего не знаю, так что этот вопрос запишем в неизвестные, не будем возводить напраслину на собратьев.

Ну вот, залегла я в кровать средь бела дня, и вскоре пришла ко мне древняя медсестра с довольно кислым видом. В этом отделении, насколько я успела заметить (а мне, конечно, всё было интересно), все медсёстры были именно такие — мягко говоря, очень опытные. А что — работа не пыльная, вряд ли больные часто отдают концы перед операцией, так что кодовые ситуации у них там редко случаются, и вскакивать и мчаться сломя голову никуда не надо. «Опись, протокол, сдал, принял, отпечатки пальцев»⁷. В принципе можно работать бесконечно.

Медсестра меня подробно, и не торопясь, распросила обо всём (вопросы эти я знаю наизусть, потому что сама их задаю своим больным при их поступлении к нам в отделение), записала мои ответы и неожиданно заявила, что должна подробно осмотреть меня всю с головы до пят на предмет пролежней. Я никак не ожидала подобного шмона. Ну какие и откуда у меня пролежни? Я же ещё относительно молодая и предвигаюсь без посторонней помощи! На бог каждому. Правда, с кислорода она меня моё возмущённое попискивание мне было не снимала, согласно протоколу, но (я скосисказано, что вот один раз (должно быть в 1913 году) она поверила больной, что у неё 100%, частота дыхания — 14 в минуту, давнет пролежней, а та потом на неё в суд подала, когда пролежни-таки были выявлены. Утешаясь тем, что это всё-таки не клизма, я покорилась старушке и отдала ей на просмотр всё своё рубенсовское великолепие. Убедившись, что я не утаиваю злостно никаких пролежней, она заметно повеселела, заверила меня, что скоро за мной придут из операционной, и удалилась.



команда и повлекла меня в операционную.

Интересно проявляется забота о клиенте:

сразу на стол не кладут, дают вводный вну-

тривенный наркоз на кроватке. Засыпаешь

себе, а бригада уже потом надрывается и

ворочает твоё бренное тело, как хочет. Кро-

вать, с которой меня сгрузили, перевозят

в послеоперационную реанимацию, где она

ждёт меня, как верный конь. На ней же я

потом поеду и в палату, что означает эко-

номию белья. В операционной было весело,

шумно и страшно холодно, но я быстренько

На самом деле очнулась я мгновенно. Я не

спрашивала, какой именно мне давали нар-

коз, но никакого ощущения похмелья или

чего-то неприятного у меня не было: про-

снулась и проснулась, по утрам ещё хуже

бывает без всякого наркоза. Со мной ря-

дом была довольно хмурая медсестра (мо-

жет, опаздывала на свой законный пят-

надцатиминутный перерыв?). Кишки мои,

естественно, болели довольно сильно, но я

всегда веду себя очень прилично и вообще

улыбаюсь и машу. Как положено, медсестра

спросила меня, как я оцениваю интенсив-

ность своей боли по десятибалльной шка-

ле, и получив ответ «Семь», дала мне вну-

тривенный гидроморфон. Хорошая штука,

добавочную дозу наркотика, не было.

возиться не хотят.

«Проснулся Фома — ничего не поймёт» ...

отключилась. «Ой, поплыли...»⁸

начинают ухаживать за соселкой по пала Потом пришла дама-анестезиолог, поговорила со мной, выяснила, что я не пью, не те, вместо того чтобы спокойно выздоравкурю, наркотики не употребляю, убедилась, ливать. Я их заверила, что с моей стороны что крылышки и нимб у меня над головой никакой опасности в этом смысле не предвидится, но отдельная палата — это, конечприсутствуют и держатся крепко, и пошла восвояси. Потом набежала хирургическая но, прекрасно. На том и разошлись.

> Естественно, моя палата оказалась на двоих! Свободных палат на этаже была уйма, как я заметила, проезжая мимо на кровати, но не буду же я устраивать скандал? Хотя могла бы... У нас больные какие только номера не откалывают. Думаю, ладно, одну ночь переживу.

> Всем пациентам в больнице на ноги положено надевать пневматические массажные чулки, чтобы не образовывались тромбы. Чулки эти, кстати, дают довольно приятное в конверты на липучках, и они потом подключаются к тяжеленной машине вроде маленького, но злобного аппарата машинного доения, который помещается под кроватью.

Вот и меня запаковали в такие чулки, потом сунули мне кпопку вызова и предупредили, чтобы я ни в коем случае не вставала самостоятельно. Лежу себе, смотрю в потолок, физраствор исправно капает, и ясное дело, вскоре мне захотелось в туалет. Как юная пионерка, нажимаю кнопку вызова По правилам мне должны ответить в течение десяти секунд. Действительно отвечают мгновенно, я излагаю свою ситуацию, мне обещают кого-то прислать, и я вполне оптимистично жду. Жду, жду, жду. Двадцать тенья и поскуливанья я всё же отключила



минут жду. Потом звоню ещё. Снова — секретарь видимо — отвечает очень быстро что никто подойти не может, потому что внимание!!! — все на ужине. Я обалдеваю. А кто же в лавке остался? И когда же ктоощущение; ноги заворачиваются в них, как нибудь придёт? Минут через двадцать. Ни фига себе! Ситуация с причиной, по которой Конкорд упорно не попадает в список лучших больниц США, стала стремительно проясняться. Кроме этого мне стало ясно, что минут через двадцать уже придётся перестилать постель, и я решила, что надо ползти до туалета самостоятельно. Содрала массажные чулки с ног. Встала. Но ведь ко мне ещё прицеплена капельница, которую надо вытащить из розетки. Розетки же — чудо инженерной мысли — расположены почему-то над самым плинтусом, так что и здоровомуто человеку трудно будет в три погибели согнуться, а только что разрезанному и заштопанному и подавно. После долгого крях-



¹ К/ф «Женитьба Бальзаминова», 1964 г.

² Согласно передаче «Городок», первоначально в заглавии романа было три слова, но злобная царская цензура пропустила только последнее

³ https://ru.wikipedia.org/wiki/Bay_Area_Rapid_Transit

 $^{^4}$ И. Ильф, Е. Петров. Двенадцать стульев. http://health.usnews.com/best-hospitals/rankings

^{6 «}Ханума», спектакль ЛБДТ, 1978 г.

 $^{^7\,\}mathrm{K}/\varphi$ «Бриллиантовая рука», 1968 г.

 $^{^{8}}$ Женя, к/ф «Ирония судьбы или С лёгким паром», 1975 г. ⁹ Сергей Михалков. Фома http://lukoshko.net/mihal/ mihal2.shtml

¹⁰ Борис Шергин. Волшебное кольцо

ОФИЦИАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

< стр. 2

Особую значимость в развитии здравоохранения имеет обновление подходов к формированию и экономическому обоснованию программ государственных гарантий, бесплатного оказания медицинской помощи. В 2012 году были разработаны и утверждены 797 стандартов медицинской помощи, которые позволили просчитать потребность в финансовых ресурсах для реализации программы. Впервые осуществлено перспективное планирование программы на три года.

Для обеспечения сбалансированной структуры тарифа ОМС, особенно принимая во внимание последовательное повышение заработной платы медицинских работников, безусловно, необходим достаточный уровень финансирования программы. К 2016 году забюджетировано увеличение расходов на программу на 40% — до 2 триллионов 154 миллиардов рублей.

Для повышения финансовой эффективности реализации программы начата поэтапная реструктуризация объемов медицинской помощи. Впервые с 2013 года введены нормативы профилактической ной, а также сделан акцент на развитие дневных стационаров.

Необходимо подчеркнуть, что данное перераспределение объемов не снижает качества медицинской помощи, а развивает ресурсосберегающие технологии и повышает интенсивность работы стационаров. При этом реструктуризация стационарной помощи подразумевает не сокращение коечного фонда, а лишь его оптимизацию. «Острые койки», работая более интенсивно, фактически высвобождаются для перепрофилирования на койки для долечивания и реабилитации. По расчетам в результате подобной реструктуризации только за ближайшие три года удастся высвободить и перераспределить более 103 миллиардов рублей, и, таким образом, без привлечения в систему существенных дополнительных финансовых ресурсов нам можно будет развивать необходимые виды медицинской помощи, пока не нормированной в программе государственных гарантий, к которым относится медицинская реабилитация.

Безусловно, финансовая эффективность системы определяется

помощи, неотложной, паллиатив- и способами оплаты медицинской помощи. В 2012 году разработаны и с 2013 года внедряются наиболее эффективные способы оплаты, ориентированные на результат. Для стационаров это оплата по клинико-статистическим группам заболеваний, для амбулаторных усло-— по законченному случаю лечения. Нужно отметить, что до 2012 года использовались преимущественно способы оплаты по валовым показателям — по койкодню и посещению. Если экстраполировать полученную в пилотных регионах экономию ресурсов на всю страну, то лишь переход на правильные способы оплаты медишинской помощи высвободит в год не менее 60 миллиардов рублей и позволит их также использовать на развитие системы.

> Для снижения расходов государства на поддержание основных фондов здравоохранения особое значение имеет формирование открытой конкурентной среды и вовлечение в реализацию программ государственных гарантий негосударственных медицинских организаций по единым требованиям к оказанию качественной медицин-

Необходимо отметить, что за два года, с 2010 года, увеличилось число частных медицинских организаций, работающих в территориальных программах обязательного медицинского страхования, и в 2013 году — это уже 1251 организация, то есть 14,7% от общего количества.

Для того чтобы мы могли дальше активно развивать государственно-частное партнерство, целесообразно включение инвестиционного компонента в тариф ОМС, что сделает более рентабельным участие негосударственных организаций в реализации программы государственных гарантий. Безусловно, требуется развитие и других аспектов медицинского страхования, в том числе большая зависимость выплат от качества оказания медицинской помощи.

Хотела бы в заключение сказать о том, что в 2012 году удалось достигнуть определенных положительных результатов в снижении смертности от наиболее значимых заболеваний, общей смертности в стране, также как и в повышении рождаемости, в том числе в связи с применением медицинских программ. Главным результатом

явилось достижение долгожданного перекреста рождаемости и смертности, который заключает 20-летний период активной убыли населения страны после перекреста, который был ровно 20 лет назад — в 1992 году.

Результаты 2013 года свидетельствуют о том, что позитивные тенденции сохраняются, несмотря на эпидемию гриппа, которая прошла у нас в январе-апреле. Хотелось бы отметить, что лишь за один месяц после эпидемии общая смертность в стране снизилась на 7%, смертность от сосудистых заболеваний более чем на 9%, от болезней дыхания — на 11%, от туберкулеза — на 13%. Последовательно снижается младенческая смертность, она достигла по результатам первого полугодия 2013 года 8,3, то есть уже ниже результата 2012 года на 3,5%.

Мы надеемся, что совместная работа с субъектами Российской Федерации позволит нам двигаться дальше в этом направлении, существенно укрепить здоровье населения нашей страны и выполнить те задачи, которые руководство страны перед нами поставило».

> По материалам kremlin.ru, rosminzdrav.ru

АМЕРИКАНСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

капельницу и, толкая её перед собой, твёрдой походкой Командора двинулась в сторону туалета.

Моя соседка по палате, мексиканка, что-то залопотала на предмет давай познакомимся и что у тебя болит, на что я рыкнула «не сейчас» и продолжила своё шествие. В туалете меня ждал новый сюрприз: на унитазе лежала полная до краёв «шляпа». «Шляпами» мы называем пластмассовые градуированные контейнеры для сбора мочи, которые действительно похожи на шляпу. Они помещаются на сиденье, и так мы учитываем, сколько из больного вылилось, чтобы сравнить с тем, сколько в него влилось (внутривенно и через рот). Я тихо взвыла, потому что между мною и предметом моего вожделения снова возникло препятствие, потом подала назад, выхватила из коробки перчатки, натянула их, вылила в унитаз «шляпу», записала против соседкиного места на листке учёта «850 мл, жёлтая, прозрачная», содрала перчатки и... как говорила моя бабушка, «хоть уборная не аптека, но облегчает человека».

Уже на обратном пути к кровати меня увидела в дверях медсестра и очень удивилась: «Зачем же вы встали? Надо было позвонить». Тут я сказала всё, что я думаю по поводу организации работы в отделении и хмуро полезла в кровать, а она сообщила мне, что ничего не могла поделать, потому что по закону (какому?!) всё отделение обязано в 18:30 идти на ужин. Я живо поинтересовалась, разворачивают ли они знамёна, и кто у них барабанщиком. Она кисло улыбнулась и испарилась. Ну вот скажите, зачем так откровенно врать? Такого «закона» не существует, и никто не позволит оставить больных без присмотра, они просто совершенно распустились в этом отделении. Скорее всего, кто-то торт принес, вот они всем кагалом и побежали его есть. Несколькими часами позже

я позвонила и попросила наркотик, и опять такая же история: никто не приходит. Я уже язвительно спрашиваю у секретаря: теперь у вас что, полдник? Или оздоровительная прогулка на свежем воздухе? Через сорок минут — неслыханно! — прибегает моя медсестра, запыхавшись, и извиняется: «Ах, простите, у нас такое ЧП — один больной встаёт с кровати!» Я говорю: «И вы что, всем отделением его укладываете?» Ну и ну! Их бы в моё отделение на перевоспитание — сразу бы узнали, что такое ЧП! «Хорошо, сейчас принесу ваше лекарство». Жду. Никто не идёт. Звоню. Приходит — «Ой, а я заглянула — вы спите, я и не стала будить». Если я лежу с закрытыми глазами, это не значит, что я сплю! Давай наркоту, козья морда!

Ужасно не люблю халтуры и непрофессионализма. Тем более что они ведь знают, где я работаю, и что номер с заговариванием зубов не пройдёт. У себя мы всегда бежим на звонки больных, даже если они «чужие». Во-первых, потому что держим марку. А во-вторых, если этот больной без присмотра встанет, грохнется на пол и сломает ногу, а то и шею, никому мало не покажется. Уже после выписки я для чистоты эксперимента опрашивала своих коллег, которые тоже оперировались в Конкорде, и у многих остались такие же впечатления, что и у меня. Персонал ленивый, невнимательный, никакого сервиса, «разве это уровень Джона Муира?» Как то становится за державу обидно!

Правда, ночью на смену пришла медсестра из другого отделения, и это был совсем иной уровень. Значит, дело, видимо, в отделении, в начальстве, которое не хочет или не может потребовать от подчинённых соблюдения элементарных правил. Новая медсестра мгновенно оценила ситуацию, спросила, какая доза помогает мне от боли, посоветовала мне на ночь принять таблетку дополнительно

к внутривенному наркотику, и я спокойно проспала до утра. Утром уже ничего не болело. Приглянувшаяся мне ночная медсестра на прощание отцепила меня от капельницы, и всё у неё было четко, слаженно, вовремя — ну просто наш человек, истинный Муровец¹¹!

Потом, как мне велели, для профилактики послеоперационного пареза кишечника, я пошла гулять по коридору, как Штирлиц. Гуляла я упорно, потому что знала, что домой меня не отпустят, пока — пардон не отойдут газы. Но я же не идиот, чтобы сидеть в больнице и ждать этого счастливого момента! Взяла на пульте стетоскоп, послушала свои кишки — бурлят, родимые значит, до газов дело как-нибудь дойдёт. Дневной медсестре нагло соврала, что газую со страшной силой, пусть звонит врачу, чтобы выписывал. Прихожу в палату, а у меня сидят нежданные гости — две другие послеоперационные больные, которые пришли ко мне за советом. Их мучают страшные боли, они не могут ходить, не говоря уже о том, чтобы — ещё раз простите — пукнуть. А меня, оказывается, им уже с утра поставили в пример, так что они из последних сил приплелись ко мне, сели и смотрят на меня несчастными глазами. Ну хоть плачь, хоть смейся! Я же за них не пукну! Я и за себя... того... не очень... Пришлось их утешать, подбадривать и тащить за собой на прогулку по коридору, что называется «через не хочу». Американцы, на мой взгяд, — нежный народ, непривыкший к трудностям, а уж перед физической болью они пасуют мгновенно. Хотя у всех болевой порог разный, так что зря я тут провожу обобщение на национальном уровне. Это скорее такой настрой: ах-ах, какой кошмар, скорее дайте мне таблетку от всего на свете. Но об этом как-нибудь в другой раз и отдельно.

 $^{11}\,\mathrm{Mec}$ тное русскоязычное население величает нашу больницу МУРом.

Ну вот и всё, выписали меня домой с предписанием принимать таблетированный гидрокодоном по 5-10 мг каждые 4 часа на тот случай, если будет болеть живот. Я пару раз последовала совету больше для порядка, а потом перестала, потому что машину на наркотике водить нельзя, да и вообще дуреешь от него, а мне такое состояние не нравится.

Но боль снимает здорово: не то что про живот, а всё про на свете забываешь. Правда, о своём пребывании в Конкорде я не забыла и, когда мне прислали по почте анкету, я подробно ответила на все вопросы и изложила свои замечания и рекомендации. Пусть подтягиваются, а то не бывать им ударниками капиталистического соревнования!





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

Подписной индекс: 15392 www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛь». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Редакция не несет ответственности за содержание рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: август 2013. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛь». Адрес издательства: 119991, Москва, ГСП-1, ул Б. Полянка, д. 44/2. © «Поле зрения», 2013. © ООО «Издательство «АПРЕЛь». Отпечатано в типографии «САРІТАL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.