Е ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№5(55) СЕНТЯБРЬ-ОКТЯБРЬ 2019

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

30 ЛЕТ НА БЛАГО ЛЮДЕЙ

Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» отметил юбилей

екции, пленарные заседания, симпозиумы, научнопрактические конференции и награждения. В центр мировой офтальмологии превратилась стопразднования 30-летнего юбилея

Иркутского филиала ФГАУ «НМИЦ директора всех филиалов нацио-«МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Обсудить настоящее и будущее офтальмологии в Иркутск приехали ведущие спелица Восточной Сибири в рамках циалисты мира. Поделиться опытом и поздравить коллег с праздником —

нального медицинского исследовательского центра МНТК. Апофеозом праздничных мероприятий стало вручение высоких званий, почетных грамот и благодарностей лучшим сотрудникам медучреждения.

Лучший среди равных

Работа прежде всего. Ведь главная задача врачей — сохранить и улучшить зрение своих пациентов. Поэтому неслучайно юбилейные торжества начались



КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

VI Витреоретинальная мастерская «ВИДЕОРЕТИНА-3D»

Хорошо известная в России клиника — Самарская областная клиническая офтальмологическая больница имени Т.И. Ерошевского — вновь собрала ведущих витреоретинальных хирургов. 5-6 июля 2019 года состоялась ежегодная VI Витреоретинальная мастерская «ВИДЕОРЕТИНА-3D».



А.В. Золотарев: «3D-видеохирургии в России — 7 лет»

менно «мастерская». Аудитория мероприятия — специалисты, прицельно занимающиеся витреоретинальной хирургией. Уникальный формат «видеомастерская», а не «мастеркласс» или «конференция» сложился на основе современных



Dr. Felipe Scala. Интервью для прессы



«Живая хирургия 3D». Трансляция в конференц-зал

технологий визуализации: трансляция «живой хирургии» в формате 3D. Идеальная объемная картинка на большом экране позволяет превзойти традиционные масштабы мастер-классов, а избранность состава участников делает мероприятие более

и эффективным, чем обычные конференции.

Основной темой «Видеоретины» в этом году было лечение сочетанной патологии переднего и заднего сегментов: одновременная или поэтапная хирургия

камерным, профессиональным хрусталика и сетчатки. Дискуссия о привычной хирургии с непривычного угла зрения.

В конференции приняли участие выдающиеся специалисты в области витреоретинальной хирургии из России: Я.В. Байбородов -----> стр. 10

ОФИЦИАЛЬНЫЕ **НОВОСТИ**

Совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения

20 августа 2019

– > стр. 3

АКТУАЛЬНОЕ **ИНТЕРВЬЮ**



«Клиника с сибирским характером»

Интервью с профессором А.Г. Щуко

> стр. 6

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

Российская офтальмология: время перемен, время надежд, время свершений

– > стр. 12

ДИСКУССИОННЫЕ вопросы

«Рефракционные нарушения: симптомы дезадаптации и текущие заболевания»

Блоки 3, 4 (окончание)

> ctp. 20

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Саммит «Глазной кровоток» в Швейцарии

- > стр. 33

В ЛИЦАХ

«Дорогой добра»

Профессору Е.Г. Лазареву и его коллегам — земским врачам Тульской губернии посвящается (продолжение)

> стр. 34

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

И. Бруштейн

«Есть глазной санаторий под Лугой...»

> стр. 37

Совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения

20 августа Президент РФ В.В. Путин провел совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения.

его работе приняли участие руководитель Администрации Президента Антон Вайно, первый заместитель руководителя Администрации Президента Сергей Кириенко, первый заместитель Председателя Правительства — министр финансов Антон Силуанов, заместитель Председателя Правительства Татьяна Голикова, помощник Президента Андрей Белоусов, министр здравоохранения Вероника Скворцова и министр цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Константин Носков.

напомнил, что на реализацию национального проекта «Здравоохранение» предусмотрено 1 триллион 367 миллиардов рублей, из них 237,5 миллиарда рублей — на первичное звено. «Это заметные, существенные ресурсы, которые должны быть истрачены с умом и должны дать хороший результат».

Среди проблем Президент России обратил внимание на недостаточную доступность медицин ской помощи для жителей малых уровнем заработной платы и высонаселенных пунктов и отдаленных территорий. Вне зоны доступности первичного звена здравоохранения в 2018 году находились стью от ста до двух тысяч человек.

Кроме того, подчеркнул В.В. Путин, граждане по прежнему не удовлетворены уровнем и качеством работы первичного звена.

«Пациенты справедливо жалуются на плохие условия, очере ди к врачам специалистам и их нехватку. Медицинские работники в свою очередь недовольны стратор в регистратуре всегда на их участково-территориальный.



С 2014 года инфраструктура

почти на две тысячи подразделе-

ний и превысила 60 тысяч под-

разделений, преимущественно за

счет поликлинических отделений

центральных районных, районных

В системе работает более 305 ты

сяч врачей, в том числе 74 тысячи

участковых врачей. С 2014 года

общее число врачей увеличилось

на четыре тысячи человек, число

участковый врачей — на 3700 че-

ловек. Однако, как констатировала

кой нагрузкой».

ет более 25 тысяч врачей и более весь спектр медицинских услуг». 130 тысяч средних медицинских циалистов. Остро стоит проблема материально технической базы поликлиник и амбулаторий, устарело оборудование, закупленное в 2005- мы оказания медицинской помо-2006 годах. Высок уровень износа

«Мы стремимся к тому, чтобы, обращаясь за медпомощью, люди работы или учебы граждан. Осзнали, что врач, медсестра, админи- новной принцип ее формирования

стороне и сделают все необходимое: помогут, проводят, объяснят, чтобы человек действительно получал

Продолжила работу совеща-

Первичная медико-санитарная помощь является основой систещи. В стране первичная медикоприближена к месту жительства,

В.И. Скворцова, дефицит действительно сохраняется — это более В системе работает более 545 тысяч человек среднего медицинского персонала, дефицит составляет 130 тысяч человек, причем за че-

и участковых больниц.

тыре года он увеличился. За четыре года принципиально изменилась структура посещений учреждений первичного звена: увепичилась доля профилактических. В 2012 году профилактические мероприятия затрагивали 38,6 миллиона граждан, в прошлом году — 62 миллиона человек.

Изменились правила обязательного медицинского страхования, соболее не финансируется по остаточрованной и высокотехнологичной, лением. Ооъемы помощи для пергражданина страны.

нормами размещения медицин- туру, и оборудование; и это сложских организаций первичного зве- ности транспортной доступности на для страны в 2015 году была соз- в удаленных районах страны. дана геоинформационная система, В связи с этим проведен дополпозволяющая в автоматическом нительный анализ и предложен режиме определять доступность комплекс дополнительных мер для медицинской помощи с учетом устранения, уменьшения выражентранспортной доступности и опре- ности этих проблем». делением времени доставки паци-

для населенных пунктов с численностью от 100 до 2000 жителей уже на сегодня ограничения сохраняются для 480 из 45 734 населенных пунктов. К концу года число уменьшится до 144, в следующем году эта проблема будет полностью

Геоинформационная система позволила выявить территории с низкой плотностью населения где проживают менее 100 человек в населенном пункте, и за последние четыре года на треть увеличилось число мобильных комплексов, мобильных бригад, сейчас их коли-

Министр здравоохранения РФ отметила пять федеральных проектов, направленных на первичное звено. Это — развитие детского здравоохранения, переоснащение детских поликлиник; борьба с онкологическими заболеваниями и создание центров амбулаторной онкологической помощи; устране ние дефицита кадров в первичном звене и непрерывное медицинское образование кадров; формирование единого цифрового контура первичной помощи расширилась в первичном звене. Проект «Старональный проект «Демография». включает такие мероприятия, как ности для сельского населения старше 65 лет, вакцинопрофилактику и с 2020 года — дополнитель ные скрининги здоровья.

> В.И. Скворцова особо подчерциональных проектов «Здравоохранение» и «Демография» идут казателей — с опережением плана, такие как снижение младенческой смертности, доля медицин ских организаций, участвующих в создании новой модели, организация каналов связи со страховыми представителями.

Это позволило за первое полугодие 2019 года существенно улучшить ряд показателей. По предварительным данным, продолжительувеличившись на 0,8 года за полгода — у женщин это уже 78,5 лет. ственному снижению числа смертей за полгода — на 28 400.

гласно которым первичная помощь смертности Россия входит в короткий перечень лучших стран мира

Однако проблем в первичном звене очень много. «Прежде всего, а является приоритетным направ- это дефицит кадров всех категории: и участковых врачеи, и узких вичного звена планируются на основе единого подушевого нормати- ла; это нарушения в территориальва, который составляет 44 процента ном планировании медицинской от единого норматива на каждого инфраструктуры в регионах; это большой износ основных фондов, В соответствии с принятыми включая и здания, и инфраструк-

Далее министр коротко останови-

Необходимо принять дополни-

в структуре заработной платы, то врачей и пятьсот тысяч для фельной платы, не ниже 55 процентов. доктор»], тем не менее каждый год ся дефицит среднего медицинско- раз, сокращение срока прохож-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2019

денных в пяти регионах страны ния привлекательности этой пров 2014 году. С 2015 года этот по- граммы. Мы увеличили возрастной казатель был рекомендован всем ценз с 35 до 50 лет. Кроме того, регионам, проведен через Россий- распространили географию этого скую трехстороннюю комиссию проекта: в сельской местности дациях по системе оплаты труда в отраслевом разделе.

года, но тем не менее четыре регибо сложных территорий, таких ся на 41 процент, однако по сравона до сих пор имеют долю окла- как территории Крайнего Севера да менее 30 процентов, а выше и приравненные к ним, аркти-50 процентов имеют только десять ческая зона, а также территории регионов. Это приводит к дестаби- с низкой транспортной доступнодифференциации между зарплата- сти повышающий коэффициент ми медицинских работников, ко- 1,4. Мы не просим дополнитель-

«Если будет такое поручение закрепить долю окладов, — это по- ских работников». зволит сократить дифференциацию

крепить минимальный уровень дународном опыте внедрения так дополнительных медработников соотношения средней заработной называемой резидентуры. Это — в год. Таким образом, мы закро- графы, аппараты УЗИ, эндоскопиплаты к средней по экономике работа молодых специалистов, не ем дефицит, как и планировали, стительстве 1,2. Притом что сред- альности, под контролем опытных ний уровень зарплаты у врачей наставников, кураторов. 200 процентов, хотелось бы чтостов, а для врачей скорой помощи

Если говорить о среднем медицинском персонале, то медицин-

тельного финансирования, это чи- воохранения под контролем ква- гий». Этот проект был запущен сто организационное мероприятие. Очень просим поддержать. Это позволит существенно стабилизиро- пускникам, соответственно, и спе- ный, с 2019 года это часть федеральвать ситуацию и обеспечить гаран-Второе наше предложение свя-

зано с развитием и повышением ность за принятые решения молопривлекательности программы дыми специалистами разделяли «Земский доктор» («Земский фель- наставники и чтобы все это шло, ектах Российской Федерации при дшер»). Эта программа была запущена в 2012 году, что позволило нам более 34 тысяч специалистов приведет в первичное звено допривести в первичное звено, в том полнительно более одиннадцати ект связана с тем, что уже первый числе с прошлого года это полторы тысячи фельдшеров.

на рабочие поселки и поселки городского типа, на малые города до 50 тысяч населения». «И второй момент: для осо-

лизации ситуации, к очень высокой стью по жестким критериям, ввеесть в федеральном бюджете. Это нам обеспечить приход в отрасль позволило бы дополнительно для не менее 68-70 тысяч человек еже-

Коснувшись третьего направления кадровой политики, а именно работы молодых специалистов, альным образованием уходят каж-Кроме того, мы предлагаем за- В.И. Скворцова рассказала о межимеющих опыта работы по специ-

«По терапевтическому профилю бы минимальный уровень состав- во всех странах Европы, на америлял 170 процентов для врачей пер- канском континенте, включая Канаду, это два-три года, по хируробщей практики и узких специали- гическим базовым профилям — на и скорой помощи. Особую значетыре-пять лет, по узким специальностям — до семи лет. Нам представляется, что необ-

ходимо внести на законодательном минимальный уровень не ниже ста и врача-наставника — челове-70 процентов, а фельдшеры, ко- ка с первой или высшей категориторые выполняют ряд врачебных ей, работающего не менее пяти лет вать, и оно будет усиленно развифункций, соответственно, не ме- по своей специальности, — для ваться, это внедрение «Новой мо- удаленных районов. Такие расчев государственной системе здрапротяжении не менее трех лет выциалитета вузов, и ординатуры.

Прежде всего, безусловно, это важно для того, чтобы ответственсоответственно, под контролем. Кроме того, это гарантированно тысяч специалистов, более семи ты-

Выплаты — один миллион для вузов и более четырех тысяч выпускников ординатуры»

Серьезной проблемой остает-Показатель был выведен на ос- мы вынуждены были внедрять до- го персонала. В отличие от врачей, где наблюдается прирост за последние четыре года, количество среднего медицинского персонала

> Анализ ситуации показывает, что с 1990 года фактически в два специальные медицинские учреждения. Минимум был отмечен в 2012 году; с 2012 года увеличилнению с 1990 годом количество выпускников средних специальных учебных снизилось на 16,5 тысяч. «Мы просим поручить субъек-

> чить прием в средние специальные учебные заведения до уровня не менее 1990 года. Это позволит возрасту и вследствие внутренней отраслевой миграции — 26 тысяч сотрудников со средним специдый год — это даст нам 42 тысячи к концу 2023 года, то есть в течение трех-четырех лет.

Просим также поручения субъектам Российской Федерации в обязательном порядке предусмотреть социальный пакет для медицинских работников первичного звечимость имеет закрепление обязательств регионов по обеспечению медиков служебным жильем, в том числе передача служебного жилья

«Второе направление, которое мы считаем необходимым развитого чтобы обеспечить работу дели медицинской организации» на основе «бережливых технололифицированных специалистов на в 2016 году как пилотный, реализовывался в 2018 году как приоритетного проекта. Если мы начинали с шести поликлиник в трех субъектах Российской Федерации, то уже на сегодняшний день в проект вошисходном плане менее пятисот.

попытка регионов войти в этот проопыт показал существенное снижесяч специалистов — выпускников ние времени ожидания очередей

ления диспансеризации в восемь тора, а в ряде случаев — до одного дня, и увеличение времени непосредственной работы с пациентом

в полтора раза». «По поручению Дмитрия Анатольевича Медведева Минздрав совместно с Минпромторгом разработал новую модель районной щественно отечественными медицинскими изделиями. Мы созот приписного населения на 20, 30, 50, 100 и более тысяч человек при

Из 799 единиц медицинской техники 88 процентов, 705 единиц, ми производителями, 27 — включены в план импортозамещения

«Причем мы не говорим про все медизделия, мы говорим тольэто разные варианты цифровых и рентгеновских аппаратов, это цифровые флюорографы, маммоческое оборудование и лаборатор-«Следующее направление — это

повышение транспортной доступности инфраструктуры. В рамках проекта «Старшее поколение» заложено приобретение больше 1100 санитарных машин для транспортировки людей из сельской местности старших возрастных групп в районные и центральные районные больницы. Однако этого количества недостаточно»

«Кроме того, представляется необходимым обеспечение этих больниц «шаттлами» для доставки пациентов разного возраста из ты мы тоже сделали, и отечественот 1,2 до 1,5 миллиона рублей».

«Следующее направление расширение периметра цифротить, что в 2021 году Минкомсвязи завершит присоединение ФАПов к цифровому контуру здравоохранения. Пока у нас все идет по плану, и в этом году первые 5,5 тысячи ФАПов уже будут присоединены к защищенной связи. Из програм мы, из федерального проекта «Цифровой контур» нашего национального проекта «Здравоохранение»

в медицинских организациях: в ре- мы обеспечиваем все ФАПы автогистратуре почти в четыре раза, матизированными рабочими ме-

> «На правительственной комиссии мы рассматривали возможность Федерации в обеспечении лекарственными препаратами в амбуриском сосудистых осложнений. Я говорю, прежде всего, о тех, кто перенес инсульты, инфаркты миокарда, острый коронарный синдром или любые операции на соэндоваскулярные, или операции на сердце. Мы провели расчеты: такая помощь позволит два года принимать необходимую терапию этим пациентам, эта потребность у нас просчитана»

В заключение министр здраво охранения РФ В.И. Скворцова подпо улучшению положения в первичном звене здравоохранения не требуют дополнительного финансирования, но будут очень эффективными. «Они реально помопроблемами, самое главное, повысят качество и доступность помония и состоянием своего здоровья. и системой здравоохранения»

звено здравоохранения у нас будет в том состоянии, в котором личество инфарктов и инсультов не уменьшится, потому что в первичном звене провал — вот в чем

«Поэтому прошу Правительство к 1 октября текущего года подготовить принципы модернизации первичного звена здравоохране-

Второе: инициировать и организовать подготовку региональвичного звена здравоохранения в регионах Российской Федераленные под «шаттлы», у нас есть готовы и должны быть защищес очень умеренной стоимостью — ны не позднее 1 июля следующего

> Третье: необходимо создать ме ханизмы контроля за качеством ходом их реализации и исполнения.

> И наконец, нужно проработать и предложить источники финансовой поддержки всех предлагаемых мероприятий с федерального

Прошу вас к этой работе присту пить незамедлительно»

> По материалам сайта Kremlin.ru



Уважаемые коллеги!

28-29 ноября 2019 г. в Самаре состоится XIV офтальмологическая конференция «РЕФРАКЦИЯ - 2019. НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ», посвященная 100-летию Самарского государственного медицинского университета.

Организаторы конференции

Министерство здравоохранения Самарской области; Самарский государственный медицинский университет; НИИ глазных болезней СамГМУ; Центр коррекции зрения «ОКТОПУС»; Самарская областная клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского.

Направления работы конференции:

- Современный взгляд на коррекцию аномали рефракции: аберрации, психология, эргономика;
- Новые хирургические и нехирургические подходы к проблеме аккомодационнорефракционных нарушений;
- Актуальные вопросы страбизмологии;
- Новые перспективы в хирургическом лечении патологии роговицы; • Заболевания сетчатки и зрительного нерва:
- взгляд в будущее. Мероприятие будет аккредитовано в рамках

Участие в конференции бесплатное.

Место проведения: отель Holiday Inn Samara. Адрес: ул. Алексея Толстого, 99

непрерывного медицинского образования.

Предварительная регистрация и программа будет размещена на официальном сайте ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» www.zrenie-samara.ru

ента в медицинскую организацию лась на существующих проблемах. любого уровня. На основе этой системы проа- тельные меры по устранению нализированы все 156 тысяч насе- дефицита медицинских кадров. ленных пунктов России. Это позво- Дефицит врачей составляет 25 300 лило с 2017 года целенаправленно человек. Для этого важно изменить уменьшать число населенных пун- и совершенствовать системные подктов, которые имеют ограничения ходы к заработной плате у медик допуску первичной помощи. Так, цинских работников. Прежде всего,



ОПТИЧЕСКИЙ КОГЕРЕНТНЫЙТОМОГРАФ ІОСТ, ИНТЕГРИРОВАННЫЙ В МИКРОСКОП

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

Stormoff®

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

www.stormoff.com oko@stormoff.com

30 ЛЕТ НА БЛАГО ЛЮДЕЙ

Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» отметил юбилей

> ctp. 1

со Всероссийского научно-практического конгресса «Байкальские офтальмологические чтения». В этом году он проходит уже в седьмой раз, но впервые в таком масштабе. Желание принять участие в мероприятии выразили более 500 специалистов из 24 регионов России и 12 стран мира, включая Германию, Францию, Италию и США.

Обращаясь к присутствующим с приветственным словом, министр здравоохранения Иркутской области Олег Ярошенко отметил: «МНТК «Микрохирургия глаза» это сплав уникальных специалистов высочайшего мастерства и суперсовременного оснащения. Только в Иркутском филиале за 30 лет прошло обследование более миллиона человек, возвращено зрение более 800 тыс. пациентам. За этот период защищено 5 докторских диссертаций, 34 кандидатских, издана 31 монография, получены 68 патентов. Искренне, от всей души я поздравляю всех участни ков VII «Байкальских офтальмологических чтений» от имени 57-тысячного коллектива медицинских работников Приангарья с началом работы Всероссийского конгресса с международным участием».

«Тридцать лет назад порядок букв МНТК многие даже не могли выговорить. Сегодня это бренд, который звучит не только в России во всем мире, — подчеркнул в свою очередь генеральный директор лазерного центра. Кроме того, Ир-ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор, заслуженный врач РФ А.М. Чухраёв. — У каждого филиала есть свое «лицо» — специализация, на которую он нацелен. Иркоторый был открыт в день рождения нашего замечательного учителя Святослава Федорова, и это наложило особый отпечаток. Этот коллектив ассоциируется у нас с эстетикой. Во всем. Это эстетика в науке, в лечебной работе, в атмосфере, которая создана в коллекучреждения. Сегодняшний праздник — это праздник не только нашей системы, а всех офтальмологов страны. Все наши успехи напрямую связаны с вами. И потому наша офпо всем мире. Это праздник знаний. науки и технологий!»

Заместитель генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по научной работе, заслуженный деятель науки РФ, председатель Общества офтальмологов России, профессор Б.Э. Малюгин в своем выступлении заострил внимание на достижениях иркутского филиала, назвав его «пионером во внедрении лазерной хирургии».

Короткий доклад, посвященный разработкам и инновациям иркутских офтальмологов в области лазерной хирургии, сделал директор Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», профессор, заслуженный врач РФ, главный офтальмолог Иркутской области А.Г. Щуко. «Сама жизнь потребовала развития этого направления, — подчеркнул руководитель медучреждения. — Раньше чтобы выполнить лазерную операцию, жителям Приангарья приходилось выезжать в другие города, но мы рады, что за прошедшие 30 лет уже в Иркутск на лечение стали приезжать пациенты из разных регионов, а врачи — учиться. В 1990 году, всего через 6 месяцев после открытия, в МНТК был создан

Дорогие друзья! Да-да, именно друзья! Вы для нас стали настоящими друзьями за время существования газеты «Поле зрения».

Сердечно поздравляем вас со знаменательным событием – 30-летием создания Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова. Тридцатилетие – возраст молодости и, одновременно, профессиональной зрелости.

Вы по праву можете гордиться историей родного филиала и его создателем – выдающимся ученым современности Святославом Николаевичем Федоровым. Именно его идеи легли в основу деятельности института на долгие годы вперед.

За прошедшие годы Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова под руководством его директора, профессора А.Г. Щуко внес значительный вклад в развитие отечественной офтальмологии. Отрадно, что филиал по праву считается ключевым предприятием МНТК. Талантливый, увлеченный, преданный избранному делу коллектив и в сложных условиях всегда достойно выполнял свой долг, подавал пример высочайшего профессионализма. Желаем и впредь трудиться вдохновенно с полной душевной отдачей. Всем сотрудникам филиала – крепкого сибирского здоровья, душевной гармонии и новых профессиональных успехов!

Редакция газеты «Поле зрения» и коллектив издательства «Апрель».

отдел лазерной хирургии. На сегодличилось количество проводимых и в данный момент их доля составются в Иркутском филиале МНТК.

В 1996 году состоялось еще открытие межтерриториального очков при возрастной дальнозоркутский филиал на сегодняшний день является методологическим и обучающим центром лазерной хирургии. На базе филиала работают две кафедры: медуниверси- лет мы пытаемся это делать, и если тета и академии последипломного

Буквально с момента открытия, кроме стандартных глазных операций, Иркутский филиал МНТК начал разрабатывать свои оригинальные методики лечения. Это и удаление применяющегося при лечении тяжелых воспалительных заболевапии методом лазерстимуляции во внекоагулирующем режиме, который применяется с 1993 года. ственных материалов... Именно

ультразвука. Сегодня филиал являvчреждений, где ведется активная кими формами глаукомы». Кроме ляет более 30% от всех оперативных того, в настоящее время ведутся поиски щадящего хирургического либо парахирургического пути. который мог бы избавить человека от необходимости ношения кости (пресбиопии).

Наш учитель Святослав Федоров говорил: «Никогда нельзя опускать планку ниже достигнутого. Идти только вперед». Все тридцать это удается, мы счастливы. Потому что главное для нас — радость наших пациентов», — подвел итог своему выступлению профессор

Количество и тематика лекций, пленарных заседаний и симпозиумов, включенных в программу «Байкальских чтений», по уровню не уступали ведущим мировым vчастники мероприятия.

«Я — офтальмолог Краснодарского филиала МНТК «Микрохии имплантация полимерных искус- рургия глаза», — говорит Виктор Порядин. — Работаю в профессии в Иркутском филиале МНТК впер- 20 лет, из них 15 проработал в Ирвые в Советском Союзе была про- кутском филиале. Стараюсь приведена бесшовная операция по уда- езжать при каждом удобном слу- могут значительно продвинуться

няшний день более чем в 10 раз уве- ется одним из немногих в России что невозможно прочитать ни в одном специализированном журнале. дится в разработке и еще нигде не опубликовано» Впечатлена достижениями ир-

> кутских офтальмологов и АннМари Хипсли, профессор, врач-офтальмолог из США, штат Огайо. «Я много лет сотрудничаю с вашим институтом и вижу, как развиваются техв том числе со специалистами международного класса. Это делает сизначительно более информативной, существенной и важной, — пояснила американская коллега. — Конечно, у российских офтальмологов и у нас различные методики вается, направлено на достижение положительного результата и возвращения здоровья пациенту».

> АннМари Хипсли рассказала, что в настоящее время работает над новым направлением по улучшению и восстановлению аккомодации глаза. Это способность органа зрения хорошо видеть на различных расстояниях. Узнав выразила уверенность, что они по-



Во время работы конференции

«Очень интересная и содержательная конференция. Я поражен высочайшими стандартами, которыми владеют иркутские доктора, поделился своим мнением профессор Клаус Дитцен из Германии. — Прослушав ряд докладов, я буду стараться некоторые разработки ваших ученых применить в своей клинике в Вайнхайме, где я занимаюсь лечением астигматизма и амблиопии».

По словам профессора офтальмологии из Санкт-Петербурга Валентины Ларионовой, нынешняя конференция собрала уникальных специалистов, врачей, которых знают по всему миру. Она приехала в Иркутск, чтобы рассказать о новых достижениях в области генетических технологий, без которых сегодня невозможна постановка некоторых диагнозов. Например, наследственных болезней, которые идут с изолированным поражением глаза.

Старейший офтальмолог мира, 86-летний профессор из Италии Бруно Лумброзо, автор первого атласа по оптической когерентной томографии, с удовлетворением констатировал: «Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» стал первым в России и СНГ, гле начали использовать разработанную мной технологию для диагностики патологии сетчатки» «Наш юбилей совпал с очень

крупным конгрессом — VII «Байкальскими офтальмологическими чтениями». Подобного форума не было ранее не только в Иркутске и Иркутской области, но и во всем Сибирском федеральном округе, отметил, подводя итоги работы, профессор А.Г. Щуко. — Более 500 городов России, многие доктора являются элитой офтальмологии. Изнем из 12 стран дальнего зарубежья выступили с прекрасными докладаи подходы, но все, что разрабаты- о том, что 30 лет для Иркутского филиала прошли не зря. Нас знают глашения. Мы, безусловно, не будем останавливаться на достигнутом, а продолжим идти вперед, как завещал наш Учитель — Святослав Николаевич Федоров. Все мировые жении офтальмологии, представлены в городе Иркутске, и пациентам искать другие клиники. Иркутский филиал МНТК имеет новейшее оборудование и уникальный коллектив. Я абсолютно уверен: наше медучреждение и в дальнейшем будет на гребне научной волны, чтобы достойно представлять Иркутскую область и Россию на самых высо-

Особая каста

«Один организм или единая работающая система» — так охарактеризовал сеть филиалов МТНК России профессор А.М. Чухраёв. Движение кадров в самой системе не более 2%. Каждый сотрудник национального медицинского исследовательского центра — это часть одного большого механизма, который помогает развивать движение вперед. Немалая заслуга в этом и молодого поколения ученых. «Мы выбираем толковых студен-

тов еще во время обучения в медуниверситете, а потом отдаем их в наши бригады, которые сами определяют, подойдет ли им этот человек по профессиональным и общечеловеческим качествам, — рассказал во время пресс-конференции профессор А.Г. Щуко. — Поэтому нас нет ни одного врача, которого

бы взяли на работу по звонку свыше. Отсюда и технологическое развитие. Мы всегда старались и стараемся быть на волне самых передовых разработок»

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2019

Иркутский филиал действительно постоянно прирастает инновационными разработками в офтальмологии. Ультразвук, компьютеры лазеры, электрофизиологические методы исследования, биометрия все это оборудование соответствует последнему слову техники.

Однако, как отметил директор филиала, больше всего в МНТК гордятся именно высочайшим профессионализмом врачей: «За 30 лет у Иркутского филиала МНТК появились филиалы в Братске и Улан-Удэ, офтальмологические кабинеты по всему Прибайкалью. МНТК оказывает помощь пациентам на огромной территории, включающей республики Саха-Якутия, Бурятия, Тыва и Хакасия, а также Красноярский и Забайкальский края. Филигранное мастерство и точность действий наших докторов — это главное в работе нашей клиники»

ников медучреждения стало тому подтверждением. Почетные звагодарности были вручены от имени председателя Совета Федерации Федерального Собрания России Валентины Матвиенко, министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, губернатора Иркутской области нодательного собрания Приангарья

«Иркутску посчастливилось иметь такой медицинский центр, — отметель губернатора Иркутской облауникальный коллектив ежедневно ный труд неравнодушных, профессиональных людей. Мы понимаем. сыпание, время, проведенное вда- хать работать за рубеж, — признали от родных и близких. Но это раза что вам огромное спасибо».

тых стало настоящим прорывом вание, последние достижения офтальмологии — все это стало доступным для пациентов, врачей Количество успешных операций измеряется сотнями тысяч. Успешный менеджмент, профессионализм современного лечебного учреждения», — подчеркнул спикер областного парламента Сергей Сокол.

врения детей Ларисе Бачалдиной,

блока Ирина Соловьева.

«В профессии я более 30 лет, — растает сын, ему 10 лет». рассказала Ольга Розанова, — и,



Профессор А.М. Чухраёв: «Сегодняшний праздник это праздник не только нашей системы, а всех офтальмологов страны»

Врачом решила стать по примеру мамы, которая проработала более 40 лет хирургом. Я же решила стать офтальмологом уже после первой лекции в мединституте. Наша заведующая кафедрой Софья Шнейдман настолько интересно рассказы-Сергея Левченко, председателя Зако- сто влюбилась в эту специальность. Записалась в кружок, потом было скопом, как собранная бархатная юбка. Это очень красиво...»

За время работы Ольга Ивановсти Владимир Дорофеев. — Ваш на провела более 18 тысяч операций. Ею написано 3 монографии, творит чудеса. Вы дарите зрение, она имеет шесть патентов. В продаете совершенно новое качество шлом году ее наградили золотой медалью Индийского офтальмологического общества за образцовую Иващенко. Почетными грамотами работу в офтальмологии.

«Конечно, были предложения уеется доктор. — Но я ни разу не расботая в Иркутском филиале МНТК, «Открытие в Приангарье центра я чувствую себя по-настоящему можность заниматься любимым дедля региона. Новейшее оборудо- лом среди коллег, близких мне по что думаю о ней даже в свободное время, некоторые моменты обсужсокая. И за все эти годы коллектив нию, не стал врачом — пошел в киучреждения ни разу ее не снизил. бернетику. Но мы с ним разрабаполезны для глазной диагностики». Заведующий 1-м офтальмологи-

это вкупе делает филиал эталоном цинских наук Олег Мищенко, которому была вручена благодарность губернатора Иркутской области, рассказал, что в Иркутске обрел не Благодарности председателя За- только любимую работу и новую роконодательного собрания Иркут- дину, но и нашел свою судьбу. Оконской области были вручены врачу- чив Благовещенскую медицинскую офтальмологу отделения охраны академию, приехал в ординатуру МНТК и так здесь и остался. «Мо старшей медицинской сестре второ- родители — врачи. Мама — детский го офтальмологического отделения невролог, отец — офтальмолог, по-Тамаре Осиповой, главному бухгал- этому в выборе профессии другой теру филиала Надежде Кузнецовой. альтернативы для меня просто не Нагрудного знака «Отличник здра- существовало, — пояснил доктор, воохранения» РФ была удостоена док- улыбаясь. — Учиться в ординатуре тор медицинских наук, заведующая можно было в Хабаровске, но я вылечебно-консультационным отделе- брал Иркутск: отделение здесь мощнием Ольга Розанова. Благодарно- нее и лучше. Я не жалею, что поместью министра здравоохранения РФ нял родину, и счастлив, что есть таотмечены: кандидат медицинских кое место, где можно полноценно наук, врач-офтальмолог 2-го офталь- раскрыть свой потенциал, получая мологического отделения Владимир при этом огромное удовольствие. Зайка, кандидат медицинских наук, Иркутску я также благодарен за то, заведующая отделением охраны зре- что именно здесь встретил свою ния детей Анна Короленко, старшая любовь. Моя жена тоже врач, мы медицинская сестра операционного познакомились с ней в ординатуре. Сыграли свадьбу. Сейчас у нас под-

Также благодарности губернатоконечно, мне очень приятно, что ра Иркутской области были вручемой труд оценен столько высоко. ны врачу-офтальмологу, заведую-За это время я ни разу не усомни- щей 5-м офтальмологическим отлась в правильности своего выбора. делением, кандидату медицинских



М.В. Инкарова, профессор А.Г. Щуко, профессор М.Е. Коновалов, к.м.н. М.А. Шантурова, к.м.н. М.Ю. Тяжев

раны зрения детей Наталье Угорской, медицинскому регистратору

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Татьяне Мухутдиновой. Почетной грамотой министра здравоохранения Иркутской области были награждены врач-офтальмолог кандидат медицинских наук Юлия Савина, врач-офтальмолог 2-го офсандр Антипин, начальник отдела по связям с общественностью Екав микроскоп. Радужка под микро- ми регионального Минздрава отмечены врач-офтальмолог 1-го офталь-Цыренжапова, врач-офтальмолог 3-го офтальмологического отделения Анна Злобина, старшая медицинская сестра 5-го офтальмологического отделения Ольга Спицына, медсестра-анестезист Светлана и благодарностями мэра г. Иркутска — медсестра Светлана Заверуха, врач-офтальмолог Сергей Кузьмин, заведующая отделением ане-Гаспарян, главный инженер Михаил Головченко, лаборант клинико-диагностической лаборатории Людмила

сестра лечебно-консультационного отделения Людмила Петрова, старшая медсестра диагностического отделения Елена Кадочникова, операционная медсестра Наталья Суокас. Благодарностями мэра Татьяна Воронова, операционная медсестра Людмила Пилуева, санитарка Олеся Баглаева. Благодарностями главы Республики Бурятия — заведующая лечебно-диагностическим кабинетом г. Улан-Удэ Юонна Доболова, врач-офтальмолог Надежда Лубсанова. Почетными грамотами ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» — врач-офтальмолог лечебно-диагностического кабинета г. Улан-Удэ Дарима Ванданова, врачофтальмолог Дмитрий Самсонов, сана Ветлова, операционная медсестра Галина Шелемина, врач анестезиолог-реаниматолог Ирина Олещен ко. Благодарностями Совета Федерации ФС РФ отмечены замести тель директора Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» по научной работе, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Татьяна

наук Олесе Писаревской, старшей Шевченко. Почетными грамотами Юрьева и заведующая диагностичемедицинской сестре отделения ох- Думы г. Иркутска — старшая мед- ским отделением, врач-офтальмолог Светлана Жукова

Выражая признательность за награду, Светлана Ивановна поделиее выпуск медицинского института, который пришелся на гол от-«Микрохирургии глаза», мечтал попасть туда на работу. Конкурс был просто огромный, и ей не удалось с первого раза осуществить задуманное. Однако, отработав по распределению три года в г. Усть-Илимске. она все же смогли реализовать свою мечту. «Вы видите, сколько сегодня и медсестры, и инженеры, и мои коллеги — локтора. Я горжусь. что вот уже 27 лет работаю в этом замечательном учреждении. Коллектив МНТК — это особая каста, особый мир, к которому я имею счастье быть причастной», — заключила доктор Жукова.

> Фотографии предоставлены Оргкомитетом конференции.

Подробный репортаж о конференции читайте в газете «Поле зрения» №6-2019



в сфере офтальмологии в Иркут-

ничные, уникальные.

вне. Это касается всех оо-

ластей офтальмологии. В 1990 году

было открыто лазерное отделение.

На его базе в 1996 году возник

— Лазерная микрохирургия

глаза была и остаётся сферой

зуются чрезвычайно широко.

Ваших научных интересов.

Значение филиала выходит да-

— Андрей Геннадьевич, Вы не в первый раз выступаете на страницах газеты «Поле зрения». И в каждом Вашем интервью поднимались острые, животрепещущие вопросы, которые волнуют профессиональное сообщество... Наша нынешняя встреча посвящена юбилею

в жизни вашей организации. — Надеюсь, что наш разговор получится и праздничным, и деловым. На прямые вопросы я привык давать честные ответы, рассказывая не только об успехах и достижениях, но и о трудностях, нере-

шённых проблемах. Этот выпуск «Поля зрения» выйдет уже после праздничной даты. Но мне очень приятно, пользуясь случаем, на страницах газеты тепло поздравить всех сотрудников, ветеранов и друзей филиала, всех пациентов, которым мы служили эти три прошедшие десятилетия и надеемся служить в будущем.

Наша клиника расположена в Иркутске, в прекрасном городе на величественной реке Ангаре, в непосредственной близости от Байкала. В этих местах мечтают побывать миллионы людей со всего мира. Байкал — один из символов не только Сибири, но и всей и притягательных мест на планете.

Судьба распорядилась так, что нам, иркутским медикам, довелось в этих краях жить и работать. ставной частью МНТК. Девиз клиники такой же, как и у всего Меж- Тогда мне предложили стать замеотраслевого научно-технического комплекса. Это слова С.Н. Фёдорова: «Прекрасные глаза — каждому!» Этот девиз точно и ёмко отражает суть нашей работы.

У нас работают 428 сотрудников, среди них 6 заслуженных врачей РФ, 3 доктора медицинских наук (из них двое имеют научное звание «профессора»), 21 кандидат ицинских наук, 38 врачеи выс шей категории. За тридцать лет в клинике было произведено более 700 тысяч хирургических вмешательств (включая лазерные) и проведено более миллиона амбулаторных консультаций.

— Открытие филиала совпало с днём рождением академика С.Н. Фёдорова.

— Для нас это совпадение является добрым знаком. Так было и тридцать лет назад, и сейчас. По традиции каждый год 8 августа в память о Святославе Николаевиче всех пациентов в филиале мы принимаем бесплатно. Эта благотворительная акция состоялась и в этом году.

— Хотелось бы поговорить с Вами о времени создания, рождения филиала. Как Вы узнали, что станете здесь работать?

Клиника с сибирским характером

К тридцатилетию Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»

8 августа 2019 года исполнилось 30 лет Иркутскому филиалу ФГАУ НИМЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова». Четверть века клинику возглавляет заслуженный врач РФ, почётный гражданин Иркутской области, главный офтальмолог Иркутской области, д.м.н., профессор **А.Г. Щуко**. Корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с Андреем Геннадьевичем, чтобы побеседовать об основных вехах развития медицинского учреждения, а также об актуальных проблемах отечественного здравоохранения.

— Моё личное знакомство со Святославом Николаевичем Фёдоровым состоялось в мае 1986 года в Москве, на международном конгрессе по катарактальной и рефракционной хирургии. Мне довелось стать единственным иркутским офтальмологом, которого пригласили на это ме-

Одним из организаторов конгресса стал Московский НИИ микрохирургии глаза, который возглавлял С.Н. Фёдоров. Эта структура была предшественницей МНТК. А я в то время был заведующим офтальмологическим отделением одной из иркутских городских больниц. Мы уже в то время стремились внедрять в свою лечебную практику некоторые технологии Фёдоровского Центра. Эти деловые контакты и привели к приглашению принять участие в работе

В то время решение о создании МНТК уже было принято. И во лечебному контролю. В то время время конгресса мне предложили стать директором Иркутского фи- До официальной даты открытия и добиться устранения негативных лиала. Об этом говорил и лично оставалось ещё больше года. Святослав Николаевич, и его заме России, одно из самых красивых ститель, профессор Александр Дмитриевич Семёнов

как огромную честь! Но в то время мне ещё не исполнилось тридцати лет. И я честно сказал, что клинику. Время ещё не пришло. стителем лиректора



С.Н. Федоров в Иркутском филиале МНТК

В апреле 1988 года я присту- эта должность предполагает и непил к работе заместителя директостроительство шло полным ходом.

Рождение филиала проходило на Ваших глазах и при Вашем непосредственном участии.

Вместе с другими руководителями новой клиники я участвовал в наборе персонала. А потом что должность «заместителя дине была работой моей мечты. Ведь поставленных задач.

лицеприятные беседы с коллегами. ра Иркутского филиала МНТК по Если обнаруживаются недостатки в работе, то необходимо не только сообщить об этом человеку, но

больше привлекала лечебная и на- открытым для всего нового. Поэучная работа. Но, с другой стороны, несколько лет в качестве заместителя директора стали хорошей жизненной и управленческой школой. Поэтому когда в мае ника «с сибирским характером». у меня ещё нет достаточного опы- приходилось взаимодействовать 1994 года вновь встал вопрос Она является неотъемлемой, со- та, чтобы возглавлять крупную с сотрудниками. Честно скажу Вам, о директоре филиала и мне опять предложили эту должность, то ректора по лечебному контролю» я был полностью готов к решению

В человеческом плане меня

паевичем в мае 1994 года запомнилась мне не только потому, что тогда я был утверждён в качестве директора филиала. Наиболее значимым стал тот факт, что с этого времени началось наше интенсивное личное общение. С 1986 года по 1994 год у нас было несколько встреч, они случались редко. А для директора филиала генеральный директор головной организации является непосредственным руководителем. И мы, конечно же, стали общаться гораздо чаще.

Встреча со Святославом Нико-

К моей радости, это общение касалось не только работы, но и многих жизненных тем. Кстати, в день моего назначения на должность директора мы провели с Фёдоровым целый день. Я сопровождал его на различные мероприятия, он пригласил меня на свою дачу.

С.Н. Фёдорова я всегда воспринимал как аккумулятора идей, человека, заряжающего всех сотрудников, всех, кому довелось с ним общаться, своей неуёмной энергией. Он был человеком физически и психологически сильным. душевным, простым в общении, тому он и стал для меня не просто

— Хотелось бы попросить Вас рассказать об основных вехах, о главных событиях в жизни фи-

— Думаю, что в нашей беседе важно упомянуть не только отдельные события и достижения (хотя



8 августа 1989 год. День открытия Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза»





они тоже очень важны), а в целом фемтосекундные лазеры, которыпоговорить о роли клиники в си- ми на сегодняшний день обладают стеме здравоохранения региона. только несколько клиник в азиатской части России, да и в европеймедицинских учреждений не оби- ской части страны это оборудова- один из первых приборов, произдятся, если я скажу, что Иркутский ине имеется далеко не в каждом ведённых в мире. Выставочный филиал МНТК является лидером

Фемтосекундные лазеры позвоуровне проводить операции по леко за пределы области. К нам точной Сибири: от Красноярско- и астигматизм. При этом на рогои зарубежных пациентов. Дале- В широко применяемой технологии ко не случайно наш интернет-LASIK для коррекции зрения необсайт предоставляет информацию ходимо срезать лоскут роговицы не только на русском, но также на до 20 мм.

английском и китайском языках. Именно появление фемтосе-И эта информация востребована! кундных лазеров сделало возможным появление технологии SMILE. Думаю, что одним из важнейших событий в жизни филиала ста- когда операции по коррекции зрело клиническое внедрение фако- ния проходят безболезненно, без неприятного послеоперационного эмульсификации катаракты. Работа ведётся уже с 1991 года. И в этой сфере нашу клинику вполне мож- Фемтосекундные лазеры но причислить к лидерам российу Вас в клинике используются

ской офтальмологии. В 1990 году и для многих других операций. у нас побывала делегация амери-— Конечно. Они нашли примеканских врачей, которая провела мастер-классы для наших сотруд-

нение в катарактальной хирургии. ников. Руководителем делегации Лазер способен разрезать хрустастал известным американский оф- лик, не повреждая при этом ткани тальмолог Говард Файн из города видное тело. После этого хирургу Юджина. До этого группа сотрудников филиала отправилась в котребуется только удалить старый мандировку в США, в его клинику. хрусталик и установить искусствен-Хотел бы подчеркнуть, что уже ный, гарантирующий отличное зрев 1991 году мы поставили операние на долгие годы!

ции факоэмульсификации ката-Фемтосекундный лазер — это, ракты «на поток». В то время они в полной мере, многофункциональрассматривались в России как еди- ное оборудование. Он используется и при такой сложной операции, как кератопластика — пересадка Таким образом, Иркутский роговицы. При кератоконусе этот филиал оказался на гребне наприбор позволяет избежать необучно-технического прогресса ходимости пересаживать роговицу и провести более щадящую опе- Мы всегда стремились и стрерацию — керраринг. С помощью мимся оказывать пациентам меди- лазера в слой роговицы вводятся цинскую помощь на самом высо- прозрачные кольца, позволяющие

— Ваша клиника активно занимается лечением офтальмоло-Межтерриториальный центр ла- гических осложнений сахарного зерной хирургии, один из лучших диабета.

— Как известно, эту болезнь можно назвать чумой двадцать первого века. Во всём мире числе пациентов стремительно растёт. Чтобы избежать слепоты и слабовиде-— Я был создателем лазерного ния, необходимо вовремя провести отделения. Разумеется, и сейчас лазерную коагуляцию сетчатки. уделяю ему много внимания, как Эту операцию проводят во мнои всем другим нашим структурным гих клиниках. Но наш медицинединицам. В последние годы лазер- ский центр располагает лазерами ная техника активно развивается. последнего поколения. Они позво-Появляются лазеры-роботы. И в на- ляют выполнить лазерную коагушем отделении они тоже имеются. ляцию сетчатки быстрее, точнее В современной офтальмоло- и менее травматично, чем это делагии лазерные технологии исполь- ется при обычной методике.

Вообще, и в сфере техническо-И сфера их применения, вне вся- го оснащения, и в области внедрекого сомнения, будет расширяться ния новых технологий у Иркутсков ближайшие годы. У нас имеются го филиала МНТК есть основания



«Это было недавно...»

для гордости. Первый в России оптический когерентный томограф тоже появился в нашей клинике. Это было ещё в 1996 году. Это был

Россия, 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31. стр. 5

Тел./факс: +7 495 510 28 79,

Когда я познакомился с ним на

ляют на принципиально новом выставке медицинского оборудования в Будапеште, то подумал, коррекции зрения, корригировать что он может быть полезен, в перприезжают пациенты со всей Вос- близорукость, дальнозоркость вую очередь, для проведения научных исследований. Но оказа- во время проведения VII «Байкальго края до Якутии и Тывы. Немало вице делается разрез всего в 2 мм. лось, что ОКТ также чрезвычайно ских офтальмологических чтений»,

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

важен и для каждодневной лечебной работы. Он позволяет не толь- ческой конференции, приуроченко диагностировать патологию сет- ной к тридцатилетию филиала. чатки, но и видеть динамику этих состоялось и долгожданное лич-

Когда ОКТ появился в клинике, то необходимо было научиться на нём работать. В этом, в частности, нам помогла монография итальянского профессора Бруно Лумброзо. Можно сказать, что тогда мы с ним заоч но познакомились... А в этом году,

ное знакомство. Итальянский учёный, которому уже исполнилось 86 лет, принял участие в форуме, выступил с лекцией. Вместе со своей супругой он был гостем нашей

— Хотелось бы попросить Вас подробнее рассказать об этом

BAUSCH+LOMB

enVista enVistaTORIC Для качества зрения ваших пациентов » Ни одного случая глистенинга в ходе 2-летнего проспективного исследования 1,2,3 >>> Передовая асферическая оптика Bausch + Lomb »» Предсказуемая рефракция^{3,4,5} »» Надежная центрация и ротационная стабильность^{4,5} Минимальный уровень помутнения задней капсулы: частота капсулотомии 2.2% через 3 года после хирургии

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2019

относится не к текущему, а к капи-

ганизация научных исследований.

нические учреждения?

мыми благородными»

шенно нормальна.

профессий.

требования ещё выше.

работодателем. Мы не испытыва-

ем недостатка в кадрах и можем

отбирать лучших. Это относится

и к клиническим ординаторам.

В настоящее время клиническую

ординатуру по офтальмологии у нас

и о больницах в рубриках «крими-

и врачи находятся под постоян-

ным подозрением, под «презумп-

стиж и врачеонои, и учительскои

тальному ремонту.



Иркутскому филиалу МНТК — 30 лет!

— Конгресс под названием «Настоящее и будущее офтальмологии» проходил с 27 по 29 августа. Он собрал 409 участников из 22 регионов России и 12 стран мира. Полная видеозапись форума доступна в интернете всем желающим. И уже в первые дни мы зарегистрировали более полутысячи просмотров.

Участников форума и сотрудников клиники тепло приветствовал генеральный директор МНТК, д.м.н., профессор А.М. Чухраёв, который специально прилетел в Иркутск. Во время конференции состоялась презентация атласа по лазерной хирургии сетчатки, а также руководства по оптической когерентной томографии, авторами которых являются сотрудники Иркутского филиала.

Хотелось бы отметить, что в качестве приложения к книге об ОКТ предлагается специальная 3D-программа, позволяющая врачу на экране компьютера или смартфона рассматривать трёхмерные изображения клинических случаев.

Вообще, региональные научные конференции у нас проходят каждый квартал. «Байкальские офтальмологические чтения» тоже организуются регулярно: один раз в два года или в три года.

— Хотелось бы поговорить с Вами о медицинской помощи пациентам с глаукомой. И в России, и в мире глаукома была и остаётся одной из главных причин слепоты и слабовидения. Как Вы оцениваете современный уровень научных и научно-практических исследований в этой области? Почти каждый год на рынке появляются новые антиглаукомные препараты. Являются ли они более эффективными, чем их предшес

годы был проведен целый ряд ис- от риска глаукомы с практически циплинированно выполнять назнаследований, посвящённых редким формам глаукомы. Я бы упомянул работы по исследованиям «глауко- ем медицинскую помощь пациенмы Франк-Каменецкого». Это наследственное заболевание.

в своей докторской диссертации российский и советский учёныйофтальмолог Захарий Григорьевич ные средства появляются регуляр-Франк-Каменецкий (1874-1951). С 1902 года и до конца жизни он жил в Иркутске, был профессором существенно более эффективны- пенсионеров, инвалидов, других и заведующим кафедрой глазных болезней Иркутского государственректором глазной клиники.

ной глаукомой, синдромом «пиг- гностировано как можно раньше. укомой. В рамках этой программы ся у молодых людей с близорукостью болевания должен выявить опти- но получить необходимые лекардо 30 лет. Если вовремя выявить мальный момент для хирургиче- ственные средства. И эти лекарства



Профессор Клаус Дитцен и профессор АннМари Хипсли на одной из лекций



«Вот и стали мы на год взрослей...»

и провести лазерное лечение, то вмешательство необходимо конесть гарантия, что пигментная кретному пациенту, то «затягивать» жем ему предложить оперировать- услуг ОМС не должны страдать, глаукома никогда не разовьётся. с операцией не нужно. Она долж- ся в следующем году. Он к этому не должны находиться в ущемлён-Таким образом, мы можем изба-— В нашей клинике в последние вить данную категорию пациентов Третье: пациенту необходимо дис- рация уже не понадобится! стопроцентной гарантией.

Конечно, мы в клинике оказыватам со всеми формами глаукомы. Я бы не стал говорить о том, что ются на то, что лекарственные Впервые его описал в 1935 году в последние годы в исследованиях средства, которые они могут глаукомы был совершён существенный прорыв. Да, новые лекарственно. Но, если быть откровенным, эти медикаменты нельзя назвать ми, чем уже имеющиеся на рынке.

На сегодняшний день я бы выного медицинского института, ди- делил три момента. Первое: для ет специальная региональная про-Также мы занимаемся пигмент- заболевание должно быть диа- ными средствами пациентов с гласиндром «пигментной дисперсии» ского вмешательства. Если такое являются эффективными.

на быть проведена своевременно.

ко пациенты с глаукомой жалуполучать на бесплатной основе, являются неэффективными, а расходы на платные превыша ют финансовые возможности... Это касается, в первую очередь, людей с низким уровнем дохода.

 В Иркутской области действууспешного лечения глаукомы грамма обеспечения лекарствен-Второе: мониторинг развития за- все нуждающиеся могут бесплат-

ской области с хирургическими пациенты думают, что клиники вмешательствами?

— Ситуация, к сожалению, не такая благополучная, как в вопросе лее выгодны для них. Это, конечно, обеспечения нуждающихся лекар- совершенно не так. Если у нас есть в настоящее время жителям Иркут- в рамках ОМС, то мы обязательно ска необходимо ждать по три года, это сделаем. Но наши возможночтобы попасть на операцию по поводу катаракты. И очередь не со- Если они исчерпаны, то клиника кращается, а даже растёт! Конечно ничего сделать не может! же, это недопустимая ситуация.

ты — это самая распространенная, самая востребованная операция. которую выполняет наша клини- И в этой ситуации совсем не хока. Поэтому я сначала упомянул именно её. Но проблемы касаются практически всех операций, кото- операцию... Особенно если речь рые производятся в рамках ОМС, а также ВМП (высокотехнологичной медицинской помощи)

— А в чём суть проблемы?

— Если отвечать одним предложением, то главная проблема состоит в том, что количество квот, делать гораздо больше операций требованность клиники, имеющезовать, квалификацию персонала

Я Вам приведу конкретный пример: наша беседа проходит в начале сентября. При этом квоты го государства. на 2019 год на операции по ОМС и ВМП у нас уже почти исчерпаны. Что нам делать, если завтра в кли- но никуда не исчезнут — это тоже нику обратится человек по поводу важная и неотъемлемая часть раотслойки сетчатки? Мы же не мо-

Операции по поводу отслойки сетчатки нельзя назвать экстрен-**— Андрей Геннадьевич, неред-** ские вмешательства в офтальмотравматологии. Но эти операции, так же как и целый ряд других. целесообразно проводить максимально оперативно. Это обеспечивает их эффективность.

Что же происходит в таких роваться, а квоты на операции по ОМС уже исчерпаны.

— Единственный вариант, который мы можем предложить: опера-

Пациенты с пониманием относятся к такой ситуации?

— Далеко не всегда! Обычному ации, когда и государство не покупациенту бывает трудно понять хи- пает какой-либо прибор, и клинитросплетения взаимоотношений

- Как обстоят дела в Иркут- клиник и страховщиков. Порой сами «рекламируют» платные операции, потому, что они якобы бости ограничены количеством квот.

Факоэмульсификация катарак- ся в состоянии стресса. Услышать тяжёлый диагноз — это психологический «удар» для человека. чется думать ещё о денежных вопросах, о необходимости оплатить идёт о людях небогатых, социаль-

— Каким образом, на Ваш взгляд, можно было бы решить эту проблему?

— Во-первых, количество квот по ОМС и ВМП должно соответкоторые нам выделяются, является ствовать реальной потребноявно недостаточным. Мы могли бы сти застрахованных в различных хирургических вмешательствах, в системе обязательного медицин- в том числе и офтальмологических. ского страхования, учитывая вос- Во-вторых, в особых случаях, когда по медицинским причинам операеся оборудование, которое нужно ции нецелесообразно откладывать, максимально эффективно исполь- как например, при отслойках сетчатки, они должны быть оплачены в рамках ОМС, даже если квоты уже исчерпаны. Это соответствует принципам гуманного, социально-

Если такая система будет введена, то платные операции всё равботы клиники! — но получатели

Ситуация с квотами — не единственный нерешённый вопрос во взаимоотношениях медицинских ными, как например, хирургиче- учреждений и страховщиков. Я не могу согласиться с существующим порядком расходования средств, которые клиника заработала по системе ОМС. В соответствии с нынешним законодательством. эти средства могут тратиться исключительно на выплату заработной платы (но не более 40% от сумслучаях: человеку нужно опери- мы), налоги, покупку расходных материалов и текущий ремонт.

— Что Вас не устраивает в подобном регулировании?

— Меня не устраивает, что данные средства не могут расходоваться на покупку необходимого оборудования. Нередко возникают ситука сама его не может приобрести.

Вроде бы и деньги у клиники на проходят 36 человек. Подавляющее счету есть, а потратить их нельзя. большинство из них хотят связать Нам приходиться покупать обо- свою дальнейшую профессиональрудование исключительно за счёт ную жизнь с нашей клиникой. средств, которые зарабатываются Такой шанс у всех есть. Но необхоза счёт коммерческой (дополни- димо за время клинической ордительной) деятельности. Считаю та- натуры положительно зарекоменкое положение неправильным, так довать себя и с профессиональной,

как это оборудование необходимо и с человеческой точки зрения. не только «платным» пациентам, У нас распространено «наставно и всем застрахованным по ОМС. ничество». Я сознательно употре-Ещё одна тема, которую не могу бляю это слово, популярное в соне затронуть в этой беседе: расхо- ветские годы. Этот термин ознады на капитальный ремонт. На эти чает добровольную помощь моцели тоже нельзя расходовать сред- лодым коллегам со стороны более ства ОМС. В прошлом году в нашей опытных товарищей, максимальклинике заменяли окна. Но мы не ное вовлечение новых сотрудников могли тратить на эти цели деньги в работу каждого подразделения: страховщиков, так как замена окон и лечебную, и научную.

— С 1992 года Вы являетесь главным офтальмологом Иркут-Возможно, кому-то из читатеской области. Как Вы оценивалей этот вопрос покажется мелким, имеющим отношение исклю- ете уровень оказания офтальмологической помощи в вашем чительно к бухгалтерии и финансовой службе. Но на самом деле регионе? Особенно интересуют отдалённые районы. техническое состояние здания —

это важнейшая сфера жизнедея- На сегодняшний день в Иртельности клиники, оказывающая кутской области работают 220 врачей-офтальмологов. В северных огромное влияние на качество районах области ситуация наибомедицинской помощи. Подобные вопросы всегда находятся лее сложная. Есть районы, где нет в поле зрения директора, так же как ни одного врача-офтальмолога. и внедрение новых технологий и ор- Для оказания офтальмологической помощи жителям севера области огромное значение имеет наш фи-— Хотелось бы спросить Вас, лиал в Братске. Там не только можкак Вы оцениваете престиж проно на высоком уровне провести дифессии медика, в частности, враагностику, но также осуществлять ча-офтальмолога в российском хирургические вмешательства. обществе. Хотят ли парни и девушки, молодые жители Иркутнённых и востребованных операской области, выбирать эту проций переднего отрезка глаза. Если фессиональную стезю? Не разопациентам требуется вмешательчаровываются ли они, приходя ство на заднем отрезке глаза или после окончания медицинских какие-либо редкие операции, то вузов в стационары и поликли-

они направляются в Иркутск. 903 километра разделяют Ир-— Я бы разделил ответ на Ваш кутск и Усть-Илимск. Наверное, вопрос на две части. Очевидно, что большинство читателей газеты профессии Учителя и Врача в рос- «Поле зрения» даже не слышали сийском обществе, как и во многих об этом городе на севере Иркутдругих странах мира, всегда были ской области. В районной больнинаиболее почитаемыми. Недаром це там имеется офтальмологичеэти профессии нередко пишутся ское отделение, которое работает с большой буквы, называются «са- вполне успешно.

Посёлок Бодайбо, центр стара-Вместе с тем в последние годы тельского региона, расположен мы стали свидетелями того, что в 1095 километрах к северо-востои общеобразовательная школа, ку от Иркутска. В основном, сооби высшая школа, и сфера медици- щение осуществляется по воздуху. ны всё чаще стали рассматривать- Офтальмологического стационара ся под критическим углом. Сама по там нет, но работают квалифицисебе общественная критика совер- рованные специалисты поликлинического звена, которые способны Но печально сознавать, что об- своевременно распознать любую щественно-политические СМИ, патологию и при необходимости

в основном, пишут и о школах, направить пациента в стационар. Почему я упомянул именно нальной хроники» и «скандальной Бодайбо? Там местные власти внихроники». Муссируются доказан- мательно относятся к медицинским ные — а часто и недоказанные! — кадрам, стремятся привлечь кваливрачебные ошибки или какие-то фицированных специалистов. И решкольные конфликты между учи- зультат налицо! Далеко не во всех телями и учениками. Может слорайонах области мы видим такой житься впечатление, что учителя подход.

— Что бы Вы пожелали своцией виновности». Такой подход им коллегам к тридцатилетию действительно может снижать пре- клиники?

не реалистично желать коллегам С другой стороны, среди всех вместе встретить столетие клинимедицинских профессий врачи-оф- ки. Хотя это тоже хорошее пожетальмологи не могут жаловаться на лание!.. Я бы сформулировал и понедостаток общественного интере- желание, и главную задачу более са. Что касается офтальмохирургов, скромно: хотелось бы, чтобы мы то здесь имеется даже переизбыток все — и молодые коллеги, и люди желающих. Растёт достойная сме- зрелого возраста — в добром здрана. Парни и девушки понимают, вии, полные сил и энергии, встречто для того, чтобы достичь успетили полувековой юбилей нашей хов в офтальмологии и офтальмо- любимой клиники. До него остахирургии, необходимо действитель- лось всего двадцать лет. И эти но быть лучшим, так как конкурен- двадцать лет мы будем работать ция высокая, а профессиональные на благо наших любимых пациентов, на благо МНТК, на благо рос-Отрадно осознавать, что МНТК, сийского здравоохранения, на блав том числе Иркутский филиал, го нашей прекрасной Иркутской был и остаётся востребованным области!

Беседовал **Илья Бруштей**н Фотографии из архива Иркутского филиала ФГАУ НИМЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»







Уважаемые коллеги!

В рамках «XII Российского общенационального офтальмологического форума» (POOΦ-2019)

компания «МД ВИЖН»

- эксклюзивный дистрибьютор японской компании NIDEK -

приглашает вас на сателлитный симпозиум «Новые возможности диагностического и лазерного

оборудования NIDEK, Япония» 1 октября с 11:20 до 12.20, зал «Толстой»

по адресу: г. Москва, площадь Европы, д. 2, отель «Рэдиссон САС Славянская» Президиум: проф. Нероев В.В., проф. Слонимский А.Ю., Riccardo Ferraris de Gaspare

План сателлита:

1. Кофе-брейк

- 2. Приветственное слово директора Национального медицинского исследовательского центра глазных болезней имени Гельмгольца – В.В. Нероева
- 3. «Возможности и преимущества ОКТ-ангиографии с NIDEK RS-3000 ADVANCE II AngioScan» Riccardo Ferraris de Gaspare Senior, Product Specialist, International Sales Development Dept. NIDEK TECHNOLOGIES
- 4. «NIDEK MP-3. Микропериметр будущего поколения»
- Riccardo Ferraris de Gaspare Senior, Product Specialist, International Sales Development Dept. NIDEK TECHNOLOGIES
- 5. «Мультиволновой подход к лазерному лечению патологии сетчатки» Бурнашева Мария Андреевна, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова
- 6. Вопросы-ответы

Мы будем очень рады вас видеть! www.nidek.ru





Длительное интенсивное увлажнение Высокая концентрация и высокая вязкость При тяжелых формах синдрома «сухого глаза» 1-4 степень сухости

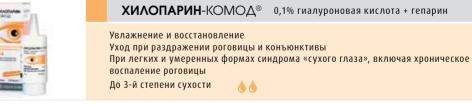
Бережный уход и восстановление

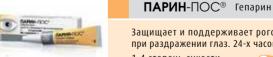


Увлажнение глаз и заживление повреждений Дневной уход. Вместо мази в течение дня При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», способствует заживлению повреждений глазной поверхности

ХИЛОЗАР-КОМО Δ [®] 0,1% гиалуроновая кислота + декспантенол

До 3-й степени сухости





Защищает и поддерживает роговицу, конъюнктиву и веки. Бережная помощь при раздражении глаз. 24-х часовая быстрая и надежная защита от раздражения глаз

Защита в ночное время

ВитА-ПОС[®] Витамин А



Защита ваших глаз в ночное время. Улучшает свойства слезной пленки Ночной уход при всех формах синдрома «сухого глаза» 1-4 степень сухости

УРСАФАРМ Арцнаймиттель ГмбХ 107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Тел./факс: (495) 684-34-43 E-mail: ursapharm@ursapharm.ru www.ursapharm.ru

* ИНСАЙТ ХЕЛС (Май 2014) Результаты исследования Федер фармацевтов Германии (BVDA)

VI Витреоретинальная мастерская «ВИДЕОРЕТИНА-3D»

(г. Санкт-Петербург), И.М. Горшков (г. Москва), В.А. Зайка (г. Иркутск), А.Н. Казеннов (г. Оренбург), Д.В. Петрачков (г. Москва), О.В. Унгурьянов (г. Москва), Д.О. Шкворченко (г. Москва) и Dr. Felipe Scala (г. Манчестер, Великобритания). Модератором выступил Р.Р. Файзрахманов (г. Москва).

Почетным гостем видеомастерской был А.Г. Югай (г. Москва) — один из признанных основоположников витреоретинальной хирургии в России, учитель и вдохновитель множества последователей.

Открыл видеомастерскую главный офтальмолог Самарской области, заведующий кафедрой офтальмологии СамГМУ, главный врач СОКОБ им. Т.И. Ерошевского Андрей Владимирович Золотарев. Он не без гордости отметил, что первый в России операционный микроскоп с 3D-видеосистемой был установлен именно в Самарской больнице имени Т.И. Ерошевского. С его помощью была проведена первая в России «живая хирургия 3D». Именно на этом микроскопе были получены уникальные данные о строении клапанной системы супрахориоидеи, причем препаровка кадаверного материала проводилась в варианте overhead-хирургии, то есть с наблюдением не через окуляры микроскопа, а на экране. То есть и первая в России глазная overhead-хирургия (хотя и не клиническая, а экспериментальная) также заслуга Самарской школы офтальмологов. Применение 3D-видеосистемы позволило существенно увеличить темпы и масштабы подготовки квалифицированных микрохирургов в Самаре, получить новые научные данные и повысить качество операций.

Еще одна характерная особенность «Видеоретины» — второй день. Хирурги и участники мероприятия получают уникальную возможность оценить и обсудить результаты только что проведенных операций, подискутировать, научить и научиться.

Динамичности видеоряда мастерской способствовала организация хирургии одновременно в двух операционных, оснащенных различными 3D-видеосистемами.

В этом году в конференц-зале больницы имени Т.И. Ерошевского были использованы новые сверхмошные видеопроекторы. обеспечившие непревзойденную яркость и объемность «картинки»

Хирурги провели восемь операций: четыре — по поводу витреоретинальной патологии в артифакичных глазах и четыре комбинированные операции в факичных глазах с катарактой.



В.А. Зайка оперирует тракционную отслойку сетчатки, осложненную макулярным разрывом



О.В. Унгурьянов оперирует пролиферативную диабетическую ретинопатию с использованием 3D-системы Ngenuity



А.Н. Казеннов в операционной

Первую операцию выполнил к.м.н. Денис Валериевич Петрачков (ФГБНУ НИИГБ, г. Москва). Он продемонстрировал хирургическое лечение регматогенной отслойки сетчатки на артифакичном глазу (аппарат Stellaris Elite, Bausch&Lomb) с использованием бимануальной хирургии 25G, выполненную с использованием осветителей «chandelier». В процессе операции Денис Валерьевич показал особенности применения современного световода «chandelier» 25G производства Synergetics (США). Операция выполнена с учетом Alcon с использованием 3D-системы

«Живая хирургия 3D».

Трансляция в конференц-зал



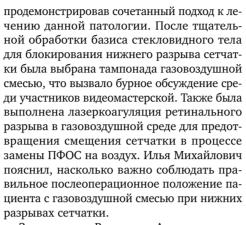
Dr. Felipe Scala. Наглядно и эмоционально о витреоретинальной операции

базиса стекловидного тела; 2) контрастирование стекловидного тела; 3) маркировка разрывов диатермокоагулятором. Операция закончена газовоздушной тампонадой без наложения швов

Параллельно во второй операционной к.м.н. Илья Михайлович Горшков (ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») провел нестандартную операцию пациенту с отслойкой сетчатки. Хирург продемонстрировал отслойки сетчатки: 1) тщательное удаление Михайлович начал с факоэмульсификации, за» им. акад. С.Н. Федорова»). Причиной



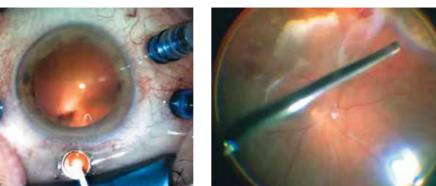
Д.О. Шкворченко оперирует пролиферативную диабетическую ретинопатию overhead, зачистка основания стекловидного тела со склерокомпрессией



Затем к.м.н. Владимир Александрович Зайка (Иркутский филиал ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») приступил к хирургии макулярного разрыва с посттромботической ретинопатией и эпимакулярным фиброзом. Это был один из сложнейших случаев видеомастерской. Хирургия осложнялась тракционным компонентом со стороны фиброваскулярной мембраны, чтобы отделить ее от поверхности сетчатки без разрывов, потребовалось много времени. Операция выполнялась на аппарате EVA компании DORC. Владимир Александрович с профилактической целью обработал лазером зону прикрепления мембраны. Хирург планировал использовать для закрытия макулярного разрыва лоскут внутренней пограничной мембраны. Однако в ходе операции при отделении ВПМ возникли проблемы с формированием лоскута, что часто бывает при посттромботической ретинопатии. В итоге, в завершении операции, для закрытия разрыва хирург остановил выбор на обогащенной тромбоцитами плазме.

Следующим разделом мастерской «ВИ-ДЕОРЕТИНА-3D» стала хирургия диабетической патологии. К.м.н. Олег Владимирович Унгурьянов (Офтальмологическая клиника «Спектр», г. Москва) провел операцию тракционной отслойки сетчатки при пролиферативной диабетической ретинопатии. Хирургия, как это часто бывает при диабете, оказалась непростой и оттого особенно показательной: обсуждение ситуации между аудиторией и хирургом неоднократно возобновлялось до самого завершения операции. Олег Владимирович продемонстрировал бимануальную технику отделения фиброваскулярных мембран от поверхности отслоенной сетчатки, работая на аппарате Constellation, Alcon, и используя осветитель «chandelier» 25G производства Alcon (США). Операция была завершена тампонадой витреальной полости силиконовым маслом.

Хирургию гемофтальма продемонстрировал к.м.н. Ярослав Владимирович Байбородов (Санкт-Петербургский филиал



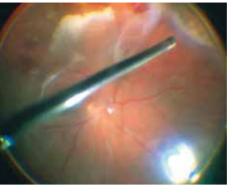
Я.В. Байбородов. Удаление центральных отделов стекловидного тела при гемофтальме с целью обеспечения красного рефлекса для хирургии хрусталика



В.А. Зайка. Момент отделения внутренней пограничной мембраны «бимануальной хирургии» 25G

гемофтальма явилась микроаневризма на верхней аркаде, также она вызвала частичное субретинальное кровоизлияние. Сначала Ярослав Владимирович выполнил частичную витрэктомию для обеспечения розового рефлекса, затем сделал факоэмульсификацию катаракты, после чего вернулся к заднему отрезку глаза для продолжения операции. Хирургия высокого класса была продемонстрирована на аппарате Stellaris Elite, Bausch&Lomb. Во время операции при тщательной обработке периферии базиса стекловидного тела был обнаружен разрыв сетчатки на 12 часах, который был обработан лазером. Для тампонады витреальной полости в конце операции Ярослав Владимирович выбрал газовоздушную смесь.

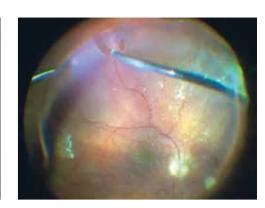
К.м.н. Дмитрий Олегович Шкворченко (ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») показал комбинированный подход к хирургии тяжелой формы тракционной отслойки сетчатки и катаракты на фоне пролиферативной диабетической ретинопатии. Дмитрий Олегович продемонстрировал нестандартный подход: операцию он начал от периферии к центру, выполнив тотальную витрэктомию с обработкой базиса стекловидного тела, и показал бимануальную технику отделения мембран. Операция проводилась на аппарате EVA, DORC с использованием инструментария 25G и двойного осветителя twinlight «chandelier» 27 калибра. Также хирург продемонстрировал все преимущества аппарата с витреотомом TDC, который режет в двух направлениях, удваивая частоту резов, сокращая тракционное воздействие на сетчатку.



Д.О. Шкворченко. Процесс удаления эпиретинальных мембран



И.М. Горшков. Процесс окраски центральных отделов стекловидного тела



И.М. Горшков. Обработка периферического разрыва с одномоментным дренированием субретинальной жидкости



Д.В. Петрачков. Использование

Во время операции Дмитрий Олегович по-

яснил и продемонстрировал коллегам про-

цесс постоянного контроля аспирацион-

с помпой VTI, который помогает достичь

великолепной гидродинамики даже на вы-

соких параметрах внутриглазного давления,

необходимых во избежание интраопераци-

онного кровотечения из новообразованных

К.м.н. Алексей Николаевич Казеннов

(Оренбургский филиал ФГАУ НМИЦ «МНТК

«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федо-

рова») провел операцию по поводу травма-

тической отслойки сетчатки с множествен-

ными разрывами в сочетании с гемофталь-

мом. Вмешательство было выполнено на

аппарате Stellaris Elite, Bausch&Lomb. Алексей

Николаевич показал стабильную гидроди-

намику во время проведения витрэктомии

используя инструментарий 25G и новейшие

порты от компании Bausch&Lomb. Работая

стрировал витректор Bi-Blade, который не

вызывает колебаний сетчатки. Для коагу-

ляции разрывов сетчатки Алексей Николае-

вич использовал новый зонд 25G компании

Synergetics, CIIIA, позволяющий совмещать

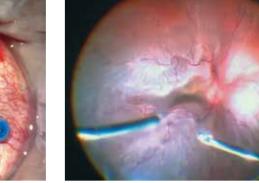
в себе осветитель и лазер. Это позволило бо-

лее тщательно обработать разрывы на край-

ней периферии сетчатки вблизи зубчатой

линии. Нестандартный клинический случай

вплотную к отслоенной сетчатке, продемон-



Д.В. Петрачков выполняет витректомию центральных отделов





отслойку сетчатки, обработка базиса

Великобритания). Доктор F. Scala продемонстрировал хирургическое лечение отслойки сетчатки через 27G без использования красителя и ПФОС, пытаясь обеспечить максимальный эффект операции с минимальным токсическим воздействием красителей. Операция выполнялась на аппарате EVA, DORC. Во избежание поломки тончайших инструментов, хирург расположил места установки портов ближе к 3 и 9 часам, что позволило ему комфортно работать на периферии сетчатки. Во время хирургии доктор Скала выполнил удаление эпителия роговицы, на фоне его внезапно возникшего отека. Хирургия вызвала много вопросов в зале у участников мастерской. Операция завершилась лазеркоагуляцией разрыва и тампонадой газом, без наложения швов на хирур-

Современные 3D-технологии позволии увидеть весь процесс практически «от первого лица», рассмотреть и изучить все действия офтальмохирургов в мельчай ших деталях. Участниками мастерской «ВИДЕОРЕТИНА-3D» было отмечено, что именно такой формат проведения конференций позволяет хирургам эффективно обмениваться опытом и новыми технологиями, открывать новые грани обучения молодых специалистов и новые возможности Отличительной особенностью «живой

вызвал дискуссию между хирургом и залом. Хирург закончил операцию тампонадой вихирургии», проводимой в Самаре, всегда треальной полости силиконовым маслом. является оценка полученных результатов — Завершил мастерскую «ВИДЕОРЕТИНАсостояния глаза в раннем послеопераци-3D» доктор Felipe Scala (Фелипе Скала, онном периоде. Ранним утром следующе-Manchester Royal Eye Hospital, Manchester, го дня пашиенты были осмотрены, им были

выполнены необходимые диагностические исследования, подготовлены информативные и красивые иллюстрации к докладу. Илья Сергеевич Казаков (заведующий витреоретинальным отделением больницы им. Т.И. Ерошевского) на утреннем заседании «ВИДЕОРЕТИНА-3D» представил результаты предыдущего операционного дня. Хирурги разобрали результаты операций, живо обсудили возникшие практические и теоретические вопросы, поделились мнениями о вариантах послеоперационного ведения пациентов В результате двух насыщенных дней

работы микрохирургическая мастерская «ВИДЕОРЕТИНА-3D» позволила сообществу витреоретинальных хирургов найти пути решения сложных вопросов, освежить хирургическую технику, обменяться мнениями и выработать общую точку зрения на такли расширить восприятие зрителей в зале тику при сочетанной патологии, обсудить планы дальнейшего развития хирургической техники.

> Результаты «живой хирургии» витреоретинальной мастерской «ВИДЕОРЕТИНА-3D» доступны для врачей на сайте больницы им. Т.И. Ерошевского www.zrenie-samara.ru.

Следующая конференция «Мастерская ВИДЕОРЕТИНА-3D» состоится в Самаре летом 2020 года. Организаторы приглашают всех заинтересованных специалистов принять участие в ее работе. Уже сейчас оргкомитет мастерской открыт для общения и сотрудничества. Присылайте ваши вопросы, мнения, доклады на e-mail: videoretina@gmail.com.

> Отчет о конференции и фотографии предоставлены оргкомитетом



День второй. Заседание экспертов «ВИДЕОРЕТИНА-3D – 2019». Обсуждение результатов операционного дня



День второй. Демонстрация послеоперационных результов

Российская офтальмология: время перемен, время надежд, время свершений

Газета «Поле зрения» предлагает вниманию уважаемых читателей дайджест бесед за прошедшие годы. (Все материалы размещены на сайте www.aprilpublish.ru)

терои интервью рассказывают об организации офтальмологической помощи в своих регионах, о подготовке и повышении квалификации медицинских кадров, о техническом переоснащении и модернизации частных и государ-

Какие выводы можно сделать из встреч и бесед, из общения с коллегами? Российская офтальмология переживает время перемен, время надежд, время свершений... Результат работы медиков и организаторов здравоохранения состоит в том, что на сегодняшний день на территории России можно получить офтальмологическую помощь, соответствующую самым высоким междуна-

В настоящее время у нас нет оснований для «медицинского туризма» российских граждан. Наоборот, немало представителей ближнего и дальнего зарубежья предпочитают лечиться в нашей стране. Отечественные эскулапы могут оказать квалифицированную помощь и при офтальмоонкологических заболеваниях, и при необходимости пересадки роговицы, и при многих других сложных и редких патологиях, требующих

высочайшей квалификации и филигранного мастерства офтальмохирургов.

Отрадно отметить, что высокотехнологичное лечение можно получить не только в столицах, не только в городах-миллионниках и федеральных медицинских учреждениях, но и во многих областных и районных центрах. Продолжается техническое переоснащение клиник. Российские врачи-офтальмологи практического звена тянутся к знаниям... Многие из них тратят личное время и немалые финансовые средства на повышение квалификации. Часто посещение научно-практических конференций, семинаров и мастер-классов происходит во время отпу-

Успешное развитие российской глазной медицины — результат работы всех наших коллег. Огромную организационную и научно-методическую работу проводит главный офтальмолог Минздрава РФ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор В.В. Нероев, который ежегодно выступает с докладами на общероссийских общественно-политических форумах, в ведущих федеральных СМИ. Таким образом, точка зрения, чаяния и заботы профессионального

сообщества благодаря усилиям Владимира Владимировича доносятся до представителей власти и широкой общественности.

гии накопилось и немало проблем... Многие клиники долгие годы не могут получить оборудование, необходимое для их работы. Существует немало муниципальных образований, районных центров, где вообще нет ни одного врача-офтальмолога. Особенно прискорбно осознавать, что чиновники нередко не предпринимают никаких усилий, чтобы исправить эту ситуацию.

Лалеко не во всех регионах налажена эффективная диспансерная работа с пациентами ниями сахарного диабета и другими хроническими патологиями, требующими многолетнего взаимодействия врачей и пациентов

К сожалению, остро стоит вопрос квот на оказание высокотехнологичной мелишинской помощи в рамках ОМС. Это касается и такого распространенного хирургического вмешательства, как факоэмульсификация катаракты, и многих других операций. Пациенты жалуются, что бесплатные лекарственные средства, которые им предлагают, все стремимся сохранить.

являются неэффективными, а платное лечение требует значительных финансовых затрат. Это актуально, например, в отношении

В беседах с коллегами порой звучит мыслы что организаторы здравоохранения уделяют как эта область здравоохранения якобы не влияет на продолжительность жизни в страмом деле большинство офтальмологических патологий на продолжительности жизни эту зависимость трудно установить научными методами. Среди людей, которым ежетальмологические пациенты тоже составляют всего несколько процентов.

ные функции прямо влияют на КАЧЕСТВО ЖИЗНИ. Наши коллеги ценой огромных и взрослым видеть мир ясным, незамутненным взором, видеть лица своих родных и близких, радоваться окружающему миру. Зрение — это бесценный дар, который мы



Дарима Владимировна Соснора, к.м.н., заведующая отделением микрохирургии глаза Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко, главный внештатный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Бурятия (г. Улан-Удэ):

Откровенный разговор с коллегами

бурятских офтальмологов?

— У нас не хватает глазных врачей в сельских районах. В Улан-Удэ ситуация неплохая. Но в провинциальных поликлиниках нашим коллегам приходится принимать за та небольшая, а условия работы Уде был заложен фундамент Рес- больницы, которое я возглавляю.

— Какие задачи Вы ставите перед собой как главный офталь-

— Еще в советское время в Улан-

тяжелые. Поэтому уделить долж- публиканской офтальмологической У нас 68 коек. Работают 10 враное внимание каждому пациенту клинической больницы. Но Советский Союз распался. И больница так и не была построена. Я очень надеюсь на реализацию этого проекта.

> В настоящее время наша основная база — это микрохирургиче

водим более двух тысяч операций. Собираемся расширять круг операхирургию.

«Белые ночи – 2014»



Сергей Николаевич Сурнин, врач-офтальмолог Белгородской областной больницы имени Святителя Иоасафа (г. Белгород):

Профессия врача должна стать привлекательной

— Расскажите, пожалуйста, фиброзом. В настоящее время мы о Вашей работе.

ме... Также освоил витреоретиналь- сти эту операцию. ные операции. В настоящее время офтальмохирургия бурно развили справиться с эпиретинальным для молодого поколения?

вается. Например, еще десять лет гия привлекательной специаль- ит сделать. назад врачи практически не мог- ностью для Ваших ровесников,

Вряд ли кто-то будет спорить можем удалить эпиретинальную с тем, что в последние годы госу- привлекательной, в том числе вра-— Я — офтальмохирург. Прово- мембрану и существенно улучшить дарство прилагало значительные ча-офтальмолога. Пока этого еще жу операции при катаракте, глауко- зрение. Важно своевременно прове- усилия для поддержки медицины. не произошло. Многие выпускники В том числе и у нас в Белгороде. медицинских вузов предпочитают Молодое поколение в медицину работать в фармацевтических фир-**— Является ли офтальмоло-** приходит. Но еще многое предсто- мах, а не в здравоохранении.

Профессия врача должна стать

«Белые ночи – 2014»



что представляет собой ваша клиника?

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2019

 У нас имеются 140 взрослых действует дневной стационар, рассчитанный на 180 взрослых пациентов и 80 детей. Каждый год проводится более 6500 операций по крохирургическая система для вифакоэмульсификации катаракты, более 1000 операций при глаукоме.

уменьшить количество коек и одновременно увеличить пропускную способность дневного стационара. Но необходимо учитывать, к нам из дальних районов Красноярского края. По социальным показателям они нуждаются в стационарном размещении

В Красноярской краевой офтальмологической клинической боль-Из них — 80 врачей и 160 медсестер. 20 врачей имеют научную сте-

Среди оснащения клиники восемь микрохирургических систем для хирургии катаракты и одна митреоретинальной хирургии. Также у нас действует лазерное отделение Теоретически мы могли бы с четырьмя лазерными установками. Мы можем проводить лазерное заболеваниях.

> — Какие проблемы Вы решаете в качестве главного врача? Какие задачи ставите перед собой и своим коллективом?

сийской клиники должен решать торые прямо влияют на смертность просов. Например, в нашей больни- Как известно, офтальмологические Но люди все равно страдают от це капитальный ремонт продолжаодного года мы можем отремонтировать только один этаж. Мне бы хотелось более стабильного и рит мичного финансирования.

— Как Вам удается выстраивать отношения с краевыми

Разумеется, моя задача состошенных, глаукоме и многих других ит в том, чтобы донести до руководителей краевого здравоохранения нужды и чаяния офтальмологов.. Обычно я нахожу понимание. Но не всегда.

воохранения обращают внимание зависит качество жизни. Далеко

Фатима Тлюстенбиевна Хутова, к.м.н., главный офтальмолог Министерства

здравоохранения Республики Адыгея, заведующая офтальмологическим отделением

Адыгейской Республиканской клинической больницы, доцент кафедры терапевтических

дисциплин Медицинского института Майкопского государственного технологического

— Главный врач любой рос- только на те области медицины, ко- не всегда существенное ухудше патологии на смертность почти не

> — Но инвалидизация по зрению в России не сокращается...

— В Красноярском крае колищей структуре инвалидности незначительно. Поэтому может возофтальмологии все благополучно. Но это не так!

Наша область медицины требует пристального внимания со стороны государства и общества. От остроты зрения во многом

Красноярские офтальмологи в целом успешно решают поставленные перед ними задачи. Но не-Например, в крае на сегодняшний день 60 000 больных сахарным диабетом. Их число растет. А значит необходимо уделять большее внимание диабетической ретинопатии ложнениям при диабете. Из-за огромной протяженности Красномедицинскую помощь не только

в краевом центре, но и в районах.

«Белые ночи – 2014»



 Фатима Тлюстенбиевна, клинической больницы, которое

 В отделении работают 47 сотрудников, из них — 10 врачей. Имеются 50 коек. В год мы проводим около двух тысяч операций, в соседний Краснодарский край. из них около 900 — при катаракте, Это нормальная практика! Подапроводятся операции при косогла- мологических патологий мы мозии. При прогрессирующей близо- жем лечить на месте, а если такой укрепляющие операции с приме- за помощью к соседям

Вы возглавляете.

и влажных формах ВМД. Мне при- ответствующего оборудования. ятно, что мы в достаточной мере обеспечены этим дорогостоящим препаратом.

Надо признать, что в Адыгее еще не способны оказать все виды в Адыгее не занимались факовысокотехнологичной медицин- эмульсификацией катаракты. Про- бы удовлетворить потребности ской помощи. Например, наше изводилась только экстракапсу- населения. отделение не занимается витрео- лярная экстракция катаракты. Для ретинальной хирургией. Мы не факоэмульсификации наши пациделаем многих операций в сфере енты отправлялись в Краснодар логических клиниках сокращаетрефракционной хирургии. Думаю, ский край. Но сейчас пациенты что наши офтальмохирурги могли с катарактой уже перестали быть Адыгея не является исключением. бы освоить самые сложные виды «медицинскими туристами». Соотопераций, но необходимо дорого- ветствующие операции проводятся го против оптимизации системы стоящее оборудование.

университета: Необходимо дорогостоящее оборудование

— Наверное, в каждом регирасскажите, пожалуйста, об оф- оне нет необходимости оказыческой помощи, производить тальмологических пациентов, ковсе возможные хирургические вмешательства...

— Я тоже не вижу ничего плохого в том, что в ряде случаев пациентов из Адыгеи направляют

В последнее время стали осу- врачи осваивали новые технолоществляться инъекции Луцентиса, гии. Поэтому заняться витреореангибитора ангиогенеза. Интра- тинальной хирургией тоже было весьма оптимистичной... Хотевитреальное введение Луценти- бы интересно, если республиканса производится в основном при ское Министерство здравоохране- ных проблемах. диабетическом макулярном отеке ния примет решение о закупке со-

> Что изменилось в вашей работе за последние годы?

в Майкопе на достойном уровне.

В нашей больнице есть лазер- замещающих технологий. Но нельный кабинет. Мы уделяем большое зя все клиники и все регионы Росторым требуется подобная помощь.

— Какое оборудование появилось в отделении за последнее

Было закуплено оборудование для ультразвуковых исследооколо 300 — при глаукоме. Также вляющее большинство офталь- ваний, рефрактометры, пневмотонометры... В 2015 году у нас появился оптический когерентный рукости осуществляются склеро- возможности нет, то обращаемся томограф, оборудование для осу- гих населенных пунктов нельзя офтальмолога, пользуется престиществления факоэмульсификации

лось бы поговорить о нерешен-

Самая главная проблема это сокращение коечного фонда, тализации, если он приехал из от- бы подготовить достойную смепроизошедшее в прошлом году. даленного села и имеет серьезные ну, чтобы у молодых врачей сохра-Раньше у нас было 60 коек, теперь только — 50. По моим подсчетам, спитализация проходит не только сотрудники с радостью приходили — Еще несколько лет назад офтальмологическому отделению по медицинским, но и по социаль- на работу. Мне очень приятно, что требуется не меньше ста коек, что-

> Коечный фонд в офтальмося по всей стране. В этом плане

В принципе я не имею ниче-

тальмологическом отделении вать все виды офтальмологи- внимание лазерному лечению оф- сии, как говорится, «грести под одну гребенку». Например, в Республике Адыгея есть только два и несколько поселков. Более полоских районах, в том числе в труднодоступной горной местности. регионе — одна из самых высоких

> Транспортную доступность мнообщественном транспорте доехать ние Адыгейской Респуб. **— Наша беседа получается** ет очень непросто. Личным транс- ся моим первым и единственным

> > В этой ситуации мы просто не заведующей отделением. можем отказать больному в госпипроблемы со здоровьем. То есть го- нядся интерес к профессии, чтобы

> > вать пациентов не только для про- вершенствования. Например, на ведения операций, но и для консервативного лечения при тяжелых вместе со мной находится молоофтальмологических патологиях.

— Не могли бы Вы привести конкретные примеры?

— Например, мы госпитаздравоохранения и стационаро- лизируем при увеитах, тромбозах

центральной вены сетчатки, дис ки... Я убеждена в том, что при планировании коечного фонда организаторам российского здравогорода — Майкоп и Адыгейск — охранения необходимо учитывать региональные особенности.

> Пользуется ли в Адыгее престижем профессия врача-офтальмолога? Работают ли в отделении молодые сотрудники?

— Да, у нас есть смена. Профессия врача, в том числе врачапризнать удовлетворительной. На жем. Офтальмологическое отделеиз дальнего села до Майкопа быва- клинической больницы являетпортом обеспечены далеко не все местом работы. Я работаю здесь жители. Приходится брать такси. с 1989 года. С 2001 года являюсь

Мы вынуждены госпитализиро- можность профессионального содая сотрудница — специалист по лазерному лечению, которая получила направление на курсы повышения квалификации.

«Белые ночи – 2015»

Ольга Геннадьевна Гусаревич, д.м.н., профессор кафедры офтальмологии

Внедрять современные технологии,

повышать хирургическую активность

Новосибирского государственного медицинского университета, главный офтальмолог



Ольга Васильевна Шуйгина, врач-офтальмолог Санкт-Петербургской городской поликлиники № 13:

Повышение квалификации — важнейшая задача врачей поликлинического звена

столицы имеют, по моей информа- гладко: людям приходится слишком

В случае необходимости у нас мых исследований. В частности, это тальмологов нет оснований жалое есть возможность направить пациотносится к проведению томограмваться на плохую оснашенность. ентов для дополнительного обслемы сетчатки. Промедление с про-У нас в поликлинике есть и совре- дования в стационары, в городской менные щелевые лампы, и ком- консультативно-диагностический огорчает и вызывает обеспокоенпьютерный периметр, и прибор центр № 7 (глазной). Правда, в стадля кератопахиметрии. И другие ционарах и в консультативно-диа- ет, замедляет работу врачей район городские поликлиники Северной гностическом центре не все идет ного звена.

эмульсификации катаракты. Люди ведением исследований не только если они хотят, чтобы операция была проведена в рамках ОМС.



Ирина Евгеньевна, Ваше

«Белые ночи» даст возможность

читателям газеты поближе по-

знакомиться с работой офталь-

мологов в районных центрах.

Как обстоят дела в Кольчугино?

о Кольчугино, мне бы хотелось об-

ратить внимание на прозвучавший

на конгрессе доклад главного оф-

тальмолога Минздрава РФ, д.м.н.,

профессора В.В. Нероева «Акту-

альные вопросы организации оф-

тальмологической помощи в РФ».

В этом докладе были такие стро-

ки: «Мы провели исследование по

оснащенности необходимой тех-

никой медицинских учреждений

1-го и 2-го уровней в 73 регио-

нах страны. К сожалению, данные

которые мы получили, неутеши-

тельны: в среднем лишь 69% уч-

реждений оснащены рабочими

местами офтальмолога. Многим

не хватает самого простого обору-

дования. Причем в одних регионах

оснащение полное, а в других —

вообще ничего нет. К тому же при

— Перед тем как говорить

Ирина Евгеньевна Куликова, врач-офтальмолог Кольчугинской Центральной районной больницы (г. Кольчугино Владимирской области):

Районное здравоохранение нуждается в помощи

чительно дешевле импортного». участие в работе конгресса

 Кольчугинская Центральет офтальмологическим оборудованием?

 В нашей больнице нет полноценного офтальмологического отделения. У нас работает офтальмохирург в травматологическом коллега ведем работу в поликлиническом отделении. У нас имеются оборудованные кабинеты для оказания офтальмологической

Но все-таки современного оборудования не хватает. Например,

— Такое дорогостоящее оборудование действительно необходимо в Кольчугино? Может быть. более рационально предложить пациентам для оказания высокотехнологичной медицинской помощи направиться во Владимир ный город?

Периодические издания

— Кольчугино — не такой мапроведения компьютерной когерентной томографии. Но мне дуная районная больница облада- мается, что было бы лучше прово-

> Конечно, я не являюсь ни экономистом, ни организатором здравотический когерентный томограф это не причуда, а насущная потребность, которая выявилась за годы работы. Районное здравоохранение нуждается в помощи

Не хватает и другого офтальмологического оборудования. У нас, например, нет прибора для проведения флюоресцентной ангиографии. Нет приборов для бесконтакту нас нет оптического когерентного ного измерения глазного давления. А эти приборы очень важны для больных глаукомой! Нам также нужны современные авторефрактоетры, компьютерные периметры...

— Хотелось бы надеяться, что нашу беседу прочитают организаторы российского здравоохранения, и в Кольчугинскую Ценили другой близлежащий круп- тральную районную больницу придет необходимая техника...

www.aprilpublish.ru

Выпускаем в Свет

научные издания

— Я совсем не хочу представлять в среднем по России закупки отече- ленький город. В нем живут более владимирскую медицину в черном ственных приборов сокращаются: 44 000 человек. А всего в Кольчу- свете. Областному здравоохране-Хотя российское оборудование зна- 56 000 человек. Мы и сейчас посы- ле и владимирской офтальмологилаем пациентов во Владимир для ей. За последние годы произошло ниц и поликлиник областного центра, в том числе и офтальмологиче-

> На сегодняшний день в больницах Владимира можно получить в офтальмологических кабинетах. высококвалифицированную медицинскую помощь, соответствующую самым высоким российским и мировым стандартам. Произведено техническое перевооружение и целого ряда районных больниц. В частности, высокотехнологичную медицинскую помощь в сфере офтальмологии можно получить в районном центре Струнино. Но до многих районов области технический прогресс еще

— Может быть, Вы стремитесь к невозможному? Все-таки Владимирская область является дотационным регионом. Бюджетные возможности здесь не столь велики. Поэтому за короткое время модернизировать всю систему организации медицинской помощи, наверное, нереально...

Контакты

нальное зерно. Но я родилась и всю жизнь прожила во Владимирской его края. Мне бы хотелось, чтобы область по всем показателям была

Кроме того, существуют стандар ты Министерства здравоохранения РФ, которые четко определяют, какое оборудование должно иметься сравнивала российские и зарубежные стандарты... Отечественные очень высокими в мировом масштабе. Мне думается, что эти стандарты ся, причем всеми регионами, вне зависимости от финансового положения субъекта Федерации

Недавно у меня состоялся разговор с приятельницей, врачомобласти, которая в настоящее время работает в Чехии. Она считает. что наше областное звено здраво охранения вполне может конкурировать со странами Европейского Союза, а вот районы области пока не дотягивают до высокой планки.

Несмотря на имеющиеся трудности, вам удается выполять поставленные залачи

— В больнице сложился прекрасный коллектив, которым руководит опытный организатор здрасвоего дела, И.В. Матвеева. Ирина Владимировна как директор больницы делает все от нее зависящее, чтобы Кольчугинская ЦРБ работала максимально эффективно.

чтобы внутренние проблемы медиков не касались пациентов. Если мы в своем учреждении не можем провести необходимые исследования или операции, то своевременно направляем пациентов в другие районы, в более крупные города. Самое главное, что у нас в больнице царит доброжелательная атмосфера. Поэтому кольчугинцы, которые при появлении каких-то тревожных симптомов не затягивают с походом к врачу, а также регулярно проходят диспансеризацию, могут быть уверены, что все возможные заболевания, в том числе и офтальмологические, будут выявлены на ранних стадиях.

«Белые ночи – 2015»



помнился Вам XXII Международный офтальмологический кон-

 Разумеется, я как главный рального округа с особым вниманием слушала доклад главного офтальмолога РФ, д.м.н., профессора В.В. Нероева «Стационарная офтальмологическая помощь в РФ, дневные стационары, хирургическая активность».

вич положительно оценил процесс реформирования медицинской отрасли, процесс организации офтальмологической помощи. Деятельность офтальмологов Сибири день пребывания в офтальмологитакже получила высокую оценку.

обоснованным. Пациент не может «просто так» лежать в стационаре, чтобы ему там капли закапывали...

Сибирского федерального округа:

формирование». О каких рефор-

Реформирование — это вне

дрение современных технологий,

повышение хирургической актив-

ности, повышение эффективности

редь, речь идет о стационарозаме-

Но важно, чтобы это сокращение

проводилось осознанно, чтобы оно

учитывало реалии каждого кон-

образную фразу: «Койка — это не

лежбище». Это значит, что каждый

Владимир Владимирович Неро-

кретного региона

адекватные формы лечения: комуто нужен стационар, кому-то дневной стационар, а кто-то вполофтальмолог Сибирского феде- и качества лечения. В первую оче- не способен выполнять рекомендации врачей у себя дома. Как Вы оцениваете стати-

связан с сокращением избыточностические данные по хирургиго коечного фонда в стационарах. ческой активности?

Например, в Новосибирской области хирургическая активность а в дневных стационарах — окоев привел в своем докладе такую ло 35%. Мне думается, что это достойные цифры, которые близки к оптимальным.

В дневных стационарах в на-

Игорь Эдуардович Иошин, д.м.н., заведующий офтальмологическим отделением

профессор Российской государственной медицинской академии постдипломного образования:

ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации,

Поддерживать стационарозамещающие

различные хирургические операции, в том числе по поводу катаракты и глаукомы.

 В каких ситуациях целесообразно проводить операции в условиях круглосуточного

— Нередко целесообразность пребывания в стационаре связано не с самими хирургическими вмешательствами, а с общим состоянием больного. Таким образом, одну и ту же операцию можно проводить и амбулаторно

Мы рекомендуем стационарное размещение в том случае, если путствующие заболевания, требующие наблюдения различных специческом стационаре должен быть стоящее время проводятся самые алистов. Например, в стационаре

методы лечения, такие как очищение крови

ские диагнозы, предполагающие стационарное наблюдение. При язве человека домой, так как возможно выпадение оболочек глаза, то есть такое негативное развитие событий можно избежать, так как в экстрен-

Операции при отслойках сетчат в условиях стационара, так как в послеоперационный период мотребующий экстренного врачебного вмешательства.

«Белые ночи – 2016»



— Что Вы думаете об организации офтальмологической помощи в России на современном этапе? Какими успехами мы можем гордиться? Какие проблемы являются на сегодняшний день

— Я больше люблю говорить не об успехах, а о проблемах, о нерешенных задачах. Д.м.н., профессор В.В. Нероев упомянул в своем ющие технологии. Давайте разби-

40% операций в связи с катарактой проводятся в России в круглосуточных стационарах. Это недопустимо высокая цифра! Значит, стациона-

технологии

— А почему это происходит?

достаточно развиты.

— Думается, что корень проблемы в том, что система обязатель-(ОМС), мягко говоря, недостаточно поддерживает стационарозамещадокладе, что на сегодняшний день раться с тарифами ОМС! Клиникам чтобы эта система способствовала что главным критерием в оценке

гораздо выгоднее проводить опе- эффективной организации медирации именно стационарно, а не амбулаторно

С добровольным медицинским страхованием (ДМС) дела обстоят по-другому. Здесь тарифы более сбалансированные. Но на сиэкономический кризис. Платежеспособный спрос населения упал. стало меньше. Все-таки «становой хребет» российского здравоохрацинской помощи, а не оплачивала «содержание коек».

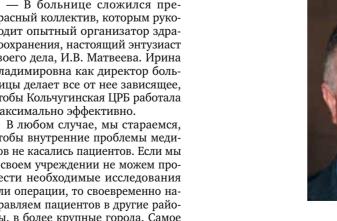
Существует еще целый ряд про-К сожалению, нередко на клиники накладываются необоснованные ошибками в заполнении историй болезни или других документов... Я не хочу сказать, что оформление документации — дело второстепенное. В медицине мелочей

работы врача должны быть резуль-

Хотелось бы, чтобы в системе ОМС работало больше профессидвигающих передовые технологии в медицине. Медики и страховодна команда. И должны работать слаженно в интересах наших

эта гарантия поступательного развития медицинских учреждений.

«Белые ночи - 2016»



— Салаутдин Джалалович, какие впечатления остались у Вас от пяти дней работы форума?

 Главное впечатление: современные технологии нахолят применение в провинциальных клиниках, принимали представителей круп- вашу клинику. технический прогресс в офтальмо- ных столичных клиник как «пологии не ограничивается столица- сланцев с другой планеты»... На году на базе кафедры глазных бо-В провинциальных медицинских уч- нащение медицинских учреждений ственного медицинского универси- Ставропольского края. Здесь у них ные, косметические... реждениях, областных и районных вполне можно сравнивать.

Современные технологии находят

применение в провинциальных клиниках

Салаутдин Джалалович Гаджиев, директор клиники микрохирургии глаза

нологий, освоения новых методов го лечения.

Возможно, я поделюсь своим субъективным взглядом, но еще в Санкт-Петербурге. десять лет назад на конгрессе «Белые ночи» провинциалы вос-

дернизации, внедрения новых тех- приобрел еще большую практи- дителю кафедры, д.м.н., профессо- ние. И это обходится им дешевле, ческую направленность. У врачей ру Льву Павловичу Чередниченко. консервативного и хирургическо- из регионов есть возможность ис-

— Представьте, пожалуйста, и даже из зарубежных стран.

Клиника была создана в 1994 тета. Инициатива по ее созданию остались родственники, друзья...

Таким образом, этот форум принадлежала тогдашнему руково- Они сами оплачивают свое лече-

пользовать тот опыт, те ноу-хау, ки существенно улучшило каче- медицинских услуг! с которыми они познакомились ство офтальмологической помощи пациенты из соседних регионов

Зарубежные пациенты — это,

чем в странах Европейского Сою-Думаю, что создание клини- за. При высоком качестве оказания

У нас работают 42 сотрудника, в Ставропольском крае. Есть у нас включая технических и вспомогательных. Прием пациентов проводят 11 врачей-офтальмологов, имеются 20 коек. Мы проводим в основном, граждане Греции, более двух тысяч операций в год: наши бывшие соотечественники. в связи с катарактой, в связи с глами и городами-миллионниками. сегодняшний день техническое ос- лезней Ставропольского государ- которые переехали в эту страну из укомой, витреоретинальные, лазер-

«Белые ночи – 2016»

Елена Юрьевна Маркова, д.м.н., заведующая отделом микрохирургии

и функциональной реабилитации глаза у детей ФГАУ «МНКТ «Микрохирургия глаза»

им. акад. С.Н. Федорова», вице-президент Ассоциации детских офтальмологов России:

Интерес к детской офтальмологии растет



— Зулейха Фаритовна, не могли бы Вы представить офтальмологическое отделение, которым Вы руководите?

— Офтальмологическое отделение № 2 было создано в 1979 году. Наше основное направление: хирургическое лечение опухолей органа зрения. Мы занимаемся опуглазного яблока, внутриглазными опухолями, опухолями орбивляется хирургическое лечение катаракты, глаукомы, косоглазия, прогрессирующей миопии, сосудистой патологии, эндокринной офтальмопатии.

Зулейха Фаритовна Абдулгазизова, заведующая офтальмологическим отделением № 2 Областной клинической больницы (г. Оренбург):

Значительные изменения за последние 15 лет

Должность заведующей я занимаю с 2002 года, а сотрудником больницы являюсь с 1990 года. У нас 25 коек. Работают 5 врачей. Также в больнице действует офтальмологическое отделение № 1, которое возглавляет заслуженный врач РФ Светлана Владимировна Дегтярева. Оно рассчитано на

ла Леонидовна Векслер. Лазерные тической ретинопатии, глаукоме, отслойке и дистрофии сетчатки. ях, вторичной катаракте, травмах

Офтальмологическая помощь также оказывается в консультативной поликлинике при больнице.

Как изменилось отделение за 15 лет, в течение которых Вы являетесь заведующей?

— Изменения очень значительные. Пятнадцать лет назад у нас не осуществлялись операции фако- Это хирургическое вмешательство эмульсификации. Не было многих Раньше пациенты в среднем находились у нас 6-7 дней. Сейчас они госпитализируются на 3-4 дня. Мнозерной микрохирургической оф- гие операции выполняются в услотальмологии. Им заведует Людми- виях дневного стационара. Вместе вмешательства осуществляются ются в госпитализации по причинам, при диабетической и посттромбо- не связанным с глазными патологиями. Любая офтальмологическая операшия неминуемо является стрессом внутриглазных новообразовани- для пациента. Возможно обострение сердечно-сосудистых заболеваний особенно у пожилых людей. Жителям отлаленных сельских районов бывает удобнее находиться в больнице, а не искать себе жилье в областном центре на время лечения.

операций, которые мы выполняем, хотела бы обратить внимание на трабекулэктомию с имплантацией различных видов дренажей. выполняется при глаукоме.

— Почему Вы отметили имен-

— Эта операция была подробно описана в интереснейшем докла- и с финансированием, и с обновледе д.м.н., профессора С.Ю. Астахова «Хирургическое лечение глауком: история и современность». И мне было очень приятно, что мы уже проводим целый ряд операций, которые профессор Астахов считает весьма эффективными.

Приведу еще один пример. На пленарном заседании выступил американский офтальмолог N. Bressler с докладом «Новейшие достижения в терапии диабетического макулярного отека по DRCR.

Среди множества современных net» В этом выступлении шла речь гиогенеза при лечении макулярных отеков. Мы также используем эти

> Ваши слова звучат оптимистично. Но, вероятно, в Вашей работе есть и трудности, нере-

ганизации помощи юным паци-— Конечно, есть трудности нием оборудования, и с документооборотом. Но мы сохраняем оптимизм! В современных условиях врач, в том числе и офтальмолог, ментоведом. Пока электронный документооборот не только не уменьшил нагрузку на врачей, но даже ее увеличил... Необходимо заполнять множество документов для страховых компаний, надзорных организаций и т.д.

«Белые ночи – 2017»



— Жанна Сергеевна, как организовано у Вас оказание офталь-

— В офтальмологическом отделении нашей больницы работают всего два врача: заведующий отде-15 коек. Кстати, еще пять лет назад у нас было 40 коек. Но в рамках оптимизации системы здравоохранения коечный фонд был сокращен.

Жанна Сергеевна Нестерова, врач-офтальмолог Центральной районной больницы (г. Касимов Рязанской области):

Мечтаю о современном офтальмологическом оборудовании

онарах — это не только общероссийская, но и общемировая — Мы успешно работаем и с ны-

нешним коечным фондом. Для меня было бы очень важно, что- цию катаракты через роговичный в Касимовской Центральной районной больнице обязательно сохраниуспешная диагностическая работа, рургического лечения.

Конечно, у нас имеется немало проблем. Я мечтаю о современном нии. Например, в нашей больнице, к сожалению, не производится факоэмульсификация. Мы проводим только экстракапсулярную экстрак-

ции выполняются на современном звено является очень важным.

разрез. Но антиглаукомные опера-

 Вы сказали, что главный капитал офтальмологического отделения — это доверие пациентов. Как удается завоевать это

— В современном мире существенно повысилась мобильность людей. Касимов располагается в 262 километрах от Москвы, от Рязани нас отделяет 165 километров автомобильной дороги. Мно-Районные стационары, так же гие жители Касимова могут позво капитал — это доверие пациентов, как и районные поликлиники, — лить себе проконсультироваться это первичное звено оказания оф- в ведущих московских и рязанских

Наши диагнозы, наши методики лечения подтверждаются ми. Поэтому пациенты понимают, что в родном Касимове, по мев большинстве случаев, оказана квалифицированная помощь. то обязательно направим в другие

излучатель с бегущим

характером двух факторов

воздействия

магнитногое поле и ИК-лазерное излучение)

«Белые ночи – 2017»





герминала аппарата "АМО-АТОС-ИКЛ"

в орбите глаза

глаукоме (снижение внутриглазного давления, нейропротекторная терапия) тиреоидной офтальмопатии

отслойках сетчатки

послеоперационных осложнениях и их профилактике нарушениях аккомодации (спазм, ПИНА)

Разработчик и изготовитель

410033, г. Саратов, ул. Панфилова, 1. Тел./факс: (8452) 450-215, 450-246, 340-011. trima@trima.ru www.trima.ru



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2019

— Чем Вы можете объяснить это явление? Елена Юрьевна, два года на-— Увеличивается продолжительзад Вы возглавили детский отдел ность жизни и одновременно уве-МНТК. Хотелось бы узнать об осоличивается временной отрезок,

низаторов здравоохранения.

обозначаемый как «детство». На-

ру ответственности детский врачей,

в том числе детских офтальмоло-

в соответствии с директивами Ми-

Работы у детских офтальмоло-

ентам в Федоровском центре. В первую очередь, мне бы хоглазные болезни — это очень важ- енты до 18 лет. В настоящее время ное направление офтальмологии. Может быть, эти слова звучат немного банально. Мол, каждый спе- сфера ответственности наших колциалист считает свою сферу самой лег, возможно, будет расширена до главной... Но на самом деле в по- 21 года. В дальнейшем предполаследние годы мы наблюдаем по- гается привлекать детских врачей вышение интереса к педиатрии к лечению пациентов до 30 лет. со стороны «взрослых» офтальмологов. Это, кстати, касается и дру- гов, в том числе сотрудников МНТК, гих областей медицины. Педиатрия в последние годы стало больше. оказывается в центре внимания А будет еще больше!

бенностях Вашей работы, об ор-

— Расскажите, пожалуйста, 25 коек. Ни увеличения, ни соо структуре детского отдела МНТК.

тальмохирурга, включая меня, два научных сотрудника и три врача-офтальмолога, занимающихся диагностикой, а также иплеотоортопической (аппаратной) реабилитацией маленьких пациентов. Имеется 25 коек

сударственных клиниках, в том числе и детских, коечный фонд сокращается. Вас этот процесс не затронул? Политика руководства МНТК,

профессора А.М. Чухраёва, позволяет сохранить детскую службу в МНТК: наряду с высокотехнологичной хирургической помощью

кращения их числа не планиру-— У нас работают четыре оф- ется. У нас очень высокий оборот коек. Это связано с высоким профессионализмом наших сотрудников и первоклассным оборудо ство пациентов выписываются уже на следующий день после операции. Разумеется, койки у нас не

простаивают.

Опасности сокращения коечно го фонда у нас нет, так как МНТК, в том числе и его детский отдел, работает на всю страну. Это федеральное медицинское учреждение. И к нам обращаются родители юных пашиентов с самыми тяжелыми случаями. Сейчас МНТК МГ стал Национальным центром, поэтому возможностей для реалиратного лечения. По моей инфор- статочно. В МНТК всегда есть возмации, с момента создания МНТК можность обратиться за советом в детском отделении всегда было к лидерам из других подразделений

ма, либо в операционной получить квалифицированный совет

— Что Вас больше всего волнует как руководителя детского отлеления? Какие залачи Вы ставите перед собой? Какие задачи ставит перед Вами руководство

 Мне думается, что главная задача состоит в том, чтобы в детскую офтальмологию активно и достаточно быстро внедрялись самые лой» офтальмологии, разумеется, с учетом специфических особеннося и к лекарственным средствам, и к аппаратному лечению, и к хирургическому вмешательству



Владимир Ильич Лебедев, главный детский офтальмолог Сибирского федерального округа (СФО) Минздрава РФ, главный офтальмолог Минздрава Алтайского края, заведующий Вторым отделением КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», заслуженный врач РФ:

Проблемы детской и «взрослой» офтальмологии во многом пересекаются

— Владимир Ильич, Вы одноадминистративные должности: главного детского офтальмолога СФО и главного офтальмолога Алтайского края. У Вас не возникает трудностей с этим

— Я не стремился к этой двой- и у взрослых, и у детей. Причиной нагрузке, но и не стал от нее от-

нением выдвинули мою кандидатуру. Проблемы детской и «взрослой» офтальмологии во многом

Возьмем такое заболевание, как

синдром «сухого глаза». К сожалению, мы видим широкое распространение этой патологии казываться, когда соответствующие ток электронных гаджетов, пере-

органы управления здравоохра- напряжение органа зрения, избыточная зрительная нагрузка. Специфика юных пациентов со-

стоит в том, что у них орган зрения еще не сформировался. И поэтому дети в особой «зоне риска».

 Широкое распространение синдрома «сухого глаза», наверное, нельзя объяснить только повышенной зрительной

— Это главная причина. Но факстраненность контактной коррекции зрения. Я бы сформулировал эту проблему шире: проблемы контактной коррекции связаны с возможностью пациентов самостоятельно приобретать контактные

линзы без соответствующей кон-

сультании у спениалиста. Если пациент не обследовался у офтальмолога и не наблюдается

у него, если он не соблюдает реи обработке контактных линз, то результаты могут быть плачевнызаболевания глазной поверхности должным образом нелеченные. тоже зачастую приводят к синдрому «сухого глаза». Все эти вопросы подробно обсуждались на конфе-

«Белые ночи – 2019»



— Наталья Александровна, как изменилась Ваша работа в последние годы?

Наталья Александровна Напалкова, врач-офтальмолог офтальмологического отделения Городской больницы № 1 (г. Магнитогорск Челябинской области):

Имеется потребность в дополнительном оборудовании

нились. У нас была внедрена фако- нальные операции. эмульсификация катаракты.

не решены. Нам требуется еще один ске (а это почти полумиллионный области офтальмологов хватает. логическом отделении был больше.

Конечно, за это время технологиче- треоретинальную хирургию. Тогда аппарат. Он находится в одной из цинского университета. ские процессы существенно изме- мы сможем проводить витреорети-

Офтальмологическому отделе-Впрочем, вопросы обеспеченно- нию также требуется оптический сти оборудованием у нас в больнице когерентный томограф. По моей до сих пор, к сожалению, полностью информации, во всем Магнитогор-

частных клиник.

— Кадрами ваша больница

— Думаю, что не только в Магнитогорске, но и во всей Челябинской

— В Магнитогорской городской факоэмульсификатор. Желательно промышленный центр Южного В основном, это выпускники Южнобольнице я работаю с 2003 года. 🛮 также, чтобы он поддерживал ви- 🔝 Урала!) есть только один подобный 🔻 Уральского государственного меди-

> Как вы обеспечены лекарствами и расходными материалами?

— В основном, наши потребности удовлетворены. Но хотелось бы. чтобы выбор лекарств в офтальмо-

Анастасия Витальевна Макаревич: Офтальмология —

это мое дело!

Пройдя полугодовую подготовку на базе университета, а именно: поликлиника, отделение микрохирургии глаза, отделение травмы глаза, травмпункт и оптика — я попала в ЦРБ на смешанный поликлиниче-

ский прием. Отправлять интернов

в села — дело привычное.

Мой кабинет расположен на втором этаже двухэтажного здания. В наличии: таблицы Головина-Сивцева и Орловой, аппарат Ротта, периметр Ферстера, ЩЛ, зеркальный офтальмоскоп, прямой офталь- средственно на операцию. Вопрос москоп, экзофтальмометр, проектор знаков, набор пробных линз и скиаскопические линейки. То- нике есть. Кстати, в ЦРБ имеется ми и ожогами от петард и ракет. нометрию проводим тонометрами

Первый месяц, когда еще никто не знал, что в поликлинике начал вести прием офтальмолог, пациентов было мало, в основном медосмотры и диспансеризации. Каждый день все свое свободное время я посвящала изучению офталь- ред. Понемногу выделяют оборудомологии. К слову, решение стать офтальмологом я приняла, сдавая тастрофически не хватало. Первый месяц справлялись сами. Мы вели

мостоятельной работы. Сложности более опытного врача. Конечно, когда не видевшие 4 года врача скую офтальмологию, что вызывает люди поехали ко мне со всех уголков района. Встречались очень за- мо. Наш главврач поощряет стремпущенные случаи. Многое лечи- ление молодого специалиста к знали самостоятельно, вели прием, буквально обложившись книгами. В первый месяц приняли 500 человек, 17 отправили на оперативное лечение катаракты, 7 — на дообследование глаукомы. На опера- Врач-офтальмолог ГБУЗ ции пациенты едут в Барнаул, это 10 часов на поезде. Для большинства такие переезды представляют большие трудности, как в материальном плане, так и из-за плохого общего состояния большинства больных. Ехать приходится два раза, первый — на консультацию, тогда же ставят на очередь, затем, примерно через две недели, непооб операционной в селе решается, малая операционная в поликлиоптика, куда раз в месяц приезжают оптометристы и проводят АРМ и пневмотонометрию.

К 26 апреля мы приняли 600 человек (план — 320)

Я продолжаю много читать, сейчас чувствую себя намного увереннее. Маленькими шажками иду впевание, что очень радует. Останусь ли я здесь? Да. В районе действует плохая помощь мололому специалисту. Сейчас, объективно оценив си-

с сертификатом по офтальмологии, что я попала сюда. Такого опыта пациентов, сроки ожидания — от Врач-офтальмолог медикотрудности, но, думаю, это исправиниям. Мое ли дело офтальмология? Однозначно, да!

«Поле зрения» №4-2017

«Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского»

Роман Олегович

На краю Земли, или Здесь начинается

Офтальмологическая служба Камчатского края первой в России встречает Новый год с его травма

Врачи в крае есть, но не везде. В Петропавловске-Камчатском, Елизове, Вилючинске — имеются. В других населенных пунктах офтальмолог он же и терапевт, хирург, уролог и проктолог в одном лице. Есть области, где, кроме фельдшера с медведем, никого нет. бригада специалистов разных профилей, садится в вертолет и летит госэкзамены, поэтому знаний ка- программа «Земский доктор». Не- в эти районы, чтобы оказать людям помощь и выдать направления.

В поликлиниках к офтальмологу

имеющей четырехлетний опыт са- я бы не получила, стоя за плечом двух недель до полутора месяцев. Инородные тела не удаляют, швы не начались на второй месяц работы, жаль, что я не успела пройти дет- снимают. Всех отправляют в стационар, где существует свой офтальмологический поликлинический кабинет — диагностический фильтр для поступающих со стороны.

> Стационар есть только в Петропавловске-Камчатском (население — 180 тыс. чел.), это Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского. Коечная мощность офтальмологического отделения — 45 мест (располагается на на помощь может прийти эндокринолог, терапевт, гастроэнтеролог и невролог).

> Укомплектованность врачебным и средним медицинским персона-Случается так, что дежурит «автопилот», тогда на экстренный случай вызывается главный внештатный специалист.

> Традиционно ведутся «консервы» и хирургия. Время ожидания на ФЭК+ИОЛ — 1 год. Многое делаем, значительно больше не делаем. На интравитреальные инъекции препаратов, кератопластику, витрэктомию, ФДТ отправляем за пределы края.

В структуре отделения есть лазерный кабинет. Проводим ОКТ, Несколько раз в год собирается ФАГ, ЦФК, БЛК, ПРЛК (в распоряжении 810 нм и 532 нм), Yag Nd иридэктомии, дисцизии, ЛТП, ЛДГП, лазерное удаление поверхностных новообразований

Ввиду удаленности от материиз Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова с лекциями и «последними» веяниями науки.

«Поле зрения» №4-2017

Врач-офтальмолог офтальмологического отделения ГБУЗ «Сыктывкарская городская поликлиника № 3»

Ольга Викторовна Иванова:

Земля моя КОМИ

Офтальмология Республики Коми официально существует с 1 октября 1924 года.

В 12 районах работают 12 центральных районных больниц. В среднем 1 окулист приходится на район, не считая 5 городов. Поли- гие регионы, например, маленькую клиники имеются не в каждом городе. В Республике работают два офтальмохирургических центра: отправил в Москву, в МНТК «Мив Сыктывкаре (отделение на базе крохирургия глаза». Республиканской больницы) и Ухте (офтальмологический центр).

В Республике Коми также есть Диабетический центр, в штате которого работает окулист, выполняющий лазеркоагуляцию сетчатки. и Диагностический центр

Поликлиники не оборудованы амбулаторными операционными, оэтому манипуляции осуществляются в пределах процедурного ческим учреждением в Кемеровкабинета. Оперативные вмешатель- ской области является Кемеровства проводятся на базе офтальмо- ская областная офтальмологичехирургических центров Сыктывка- ская больница, откуда я и вышла, ра и Ухты: ЭЭК+ИОЛ, ФЭК+ИОЛ, получив диплом об окончании оргониосклерэктомия, LASIK, ФРК, динатуры по специальности. витреальная хирургия (гемофтальм, введение лекарственных тальмологической больнице просредств), лазерные процедуры (на водится большое количество фако-

сетчатке, угле передней камеры). эмульсификаций — амбулаторно Диагностическое оборудование и в стационаре. Работают витре-(кроме рутины) на всю республику: альное отделение, отделение гла-OKT-1 шт., УЗИ глаза — 1 шт., укомы. Два врача занимаются но-АВ-скан — 2 шт., ФАГ — нет. Сред- вобразованиями. В детском отденее оснащение офтальмологическо- лении — прекрасная диагностика го кабинета: аппарат Ротта, скиа- и лечение с упором на ретинопаскопические линейки, щелевые тию недоношенных. На высоком лампы, набор для подбора очков, уровне проводится лечение ретидиафаноскоп, прямой и зеркаль- нобластомы; выполняются пластиный офтальмоскопы, линзы Гольд- ческие операции мана, асферика, периметр Форстера (не электрический) и, конечно, туре я пришла работать в полиофтальмологический фонарик.

офтальмологического центра «Крофт-Оптика», Старый Оскол, Белгородская область

Айслу Курмантаевна Жармуханова

Я живу и работаю в городе Старый Оскол Белгородской области. Это небольшой (население 225 тысяч человек) город, носящий звание «Город воинской славы», чистый, ухоженный и уютный. В медико-офтальмологическом базе терапевтического корпуса, где центре «Крофт-Оптика» я работаю с октября 2016 года, а сам центр существует с 1999 года. В штате центра 35 сотрудников, из них 6 врачей-офтальмологов.

Оказываемые населению услулом существует скорее на бумаге. ги можно условно разделить на несколько разделов. Сначала перечислю те направления, в которых я наравне с другими сотрудниками принимаю непосредственное

 – оптометрия — подбор и изготовление всех видов очков, в т.ч. очковой линзы и призмы Френеля); подбор всех видов контактных линз, в т.ч. кератоконусных, корнеосклеральных и ортокератологических (я подбираю пока не все).

 плеопто-ортоптика — диагностика и лечение косоглазия, в т.ч. с АКС и исправление нецентральной фиксации (есть БО и макулотестер); общая офтальмология, взрослая и детская; лазерное хирургическое лечение патологии глазного дна (в основном, диабетическая ретинопатия).

- направление, в котором я не принимаю участие. — это микрохирургическое лечение заболеваний переднего отрезка глаза (ФЭК, операции по поводу птеригиума, глаукомы и т.п.).

В городе, кроме нашего центра, работает еще один офтальмологический центр, где проводят рефракционные лазерные операции, есть офтальмологическое отделение в медсанчасти, а также несколько частных центров, в которых ведется прием врача-офтальмолога.

Благодаря широкому спектру оказываемых услуг, большинство пациентов, обратившихся к нам за помощью, у нас же и остается. На витреоретинальную хирургию направляем в Белгород. Некоторых пациентов направляем по договоренности к офтальмологам в друпациентку с врожденной катарактой наш главный врач напрямую

«Поле зрения» №5-2017

Врач-офтальмолог поликлиники №20 г. Кемерово

Светлана Георгиевна Капкова

Самым крупным офтальмологи

В Кемеровской областной оф-

Еще во время учебы в ординаклинику №20, «по месту житель-«Поле зрения» N^2 4-2017 ства», где меня приняли с радостью.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

ние составляет порядка 51 тысячи нимаю порядка 45 человек в день, ние кабинетов довольно скромное. находящийся в одном из трех отделений, где я веду прием один раз

в неделю. Платные приемы, выездные бригады — все это превратило меня практически в маленькую пони. Но любовь к работе, желание совершенствовать знания и практические навыки не покидают меня. Александр Владимирович Всегда надеюсь на лучшее. Провожу мелкие манипуляции по подбору очков, промыванию слезных каналов, по удалению инородных тел. Занимаюсь лечением дакриоциститов, иногда выполняю удаление мелких новообразований.

«Поле зрения» №5-2017

Врач-офтальмолог Алексинской РБ №1 имени профессора В.Ф. Снегирева, Тульская область

Ольга Сергеевна Клестова

В районе 3 офтальмолога. С августа 2016 года я веду амбулаторпрофессиональной комиссии: выхо-Два-три раза в месяц выезжаем на консультацию в ФАПы.

В офтальмологическом отделении районной больницы 15 коек. В Ижевске окончил медицинскую В основном в отделении находятся академию, прошел ординатуру по пациенты для нейротрофической офтальмологии, после окончания терапии при открытоугольной глаукоме III-IV стадии, ВМД (влаж- Республиканской офтальмологиная форма), пигментной абиотрофии и т.д. Изредка поступа- тем в частном центре «Ижвижн», ют экстренные пациенты. На базе где проводил лазерную коррекотделения проводятся амбулатор- цию зрения (ЛАСИК, ЭПИЛАСИК, ные операции и компьютерная периметрия.

Оснащение моего кабинета: шелевая лампа ШЛ-2б (претензий цей Сивцева, набор пробных линз, вела прием (визометрия + ВГД) без врача 5 лет, грамотный и ответственный специалист. В поликлинику приходят раз-

ные люди: 50% — «просто проветы с хроническими заболеваниями (ОУГ и ВМД), следящие за собой, 10% — собирают документы МСЭ, и 5% с экстренными. Первые 3 месяца работы на прием пациента полагалось 12 минут, как у терапевтов, но потом, понаблюдав за более старшими коллегами, я поняла: кто не жалуется — того все устраива- Никита Александрович ет. Я нашла приказ Минздрава РФ №290н о нормах времени амбулаторного приема и отправилась у меня 15 минут на пациента!

эктропионов (блефаропластика по 40-50 минут пройти пешком. Кунту-Шимановскому) и энтропи-

Поликлиника состоит из трех от- важней. Больных, помочь кото- интернатуры. Второй доктор — веделений, прикрепленное населе- рым мы не можем в рамках поли- теран здравоохранения — трудится помощи большая, и желающих есть протезный центр «Okoris». клиники или малой операционной человек. В настоящее время я ра- отделения, мы направляем в КДЦ году ему исполняется 78 лет. Хоть циатива Минздрава по сокраще- спансере есть одно из немногих ботаю одна, без медсестры. При- при Тульской ОКБ. Очередь на он и не работает на полную став- нию очередей к врачам до 14 дней в России отделение офтальмоон-ФЭК+ИОЛ — от 2 до 10 месяцев. некоторые пациенты направляют- На сегодняшний день существуют ся в областную больницу. Оснаще- три очереди: полностью платная тальмологи в оптике и в частном операция — 1-2 месяца; платная Предметами обожания служат оф- палата, все остальное бесплатно тальмоскоп и авторефрактометр, 4-6 месяцев, все бесплатно — 8-10

«Поле зрения» №5-2017

Врач-офтальмолог глазной клиники «Мона Лиза», г. Ижевск Удмуртская Республика

Паймухин

..Теперь непосредственно об офтальмологии в Удмуртской Республике: в Республиканской офбольнице (170 коек) проводятся укома, слезные пути, витреальная Кроме того, в Ижевске работа-

ют 5 частных офтальмологических клиник, где проводят лазерную врачами-офтальмологами достаточно высокая.

Сам я работаю в глазной клинике «Мона Лиза». Клинике всего но-поликлинический прием в по- 2 года, поэтому оснащение доста- же пришла давно заказанная линликлиниках № 3 и № 2. К этим точно современное: лазерная си- за Гольдмана. Офтальмологическая поликлиникам прикреплено 33 ты- стема Alcon WaveLight®, состоящая сячи человек. Я также вхожу в со- из фемтосекундного лазера FS200 в электронный вид. став ВВК в военкомате и в состав Wave Light и эксимерного лазера ЕХ500 с сопутствующим диагностижу на подмену в отделение, когда ческим оборудованием: окулайзер заведующий отделением в отпуске. и тополайзер; факоэмульсификатор Infinity; микроскоп Carl Zeiss; биометр Nidek, ОКТ и др.

Я родился и вырос в Татарстане. которой работал в поликлинике ческой клинической больницы, за-ЛАСЕК, ФРК). Чуть больше года назад перешел в глазную клинику «Мона Лиза», где занимаюсь также лазерной коррекцией зрения не имею), аппарат Ротта с табли- (ФемтоЛАСИК, пока единственный в Удмуртии), кератоконусом, периметр Ферстера, тонометры катарактой. Основное направле-Маклакова, таблицы Рабкина, два ние нашей клиники — хирургия. прямых офтальмоскопа, зеркаль- Консервативное лечение (типа ный офтальмоскоп. Самая главная «витаминно-тканевая терапия») моя помощница — медсестра. Она мы не проводим, хотя лечим пациентов с глаукомой, патологией сетчатки (лазеркоагуляция, ИВВЛ), роговицы, с воспалительными заболеваниями.

В нашей клинике есть отдел оп риться, у нас давно не было вра- тики, где, помимо очков и мягких ча-офтальмолога», 30% — пациен- контактных линз, занимаются ортокератологией (ночные линзы).

«Поле зрения» №5-2017

Врач-офтальмолог Южноуральской городской больницы, г. Южноуральск, Челябинская область

Город Южноуральск Челябинс ним в оргметод отдел, и теперь ской области находится в 88 км к югу от областного центра. Насе-В малой операционной прово- ление составляет почти 40 тысяч дим промывание слезных путей, человек, а территория совсем неудаление халязионов, устранение большая — весь город можно за

В городе имеется одна больнионов, а также прочие небольшие ца. Офтальмологическая служба сооперации. Микроскоп очень ста- стоит из двух врачей и медсестры рый, с ним не то что ФЭК, ПХО во взрослой поликлинике, врача с трудом можно выполнять. Чест- и медсестры — в детской поликлино скажу, если бы мне предложили нике; медицинская сестра трудитобновить микроскоп или прямой ся в центре здоровья. Я работаю на офтальмоскоп, я бы выбрала вто- взрослом приеме с 2015 года после рое: в условиях поликлиники он получения диплома и одного года

в наших краях с молодости, в этом ку, но всегда помогает нам своим медицинском центре

В нашем поликлиническом ка- за недостаточную (<95%) и избыбинете имеются: таблица Сивцева и набор линз, рабочее место офтальмолога с авторефрактометром, пневмотонометр, тонометры Маклакова, периметры Ферстера и «Периком», щелевые лам- но. Пациента, не прошедшего ФОГ пы, зеркальные офтальмоскопы, и смотровой кабинет, заставляем скиаскопические линейки, линза это сделать, иначе мы не можем 20 Д, прямой офтальмоскоп Riester его принять, это относится ко всем без батареи. В наследство от глаз- плановым обращениям. У диспанного отделения остались советские электрические офтальмоскопы (плюс диафаноскопические насадки), эхоофтальмометр и хирургические инструменты. В былые вретальмологической клинической мена, до 1990-х годов, в отделении даже оперировали катаракту, но все виды операций (катаракта, гла- сейчас, к сожалению, не удалось сохранить операционный микроскоп. и v нас нет помешения для

направляется в Челябинскую об-Согласно санитарным нормам, большое количество глазных опемы у себя имеем право только изкоррекцию зрения, оперируют ка- мерять ВГД. За прошедшие два хирургию, ИВВИА, сквозную кера- ния неподъемна для больницы. таракту, глаукому. Оснащенность года почти все оборудование, кро- топластику. Срок ожидания на ФЭК Остро стоит проблема с лечением ме А-скана, приведено своими сии малые операции 5-12 месяцев; на лами в рабочее состояние, мы уже заднюю витрэктомию, сквозную в округе нет синоптофора и макуне пользуемся зеркальным офталь- кератопластику — до года, ино- лотестера, данная патология весьмоскопом, а смотрим прямым, такгда больше. Экстренные больные (травмы, увеиты, тромбозы, приступы глаукомы) госпитализирулитература почти вся переведена ются в Больницу скорой помощи (ОКБ №3). Также в этой больнице

привела к тому, что пациенты

ли. Перевыполнять план нежела-

тельно, предусмотрены санкции

точную (>100%) нагрузку. В боль

нице введена электронная доку-

ментация (БАРС). Трудно сказать,

ускорила ли она работу, но по-

вторные приемы оформлять удоб-

серных больных свой день — сре

да, все они записаны в большой

амбарной книге на 4 месяца впе-

ред. Вызовы на дом бывают край-

ции в стационаре проводит один

На плановое оперативное ле-

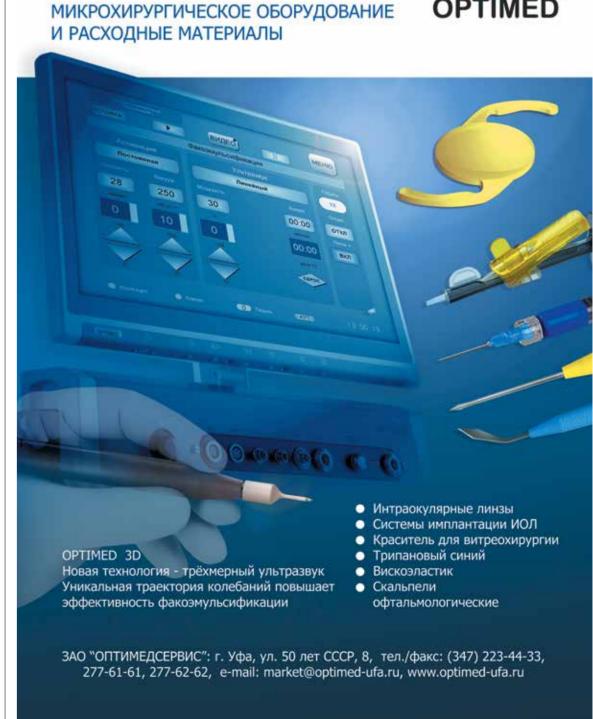
Потребность в медицинской работают пластические хирурги, попасть на прием много, а ини- В Челябинском окружном онкодиопытом. Также в городе есть оф- записываются ровно за две неде- с использованием брахитерапии, ФДТ, стереотаксической радиохирургии; имеется диагностический центр ПЭТ-КТ.

Частное учреждение, Центр Зрения доктора В.А. Шаимовой, первым в области внедрил ОКТангиографию и лазерный витреолизис. В 2016 году частная офтальмологическая операционная открылась в нашем городе, перечень операций включает ФЭК+ИОЛ, АГО и мелкие операции на переднем отрезке.

Каковы наши нерешенные проблемы? Неудовлетворительная доступность первичной помощи не редко, дежурств нет, консульта- логу лишь немногим легче, чем к неврологу. Низкая доступность малых операций — пациенты стоят до года в очереди на удаление чение основной поток больных папилломы в областном центре. ластную больницу, где проводится открытии своего дневного стационара, стало очевидно, что стоираций, включая эндовитреальную мость одного только оборудованые центры ей не занимаются. И, конечно, остро стоит кадровый

«Поле зрения» №5-2017







Рефракционные нарушения: симптомы дезадаптации и текущие заболевания

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

По материалам IX Международного симпозиума «Осенние рефракционные чтения»

Газета «Поле зрения» завершает серию публикаций, в которых были подробно освещены доклады, ДИСКУССИИ, а ТАКЖЕ ВОПРОСЫ, ВЫНЕСЕННЫЕ В ДИСКУССИОННЫЕ ПАНЕЛИ. (Начало см. в «Поле зрения № 2, 3, 4, 2019)

Блок 3. Рефракционные нарушения и сочетанная патология

Дискуссионная панель «Рефракционные нарушения и тонометрия»

Эксперты: к.м.н. С.В. Вострухин (Москва), д.м.н. Е.В. Карлова (Самара), д.м.н. С.В. Труфанов (Москва). Модератор: к.м.н. А.А. Антонов (Москва).



К.м.н. А.А. Антонов (Москва)

К.м.н. А.А. Антонов

Добрый день, уважаемые коллеги! Сегодня мы поговорим о провнутриглазного давления и взаимосвязи этих проблем с различными рефракционными нарушениями и состояниями, ассоциированными с рефракционной хирургией и сопутствующими проблемами. В работе нашей секции участвуют три эксперта, которые представят свой взгляд на проблему рефракционных нарушений и тонометрии.

Влияние различных проблем связанных с рефракцией, на определение ВГД достаточно серьезное Пациенты, имеющие различные рефракционные нарушения и состояния после коррекции этих нарушений, представляют собой одну из самых сложных групп для диагностики и выявления глаукомы. В этой группе заболевание протекает особенно тяжело. Профессор В.П. Еричев говорил о трудностях, с которыми приходится сталкиваться глаукоматологу при лечении пациентов с рефракционными нарушениями.

Речь пойдет об одном диагно стическом методе, о выявлении основного фактора риска глаукомы, о единственном способе контроля эффективности лечения.

Начнем с классификации методов измерения ВГД. С моей точки зрения, классификация может выглядеть следующим образом (рис. 1). Для пациентов, имеющих изменения или особые свойства роговицы и склеры, как это бывает при рефракционных нарушениях, особо актуальным представляется вопрос, измерение давления происходит с изменением формы роговицы или без изменения. В зависимости от этого мы применяем различные методы измерения ВГД. Методы, применяемые без контакта с роговицей, на данный момент, к сожалению, плохо реализованы технически. На схеме методы с деформацией роговицы по традиции разделены на импрессионные, Рис. 3

мической двунаправленной апла- менении традиционных апланацинацией. Это — новая, современная онных методик и подходах к корперспективой для пациентов, о ко- де динамической двунаправленной

шениями не могут быть использоством самой методики (слишком с тем, что при импрессии деформа-Ожидание хороших результа-

говицей у пациентов с измененной роговицей имело место, однатрия — это сложный метод, кото-

с деформацией

роговицы

без контакта с

Методы офтальмотонометрии

ректировке их результатов; о метоапланации роговицы и о современмерять ВГД без изменения формы

На выбор этих методов оказывает влияние такой ключевой параметр, как круговая симметрия сохранена ли круговая симметрия у пациентов с рефракционными нарушениями или нарушена. Серьезное нарушение круговой симметрии — астигматизм высоких стеце в виде рубцов или насечек после радиальной кератотомии.

ционных методов, воздушных и по рый на сегодняшний день мы не Маклакову, схожи, изменение формы роговицы происходит под меха-

ной жидкости смещается внутрь глаза и растягивает склеру (рис. 2). ний зависят от свойств роговицы

Для анализа свойств роговицы и склеры можно применять дифференциальную тонометрию (рис. 3), т.е. измерить ВГД разными грузами (по Маклакову) и, получив результат эластотонометрии, оценить Более перспективным является

метод двунаправленной апланации роговицы (рис. 4), позволяющий получить роговично компенсированное давление, т.е. давление, свойств фиброзной оболочки глаза. Приборы, представленные на рисунке, являются доступными, используются в клинической практике. Существует научный прибор ническим воздействием, при этом действия при двунаправленной Analyzer. При этом необходимо

Corvis (рис. 5), которого, к сожалению, нет на российском рынке. информацию не только о ВГД, но и о некоторых свойствах роговицы показывающую различные формы роговицы при различных состояниформацию о состоянии фиброзной оболочки глаза и качестве опреде-

ности не позволяет нам достоверленного процесса апланации рого-

с динамической апланацией

без деформации

Дифференциальная тонометрия Эластотонометрия Эластоподъем Патент РФ Nº2391951 «Способ прижизненного определения упругих свойств роговицы»

Двунаправленная апланация роговицы Ocular response analyzer и Reichert 7CR

Апланационные методы







А – воздушная «пушка»;

(инфракрасный): R – приемник отраженного сигнала.

источник освещения

IOPg – показатель ВГД, аналогичный тонометрии по Гольдману

доказано совпадение с тонометром Гольдмана на

большом клиническом материале зависит от свойств роговицы и склерь

ІОРсс – роговично-компенсированное ВГД рассчитано с учетом «биомеханики» фиброзной оболочки

практически одинаково до и после LASIK

знать, что результаты измерения ВГД в линзе и без нее по результатам не отличаются, что было доказано в результате проведенных исслелований. Способ обеспечивав том числе у пациентов с кератоконусом (3 и 4 стадии), с эпитрофиями роговицы, кератитами и кератоувеитами герпетической. состояниями после травм и керато пластических операций.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2019

относится тонометрия Паскаля (рис. 7), при проведении которой между датчиком прибора и роговицей; в механическом контуре рующий пульсовую кривую вну триглазного давления. В результате полученный без изменения формы роговицы, а также графический результат, указывающий на достоверность и амплитуду глазного пульса.

Точечная контактная тономеметодику, при которой легкий маг нитокинетический зонд под дей действует с роговицей; скорость отскока зонда характеризует ВГД формы фиброзной оболочки глаза, ее зависимость от индивидуальтельна. Метод может применяться у определенной группы пациен-С.В. Вострухина.

Если в вашем распоряжении нет ни одной из указанных методик доступен только транспальпебраль ный или бесконтактный тонометр. частую бывает выше, чем высокотехнологичные методы измерения ционными нарушениями или погии основным параметром, влияющим на стабильность рефракции, является именно внутриглазное ней периферии, т.е. усиливается давление. Поэтому изменение ВГД рефракционную хирургию, так или иначе будет сказываться на пререфракции. Исследуя рефракцию, по ее стабильности мы можем судить о стабильности ВГД. Стоит только учитывать, что механичекераторефракционных операций сле абляции зоной максимального оттока внутриглазной жидкости и распространению.





напряжения является центральная назначение гипотензивной теразона роговицы, и при повышении изменение рефракции в сторону сле радиальной кератотомии при повышении ВГД механические наэффект хирургического вмешатель-

щей гиперметропии (рис. 9). Контроль кератотопограммы рефракционную хирургию, может служить одним из способов оценкомы. Для пациентов с нестабильнарушения гидродинамики, с кос-

в глазу с определенными рефрак- ВГД у таких пациентов произойдет собов стабилизации рефракционного результата, т.е. профилактики Подводя итог вступлению и пе-

что при изменении ВГД у пациен заны эти проблемы с врожденным женным в данной группе сильнее: ские напряжения после различных ной рефракцией, с признаками ле с нарушением круговой симмераспределены по-разному. Если по-

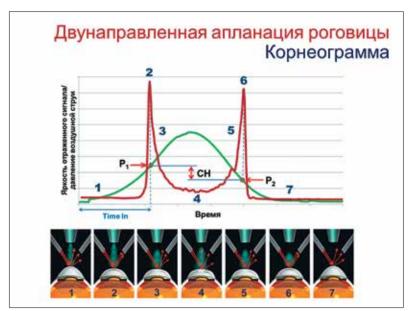


Рис. 6





К.м.н. С.В. Вострухин **«Современные методы офтальмотонометрии**

К.м.н. С.В. Вострухин (Москва)

Уважаемые коллеги!

Первым эффективным и широко применяемым в клинической практике хирургическим методом хорошо зарекомендовавшие себя исправления аномалий рефракции, в частности, миопии и астигматиз- операции. ма, стала радиальная кератотомия (РК), внедренная в практику акаде- шение об инициации нового науч- ра ICARE (рис. 2). Прибор ICARE миком С.Н. Федоровым в 1970-х го- ного исследования, посвященного позволяет измерять ВГД без како- Рис. 1 дах. К 2000 году только в системе современным методам офтальмото- го-либо воздействия на роговицу МНТК «Микрохирургия глаза» было нометрии после РК. Было отобрано и в определенной точке.

после радиальной кератотомии» более 600 тыс. опера- 185 пациентов: 105 человек, не

ских данных в литературе нет.

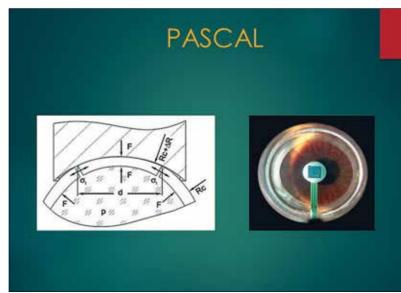
В настоящий момент пробле- ентов с глаукомой. ма последствий РК стоит достаточно остро; каждый офтальмолог в своей клинической практике обязательно встречал таких пациенваться с отдаленными последстви- ману, двунаправленную апланаями РК, одно из которых связано с влиянием послеоперационных из- методики, не деформирующие роменений роговицы на показатели говицу, — динамическая контурная офтальмотонометрии.

К 2000 году появились новые, тонометрия. лазерные кераторефракционные

ций, в США к 1995 году — свыше имевших офтальмологических за-1 млн. Операция была популярна болеваний, составляли контрольтакже в КНР, однако статистиче- ную группу, 50 пациентов после радиальной кератотомии, 30 паци-

Пациенты были разделены по принципу «деформация — не деформация роговицы»; апланационные методики включали тонотов. Докторам приходится сталки- метрию по Маклакову, по Гольдцию, бесконтактную тонометрию:

Динамическая контурная тонометрия проводится с помощью прибора Pascal (puc. 1), точечная В 2013 году было принято ре- контактная — с помощью прибо-



При двунаправленной пневмоапланации пациенты были разделены на три группы по варианту гистограммы (рис. 4). Первый вариант гистограммы — нормальный, встречается у всех людей был выявлен в 50% случаев; второй вариант — характерен для РК; третий вариант характерен при очень высоком давлении

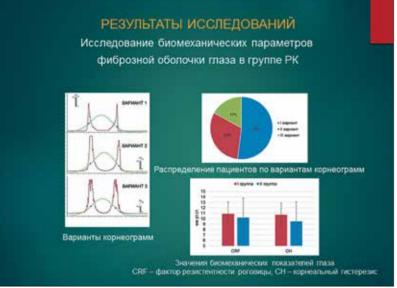
Свое внимание мы акцентировали на первом варианте, и практически всегда при таком варианте корнеограммы мы получали неплохие результаты офтальмотонометрии, которые соответствовали клинической картине. Однако это касалось только 50% случаев, и нам пришлось искать другие методы диагностики глаукомы у остальных пациентов.

Алексей Анатольевич Антонов уже показывал этот слайд (рис. 5), он взят из работы 2008 года, по- Рис. 4 священной механическому напряжению роговицы, и, как уже было сказано, существует перераспределение механических напряжений у пациентов после радиальной кератотомии. Центр более ослаблен, средняя периферия и насечки — самые напряженные места. Учитывая это, мы создали новый алгоритм, критерию которого соответствовала точечная контактная тонометрия (ТКТ) (рис. 6). Карта показывает, в каких местах было проведено исследование, при этом центральная область не затрагивалась.

Были получены следующие результаты. На рис. 7 справа представлены результаты исследования средней периферии, проведенные с помощью ТКТ. Можно видеть, что средние значения при таком исследовании соответство- Рис. 6 вали измерению ВГД в контрольной группе, что свидетельствовало о хорошей достоверности. Для подтверждения результатов были проведены исследования в условиях операционной. Был создан манометр, позволяющий измерить ВГД редственно внутри глаза, м нуя оболочки. Это — электронный прибор, соединенный с компьютером через USB-кабель; специальная программа передает результаты измерения в EXCEL документ и выдает соответствующие графики (рис. 8). Аналогично измерению с помощью прибора PASCAL мы видим пульсовые волны. Пик на графике соответствует моменту прохождения прибора через роговицу, когда внутри иглы создается максимальное давление.

При манометрическом исследовании давление в передней камере глаза в контрольной подгруппе получены результаты, не соответ- номерность была выявлена толь- кератотомии.









4,2-6,2 мм рт.ст.). В подгруппе формативность данного метода тонометрии.

(10 пациентов с катарактой) были пациентов после РК та же зако- измерения ВГД после радиальной

ствующие данным тонометрии — ко при измерении ВГД с помощью График на рис. 9 показывает и с глаукомой показывает, что не превышала 18,5 мм рт.ст., что результаты манометрического из- точечной контактной периметрии разницу между результатами ма- при стабилизации морфофункци- соответствует общепринятым ремерения давления оказались выше на средней периферии роговицы, нометрического исследования ВГД ональных показателей глаза на комендациям Российского глау-(разница находилась в пределах что подтверждает наибольшую ин- в передней камере и офтальмо- фоне приема местных гипотензив- комного общества по достижению





Рис. 5

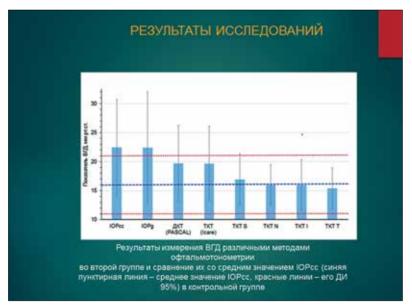


Рис. 7

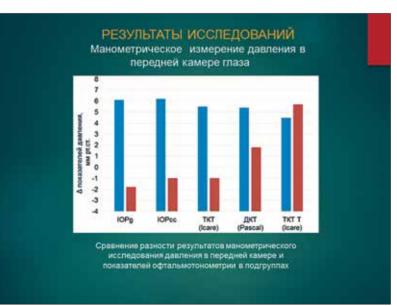


Рис. 9

Исследование тонометрических диапазона результатов ТКТ (на показателей в группе после РК средней периферии роговицы) ных препаратов верхняя граница «давления цели».

Д.м.н. Е.В. Карлова **«Тонометрия после современных** рефракционных хирургических вмешательств»

SMILE

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ



Д.м.н. Е.В. Карлова (Самара)

Дорогие друзья, большое спасибо за приглашение и возможность выступить на конференции.

было предложено несколько вираспространение во всем мире.

Мы с вами поговорим о том, что делать с пациентами, которым были выполнены так называемые «современные кераторефракционные хирургические вмешательства», к которым, прежде статировать, что на смену этим но предположение о том, что име-

На рис. 1 представлено количе-В США выполняется еще большее и США подвергаются такому вме- ту в изменение биомеханики, чем шательству. Отдельно существуют сама толщина роговицы. просто потрясающие данные по

По состоянию на конец 2017 гии SMILE, и количество таких опе- всего, сравнение SMILE и LASIK,

Таким образом, мы получаем целую армию молодых, работаю- время на рынке рефракционной щих, активных людей, которым хирургии. Были получены самые были выполнены подобные вмешательства. Можно говорить о су- в чем-то эффект SMILE был выше, щественной части населения, ко- в чем-то — LASIK. Давая оценторое подверглось такого рода ку этим работам, авторы пришвмешательству.

операции, пришедшие на смену не существует старым, позиционируются как босле которой пациент оставался без вицы после кератор



хирургии SMILE, эта методика ока-

зывает практически такое же суще-

ственное воздействие на биомеха-

нические параметры роговицы,

что и методика LASIK, при этом

Если говорить о продолжающихвсего, относится ФРК; через не- ся исследованиях биомеханики покоторое время этот вид операции сле рефракционной хирургии, стобыл вытеснен LASIK'ом. Однако на ит обратить внимание еще на сегодняшний день мы можем кон- одно направление. Было высказатехникам пришел SMILE, характе- ет значение не только и не стольризующийся малой травмой для ко толщина роговицы, сколько элементы роговицы, имеющие разную жесткость, и что существуство ежегодно выполняемых опе- ют такие элементы, как боуменова раций LASIK в Европе (в тыс.). и десцеметова мембраны. Я уже сказала, что после ФРК пациент количество операций, таким об- остается без боуменовой мембраразом, мы понимаем, что ежегод- ны. Возможно, именно эти элеменно около 2 млн человек в Европе ты жесткости вносят большую леп-

ку работы, которые я буду дальше

показывать, не дали однозначного

ответа на вопрос, какое давление

необходимо учитывать и как его

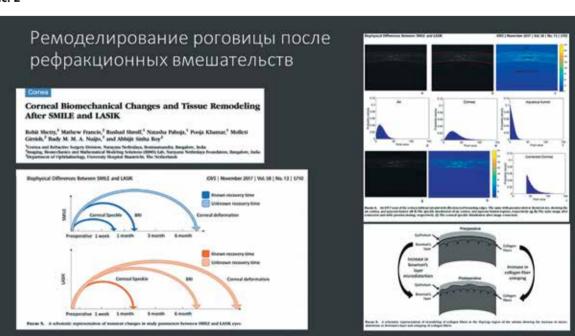
нужно измерять»

Изучая этот вопрос, авторы про-Японии и Корее, где работают цен- анализировали огромное количетры, выполняющие до 50 000 вме- ство исследований (рис. 2), касающихся изменения биомеханики роговицы, сравнивались различгода во всем мире было выполнено ные хирургические вмешательоколо 1 млн операций по техноло- ства. Представляет интерес, прежде раций с каждым годом возрастает. т.к. именно эти методики, в основном, представлены в настоящее разные результаты. Как видите, ли к заключению, что необходи-Первая работа, касающаяся уг- мо проводить дальнейшие исслелубленного изучения сравнитель- дования и однозначной позиции ной биомеханики при различных относительно технологии, имевидах кераторефракционных вме- ющей минимальное воздействие шательств, была опубликована на роговицу и позволяющей точв 2014 году. Дело в том, что новые нее измерять ВГД, на сегодня

Существует еще один момент. лее щадящие вмешательства. На- Хочу привести работу, посвященпример, по сравнению с ФРК, по- ную ремоделированию ткани рогобоуменовой мембраны, LASIK пози- вмешательств (рис. 3). Исследовационировался как более щадящее ние проводилось с помощью ОКТ. Рис. 3 вмешательство, однако с появлени- Была разработана математическая шой интерес, и, в частности, в од- не волновать. Если бы мы изме- нялась роговица. ной из первых работ, написанных рили ВГД у наших пациентов дона эту тему, была описана CORVIS- ступным нам способом, к примеру, динамическая тонометрия, осночерез два месяца после рефракци- ных методов тонометрии. В этой данные, касающиеся послеопераци- до и после SMILE (рис. 6): обраванная на принципе Шаймпфлюг- онной операции, это было бы со- работе (рис. 4) сравнивалась тоно- онных пациентов. Обратите внима- тите внимание на то, как помекамеры, которая фиксирует изме- всем неплохо, если бы процессы метрия по Гольдману и динамиче- ние на разнонаправленные тенденнение роговицы, максимальный были завершены, и мы бы знали, ская двунаправленная апланация ции. На самом деле сложно понять, что вполне ожидаемо. Мы понипрогиб, время до наступления мак- какое давление у пациента счита- с применением прибора CORVIS. на что ориентироваться, и менее маем, что толщина роговицы сусимального прогиба. В итоге было просм бы относительной нормой до Представленные прямые — это всего — на толщину роговицы. сделано несколько интересных вы- начала развития глаукомного про- корреляционная зависимость меж- Но до операции прослеживается все проблемы еще решены, не все водов. Во-первых, вопреки пред- цесса. Да, существуют возрастные ду толщиной роговицы и результа- достаточно четкая связь с толщи- идеально с методом роговичноставлению о малой инвазивности изменения, существует корреляция тами тонометрии. Нас радуют две ной роговицы.







ем SMILE уже не приходится гово- модель этих процессов; речь идет с возрастом у целого ряда методов горизонтальные прямые синего рить о LASIK как о щадящем вме- о напряжении различных струк- тонометрии. Поэтому информа- цвета, которые означают, что ском- (рис. 5): технология операции изшательстве. Благодаря изменению тур, слоев роговицы, о поведении ция о длительности репаративных пенсированное ВГД, в данном слутехники операции родилось пред- коллагеновых волокон после опера- процессов имеет значение, т.к. на- чае измеренное с помощью прибоположение, что SMILE — намного ции, а также о том, в течение како- ступает (вопрос времени) момент ра CORVIS, не имеет корреляционболее щадящее, значительно мень- го промежутка времени происходят стабилизации структуры, который ше воздействующее на биомеха- эти процессы. На графике хорошо позволит нам оценить ВГД доступ- Еще один интересный момент — зонтали: тот же метод коррекции нику, вмешательство. Безусловно, видно, что процессы продолжитель- ным нам способом в то самое вре- здесь есть разнонаправленные тен- биомеханических свойств работатакие исследования вызвали боль- ны по времени, что не может нас мя, когда стало понятно, как поме- денции в отношении показателей

ной связи с толщиной роговицы. тонометрии по Гольдману и тоно- влиять на результаты тонометрии. Позвольте перейти к взаимо- метрии без поправки на биомехасвязи толщины роговицы и различ- нические свойства роговицы. Это

Относительно операции SMILE менилась, но метод компенсации биомеханических свойств роговипы работает. Обратите внимание прямая практически близка к гориет, не позволяя толщине роговицы

Тонометрия по Гольдману и роговично-компенсированного ВГД щественно изменилась, однако не компенсированного ВГД, потому

Толщина роговицы и Clinical evaluation of a new correction algorithm for dynamic Scheimpflug analyzer tonometry before and after тонометрия (LASIK) laser in situ keratomileusis and Lin Jung Chen, Mhi, Alicum Jinki, PMD, Bisconde Vincignerra, MD, Aribkan Elkoy, Miling Shorsin Mir Mohit Kelar, MD: Daniel Kark, MD: PMD, Bernalin Genaphy, PMD.

24



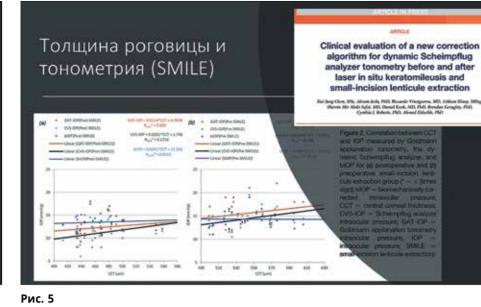
Рис. 6

что роговично-компенсированное давление тоже поменялось, но существенно меньше, чем давление по Гольдману. Мы можем сравнить уровень ВГД до операции и после операции, измеренный при помощи тонометра Гольдмана (1-й столбик), и роговично-компенсирован-

В этой связи я не могу не процитировать работы отечественных авторов, которые также подтвердили, что из всех применявшихся методик при оценке результатов рефракционных операций именно роговично-компенсированное давление меняется менее всего (рис. 7, 8). Почему данные, полученные отече ственными учеными, представляют для нас большой интерес? Потому что в исследованиях присутствует еше один метод, являющийся для нас актуальным, а именно — тонометрия по Маклакову. Обратите внимание, авторы делают вывод о том, что методами выбора следует считать тонометрию по Ма клакову грузом в 10 г и двунаправленную апланацию роговицы. Если двунаправленная апланация роговицы доступна в отдельных крупных центрах, тонометрия по аклакову широко доступна

Обратите внимание, как хорошо «выглядит» ВГД по Маклакову, по сравнению с пневмотонометрией, которая значительно меняется после проведения операции.

Тонометрия после рефракционных операций необходима для выявления и мониторинга глаукомы. В большинстве зарубежных источников указано, что в настоящее время в основе выявления глаукомы находятся оптическая когерентная томография и компьютерная периметрия. Конечно, это так. Но какая мотивация существует Рис. 10 у пациента, перенесшего кераторефракционное хирургическое вмешательство, имеющего хорошее зрение, отличное качество жизни, проводить такие исследования? Причин прийти на ОКТ у пациенскрининга для глаукомы таковы, ду клинический пример пациентки на глаукома в левом глазу, но к нам ры на правом глазу достигнуты





Пациентка К., 1966 г.р.

Рис. 7

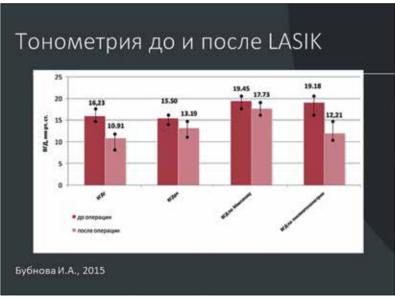
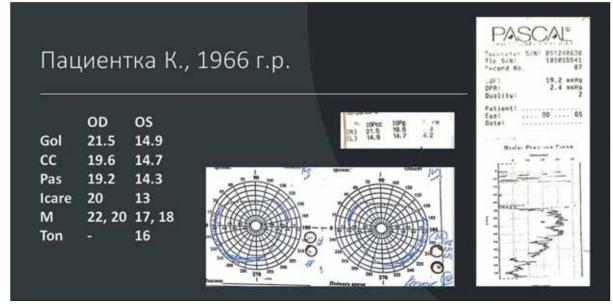


Рис. 9



ния экономически эффективного выполнена ФРК. Пациентке раз- ние зрения и боли в правом глазу,

что у нас нет перспектив внедре- (рис. 9), которой в 2001 году была она пришла с жалобами на ухудше-

на максимальном медикаментозном режиме. Я хочу сказать, что очень скоро таких пациентов бу-

Пахиметрия: 479/473 мкм

ФРК ОU в 2001 году

Вопрос, достигнуто ли у этой пациентки целевое давление в глаукомном глазу? Ответить на этот вопрос мы не можем. Стадия глаентку оперировать, но согласитесь, насколько сложно оценить данные, которые мы получаем в результате многообразия методик.

На самом деле мой доклад — это постановка вопроса, а не его решение. Абсолютно принципиальным вопросом в тонометрии после кераторефракционных операций является мотивация пациентов для регулярного обследования. Если обследоваться регулярно, становится неважно, каким способом проводить тонометрию; необходимо знание нормальных цифр ВГД, измеренного доступными способами после проведенного вмешательства; необходимо использоваличными способами измеряли ВГД в котором давление было 45 мм рт. ст. ние методик измерения ВГД, сни-Можно рассчитывать только на (рис. 10), провели тонографию по Мне показали цифры ВГД и за- жающих роль биомеханических то, что рано или поздно пациент Нестерову. Возникает вопрос, на дали вопрос, возьмем ли мы эту факторов; необходимо проводить та просто нет. Кроме того, эконо- придет к доктору для проведения что можно ориентироваться в этом пациентку на операцию на пра- дальнейшие исследования по вымические критерии эффективности тонометрии. В связи с этим приве- случае? У пациентки была выявле- вом глазу. Дело в том, что циф- работке оптимального алгоритма

Д.м.н. С.В. Труфанов **«Особенности офтальмотонометрии** при патологических изменениях роговицы»

дискуссионные вопросы

Достоверность измерения ВГД после

Bannit et al. Cur OpinOphthalmol 2010, 21:144-149

Существует большое количество

исследований, изучающих различ-

пластик. Данные носят противо-

ставлены наиболее оптимистичные

данные. Можно видеть, что только

Основываясь на данных дина-

ции роговицы, учитывающей изме-

ненные свойства роговицы (прибор

ORA), мы провели исследование на

достоверность измерения ВГД после

кератопластики различными спосо-

бами (рис. 2). Здесь можно видеть,

что при буллезной кератопатии дан-

ные биомеханики (гистерезис, фак-

снижены после проведения керато-

пластики; состояние улучшается, но

отличается от нормы. Исследование

показало (данные прибора ORA), что

То есть существует вероятность недо-

рование глаукомы или развитие вто-

ричной глаукомы. Вывод, сделанный

гут занижать показатели.

нее равизначны.

QKT (DCT)

кератопластики различными способами



Д.м.н. С.В. Труфанов (Москва)

Добрый день, уважаемые коллеги! Существует ряд состояний роговицы, отличающихся от нормы, при которых выбору метода определения ВГД и его точности должно придаваться особое значение. Особое значение это имеет для пацими роговицы, которым требуется, в том числе, кератопластика. Пристановке диагноза и мониторинге глаукомы (периметрия, оценка сотруднено или вовсе невыполнимо. в определенных случаях завыша-

Известно, что наибольший риск развития и прогрессирования гла- остальные методики более или меукомы после кератопластики существует у пациентов с предшествующей трансплантации роговицы гла- мической двунаправленной апланаукомой. Ее выявление до операции

Кроме того, сами по себе кератопластики представляют собой риск повышения ВГД и развития вторичной глаукомы, что может привести не только к прогрессированию оптической нейропатии, но и к гибели эндотелиальных клеток тор резистентности) у пациентов

и к помутнению трансплантата. что измененные свойства роговицы приводят к неправильным показаметодов тонометрии. Известно, что том биомеханики превышает показана показатели тонометрии может тели стандартной тонометрии, в том вицы. Меньшая толщина роговицы будет занижать показатели, то оценить ВГД, пропустить прогрессиже самое происходит с кривизной роговицы. На фоне отека или кератоэктазий показатели ВГД также нами, заключается в том, что станбудут снижены по сравнению с истинными; при помутнениях пока- чая тонометрию по Гольдману, мозатели могут быть завышены.

Существует аналогичное исследование с похожими показателями (рис. 3), в котором данные ORA личных состояниях роговицы, выше, чем данные, полученные после поражений, после кератос помощью других методов тоноречивый характер. На рис. 1 предли биомеханики у пациентов с буллезной кератопатией — после керау таких пациентов могут быть за- тонометрия по Гольдману и ICare но отличаются от нормы. Однако вывол слелан противоположный: ют или занижают показатели, все прибор ORA и динамическая двунаправленная апланация роговицы завышают данные реальных показателей тонометрии

Таким образом, проблема адекватного измерения давления. выбора наиболее оптимального метода остается актуальной и на сеголняшний лень нерешенной. И, возможно, продолжение иссле дований с применением метода прямой манометрии позволит нам решить проблему и выработать оптимальный алгоритм измерения ВГД у таких пациентов. Спасибо за внимание!

Академик РАН С.Э. Аветисов «разработка новых методов тонометрии». Я с огромным пессимизмом прогрессивных методов, о которых реальность, от которой никуда не уйти. Эти методы нужны, на мой

роговой оболочки глаза до и после кератопластики 7,9±2,1 8,7±1,5 15,0±2,7 17,4±2,9 694 кератопатия 10.0±1,1 10,5±1,3 16,6±3,9 17,3±3,7 510 После DSAEK 17 8,9±1,1 9,0±1,2 12,7±2,1 15,1±2,6 585 8,5±2,4 9,3±1,7 12,0±2,9 15,6±2,5 565 С.В. Труфанов, А.А. Антонов с соавт. Вестник офтальмологии. 2015;131(6): 20-25

				давления е кератопл	и биомехан астики.	нических с	войств
Состояние	n	CH MM.DT.	CRF MM.DT.	ВГДg мм.рт.ст	ВГД(ДКТ) мм.рт.ст	ВГДсс мм.рт.ст	ЦТР
		ст ст	3.63	(M±6)	(M±6)	(M±6)	(M)
		(M±6)	(M±6)	1 1	32 15	15: St	0.3
Буллезная кератопатия	18	6,9±1,5	7,2±1,9	12,3±3,8	14,2±4,5	19,1±4,2	625
(до операции)							
Здоровая роговица	35	10±1,5	10±1,9	13,6±2,8	13,6±1,9	15,1±1,9	556
После DSAEK	17	7,5±1,5	7,5±1,5	14,215,9	14,723;4	18,814,9	638

Рис. 3

в результате каких-то процессов, Несколько раз прозвучала фраза в том числе после кераторефраквыяснено, необходимо использосмотрю на разработку новых мето- вать доступные методы, потому дов, более того, на внедрение тех что, действительно, сложно предмы говорим. К сожалению, это — с целью измерить роговично-компенсированное давление. И без Маклакова не обойтись. Более того, взгляд, только для того, чтобы по- это — единственный прибор (или нять более точно, что происходит устройство), который позволяет это можно было выполнять.

чили в результате измерения, т.е. ционных операций. Но когда это апланацию и сегмент сплющиванет краски, представляете?

Я думаю, что пилотные исслепользованием современных технологий, но в результате должен быть тод, чтобы в условиях поликлиники

Блок 4. Коррекция рефракционных нарушений

Модератор: профессор А.В. Мягков (Москва).

Профессор Э.Н. Эскина «**Технология трансФРК.** История создания, принцип, результаты»

остроты зрения; оставалось гроз- дальнейшего развития. ное осложнение — хейз; не всегда Следующий шаг был сделан

рону развития трансэпителиальной нента, при этом рефракционный стями роговицы.

было описано, что при одномо- роговицу, затем удаляется эпители-Впервые эксимерные лазеры на ментной абляции эпителия и стро- альный компонент. Таким образом пациентах были применены в 1983 мы апоптоз кератоцитов развива- гарантируется достижение рефракгоду, но, к сожалению, результаты ется гораздо в меньшей степени. ционного эффекта. Заживление ротакого применения оставляли же- Однако в тот момент нет возмож- говицы происходит быстро. лать лучшего. Не удавалось достичь ности использовать одномоментно высокой остроты зрения; точность удаление эпителия и рефракцион- ческий и трансэпителиальный операций, особенно при коррек- ный компонент, поэтому операция ФРК, рефракционный диапазон ции высоких степеней близоруко- состояла из двух этапов, что при- у трансФРК гораздо выше, сроки сти, была невысокой; попадание водило к большой продолжительно- зрительной реабилитации меньв целевую рефракцию наблюдалось сти вмешательства и к менее пред ше. Операция трансФРК простая, только в 70% случаев при миопии сказуемому рефракционному эф- по сути, бесконтактная; пациент до 6,0 дптр и в 30% — при миопии фекту. Кроме того, хирург должен смотрит на фиксационную точку; выше 6,0 дптр; случались потери был обладать большим опытом. абляция проводится лазером в одмаксимально корригированной В связи с этим технология не имела ном профиле (удаление эпителия

удавалось получить стабильность в середине 1990-х годов, когда ных данных о неравномерной тол-Одним из направлений развития трансФРК. Преимущества опера- риферии роговицы и на разнице технологий стало усовершенствова- ции: одномоментное удаление эпи- в коэффициентах абляции между ние поверхностных абляций в сто- телия и рефракционного компо- эпителиальной и стромальной ча-

Вкратце я расскажу о техноло- ФРК. Впервые Кіт с соавторами компонент сначала наносится на

Если сравнивать ФРК классии коррекция рефракции).

Технология базируется на научбыла применена одномоментная шине эпителия в центре и на пе-



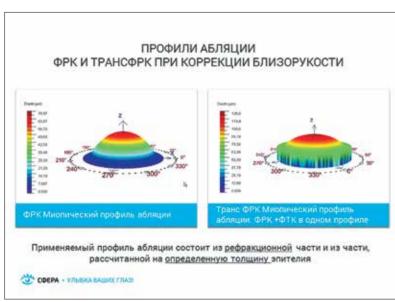
Профессор Э.Н. Эскина (Москва), к.м.н. Н.В. Майчук (Москва)

что связано с ее кривизной, и компенсировать нарушения для получения реально асферического профиля. Кроме того, профиль абляции должен обладать достаточно хорошей гладкостью. Современные лазеры позволяют получить высокую остроту зрения и обеспечивают быстрое заживление.

На третьи сутки после операции у 50% пациентов мы наблюдали остроту зрения 1,0, в более поздний период наблюдения 100% зрение наблюдалось у еще большего количества пациентов. Через 6 месяцев острота зрения также высока; точность операции достигает хороших значений; операция абсолютно безопасна — мы не видим пациентов, теряющих строчки в максимальной остроте зрения; аберрации минимальны, не влияют на качество зрения пациента. Данные контрастной чувствительности до и после операции (рис. 4) также подтверждают результат.

Если посмотреть с исторической позиции, можем увидеть, что количество поверхностных абляций среди всех рефракционных операций растет, начиная с 2000-х годов, и в ближайшее время их доля может превзойти 50% всех рефракционных вмешательств.

Спасибо за внимание!



ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

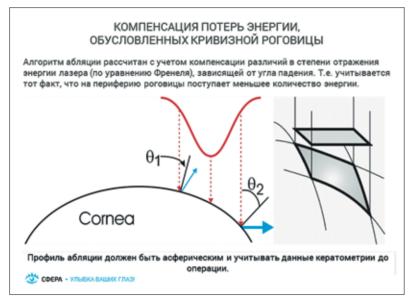


Рис. 3

низкая вероятность термического повреждения роговицы

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ СИСТЕМА ТЕРМОКОНТРОЛЯ (ITEC)

Рис. 2

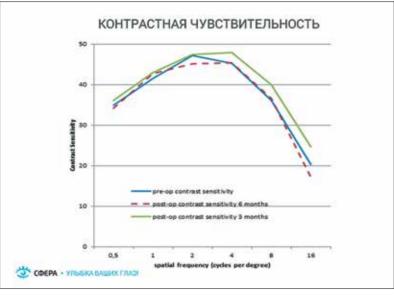


Рис. 4

К.м.н. Н.В. Майчук «Лазерная коррекция аметропии: правда в глубине!»

Исторически на смену первой ции ФРК и ее модификаций, приходят методы субламеллярной керарование происходило с помошью механического микрокератома.

Преимущества ЛАЗИК перед ФРК заключались в безболезненности, быстром восстановлении зрения. высокой предсказуемости результатов, в возможности коррекции всех и ни на заранее определенной глувидов рефракционных нарушений.

говичного клапана с помощью механического микрокератома, к сожалению, несет в себе потенциальный

зеров, которые за счет эффекта фотодеструкции обеспечивают высокоточное расслоение роговичной тка- ванными параметрами. бине, позволяет рефракционной нологического прогресса, при этом и ленным параметрам легла в осно-

онных осложнениях, роговичный онной хирургии, как кератоэктазии предсказуемость морфометриче-Применение фемтосекундных ла-

происходит с более предсказуемыми тодов лазерной коррекции зрения, вышедшая под редакцией Вальтера

риск осложнений как на этапе фор- параметрами. По сравнению с рого- которая подразумевает использова- Секундо, суммирует основные ремирования роговичного клапана, вичным клапаном, формируемым кератоабляции, таких как опера- так и в послеоперационном периоде. с помощью механического микроке- ра, что реализовано в технологии которые анализировали предска-Если говорить об интраопераци- ратома, фемтосекундный лазер по- SMILE, которая подразумевает кортоабляции, подразумевающие абля- клапан может быть дефектным, клапан, т.е. имеющий одинаковую ний за счет выкраивания оптичецию, изменение форм роговицы непредсказуемым по толщине, что толщину на всем протяжении, без ской лентикулы в толще роговицы может реализоваться в таком гроз- истончения в центре, что характерклапана; на первом этапе форми- ном осложнении кераторефракци- но для микрокератомов. Высокая

ских параметров дает хирургу уверенность в том, что формирование роговичного клапана происходит в соответствии с исходно запланиро-

формирование роговичного клапана ву создания третьей генерации ме-

ние только фемтосекундного лазезволяет формировать униформный рекцию рефракционных наруше-

> На сегодня в мире выполнено технологии SMILE, в России на начало 2018 года — более 30 тыс.

публикаций как в отечественной, Именно прецизионная точность вещают различные моменты зафемтосекундного лазера в рассека- живления. преимуществ данной Вместе с тем формирование ро- хирургии выйти на новый этап тех- нии роговицы по заранее опреде- технологии, борьбы с осложнени-

Одна из серьезных монографий,

зультаты больших исследований, зуемость, эффективность, безопасность данных технологий и показали их достаточно высокий уровень.

Технология SMILE обеспечивает высокую предсказуемость, эффективность, стабильность и безоболее 1 млн 300 тыс. операций по пасность: быстрое восстановление зрительных функций; максимально возможное сохранение биомеха-Большое количество научных нической стабильности роговицы; минимальное индуцирование синтак и в зарубежной литературе ос- дрома «сухого глаза»; отсутствие осложнений, связанных с формированием клапана, — интраоперационных (тонкий, толстый или дефектный клапан), послеопераци-

Благодарю за внимание!

Профессор Э.Н. Эскина, к.м.н. Н.В. Майчук «Лазерная коррекция аметропии. Где правда: на поверхности или в глубине?»

коррекции рефракционных нарушений: одна — поверхностная. другая — интрастромальная. Теперь хотелось бы обсудить вопрос: где правда, на поверхности или в глубине?

Профессор Э.Н. Эскина

безусловно, лучше, поскольку рефческих навыков и абсолютно бес- секундного лазера, и дали в руки практике.

Технология ReLEx SMILE cyракционный диапазон, который она ствительно, создавая эту техноло- правлении ведутся разработки, хотя, действительно, в методике ные исследования показывают, что позволяет исправить, шире. У меня гию, исследователи основывались и первые клинические результа-12 дптр; мы можем исправлять доказаны ранее разработанными центрами и продемонстрирован-Операция минимально инвазив- преимущества, в частности, пре- достаточно высокую перспективна, не требует серьезных хирурги- цизионные возможности фемто- ность применения в клинической

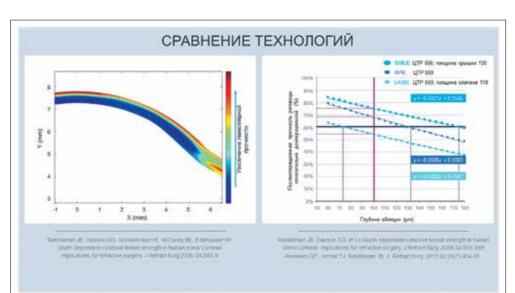
контактная. Сроки восстанов- рефракционных хирургов инструления достаточно короткие, на мент, который позволяет элегантно сфероэквивалента.

щественно моложе. Хотелось бы мент коррекция гиперметропии не- на практике. На самом деле, имея вые сутки после операции. в этой связи вспомнить расхожую доступна в клинической практике опыт данной технологии в клинике, фразу, что «мы велики, поскольку с помощью технологии SMILE, но мы видим практически идентичный стоим на плечах гигантов». Дей- в настоящий момент в этом на- диапазон хирургической коррекции, моделирование и экспериментальтехнологиями, использовали эти ными на конференциях, имеют

ФРК возможности гораздо шире.

SMILE мы программно ограничены поверхностные слои стромы рогоопыт коррекции близорукости до на преимуществах, которые были ты, показанные референтными максимально возможной корректи- вицы имеют большую прочность руемой близорукостью, в методике по сравнению с глубокими. В част-Технология SMILE более инвазив- щины роговицы имеют прочность на по сравнению с полностью лазер- к растяжению в два раза выше по ной технологией ФРК, но в данной сравнению с глубокими слоями.

К сожалению, в РФ мы не имеем ситуации мы вынуждены провотретьи сутки острота зрения позво- и достаточно безболезненно скор- цин, поэтому теоретически резуль- нико-функциональное восстановлеляет пациенту восстановить свою ректировать пациенту рефракцион- таты, которые мы наблюдаем при ние пациента происходит быстрее ные нарушения до 10 дптр по кор- коррекции рефракционных нару- и с меньшим болевым синдромом, рекции близорукости и до 12 дптр шений у наших зарубежных коллег, что, безусловно, нравится пациенк сожалению, с помощью техноло- там, поскольку позволяет вернуть-Действительно, в настоящий мо- гии ФРК мы не можем реализовать ся к привычной жизни уже на пер-





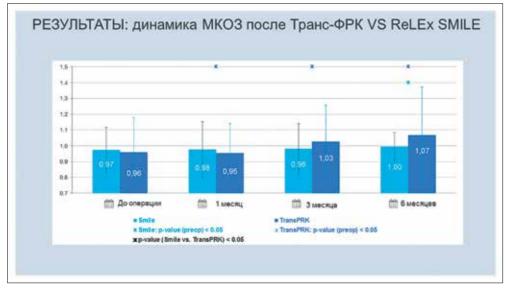


Рис. 3

Рис. 1

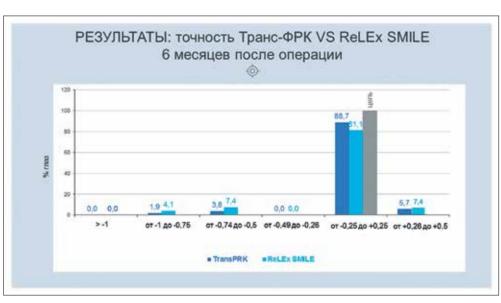


Рис. 5

исходно одинаковых параметрах и по МКОЗ. и выполнении трех операций — SMILE с формированием кэпов в 130 мкм, абляции 110 мкм при коррекции методом ФРК и ЛАЗИК периоде, на первые сутки после технологии достаточно точны: необходимо признать, что любая В остальной части роговицы нерви идентичным объемом удаляемой демонстрировала более высокие ракции находятся чуть более 90% лению, увеличивает аберрации ро- глядно подтверждают исследования ткани — биомеханическая стабиль- параметры НКОЗ по сравнению пациентов, прооперированных говицы. Задача заключается в ми- количественной и качественной ность после операции SMILE оста- с операцией трансФРК. В более по технологии трансФРК, и около нимизации аберраций. Мы видим, слезопродукции (рис. 9). На графиется в более привилегированном поздние сроки данные уравнива- 90% пациентов после SMILE. положении. Математически про- ются, и чуть более высокие парамесчитано, что при сравнении SMILE тры в позднем послеоперационном и ЛАЗИК лентикул можно сформи- режиме демонстрирует трансФРК ровать на 100 мкм толще по срав- (рис. 2). нению с аблируемой поверхно-

Профессор Э.Н. Эскина

выкладки, математические моде- группами нет. ли. Не доказана большая механическая прочность роговицы при SMILE. Мы ждем результатов исследований in vivo.

Математическое моделирование, операции по технологии трансФРК и практически идентичную стапроведенное в данном исследова- и SMILE. Группы сопоставимы по бильность в послеоперационном нии (puc. 1), показывает, что при возрасту, по степени близорукости периоде.

К.м.н. Н.В. Майчук

операции, технология SMILE про- в пределах 0,5 дптр от целевой реф-

Если говорить о МКОЗ (рис. 3), сяца после операции. Однако хочу обратить ваше внимание на то, что сравниваемыми методиками. это только тенденции, статистиче Пока это только теоретические ски достоверных отличий между

К.м.н. Н.В. Майчук

Анализируя стабильность сфероэквивалента рефракции (рис. 4), Я бы хотела представить две мы видим абсолютно сопоставираций), которым были проведены демонстрируют очень высокую при данном подходе.

Профессор Э.Н. Эскина

К.м.н. Н.В. Майчук

Предсказуемость обеих операций оценивая уравнение расчета предстью при ЛАЗИК, чтобы сохранить мы видим, что операция трансФРК сказуемости, мы видим хорошие, аналогичную биомеханическую лидирует, начиная с третьего ме- сопоставимые результаты, не имеющие достоверной разницы между

Профессор Э.Н. Эскина

методик (рис. 7), можно отметить, верхностные слои роговицы, мы лизация наступает в более поздний что обе операции достаточно безопасны, тем не менее пациенты, про- тральную зону субэпителиального ленными здесь вмешательствами. оперированные методом трансФРК, сплетения Райзера, обеспечивая имеют улучшение МКОЗ, что можгруппы пациентов (данные получе- мые данные стабильности в сро- но объяснить кастомизированным ны на основании собственных опе- ке до 6 месяцев. Обе операции профилем абляции, выполняемым

раций (рис. 8) после проведенных рефракционная операция, к сожав 2 раза. По роговичным аберра-

Состояние субэпителиального играет большую роль в чувствительности роговицы, в сохранности дуги слезообразования, в нейротрофической функции роговиневольно полностью удаляем ценчастичную денервацию роговицы,

исследованием результатов абер- фокальной микроскопии. При проопераций. Мы видим, что сфериче- вреждение нервных волокон проская аберрация после SMILE уве- исходит только в очень небольшой Сравнивая точность двух под- личивается в 2 раза; такого увели- зоне 2-3 мм инцизии, где и проис-В раннем послеоперационном ходов (рис. 5), мы видим, что обе чения после трансФРК нет. Здесь ходит повреждение этих волокон. что кома также увеличивается по- ке, характеризующим послеоперасле операции SMILE практически ционное течение после SMILE, мы циям группы несколько отлича- онных параметров; при операции (рис. 6) также достаточно высока и, ись, поэтому оценку мы давать трансФРК отмечается депрессия тра в сроки от 1 до 3 месяцев поневрального сплетения Райзера сле операции с восстановлением к 5-6 месяцу, т.е. к моменту восстановления полной ренервации. Надо отметить, что при клапанных Оценивая безопасность обеих цы. При операции ФРК, удаляя поеще более выраженно, а ее норма-

> Говоря о сохранности нейротрофической функции, сравнивая которая восстанавливается к 5-6 частоту и степень выраженномесяцу послеоперационного пе- сти нейротрофической эпителириода, что наглядно демонстрирует опатии (рис. 10), после операции

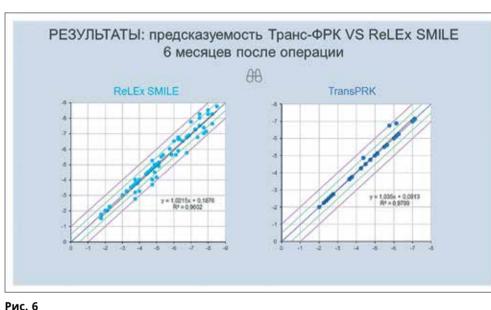
период по сравнению с представ-



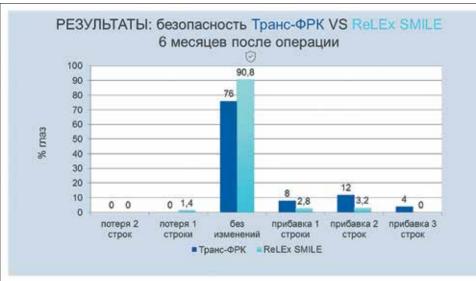
Рис. 2



Рис. 4



Этот же тезис подтверждается исследование, проведенное по кон-



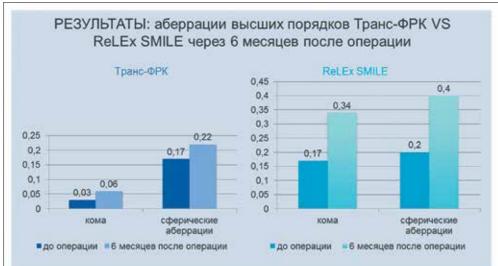


Рис. 7

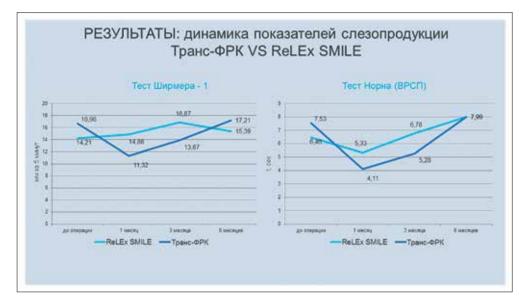


Рис. 8

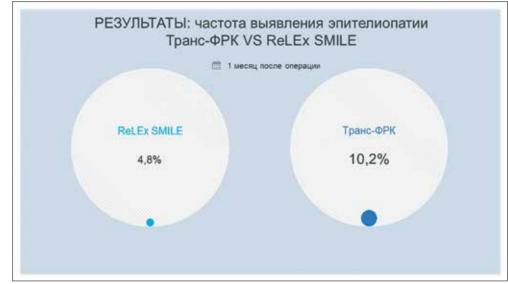


Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11

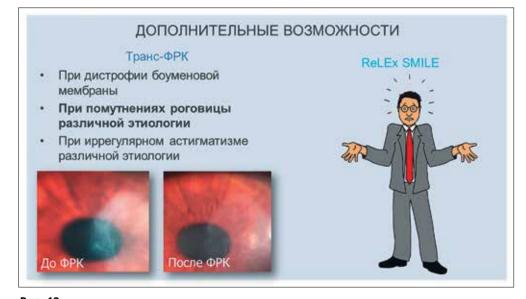
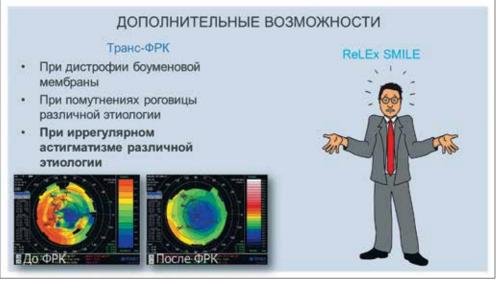


Рис. 12



SMILE этот показатель был в 2 раза пожалуйста, что мы делаем при ниже по сравнению с операцией торсионных движениях глаза

Профессор Э.Н. Эскина

К.м.н. Н.В. Майчук

В этом случае методика ReLEx (рис. 11). Каким образом мы это SMILE не может похвастаться автоучитываем при проведении опера- матическим контролем циклотор- применения. ции по методике SMILE? К сожале- сии, однако исследования направ-Еще раз хочется отметить, что нию, ответа на этот вопрос нет. Мы лены на мануальный контроль навосстановление иннервации ро- знаем, что существует статическая несения метки соответствующей говицы происходит после поверх- и динамическая циклоторсия, кото- горизонтальной оси в доопераци-

Профессор Э.Н. Эскина

К сожалению, не все пациенты, которые обращаются к нам за корностных абляций не сразу, а через рые современные следящие за гла- онном периоде и контроль изме- рекцией зрения, имеют абсолютно несколько месяцев, но, возмож- зом системы эксимерных лазеров нения этой оси во время проведе- здоровую роговицу. Возникает во- проходит через непрозрачные слои но, оно того стоит. Посмотрите, могут полностью компенсировать. ния докинга. В настоящее время прос, что делать, если у пациентов,

разрабатывается технология кор- например, дистрофия боуменорекции циклоторсии. Будем ждать вой мембраны. В этом случае, возможности ее клинического на мой взгляд, операция по технологии ReLEx SMILE невозможна (puc. 12).

При помутнениях роговицы различной этиологии — также невозможно (рис. 13), поскольку излучение фемтосекундного лазера не

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

При иррегулярном астигматизме (рис. 14) изменение формы ро- ванию, мы хотим сказать, что обе рядка, что, вероятно, объясняет не- даемую пациентом скорость вос- зрения «здесь и сейчас», любит наговицы, например, после травмы сравниваемые технологии обеспесколько более высокие показатели становления зрения и исходный также делает невозможным про- чивают сопоставимые результа- остроты зрения у этих пациентов. уровень слезопродукции. ведение операции по технологии ты коррекции миопии до 10 дптр, ReLEx SMILE. В этом случае опера- в аспектах эффективности, безоция трансФРК является абсолютно пасности, предсказуемости и станезаменимой и позволяет добить- бильности. При этом скорость вос- эпителиального сплетения Райзера на операцию ReLEx SMILE, это ся улучшения оптических свойств становления остроты зрения была обеспечивает более высокое качероговицы у многих нуждающихся выше после операции ReLEx SMILE. ство эпителия и состояние функ- го пользующийся контактными циент с высокой степенью астигмав этом пациентов.

К.м.н. Н.В. Майчук

SMILE — это операция для здоро-

Профессор Э.Н. Эскина

Безусловно, операция ReLEx цев после операции острота зрения вых пациентов с интактной глаз- сколько выше, чем у пациенной поверхностью, интактной тов после ReLEx SMILE. Опера- тода коррекции миопии у пациен- щий день после операции вернуть- как можно больше от своего зрения.

При этом в сроки 3 и 6 меся-

у пациентов после трансФРК не-

К.м.н. Н.В. Майчук

Сохранность и целостность субв раннем послеоперационном пе-

Профессор Э.Н. Эскина

ции трансФРК индуцирует меньше та следует иметь в виду исходный ся к привычному образу жизни.

К.м.н. Н.В. Майчук

Портрет идеального пациента пациент молодой, возможно, долционального слезного комплекса линзами и имеющий нарушение слезообразования в дооперационспортом в свободное время, либо

Подводя итог нашему исследо- роговичных аберраций высшего по- уровень аберрации роговицы, ожи- Этот пациент требует получения ходиться на острие технологического прогресса.

Профессор Э.Н. Эскина

Портрет идеального пациента на трансФРК: любой возраст, длительное ношение контактных линз; патизма или аберрациями роговицы; активный человек, занимающийся риоде после операции ReLEx SMILE. ном периоде; это — либо офисный спортом, в том числе экстремальработник, активно занимающийся ным. При этом пациент настроен на идеальный результат, т.е. он готов При выборе оптимального ме- спортсмен, мечтающий на следую- потерпеть ради того, чтобы получить

Благодарим за внимание!

Профессор В.М. Шелудченко **«Интраокулярная** коррекция аметропий: проблемы и решения»

Факторы, определяющие наши ства коррекции (очки, контактные логия в гидромониторном режиме; пени; пресбиопия или на подходе; опия); прозрачность хрусталика временная коррекция пресбиопии; На рис. 2 представлены неко-(врожденные или приобретенные повышение качества жизни. помутнения); предел зрительного разрешения (острота зрения); про- тоды их решения. Риск осложнений фессиональные требования к каче- (7-14%) — соблюдение технологии технология амбулаторная. Факичная ству зрения (условия освещенно- и профилактика, в том числе вос- линза изготовлена таким образом, сти); преимущества конкурентных палительных осложнений; сложно- чтобы в центре, в оптической зоне, методов (экстраокулярных).

окулярной коррекции, скорее все- нии сидя); сложности мультифо- помутнение хрусталика. Преимущего, не изменятся никогда (рис. 1): кальной коррекции — трифокал, ства имплантации факичных линз: хрусталик сам по себе, который мы существуют ограничения ИОЛ по высокая острота зрения и возможможем удалить и заменить его ис- силе; фиброз задней капсулы (до ность ее повышения; быстрая реабикусственным; имплантация допол- 60%) — дисцизия задней капсу- литация; сохранение аккомодации; ное соблюдение технологии; оф- потеря клеток заднего эпителия нительной искусственной линзы лы; ретинальная отслойка (1987 — коррекция миопии до 23-30 дптр, тальмогипертензия (до 10%) — при имплантации в зас размещением ее либо в передней 30%; 1999 — 8%; 2011 — 11%) — гиперметропии — до 10-12 дптр; менение гипотензивных средств; днюю камеру — меньше; суб- и эпикамере (по сути, на радужке), либо контроль периферии глазного дна обратимость хирургической проце- дислокация линзы (редко) — чет- капсулярная катаракта (1,8-7,8%) —

Экстракция хрусталика с им-

сти расчетов (7%), SE±2,0 D 86% — не касаться хрусталика, т.к. любое Точки приложения для интра- оптическая биометрия (в положе- прикосновение к капсуле вызовет и промежуточный контроль.

Кандидат на экстракцию продействия при интраокулярной плантацией ИОЛ. Преимущества: зрачного хрусталика с имплантакоррекции: используемые сред- современная амбулаторная техно- цией ИОЛ: аметропия высокой стелинзы); величина и характер аме- коррекция миопии до 22-25 дптр и достаточная корригируемая остротропии (миопия, гиперметропия, гиперметропии до 10-12 дптр; вы- та зрения; малопроблемное глазэкстремальные значения); возраст сокая острота зрения и возможное ное дно; оперированная роговица пациента (аккомодирует, пресби- ее постепенное повышение; одно- в анамнезе; мотивация пациента.

торые виды ИОЛ, используемых Существующие проблемы и ме- в хирургии.

Имплантация факичных линз: дуры; повышение качества жизни. кие расчеты и правильная позиция; точность расчетов размеров линзы



Профессор А.В. Мягков (Москва), профессор В.М. Шелудченко (Москва), Дадди Фадель (Италия)

Имплантация мультифокальны: (бифокальных, трифокальных) ИОЛ

Проблемы и решения: риск ос- ретинальная отслойка (до 1,5%) ложнений (3-10%) — неукоснитель- контроль периферии глазного дна;



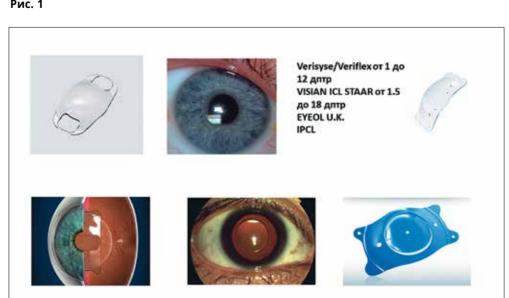


Рис. 4



СКЛЕРАЛЬНАЯ

в различной степени иррегуляр-

Обсуждаемая сегодня проблема

так называемой «прогрессирующей

пии, зрение, естественно, улуч-

Проведенные нами исследования

ние в формировании этого сдви

га в отдаленном периоде после РК.

Это — группа исходных факторов: индивидуально сниженные биоме-

ханические параметры роговицы;

предрасполагающие факторы: не-

перфорирующие надрезы рогови-

растные изменения биомеханиче-

ских параметров роговицы, повы-

приводят к тому, что роговица, до

уровне, начинает уплощаться еще

больше, что приводит к сдвигу реф-

Клинические особенности про-

ракции в сторону гиперметропии.

грессирующей гиперметропии:

формирование на фоне пресби-

опии; потенциально нестабиль-

ный характер с тенденцией к уве-

личению; возможность сочетания

с астигматизмом; иррегулярный

характер рефракции роговицы;

возможность наличия анизоме-

тропического компонента, т.е. раз-

ности в рефракции между правым

Основные требования к методу

оптической коррекции прогресси-

ния на «жесткость» роговицы; воз-

можность изменения «силы» кор-

астигматизма и «иррегулярности»

рефракции; обеспечение эффекта

мультифокальности; минимальное

ствия между поведением пациента

и рекомендациями, полученными

от врача в отношении препаратов,

или приверженность терапии в от-

Конкретный клинический при-

мер. Пациент 55 лет. Диагноз: OU состояние после РК, ОД — прогрес-

ней степени. В последние несколь-

ко лет отмечает ухудшение зрения

(преимущественно на правом гла-

вития глаукомы. Наследственность

не отягощена. В момент осмотра

острота зрения OD 0,3 сфера (+)

зу). Включен в группу риска раз- всего 23,2?

ношении других рекомендаций.

и левым глазом.

новных фактора, имеющих значе- 498 мкм)

ность рефракции роговицы.

СКЛЕРА-

Склеральные линзы

жесткие газопроницаемые

рефракции), а также выраженная соответствуют субъективному те-

связана с появлением в отдаленном начальные помутнения хрустали-

периоде у этих пациентов 50-55 лет ка в задних слоях; при оптической

гиперметропии». То есть происхо- ной зоны сетчатки и осмотре пери-

дит сдвиг в сторону гиперметро- ферических отделов глазного дна

шается. Сейчас обсуждается меха- не выявлено; данные топографи-

низм возникновения такого сдвига. ческой пахиметрии (толщина ро-

позволили нам выделить три ос- го глаза — 489 мкм, левого глаза —

цы, заживление надрезов первого роговичный гистерезис: OD=8,2;

типа; определяющие факторы: воз- OS=8,4; фактор резистентности

этого уплощенная на определенном в данном конкретном случае?

рующей гиперметропии. Объектив-

ные: отсутствие негативного влия- ним из разрешающих факторов

ние на величину ретинального кие параметры анализировались по изображения. Субъективные: ком- оптической когерентной томогра-

их глазах по поводу миопии сред- ганглиозных клеток сетчатки...

шение ВГД. Эти факторы в сумме OD=21,7; OS=19,6.

OU = 23.2

СЛЕЗНАЯ

ЛИНЗА

сту; величина переднезадней оси

когерентной томографии централь-

в условиях мидриаза изменений

говицы в центральной зоне право-

На рис. 1 представлены данные

Результаты двунаправленной пнев-

роговицы: OD=8,7; OS=9,0; po-

говично-компенсированное ВГД:

Профессор Э.Н. Эскина

Каковы рекомендации экспертов

Прежде всего, я хотела бы за-

дать несколько уточняющих во-

просов. Пациент включен в группу

риска развития глаукомы. На осно-

Академик РАН С.Э. Аветисов

Это наши наблюдения, потому

что одним из факторов формиро-

вания прогрессирующей гиперме-

тропии служит повышение внутри-

глазного давления. Мы наблюдаем

за состоянием зрительного нерва,

поля зрения. В данный момент из-

менений нет. однако понимание

формирования, мы таких пациен-

Профессор Э.Н. Эскина

Спасибо! Еще один вопрос: ка-

Это — скриннинговое исследо-

Профессор Э.Н. Эскина

на конкретную находку.

топографической кератометрии. На

правом глазу элементы иррегуляр-

по цветовому картированию.

При биомикроскопии отмечены

РОГОВИЦА

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ВИДОВ ФАКИЧНЫХ ИОЛ

методов	КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОЙ	мионии
ФАКТОРЫ	ОПЕРАЦИИ НА РОГОВИЦЕ	ИМПЛАНТАЦИЯ ФАКИЧНЫХ ИОЛ
Величина миопии (дптр)	До 8-10	Более 8-10
Величина эффективной оптической зоны	Меньше	Больше
Обратимость операции	Необратима	Обратима
Регресс результата	Есть	Нет
Неполная корригируемая острота зрения (0,4)	Не показаны	Показаны
Величина ретинального изображения	Не меняется	У величивается
Степень отрицательных оптических феноменов	Значительна	Значительна

Рис. 7

30

Рис. 5

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ВИДОВ ФАКИЧНЫХ ИОЛ (миопия 12.0, наблюдение ≥ 3 г)

ОСТРОТА ЗРЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ	Verisyse. Veryflex.	EYEOLU,K.	ια. (5)
1,0	41 %	53%	56%
0,5	86%	87%	89%
СЭ (дптр)	-0,63	-0,73	-0,86

Рис. 6

от передней капсулы, показания; паразитарные оптические феномены — при ЗФИОЛ незначительны. На рис. З представлены модели факичных линз.

Пациент для факичной ИОЛ: возраст — до 40 лет (сохранена аккомодация); высокая и экстремальная аметропия; практически отсутствует возможность применения экстраокулярных методов коррекции; неполная острота зрения с коррекцией; идеальная прозрачность оптических сред; мотивация

и сохранение отстояния линзы отличаются по материалу изготовления и диапазону коррекции.

На рис. 6 хочу показать характеристику основных видов факичных ИОЛ на примере миопии 12 дптр.

На рис. 7 представлены факторы, определяющие эффективность хирургических методов коррекции высокой миопии. Хочу отметить, что при имплантации факичных Сравнение ИОЛ и ФИОЛ.

комодация vs ЭПХ+ИОЛ — возмож-FDA; сертифицированы в России; щенности; ЭПХ+ФИОЛ — увели- зависимости нет.

чение ретинального изображения vs ЭПХ+ИОЛ — нет увеличения ретинального изображения; ЭПХ+ФИОЛ — обратимость vs ЭПХ+ИОЛ — +/-; ЭПХ+ФИОЛ осложненная катаракта vs ЭПХ+ ИОЛ — вторичная катаракта.

Интраокулярные способы коррекции аметропии позволяют получить прогнозируемый стабильный результат; показания к применению интраокулярных способов коррекции аметропии определяются величиной последней, возрастом пациента и состоянием оптических сред глаза.

Дадди Фадель (Италия) в своем докладе подробно рассказала о жестких газопроницаемых склеральных линзах, их возможностях, имуществах перед роговичными линзами, а также о средствах по уходу за склеральными линзами.

Профессор А.В. Мягков

Я бы хотел дополнить. Существуют расширенные показания для линз. Не следует забывать. что эти линзы можно применять пациентам с эндотелиально-эпителиальными дистрофиями, буллезлинз степень отрицательных оп- ными повреждениями роговицы, тических феноменов будет менее а также пациентам с пресбиопией. У склеральных линз большая оптическая зона, что дает воз-ЭПХ+ФИОЛ — сохраненная ак- можность осуществлять подбор линз вне зависимости от диаме-На рис. 4, 5 можно видеть ха- ность псевдоаккомодации; ЭПХ+ тра зрачка. Как известно, в обычрактеристику основных видов фа- ФИОЛ — малая зависимость от ных КЛ оптический эффект закичных линз. Они отличаются освещенности vs ЭПХ+ИОЛ — висит от диаметра зрачка, в то по способу крепления; одобрены значительная зависимость от осве- время как в склеральных такой

Дискуссионная панель «Выбор метода коррекции рефракционных нарушений после радиальной кератотомии: корригировать или оперировать?»

Эксперты: к.м.н. Н.В. Майчук (Москва), профессор Э.Н. Эскина (Москва), Дадди Фадель (Италия), профессор В.М. Шелудченко (Москва). *Модератор:* академик РАН **С.Э. Аветисов**.



Академик РАН С.Э. Аветисов (Москва)

Академик РАН С.Э. Аветисов

Сейчас в формате конкретного клинического случая мы разберем ванной аметропии, возникшей по- операцией. сле радиальной кератотомии (РК).

Коротко напомню суть этой операции. Она применялась для чала хотелось остановиться на коррекции сферической миопии и астигматизма с индивидуаль- нениях роговицы, которые в отданым максимальным рефракционным эффектом. Эффект достигал- операции. ся за счет нанесения 4-8 надрезов до уровня десцеметовой мембраны ния (или, лучше сказать, его отпри диаметре центральной свобод- сутствие в привычном пониманой зоны 3 мм. Особое значение нии) после нанесения надрезов ского и «субъективного» эффекта ца. В настоящее время данные Это приводит к существенному воздействиям.

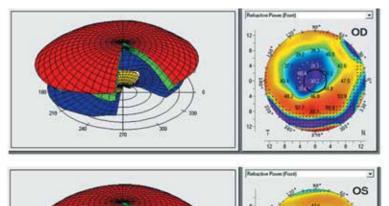
операции. Максимальный рефракционный эффект имел место при так называемом I типе заживления надрезов, когда даже микроскопически было трудно визуализировать надрезы. Более грубое заживление (II-III типа) сопровождается регрессом эффекта. Тут был вопрос, насколько мож-

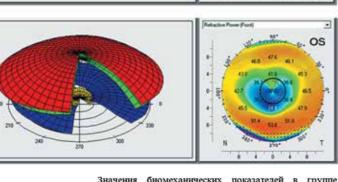
но сопоставлять историческую оценку радиальной кератотомии и современных методов. Могу сказать, что «отрезвление» после РК наступило гораздо раньше. Наблюдение отдаленных проблем, осложнений привело к пониманию, что эта операция является технологически не самой совершенной, и поэтому произошла замена РК на технологии, о которых мы сегод ня много говорили.

В настоящее время в мире насчитывается несколько миллионов пациентов, перенесших это вмешательство. Сейчас в основном приходится говорить об отдаленвозможности коррекции индуциро- ных проблемах, вызванных этой

> Об одной из таких проблем мы будем с вами говорить, но для наанатомо-функциональных измеленном периоде сопутствуют этой

Первое, особенности заживле-





Значения биомеханических показателей в группе с НТГ при ормализованном офтальмотонусе в сравнении с контрольной группой и

	CRF	CH	TimeIn	CH/CRF	Эластоподъем
Контрольная группа	11,2±1,4	11,0±1,3	7,88±0,35	0,98±0,06	10,2±1,8
ПОУГ при нормальном ВГД	10,6±1,5	10,6±1,2	7,75±0,35	1,00±0,06	10,5±1,9
НТГ при нормальном ВГД	*8,1±0,7	*8,5±0,7	*7,32±0,24	1,04±0,07	*12,4±1,6

Антонов АА, 2011 г.

в плане достижения максимально- при заживлении I типа. Ранее это ОКТ переднего отрезка показыва- снижению «жесткости» роговицы. го рефракционного эффекта име- было подтверждено морфологиче- ют, что в этой зоне есть незначи- «Жесткость роговицы» — термин ла глубина надрезов. Имело ме- скими исследованиями, проведен- тельная адаптация, но рубцевания собирательный, характеризующий в центральной зоне (ослабление сто расхождение кератометриче- ными в институте им. Гельмголь- в общепринятом понимании нет. устойчивость роговицы к внешним рефракции) и «укручение» в пе-

Наблюдается изменение кририферических участках (усиление

езультаты двунаправленной

пневмоапланации роговицы

Фактор резистентности роговицы:

Роговично-компенсированное

Роговичный гистерезис:

внутриглазное лавление:

(MM. DT. CT.):

OD= 8,2; OS = 8,4

OD = 8,7; OS = 9,0

OD = 21,7; OS = 19,6

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ



ходы, но в том случае, если помутнение хрусталика незначительное

у пациента пока достаточно прозрачный), я бы ему предложила индивидуальной склеральной лин зы. Хочу поблагодарить доктора Рябенко за предоставленный слайд (рис. 2). Таких пациентов после стабилизации ВГД я направляю на подбор индивидуальных линз для коррекции роговицы неправильной формы и аметропии одномопоказаний к использованию этого метода коррекции.

Академик РАН С.Э. Аветисов То есть ваша рекомендация за-

щей гиперметропии в использовании жестких склеральных контактли на немедленную операцию... за очки в данном случае.

Академик РАН С.Э. Аветисов

Профессор Э.Н. Эскина

Профессор Э.Н. Эскина

Я понимаю, что вы рассчитыва-

Академик РАН С.Э. Аветисов

Нет, не рассчитывал. Я вообще —

И я. Но качество зрения будет

Здесь необходимо понимать, что если мы сейчас обратимся ключается в контроле уровня ВГД



Рис. 1

Клинический случай: ТопоФРК в коррекции Пост-РК ИРН Пациент Д., 47 лет Vis OS = 0,1 sph -0,75 cyl -3,75 ax 145 = 0,7 миопическая рефракция, PVA = 20/25 намнез: 18 лет назад ПДРК по поводу I тип рубцевания, иррегулярный ast иопии высокой степени хрусталик прозрачный (факосклероз) Калобы: нуждается в более высоком рении вдаль ΤοποΦΡΚ

тов обязательно включаем в группу рекции; возможность коррекции риска развития глаукомы.

ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

плаентность — степень соответ- фии сетчатки и зрительного нерва? до операции после операции Академик РАН С.Э. Аветисов вание, и оно не было направлено По результатам наших исследосирующая гиперметропия. В 1988 ваний, у пациентов с осевой близогоду перенес операцию РК на обо- рукостью первично страдает слой Академик РАН С.Э. Аветисов Вы обратили внимание, что ПЗО SRI - 0,32 SAI - 0,52

Vis OS = 0,9

Клинический случай №1: ТопоФРК в коррекции Пост-РК ИРН

ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

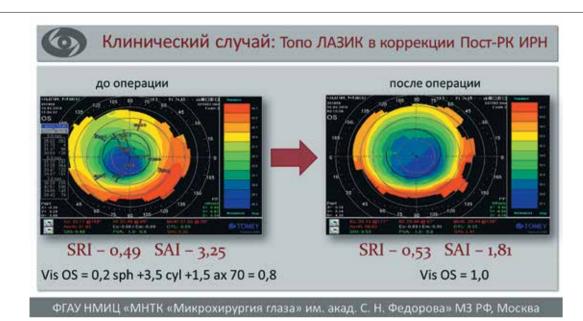
Профессор Э.Н. Эскина

Это, в основном, рефракционная 3,5 дптр и цилиндр (+) 1,5 дптр, ось близорукость, но все-таки хотелось 170°=0,8; OS 0,8 сфера (+) 0,5 дптр бы увидеть ганглиозные клетки и цилиндр 1,0, ось 26°=1,0; данные сетчатки, возможно, там были изавтоматической рефрактометрии менения, как и поля зрения.

SRI - 0,51 SAI - 0,95

Vis OS = 0.1 sph - 0.75 cyl - 3.75 ax 145 = 0.7

Рис. 4



ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» МЗ РФ, Москва

Рис. 5



Рис. 6



к литературе, касающейся прогрессирующей гиперметропии, ника- дится отговаривать от очередноких данных, говоривших в пользу какого-либо из методов, мы в пользу консервативного метоне найдем. Поэтому давайте вме- да, но при пробной коррекции пасте решим, что, на наш взгляд, циенты получают высокое зрение в конкретной ситуации является и в результате соглашаются на таоптимальным.

К.м.н. Н.В. Майчук

Я бы хотела познакомить коллег с алгоритмом, разработанным который мы используем достаточно давно для зрительно-функциональной реабилитации пациентов. Недавно прошла защита кандидатской диссертации одного из наших аспирантов

Так мы ведем наших пациентов с посткератотомическими рефракционными нарушениями (рис. 1). ток. Показания ВГД у пациента — Для начала пациенты делятся на несколько групп. Пациенты с интактным хрусталиком, не имеющие патоморфологических изменений роговицы, нарушений офталь- рефракционную операцию по слемотонуса, т.е. редко встречающиеся идеальные пациенты, проходят по группе реабилитации методами роговичной рефракционной хи- т.е. не осевая, я рассчитываю на рургии. Однако к пациентам, пе- то, что расчеты все-таки будут прорежившим роговично рефракци- изведены более-менее адекватно онную хирургию в прошлом, мы и удастся получить прогнозируеподходим достаточно осторожно роговичной рефракционной хирур- юсь на то, что с учетом среднестагии. В случае сочетания факторов с миопической рефракцией пациентам в благоприятной ситуации при прозрачном хрусталике, илеальном заживлении роговицы выполняется ТопоФРК.

На рис. 2, 3 представлен клинический случай с удачно проведенной операцией методом топоФРК с получением высоких клиникофункциональных результатов, вы- предложить пациенту интраокулярсокого зрения и регуляризацией поверхности.

тропической рефракцией операмало, поскольку мы понимаем, что роговица биомеханически нествия прорезания стромы роговипроведения такой операции.

хрусталика или наличия патоморэтапнои технологии. Клиническии зона более или менее правильная нальный результат и хорошую ре- хирургии.

применяем назначение пациентам склеральных контактных линз, при за такой детальный анализ. высокие клинико-функциональ- симпозиум. Спасибо всем! ные результаты без хирургического вмешательства.

Большинство пациентов прихокой вид коррекции.

Что касается вашего примера. исходя из того, что изменения хрусталика незначительные, после провеления алекватной гипотенв МНТК «Микрохирургия глаза», зивной терапии такому пациенту вполне может быть назначена скле-

Профессор В.М. Шелудченко

Я исхожу из того, что у пациента есть анизометропия. Естественно мое желание — дать возможность пациенту устранить этот недостадумал бы об операции на роговице, сейчас я так уже не думаю. Сейчас я бы предложил интраокулярную дующей причине. Во-первых, учитывая, что близорукость в данной ситуации рефракционного типа, мую рефракцию в пределах эмметропии или рядом. Второе, я надеартифакии ВГД немного снижается (я хотел, чтобы так было). Третье. При РК сферическая аберрация не просто увеличена, но увеличена фатально, и из-за дневных флюктуаций она может меняться, то я бы использовал хрусталик с асферической оптикой. Таким образом, моя позиция заключается в том, чтобы ную рефракционную операцию.

Академик РАН С.Э. Аветисов

Если объединить все вышесказанное, можно прийти к следуюпоЛАЗИК. Таких пациентов очень щему заключению. Первое — мы отвергаем кераторефракционную стабильна, и только в случае отсут- жет негативно повлиять на сниженную биомеханику роговицы. цы, как показано на конфокальной На первом месте в плане показаний микроскопии (рис. 4), у пациента и возможного эффекта коррекций имелись рубцы только в поверх- находятся склеральные жесткие ностных слоях, при отсутствии де- газопроницаемые линзы. Однако фектов десцеметовой мембраны в случае возникновения нестыкои эндотелия мы выполняем коррек- вок в плане приверженности лечецию по технологии ЛАЗИК. На рис. 5 нию, на мой взгляд, можно преднико-функционального результата случае их можно подобрать по переносимости, но если и в этом В случае наличия помутнения случае не найдем консенсус, не исключена возможность удаления хрусталика с имплантацией ИОЛ. при отсутствии прогрессирующей Вячеслав Михайлович в пользу гиперметропизации пациентам вы- этого посыла отметил, что иррегуполняется вмешательство по двух- лярный астигматизм есть, но есть пример (рис. 6) показывает, что па- Второе — с учетом возраста пацициент после проведения операции ента, с оговоркой о возможных непо двухэтапной технологии полу- гативных последствиях, возможчил высокий клинико-функцио- но проведение интраокулярной

Мы так подробно разобрали Однако в случае выявления у па- этот случай, потому что, возможциента биомеханической неста- но, все это вам и не придется дебильности роговицы, нарушения лать, но надо будет пациенту объофтальмотонуса, при критическом яснить. Необходимо, чтобы вы праснижении плотности эндотелиаль- вильно понимали преимущества ных клеток или истончения ро- и недостатки каждого метода, что говицы ниже критических преде- необходимо учитывать в отношелов (рис. 7), мы довольно широко нии выбора того или иного метода. Поблагодарим наших экспертов

этом пациенты все чаше получают На этом мы заканчиваем наш

Подготовил Сергей Тумар Фото Сергея Тумара

Саммит «Глазной кровоток» в Швейцарии

о 2 по 5 сентября 2019 г. в г. Риги-Калтбад (Швейцария) прошел 1-й Мировой саммит «Глазной кровоток» (1-st World Ocular Blood Flow Summit), собравший ведущих международных экспертов в области кровотока глаза. Саммит был посвящен основным проблемам физиологии и патофизиологии глазного кровотока, а также его роли в развитии различных форм офтальмопатологии. Инициатором проведения конгресса стал мировой эксперт, профессор Фламмер, возглавлявший Университетскую клинику в Базеле, которая 20 лет назад стала главным научным центром исследования глазного кровотока. С тех пор в этой области были накоплены серьезные наработки. Появились новые приборы, позволяющие неинвазивно исследовать мельчайшие капилляры глазного дна (ретинальную микроциркуляцию). Однако наибольшие результаты работы в области патофизиологии глаза, несомненно, были сделаны в Базеле под руководством профессора Фламмера. Спустя 20 лет он собрал своих учеников со всего мира, которые выступили с интересными докладами и поделились своими последними наработками.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2019

Целая серия докладов была посвящена регуляции, в том числе ауторегуляции глазного кровотока. В своем выступлении Peter Meyer (Швейцария) обратил внимание на то, что в регуляции кровотока глаза задейных и нейронных до эндотелиальных. Он детально остановился на роли таких факторов, как эндотелин, оксид азота, и многих других молекул, нарушение баланса которых неизбежно приводит к дисрегуляции и патологии. Примечательно, что современные достижения в области фармацевтики позволяют регулировать уровень этих молекул. Подробно остановился на этих молекулах Martin Ulmann (Швейцария). Являясь профессором химии, он подчеркнул, как важно, чтобы эти молекулы (речь шла об антагонистах эндотелина, о регуляторах синтеза оксида азота, о блокаторах кальциевых каналов) достигали нужных рецепторов в нужное время.

Большое внимание на саммите было уделено новейшим технологиям исследования кровотока глаза. Большой интерес слушателей вызвал доклад Leopold Shmetterer (Сингапур), посвященный нерешенным проблемам ОКТ-ангиографии. Объяснив возможные артефакты данной технологии, он обратил внимание на тот факт, что чем ярче получаются сканы, тем более высокую плотность капиллярной сети удается зафиксировать. Следовательно, для того чтобы избежать засветфильтров. Другой проблемой является зона сканирования: при площади 3х3 мм качество получается более высоким. С другой стороны, всегда остается проблема сегментирования. Например, очень важно понимать, что при исследовании хориокапилляров речь идет не столько о плотности капиллярной сети (vessel density), сколько о плошади (зонах) с полным отсутствием капилляров. Роль хориокапилляров в развитии таких заболеваний, как макулярная дегенерация, хорошо известна, а потому качество исследования ее чрезвычайно важно. В дискуссии, которую вызвал этот доклад, профессор Фламмер подчеркнул, что ние «vessel density» некорректно: на самом деле речь идет не об исчезновении ка- допплерографии с целью получения достопилляров, а о снижении скорости кровотока в них, что лелает их невидимыми.

От Российской Федерации в конгрессе приняли участие профессор Н.И. Курышева и профессор Т.Н. Киселева. Профессор Н.И. Курышева сделала доклад на тему «Нарушение микроциркуляции глаза как предиктор прогрессирования глаукомного поражения». Она подчеркнула, что, несмотря на существенные ограничения метода, отмеченные выше, несмотря на короткую историю его присутствия в офтальмологической практике, метод ОКТ-А позволил ответить на многие неясные вопросы и приблизиться к пониманию многих тонких моментов, в том числе при глаукоме. Первое, на чем остановилась профессор Курышева, это то, что благодаря появлению ОКТ-А с алгоритмом удаления из анализа крупных сосудов, стало возможным визуализировать пять слоев ретинальной микроциркуляции и понять, что парафовеа имеет более скудное кровоснабжение, чем перипапиллярная сетчатка,



Профессор Т.Н. Киселева, профессор Н.И. Курышева

а следовательно, макулярная зона может вовлекаться в глаукомный процесс довольно рано, что и было недавно описано D. Hood и получило название «максимально уязвимая при глаукоме зона». Доклад вызвал большой интерес зарубежных коллег.

Н.И. Курышева подчеркнула, что в работе профессора Zangwill (США), посвященной определению скорости исчезновения капилляров в парафовеа, было отмечено, что указанная скорость при глаукоме существенно опережает таковую в норме и у лиц с подозрением на заболевание. Однако она зависит от возраста больных, артериального давления и точности исследования (сигнала S SI). В другом исследовании профессор Голло (Венгрия) нашел, что процессы истонче ния СНВС и потери капилляров в перипапиллярной сетчатке происходят параллельно с изменениями в полях зрения, предположив, что ОКТ-А может стать перспективным методом в определении раннего прогрессирования глаукомы. Однако, по мнению Голло, результаты подвержены высокой вариабельности. С другой стороны, автор метода Јіа Ү. и др., используя ОКТ-А, основанную на методе SSADA, сравнили индекс кровотока в диске зрительного нерва у больных с глаукомой и у здоровых лиц и выявили его достоверное снижение на 25% при ПОУГ. Также они показали хорошую повторяемость и воспроизводимость данного метода и пришли к выводу о том, что он может быть использован для ранней диагностики

Доклад профессора Т.Н. Киселевой был посвящен возможностям цветового дуплексного сканирования в оценке состояния глазного кровотока. Представлены результаты многолетних работы отдела ультразвуковых исследований Национального медицинского исследовательского центра глазных болезней им. Гельмгольца по использованию данного метода в диагностике и мониторинге сосудистых заболеваний глаза и орбиты, витреоретинальной патологии, новообразований органа зрения. В сообщении было подчеркнуто. что в настоящее время доказана необходимость многократного применения цветового допплеровского картирования и импульснои верных результатов в оценке эффективности лечения офтальмопатологии. В дискуссии автор отметила преимущества и недостатки цветового дуплексного сканирования при исследовании гемодинамики глаза, ссылаясь на собственный 20-летний опыт применения данного метода, а также перспективы использования эхоконтрастирования в оценке гемоциркуляции в мелких сосудах.

Yarmohammadi A. с соавт. в 2016 г. опубликовали работу, где подробно рассмотрели, как изменяется плотность сосудов микроциркуляторного русла при глаукоме, включая препериметрическую стадию. По данным авторов, показатель плотности суммарно в ДЗН и перипапиллярной сетчатке (wiVD) снижался с 56,6% в здоровых глазах до 46,2% при глаукоме. Также снижался показатель плотности сосудов в перипапиллярной сетчатке. В данной работе был сделан важный вывод об отсутствии зависимости плотности сосудистой сети в ДЗН от его оценивали с помощью допплер-ОКТ, заразмеров. Кроме того, авторы обнаружили,

что плотность сосудов микроциркуляторного русла ДЗН и перипапиллярной сетчатки имеет ту же диагностическую ценность сетчатки уменьшался на 23,6±10,7%. в выявлении глаукомы, что и общепринятое

измерение толщины СНВС. Н.И. Курышева с соавторами впервые выявили предикторную активность параметров плотности микроциркуляторного русла (показатель Vessel Density, VD) в макуле (фовеа и парафовеа) в мониторинге глаукомы. По данным авторов, имеется высокая значимость параметров относительной плотности сосудов поверхностного плексуса в парафовеолярной области и относительной плотности микроциркуляторного русла ДЗН и перипапиллярной сетчатки в качестве предикторов прогрессирования ГОН. Также было выявлено, что при снижении относительной плотности сосудов (VD) поверхностного плексуса парафовеолярной области на 10% риск прогрессирования ГОН достоверно повышался в 4 раза, а при снижении относительной плотности капилляров перипапиллярной сетчатки и ДЗН на 10% в 2 раза. Важно подчеркнуть, что исследование проводилось на фоне отмены местных гипотензивных препаратов. Данный показатель имел более высокую диагностическую ценность в раннем выявлении заболевания. чем VD в ДЗН и перипапиллярной сетчатке. Более того, он имел приоритет над такими важными структурными параметрами, как толщина СНВС и ганглиозного комплекса сетчатки. При этом VD макулы имел высокую корреляцию с указанными морфометрическими параметрами, а также с показателями паттерн-ЭРГ, что свидетельствует о связи функциональных расстройств при глаукоме с гемоперфузией ГКС.

Большой интерес вызвал доклад Teruyo Kida (Япония), посвященный новой точке зрения на патогенез ретинальных тромбозов. Японскими авторами совместно с про фессором Фламмером были проведены интересные исследования, в которых были идентифицированы рецепторы к энотелину 1 в венозной стенке. Оказалось, что при введении в стекловидное тело ингибиторов ангиогенеза, например, афлиберцепта, эти рецепторы активируются, что приводит к спазму мелких венул и к усилению тромбозов с расширением зон инфаркта сетчатки. Пока не ясно, как преодолеть эту ситуацию, поскольку лечение ингибиторами ангиогенеза все чаще входит в практику при ретинальных окклюзиях. Все больше стали говорить о необходимости генетических исследований, т.к. количество рецепторов у всех разное, равно как и чувствительность к эндотелину. В дискуссии было подчеркнуто, что при диагностике синдрома Фламмера (повышенная дисрегуляция в ответ на различные стимулы) важно исследовать эту дисрегуляцию объективными способами, а не только путем сбора анамнеза, что, как правило, проводится в клинической практике. Действительно, нередко больной может отмечать, что у него часто холодные руки, но при этом капиллярная проба оказывается нормальной, и наоборот. В этом плане очень большую роль отводят анализатору диаметра сосудов с проведением фликкер-тестов (с засветкой), что позволяет анализировать ответ сосуда в его конкретной части на световой стимул.

Следующии доклад сделал профессот Lanzl (Германия). Его лекция была посвяглазного кровотока. Автор сделал обзор всех существующих методов с применением допплерографии и допплер-ОКТ, акцентировав внимание слушателей на результатах собственных исследований, а именно на изучении изменений перипапиллярного кровотока в ответ на гипероксию (увеличение объема вдыхаемого кислорода). Пациентам дважды проводили ОКТ-А после 10 минут нормального дыхания и после 10 минут дыхания с кислородной маской. Исследования выполняли дважды в разные дни. Авторы обнаружили снижение индекса кровотока (усредненное значение величины декорреляции амплитуды в исследуемой зоне сетчатки) на 8,87±3,09% после гипероксии, а также снижение плотности сосудов на 2,61±1,50%. Авторы провели аналогичное исследование с использованием допплер-ОКТ. Кровоток каждой вены тем кровоток всех вен ДЗН суммировался

для получения общего кровотока сетчатки. В результате гипероксии общий кровоток

Другим вопросом, возникшим в ходе дискуссии, явилась проблема определения гемоперфузии ДЗН при глаукоме, что давно привлекало внимание исследователей. Л. Шметтерер подчеркнул, что для этого применялись различные технологии, начиная от флуоресцентной ангиографии до лазерной допплерофлоуметрии и спеклграфии. Все они показали снижение перфузии ДЗН при глаукоме по сравнению с нормой. Однако ни один метод так и не вошел в клиническую практику. Причина — высокая вариабельность результатов при использовании указанных методов разными операторами и у разных больных. По мнению докладчика, необходима некая стандартизация при исследовании, что повысит воспроизводимость получаемых результатов. Профессор Шметтерер подчеркнул, что это имеет большее значение при диабете, чем, скажем, при глаукоме. Особую роль играет качественное исследование сосудистого русла хориоидеи. В этом смысле важно определять не столько плотность ее сосудистого русла, сколько плошаль зон с отсутствую щим кровотоком. На вопрос, как влияет ВГД на показатели ОКТ-А, Шметтерер ответил, что это пока неизвестно. Так, в настоящее время они проводят исследования при ПЗУГ и обратили внимание, что у некоторых пациентов в ответ на значительное снижение ВГД плотность капиллярной сети существенно возрастает, в то время как у других ничего не происходит. Как это объяснить, пока неизвестно. Важно помнить, что ОКТ-А позволяет измерить не сам кровоток, а именно плотность сосудистой сети. Это важно понимать при интерпретации данных при сахарном диабете, когда, например, при отеке тканей плотность сети понижается. в то время как в ответ на стероиды она восстанавливается. В плане глаукомы, по мнению профессора Шметтерера, очень важно исследовать параметры ОКТ-А параллельно с толщиной СНВС, в этом случае будет получена более объективная информация.

В докладе «Патогенез центральной серозной хориопатии» профессор Прюнтэ поделился результатами собственных исследований. Было обнаружено, что при введении индоцианин зеленого он накапливается в дольках хориоидеи, что коррелировало с высотой отслойки ретинального пигментного эпителия. Помимо этого, была обнаружена высокая активность лизосомальных ферментов, что повышало проницаемость мембраны Бруха. По мнению профессора Прюнтэ, лазеркоагуляция точки фильтрации при данной патологии не решает проблемы. Более целесообразно проведение фотодинамической терапии, которая вызывает тромбозы в венозном русле хориоидеи, блокируя таким образом ее дольки с патологической фильтрацией

Интересная дискуссия возникла по поводу происхождения геморрагий по краю ДЗН при глаукоме. Дело в том, что они появляются исключительно в начальной стадии заболевания и практически не встречаются в продвинутой стадии. Как это объяснить? По мнению участников дискуссии. это может быть связано с исчезновением нервных волокон. Возможно, в происхождении геморрагий на ДЗН играют роль артериолы. Профессор Курышева напомнищена различным методам исследования ла, что недавние исследования корейских авторов показали, что геморрагии чаще встречаются при нормотензивной глаукоме и ассоциируются с перипапиллярной атрофией хориоидеи. Более того, выпадение капилляров в перипапиллярной хориоилее ассоциируется с прогрессированием заболевания. Поскольку хориоидея кровоснабжается из задних коротких цилиарных артерий, то, по всей вероятности, их атрофия и ведет к тому, что в продвинутые стадии глаукомы, геморрагии на ДЗН не встречаются.

В целом участники саммита согласились с тем, что проблема глазного кровотока, его исследования, а тем более влияния на него лекарственных препаратов еще очень далека от решения. Однако благодаря современным технологиям исследования, а главное, благодаря объединению международных усилий за последние годы наметился явный прогресс в решении этой непростой задачи.

> Репортаж подготовила профессор Н.И. Курышева

Рис. 7

Ольга Евсюкова

34

Продолжение, начало см. в «Поле зрения» N° 2, 3, 4, 2019 г.

севолод Васильевич Рудин родился в 1849 году в старинном городе Мологе, в семье потомственных дворян Костромской губернии Среднее образование получил в Ярослав-

ской мужской гимназии (окончил ее в 1867 году с серебряной медалью). Выпускник медицинского факультета Мо-

сковского университета (специальность — В год его окончания, в 1872 году, В.В. Ру-

дин был определен земским врачом в Мологский уезд Ярославской губернии. В сентябре 1877 года получил свидетельство об успешном прохождении практического испытания на степень доктора медицины.

Василий Васильевич Рудин (1849-1917) некоторое время работал врачом в Некоузской волости Мологского уезда, затем переехал жить и работать на родину в Костромскую губернию.

Будучи старшим ординатором 78-го военно-временного госпиталя, Всеволод Васильевич Рудин принимал участие в Русско-турецкой войне 1877-1878 гг.



Профессору Е.Г. Лазареву и его коллегам земским врачам Тульской губернии посвящается

Всеволод Васильевич Рудин (1849-1915) врач-офтальмолог, общественный деятель



В.В. Рудин, 1880 год. Рыбинск (из фондов музея Мологского края, предоставлено А.С. Клоповым)



Ярославская мужская гимназия



В.В. Рудин — студент Московского университета (фото из семейного архива В.В. Осиповой)

Русско-турецкая война 1877-1878 гг.

Это была последняя крупная война, выигранная Российской Империй, результатами которой можно и гордиться. Солдаты и офицеры ценой своей жизни несли освобождение балканским народам.

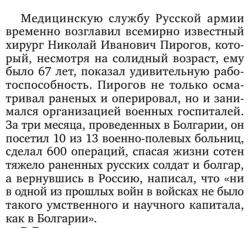
«Ныне, призывая благословение Божье на доблестные войска наши, мы повелели им вступить в пределы Турции. Того требуют чувство справедливости и чувство собственного нашего достоинства». С этих слов Манифеста, подписанного 12 апреля 1877 года императором Александром II, началась Русско-турецкая война 1877-1878 годов.



Братья Василий и Всеволод Рудины, 1874 г. (фото из семейного архива В.В. Осиповой)

Объявление войны было встречено с небывалым энтузиазмом всем русским народом. Особую активность проявила русская интеллигенция и, в первую очередь, врачи, которые сразу стали организовывать больницы и лазареты, формировать санитарные поезда и отряды. Всего в ряды Дунайской армии вступили около 1600 врачей и около 3000 медицинских сестер. Впервые в войне учатвовали и 7800 санитаров-носильщиков

На Балканы направлялись русские добровольцы — солдаты, офицеры, писатеи, медсестры, врачи. Среди добровольцев, отправившихся на войну, были и туляки писатель Г.И. Успенский, художник В.Д. Поленов, врачи С.Г. Озеров, К.А. Сарандино, А.Д. Шаперон, В.П. Матвеева, М.А. Здановский, В.А. Гесперидский, А.Э. Замбржицкий,



В Болгарии русские врачи впервые стали применять антисептические перевязки

Перевязочные пункты Русско-турецкой войны современники сравнивали с адом: «Кровь льется ручьями, белье как будто из красной материи сшито; врачи все в крови, гипсе. Больные стонут и просят то пить, то перевязки». Нередко врачам приходилось оказывать помощь прямо под огнем неприятеля, они сутками не покидали госпиталь, спасая и своих и чужих, потому что для них важнее была жизнь человека, а не его национальность

Молога

После возвращения с Русско-турецкой войны, 18 октября 1879 года, В.В. Рудин становится врачом Васильевского участка Шуйского земства Владимирской губернии. Через год, 25 ноября 1880 года, постановлением Мологской городской Думы был назна-



Походный госпиталь русских войск на Балканах. 1877 г.

Палаточный лагерь для размещения раненых Русской армии, участвовавших в Русско-турецкой войне 1877-1878 гг. Румыния



Санитарный обоз эвакуирует раненых. 1877-1878 гг.



Мологский Афанасьевский женский монастыры

кабинет врача и перевязочная. Прием про-

изводился ежедневно с 9 до 14 часов, кроме

праздников. Городские, так и сельские боль-

Размер жалованья городского врача пер-

воначально составлял 1200 рублей в год,

позднее — 1500 рублей. Сумма по тем вре-

менам немалая — для сравнения: жалованье

фельдшерицы-акушерки составляло тогда же

480 рублей, то есть менее трети зарплаты

врача, а сиделка (нынешняя нянечка либо

санитарка, либо и то и другое одновремен-

но) получала всего 96 рублей годового жа-

лованья. Большую часть своего жалованья

доктор Рудин тратил на приобретение необ-

лечебницы, а также на устройство оспен-

ного телятника для приготовления лимфы,

ные принимались бесплатно.



Молога. Дорога в монастырь



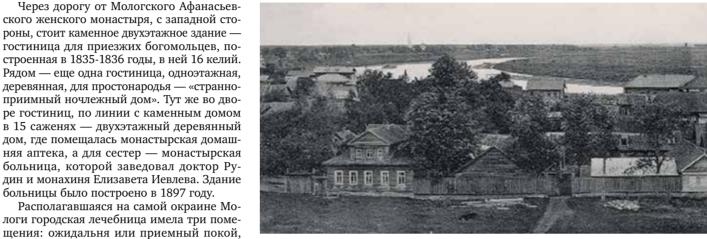


Фото 1900-х. Молога. Вид на город и реку Мологу

Разделив учащихся в своей школе — Школе правильного физического развития на четыре антропометрические группы («хорошо развитых», «средне развитых», «слабогрудых», «слабосильных»), Рудин составил для каждой из них специальную программу физических упражнений с учетом выявленных отклонений в физическом развитии. Шестилетние наблюдения за ходом физического развития учащихся, занимавшихся по этим программам, дали, как считал Рудин, «осязательные результаты». Он в то время высказывал оригинальную мысль, что оценка по физическому воспитанию не должна оцениваться «баллами по предметам физических упражнений,

сыворотки, а также на организацию при После длительного хождения по различлечебнице библиотеки общедоступной меным инстанциям (вплоть до самого губернадицинской литературы с последующей бестора) разрешение на строительство гимнаплатной выдачей книг для жителей Мологи. стической школы наконец-то было получе-В.В. Рудин, один из немногих практикуно. Оставалось найти благодетеля, готового ющих врачей, понимал важность медицин к крупному пожертвованию во благо своих земляков. И такой нашелся среди мологской статистики и учета и с первых дней жан. Им стал купец П.М. Подосенов. Он изъсвоей службы много внимания уделял этой явил желание построить школу за свой счет. проблеме. Кроме журнала для записи приходящих больных, им были заведены сани-И построили — уже 26 декабря 1888 года здание в торжественной обстановке было тарные книжки, оспопрививальные бланки, карточки рождения и карточки смерти, Это было громадное для того времени а также карты домовых осмотров. За пять лет, с 1883 по 1888 годы, получилась унидеревянное здание, имевшее обширный

приборы, музыкальные инструменты, седла,

велосипеды, ружья, шлюпки, 3 лодки, конь-

ки и прочие спортивные принадлежности,

а также три верховые лошади. Занятия вер-

ховой ездой стали причиной того, что школу

73 ученика, но бывали годы, когда коли-

чество занимавшихся достигало более 200

физического развития были распределены

В школе преподавались игра в кегли, езда на велосипеде, фехтование; велось обучение

ным приемам, также при школе имелись

сцена и партер для постановки спектаклей.

В первый год в школу было принято

стали называть «манежем»

по соответствующим группам.

кальная в своем роде подробнейшая карта зал для занятий спортом высотой 6 метров. заболеваемости горожан, отдельно по доа также украшенный колоннами театральный зал. Внизу размещались комнаты для мам, улицам и кварталам Он очень много сделал по санитарному смотрителя и прислуги, а над комнатами хоры для певчих и фисгармония. Отоплеустройству Мологи. По его инициативе для нужд города были устроены паровые дезинние здания осуществлялось восемью калориферами системы Собольщикова. Вокруг фекционные камеры и склад дезинфекционных принадлежностей. Появление их состоздания, на прямоугольнике площадью 60 на ялось еще в 1882 году, когда в городе ожи-120 метров, был разбит сквер с площадкой для крокета и аллеями для конных, велосидалась вспышка холеры. Тогда в устье реки Мологи был выстроен барак для холерных педных и пеших прогулок. В зимнее время больных, который в течение многих лет стоплощадка для крокета превращалась в ледянои каток. Поскольку в программе занятий спортом имелась верховая езда, то при нию в случае возникновения эпидемии. Труд доктора В.В. Рудина по санитаршколе была устроена конюшня на три стойла. П.М. Подосенов истратил более 20 тысяч рублей на возведение этого спортивно-культурного комплекса и приобретение спортивного инвентаря к нему. Здесь были спортивные подвижные снаряды, измерительные

ному обустройству бывшего захолустья в санитарном и медицинском отношении получил общественное признание. На состоявшейся в 1893 году первой Всероссийской гигиенической выставке город Молога удостоился Почетного диплома «За санитар-

Любимым детищем доктора Рудина стала гимнастическая школа.

В 1885 году доктор В.В. Рудин выходит в Ярославское врачебное отделение с ходатайством о разрешении открыть в Мологе гимнастическую школу, в которой предполагались следующие занятия: строевая подготовка (маршировка), вольные гимнастические упражнения, гимнастика на снарядах, гимнастические игры, хоровое пение.

В.В. Рудин, указывая на важность индивидуального подхода к занимающимся физическими упражнениями, предлагал столярному ремеслу, маршировке и ружейбрать за основу не возраст, а индивидуальные данные физического развития ребенка.

В 1889 году Всеволод Васильевич Рудин был избран мологским врачебно-санитарным попечителем с функциями общего руководства медицинской частью в городе. Одновременно он сосредоточился на своей основной специальности, открыв в своем доме бесплатную глазную лечебницу с постоянными кроватями для беднейших жителей города и уезда. Всеволод Васильевич неоднократно читал лекции на темы санитарного просвещения

> популярных медицинских брошюр (в том числе, написанных самим Рудиным). Для обеспечения города и уезда свежим детритом он организовал при городской лечебнице телятник, а для борьбы с заразными болезнями — особый санитарный отряд.

> а при городской лечебнице организовал

бесплатную библиотеку с большим фондом

Исключительно благодаря Рудину Молога смогла принять участие в І-й Всероссийской гигиенической выставке 1893 года, и по ее результатам мологские городские власти были награждены (наряду с варшав скими и одесскими) высшей наградой — Почетным дипломом. В начале октября 1895 года на торжественном вечере, устроенном мологскими городскими властями и обществом по случаю отъезда В.В. Рудина, ему было присвоено звание почетного гражданина города Мологи.

В середине 90-х годов Рудин уезжает в Петербург. Вместе с тем посеянные им семена дали добрые всходы. При всех имевших место трудностях школа стала частью жизни многих жителей города. Появились новые любители-спортсмены и театралы. благодаря их энтузиазму школа работала еще много лет.

В 1894 году Всеволод Васильевич Рудин сконструировал в Петербурге обеззараживающую камеру. Она демонстрировалась на Всероссийской гигиенической выстав-Доктор Рудин написал также научное исслелование «О заразных болезнях». Его охотно выписывали многие больницы России.

Именно в мологский период своей жизни В.В. Рудин женился, став любящим мужем и отцом пятерых детей

Жена — дворянка Лидия Николаевна (урожденная Чистякова; ? - 1892). Дети: Ольга (7 января 1876 года - ?), Владимир (24 ноября 1879-1905?), Вячеслав (7 июля 1882 - ?), Юрий (14 сентября 1883 - 19 февраля 1947), Надежда (31 июля 1886 - ?).

(Фотографии и информация предоставлены директором Краеведческого музея г. Рыбинска А.С. Клоповым)

человек. Все ученики в зависимости от их Город Тула в жизни В.В. Рудина

Оставив осенью 1895 года Мологу, Всеволод Рудин по приглашению тульского губернского земства переехал в Тулу и в качестве губернского окулиста возглавил только что открытую глазную больницу



Подосеновская гимнастическая школа

В Туле Всеволод Васильевич стал одним из самых популярных врачей Тульской губернии, возглавил «особый летучий глазной отряд»

В.В. Рудин стал первым организатором системной глазной помощи населению на Тульской земле. В то время в уездах отсутпредложил закрывать на лето губернскую глазную больницу и формировать из нее особый «летучий» глазной отряд, который бы за лето посещал по два разных уездных города Тульской губернии. Таким образом, устанавливалась довольно тесная связь между уездами и специалистами тульской глазной больницы. Наплыв больных в эти «летучие» отряды был огромный: кроме обширной амбулатории, на койках нередко лежало от 80 до 100 человек.



Сам Всеволод Васильевич работал в городах Богородицке, Ефремове, Черни.

Как и некогда в Мологе, в тульский период своей жизни В.В. Рудин активно популяризировал медицинские знания, распространяя среди населения листовки и брошюры, часто издаваемые за его личный счет.

Большие проблемы земскому врачу доставляло отношение населения к лекарствам. По убеждению крестьянина, лекарство должно быть обязательно горьким, едким, иметь неприятный запах и вид, чтобы испугать, «пронять» болезнь, поэтому к бесцветным и безвкусным жидкостям и пилюлям крестьяне относились с подозрением и сильно сомневались в их действенности. Лействовать хорошее средство должно моментально. Если в течение первых двух дней лекарство не приносило видимого облегчения, крестьянин часто бросал его пить. Непонятны крестьянину были понятия дозировки, рецептуры и режима принятия лекарства. По сообщениям этнографов и медиков, нередки были случаи, когда человек, желая поскорее вылечиться, например от сифилиса, выпивал сразу все назначенные врачом ртутные пилюли и получал острое отравление

Доктор В. Рудин на VII Съезде земских врачей Тульской губернии замечал, что самыми удобными и безопасными для крестьян формами лекарств являются пилюли, капсулы и лекарственные лепешки, в отличие от микстур и капель, в которые так верили сельские жители. «Моя долгая служба простому народу убедила, что капли в глазной деревенской практике также неудобны, если не больше, ибо традиционное куриное перо вносит в них массу грязи, а какая-нибудь ложечка из-под манной каши или грязный обмакнутый в капли палец не лучше того», — писал губернский окулист. Для иллюстрации своего доклада доктор даже собрал небольшую коллекцию тары, употребляемой сельскими жителями для хранения лекарств, самым характерным предметом в которой был «шкалик» — небольшая стеклянная бутылка из-под водки. заткнутая грязной тряпкой. Не понимали крестьяне и специфики действия аптечных препаратов, употребляя их как привычные,



«Летучий» глазной отряд в деревне. Худ. Б.А. Ландезелен

универсальные средства народной медицины, например, человек мог поделиться лекарством, выписанным ему врачом, со своим захворавшим односельчанином, не считаясь с возможным несовпадением

Начиная с І Съезда земских врачей Тульской губернии в 1880 г., вопросы профилактики и санитарного дела всегда стояли на первом месте. Но только с развитием стационарной системы, организации врачебных пунктов на селе стало возможно развитие гигиенического направления в медицине. Тема санитарной гигиены получила свое продолжение на VI Съезде земских врачей Тульской губернии в 1897 г., где губернский окулист В.В. Рудин выступил с сообщением «О культурном значении (в смысле гигиены и профилактики) земских больниц и амбулаторий»

Такой вопрос о значении больниц не только в лечебном плане, а в плане просветительском был впервые поставлен перед обществом, и значение этого события грудно переоценить. Годом раньше, с ноября 1895 г. по апрель 1896 г., Богородицкая земская управа вела активную переписку с Тульским губернатором «об учреждении при каждой лечебнице по шкафу с книгами для больных и служащих». Но это стало возможным лишь в конце 90-х годов при увеличении больничных и амбулаторных пунктов, когда просветительская задача ме-



ОФТАЛЬМОЛОГИЯ В ЛИЦАХ

Фото земской больницы в г. Ефремове Тульской губернии. В ней работал доктор В.В. Рудин (в 1896 г.) и жена Е.Г. Лазарева - Мария Сергеевна

В.В. Рудин в своем докладе приводит слова доктора В.А. Звягинцева из отчета по Ефремовскому уезду VI Съезду земских врачей: «Всякий врач, имевший несчастье пережить не одну большую эпидемию в деревне, знает, как невероятно тяжело бывает чувствовать свое бессилие при виде беспомощности населения, купающегося и захлебывающегося в собственном невежестве».

На VI Съезде земских врачей была образована комиссия по популяризации сведений по медицине и гигиене среди населения в составе В.В. Рудина, Я.Ю. Каца, А.С. Буткевича и И.К. Стржельбицкого.

Работы доктора В.В. Рудина

Рудин В.В. Болезни переднего отдела глаза: практ. руководство для фельдшеров: курс, пройденный в 1897/98 году в Тульской фельдшерской школе / В.В. Рудин. – Тула, 1898. – 77 с.: ил. – С приложением пояснительной глазной терминологии.

Рудин В.В. Гигиенические этюды / д-р мед. В.В. Рудин. – Тула: электропеч. и тип И.Д. Фортунатова, 1906. – 47 с.

Рудин В.В. Действие бани против заразы и подвижная дезинфекционная камера-Баня: попул. очерк / сост. врачебно-сан. попечитель г. Мологи В.В. Рудин. – Рыбинск: Типо-лит. Фальк, 1893. – 11 с.

Рудин В.В. Заразные болезни, их признаки, уход за больными, средства уберечься от заразы : руководство для простого народа / сост. врачом В.В. Рудиным. – М. : отдел. тип. т-ва И.Д. Сытина, 1903. – 32 с.

Рудин В.В. Слепота и борьба с нею: общедоступный очерк / В.В. Рудин. – Тула, 1908. – 38 с. Рудин В.В. Что нужнее: гимнастика,

спорт, игры или физический труд для физического образования? / сост. зав. Подосеновск. шк. физ. образования в г. Мологе В.В. Рудин. – Рыбинск : Типо-лит. Фальк,

Последствия сверхнапряженной работы с массой пациентов (иногда по 13-14 часов бессменно) не заставили себя ждать: в мае 1902 года, во время работы в «летучем» отряде в городе Богородицке Тульской губернии, Всеволода Васильевича постиг удар тяжелейшее кровоизлияние в спинной мозг. Врач был парализован.

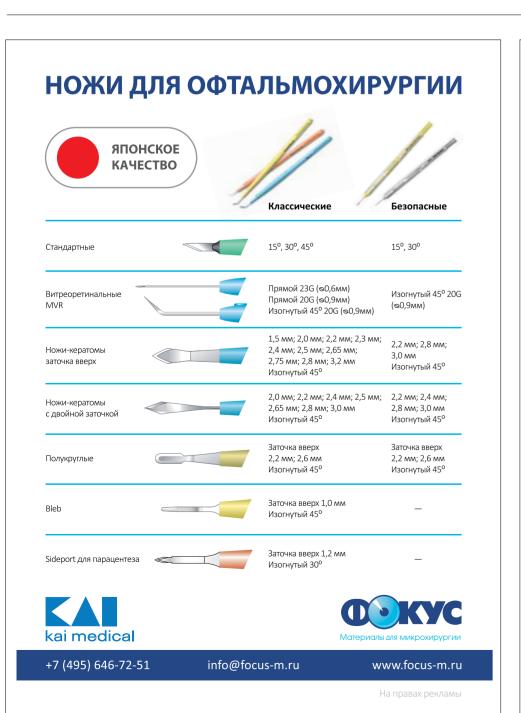
Сделавшись неработоспособным в физическом смысле, он продолжал напряженную умственную работу. «Для того чтобы иметь право жить, нужно оправдание в полезной работе». За время своей болезни Всеволод Васильевич написал и опубликовал еще несколько специальных статей и брошюр.

Уже в июне 1902 года, исходя из «самоотверженной работы доктора Рудина и в виду его полной инвалидности», Тульское губернское земство установило ему пенсию в размере получаемого жалования. Вторая жена доктора Рудина Генриетта Карловна (урожд. Смидович) ухаживала за ним несколько лет.

9 декабря 1915 года Всеволода Васильевича не стало.

Современники отмечали, что главной нертой врача Рудина были прямота характера и стойкость убеждений. Будучи блестящим офтальмологом-прак-

тиком, активным общественным деятелем и популяризатором медицинских знаний среди простого народа, он так и не получил настоящего и должного признания на государственном уровне. За годы службы ему было пожаловано лишь звание почетного гражданина города Мологи, темно-бронзовая медаль в память Русско-турецкой войны 1877-1878 годов и самый младший из российских орденов — Св. Станислава 3-й степени.



ЕУЕ ОГЛАЗ Дорогие коллеги!

Перед вами третий номер обновленного журнала «Тhe EYE ГЛАЗ». В современном динамичном мире на человека обрушивается колоссальный поток информации, в том числе профессиональной. С огромной скоростью происходит ее постоянное обновление. Как успеть ознакомиться, а тем более осмыслить весь этот поток? Если еще в конце прошлого века мы успевали изучить всю имеющуюся периодическую офтальмологическую литературу по мере ее выхода в свет, то теперь приходится придирчиво выбирать, что стоит обязательно



Редакторский коллектив каждого журнала хотел бы, чтобы именно его детище стало той палочкой-выручалочкой, которая помогала бы успешно ориентироваться в постоянно обновляющемся потоке профессиональной информации. Наш журнал стремится стать именно таким. Мы осознаем, что только качество и новизна публикаций, практическая ценность, отражение самых современных тенденций, конструктивные дискуссии по актуальным проблемам офтальмологии способны удержать интерес читателей.

До недавнего времени существовал стереотип, что «Глаз» является журналом про оптометрию и для оптометристов. Однако рефракционные нарушения часто сопровождают и идут рядом со многими другими глазными заболеваниями, их осложнениями. Конечно же, это касается в том числе и рефракционной, и роговичной, и катарактальной хирургии. Как известно, даже витреоретинальные вмешательства порой способны повлиять на изменение рефракции глаза. Именно поэтому мы приглашаем к публикации всех офтальмологов, независимо от специализации, и будем рады видеть интересные научные работы различной направленности, отражающие взаимосвязь рефракционных изменений с любой другой офтальмопатологией.

Надеемся, что журнал будет полезным и востребованным у наших коллег.

зам. главного редактора, д.м.н. Н.А. Поздеева



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №5/2019

Илья Бруштейн

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Есть глазной санаторий под Лугой...

В прошлом номере газеты «Поле зрения» мы начали знакомство с фтизиоофтальмологическим санаторием «Красный Вал». В этой организации проходят лечение и реабилитацию пациенты с туберкулёзными поражениями органа зрения. Наш корреспондент пообщался с сотрудниками санатория, а также с одной из пациенток, инвалидом второй группы по зрению.

Юрий Николаевич Шарипов, врач функциональной диагностики, психотерапевт:

Боязнь слепоты страшнее самой слепоты!



— Юрий Николаевич, Вы совмещаете работу врача функциональной диагностики и психотерапевта. С какими психологическими проблемами сталкиваются пациенты с туберкулёзом глаз? Как организована в санатории их психотерапевтическая

терапевта — слово. Для нас важно наладить психологический кон- синдром» — это повышенная тревориться», обрести доверие людей. Мы стремимся мобилизовать внутренние психологические ресурсы организма, чтобы направить их на борьбу с болезнью.

работе используются и медикаментозные средства. Но за редкио медикаментах постоянного применения. Мы исходим из того, что это временная мера, которая поможет пациенту преодолеть тяжё-А в дальнейшем он сможет обходиться без них.

Психологические проблемы, ко- людей диагностика туберкулёза провоцирует распад семьи... Или

торые несёт в себе туберкулёз глаз, связаны со специфическими осо- семья вступает в кризисный этап. вместить с профессиональной деятельностью. Многие люди теряют работу. А это вопрос не только личностной самореализации (хотя ация неопределённости оказывает и это очень важно!), но и материсобна покрыть только основные потребности человека. Поэтому вме

вызывает у пациента страх и беспокойство. Туберкулёзное поражение сте с болезнью в жизнь пациента органа зрения связано со страхом может прийти бедность. слепоты. А боязнь слепоты страшнее самой слепоты! В психотерапии существует такая патология: «астенический синдром». Если говорить простым языком, то «астенический она, к сожалению, свойственна. В-третьих, лечение туберкулёза, в том числе и туберкулёза органа

зрения, связано с длительным, мноальных контактов. омесячным пребыванием в противотуберкулёзных клиниках и санаториях. Такая «больничная жизнь» при неблагоприятном развитии событий может привести к негативным изменениям в психологическом состоянии пациента. Поэтому помощь психотерапевта бывает жизненно необходима! В-четвёртых, многие пациенты переживают из-за недостаточной, по их мнению, поддержки со сторо- века, вне зависимости от социаль-

рыми Вам приходится работать?

В-пятых, эту болезнь, особенно её хронические формы, трудно соинвалидности, как известно, спо-

к сожалению, ещё сильны различные предрассудки в отношение больных туберкулёзом. Часто люди не хотят разобраться, в каких случаях существует опасность инфицирования, а когда можно общаться с пациентом без каких-либо ограничений. Эта ситуация тоже ведёт

Туберкулёз всё ещё продолжает восприниматься как «социальная болезнь», которая затрагивает людей, находяшихся на обочине общеделённого места жительства и т.д. Частично это мнение обоснованно, так как среди этих групп населения процент заболевших особенно высок. Вместе с тем туберкулёз ны родных и близких. У некоторых ного положения.

— Не могли бы Вы рассказать о конкретных пациентах, с кото-

— Женщина, 47 лет, из Ижевска. Один глаз полностью утратил зрительные функции. Острота зрения на втором глазу составляет семьлесят процентов. Проблемы с органом зрения вызвали у этой женщины обострение неврологической патологии. У неё усилился логоневроз. стали беспокоить приступы удушья психосоматического характера.

Улучшению состояния этой паци ентки способствовали индивидуальные сеансы психотерапии в комнаможно послушать шум моря, шум водопада, понаблюдать за плавающими рыбками в аквариуме. Всё это способствует расслаблению. После трёх месяцев пребывания в санатории приступы удушья перестали её беспокоить, речь улучшилась (заи кание стало менее выраженным).

Женщина, 30 лет, из Санкт-Петербурга. Бывшая профессиональная спортсменка. Замужем Мать четырёхлетнего сына. У этой пациентки был диагностирован астенический синдром. Он проявлялся не только в страхе слепоты (а этот страх объясним из-за специфики заболевания!), но и в постоянной тревоге из-за здоровья ребёнка. Эта женшина даже стала избегать общения с собственным сыном, переложив все родительские обязанности на мужа, так как она панически боялась его заразить.

 Опасность инфицирования ребёнка и других членов семьи лействительно существовала?

Нет. При туберкулёзе органа зрения, если отсутствуют активные туберкулёзные очаги в других органах, нет опасности заражения оодных и близких. Психотерапевтическая работа с этой дамой была направлена на то, чтобы вернуть её к активной жизни, к выполнению материнских обязанностей.

Кроме того, я настоятельно рекомендовал ей найти работу или начать учёбу. После ухода из большого спорта она стала домохозяйкой... Сейчас женщина нашла работу. Одновременно стала уделять много внимания сыну и мужу. Время от времени мы встречаемся. Она рассказывает: «У меня теперь нет времени на страхи! Столько

Получается, что решение психологических проблем оказалось довольно простым?

— Да. Женщина «загрузила» себя: работа, домашние дела... И астенический синдром практически исчез. В своей работе я использую дыхательные упражнения, гипноз, медитацию. Бывает, что психотерапевтическим средством может произнесена к месту и способствует установлению доверия между



— Сергей Леонидович, Вы работаете в санатории с августа 2001 года. Почему Вы решили стать сотрудником фтизиоофтальмологического санатория?

Сергей Леонидович Ляпин, к.м.н., врач-офтальмолог:

Работа на стыке офтальмологии и фтизиатрии

бурге мне довелось лично познако- шей свадьбы. миться с тогдашним профессором-Также я читал её научные работы. менных условиях».

цинских учреждениях устанавли-

Во-вторых, диагноз «туберкулёз»

на пациента.

Опытный профессор-офтальмо-Я родом из Удмуртии. Родил- лог подробно рассказала мне, тогда

Игринского района. После окон- здесь, я смогу не только помогать специальных знаний для правильиз научно-практических медицине хал сюда вместе с женой. Это проках идёт речь? ских конференций в Санкт-Петер- изошло через две недели после на-

В 2014 году я обобщил многоконсультантом санатория, д.м.н. летний опыт работы в кандидат- ромному сожалению, в диагности- диагностики. Во-вторых, знать ре-Е.И. Устиновой. Елену Ивановну мож- ской диссертации «Лечение реци- ке эндогенных увеитов различной жимы проведения химиотерапии, но назвать одной из ключевых фигур дивов туберкулёза органа зрения этиологии на самом деле встре- то есть правильно подобрать набор российской фтизиоофтальмологии. в специальном санатории в совречаются ошибки. Думаю, что теме противотуберкулёзных препаратов.

названием Игра, районном центре натория. Она отметила, что, работая гам общей практики не хватает

чания Ижевской государственной людям, но и собрать ценный маной диагностики и лечения туберна стыке офтальмологии и фтизимедицинской академии работал териал для научных публикаций. кулёзных поражений органа зре- атрии. Поэтому им гораздо легче в Центральной районной больнице В «Красном Валу» тогда была вакан- **ния. Не могли бы Вы пояснить,** помочь пациентам с соответствуюв родном посёлке. Во время одной сия врача-офтальмолога. И я пере- о каких именно знаниях и навы- щей патологией, чем коллегам, ко-

— Туберкулёзные поражения заболеваниями. органа зрения являются одной из форм эндогенных увеитов. К огувеитов необходимо уделять больше внимания в клинической орли-

Фтизиоофтальмологи работают

Во-первых, важно правильно

Опытный фтизиоофтальмолог мо-**— Мне приходилось слышать** натуре по офтальмологии и в про- нии внешнего осмотра папулы после ся и вырос в посёлке с забавным молодому специалисту, о работе са- мнение, что врачам-офтальмоло- граммах повышения квалификации туберкулиновой пробы. В разговорной речи её называют «пуговкой». вых проб, то состояние «пуговки»

— Рецидив через 20 лет. Вам часто приходится иметь дело с такими ситуациями?

— Сравнительно редко. Но такие ситуации бывают. Мне думается, что люди, перенесшие туберкулёз, нуждаются в профилактическом наблюдении в течение всей последующей жизни. Пациентка из Ростовской области мне запомнилась ещё и потому, что нам, к сожалению, не удалось спасти ей зрение. Туберкулёзный увеит был у неё осложнён глаукомой и катарактой. И это создало «гремучую смесь», с которой невозможно было димо не только дисциплинированно с повышенной дозой туберкулина?

Но если врач-офтальмолог никогда справиться при современном уровне развития науки.

> Возможно, если бы противотуберкулёзные диспансеры не снимали людей с учёта после пяти лет без рецидивов, а наоборот, регулярно приглашали их на профилактические осмотры, то таких печальных случаев было бы меньше.

— С какими проблемами Вы сталкиваетесь в своей работе?

— Серьёзные проблемы возникают, если люди прерывают лечение в санатории до завершения курса по личным обстоятельствам. Например, из-за того что им необходимо вернуться домой, заняться работой, семейными делами.

Что это означает в работе врача? Если полный курс лечения не завершён, то доктор не может оценить эффективность предпринятых мер. И пациент нередко сталкивается с неприятными «сюрпризами» в виде хронизации туберкулезного

пройти полный курс лечения, но и по его завершении провести так называемую «провокационную пробу».

— Что означает этот необыч-

«Провокационная проба» это туберкулиновая проба с повышенной дозой туберкулина, которая проводится после окончания курса химиотерапии, то есть после окончания основного курса лечения. Только после проведения провокационной пробы и отсутствии очаговой реакции можно говорить о клиническом излечении. В нашем санатории так и происходит, если пациенты не «вмешиваются» в действия врачей.

К сожалению, практика показывает, что в некоторых противотуберкулёзных лечебных заведениях провокационные пробы после окончания курса химиотерапии не проводятся. Мне думается, что в этом случае врач не может говорить о «клиническом излечении».

 Нет ли опасности в прово-Во фтизиоофтальмологии необхо- кационных пробах, связанных

Эти пробы, при любом развитии событий, не несут в себе безвозвратных изменений для органа зрения. Но требуются квалифицированные специалисты, которые могут грамотно провести провокацион ные пробы и оценить их результаты. Обычная туберкулиновая проба имеет дозу в 2 TE. При провокационной

пробе доза составляет до 50 ТЕ. Очевидно, что если в каком-либо регионе нет фтизиоофтальмолога, то обычную туберкулиновую пробу может назначить и врачофтальмолог общей практики. Но провокационную пробу он назначать не булет... Получается замкнутый круг: без провокационной про бы мы не можем со 100% уверенностью говорить о клиническом излечении. А без соответствующих «узких» специалистов проводить такие пробы рискованно.

Какие именно последствия

Если клинического излечения

проба приводит к активации воспалительного очага. Именно поэтому рядом должен быть специалист, который может быстро «справиться» с этим процессом.

помнившийся случай из практики. К нам был направлен пациент кулёзно-аллергический склерит». Клиническая картина этого заболеском склеритом. В данном случае и произошла эта медицинская дены отправить пациента домой. При токсико-аллергическом склерите обычно, вообще, не требуется специализированная офтальмологическая помощь

(устранение хронических очагов инфекции) в полости рта. С этим может справиться любой врачстоматолог. Кроме того, может потребоваться помощь ЛОР-врача. Вообще, дифференциальная диагностика — очень интересная область не произошло, то провокационная фтизиоофтальмологии.



Ольга Михайловна, многие молодые специалисты хотят работать в больших городах. Почему

— По уровню технического оснашения наш санаторий ничем не уступает ведущим офтальмологиче ским клиникам. Здесь работают замечательные специалисты, которые с открытым сердцем делятся своим

Вы решили стать врачом санато-

рия, расположенного в сельской

Ольга Михайловна Федурина, врач-офтальмолог:

Я помогаю людям и собираю материал для будущей диссертации

Я помогаю людям и собираю мате- вы, что противотуберкулёзное лериал для будущей диссертации.

мы во фтизиоофтальмологии Вас особенно интересуют? Диагностика и лечение увеи-

— Какие темы, какие пробле-

тов туберкулёзной этиологии. — Какие ситуации Вам запомни-

лись за прошедшие годы работы?

— К сожалению, я уже неоднократно сталкивалась с атрофией зрительного нерва на фоне воздействия противотуберкулёзных препаратов. Почему это происходит? Здесь, как правило, нет врачебных

опытом с молодыми коллегами. ошибок. Жизненные реалии такочение связано с побочными эффектами для органа зрения.

> Именно поэтому имеется огромная потребность во фтизиоофтальмологах! Они нужны не только пациентам с туберкулёзными поражениями органа зрения, но и людям о туберкулёзом других органов. Фтизиоофтальмолог может вовремя заметить негативный эффект конкретного препарата и по согласованию с фтизиатром заменить его.

> — Какие именно противотуберкулёзные препараты наиболее опасны для органа зрения?

— Наиболее опасный препарат — этамбутол, который нередко применяется при лечении лёгочного туберкулёза. Проблема заключается в том, что это препарат является очень эффективным. Он может помочь, когда другие лекарства не действуют. Кроме того, негативные последствия для органа зрения наступают далеко не у всех

Поэтому речь не идёт о том, чтобы полностью отказаться о применения этамбутола в медицинской практике. Важно, чтобы приём этого лекарства происходил под контролем фтизиоофтальмолога.

бутолом можно сравнить с отравленаблюдать похожий эффект. Происходит токсическое поражение нервважно своевременное начало лечения. Если «точка невозврата» пройдена, то последствия могут быть самыми печальными, вплоть до пол-

Как именно происходит лебутолом?

— Мы проводим дезинтоксикационную, нейропротективную и сосудистую терапию

Владимир Михайлович Батаев, к.м.н., заведующий лечебно-диагностическим отделением:

Состоялось моё возвращение домой

— Владимир Михайлович, Вы работали в санатории с 1978 вновь вернулись на прежнее место работы...

В течение многих лет работал в Ленинградском (Санкт-Петербургском) НИИ фтизиопульмонологии, в отделении фтизиоофтальмологии. представителей нашей научной менения на эндотелии роговицы. С 1990 года по 2014 год был заведуюшим отделением.

рий «Красный Вал» своим родным робно описаны многие исследова- к вторичной глаукоме. Еще более домом? Люблю Лужскую землю, наше прекрасное Череменецкое совместно. В настоящее время Еле- и ухудшение зрения. озеро. Именно в стенах санато- на Ивановна находится на заслу- Мои научные исследования расрия я сформировался как специ- женном отдыхе и по состоянию сматривают весь процесс диагноалист. Связи с «Красным Валом» здоровья не может заниматься на- стики: от районной поликлининикогда не терял. Сотрудники учно-практической работой. Но ки до специализированного стаотделения фтизиоофтальмологии и санатория всегда работали вместе долгие годы. и продолжают работать в тесном контакте, можно сказать, плечом была интересна диагностика тубер- ваний и т.д.

ляем совместно подготовленные тельные исследования.

доклады. Мы и пациентов лечим

— Состоялось моё возвращение — Не могли бы Вы расска- наши коллеги могли своевремен-

нографии одного из ведущих можно наблюдать характерные издисциплины, д.м.н., профессора Также характерным признаком Е.И. Устиновой «Туберкулёз глаз являются спайки радужки с хруста-Почему я всегда считал санато- и сходные с ним заболевания» под- ликом, эти спайки могут привести я счастлив, что мы работали с ней ционара. Диагностика включает

вместе и в процессе повышения фтизиопульмонологии я всегда акгода по 1981 год, а в 2014 году квалификации врачей-офтальмо- тивно участвовал в организации повышения квалификации врачей-офтальмологов. Важно, чтобы ния органа зрения. Например, при Мне очень приятно, что в мо- увеитах туберкулёзной этиологии ния, которые мы проводили с ней характерны очаги на глазном дне

Как учёному и врачу мне всегда проб, иммунологических исследо- гих органах.

кулёза глаз. Диагностика всегда на-Это творческое взаимодействие чинается с клинической картины, процесс проведения диспансериможно наблюдать на многих оф- с осмотра с помощью офтальмо- зации при обнаружении туберкуорганизма, чтобы выявить очаги Если рентген и компьютерная для деятельности!



К.м.н. В.М. Батаев с пациенткой

В чём именно заключается

в себя проведение туберкулиновых туберкулёзного поражения в дру- томография груди не выявили туберкулезного поражения лёгких. это ещё не значит, что патологические изменения отсутствуют. Разумеется, диагностические ме-— Диагностика туберкулёза тодики нуждаются в совершентальмологических и фтизиатриче- скопа и щелевой лампы. При не- лёза глаз. Разумеется, необходи- может быть сложной не только ствовании. Учёным следующих ских форумах, когда мы представ- обходимости проводятся дополни- мо провести обследование всего в глазах, но и в других органах. поколений остаётся большое поле



— Александр Сергеевич, в чём, фика санатория «Красный Вал»?

— Мы работаем, в основном, с социально незащищёнными групвынуждены «сражаться» не только с коварной болезнью, но и с различными бытовыми трудностями Это можно заметить даже по личным вещам, с которыми они привозможности взять с собой качественную одежду и обувь.

циентами и сотрудниками. Иногда туберкулёза.

встречаются и проблемы с нарушением режима, злоупотреблени-

Сотрудники санатория старают ся проявлять терпение и твёрдость в тех случаях, когда это необходимо. Мы хотим не только успешно лечить пациентов, но и создавать для них благоприятный психологический фон, чтобы они могли расслабиться, и место проведения зрительной гимпочувствовать на себе нашу заботу.

— Как меняется санаторий

то новое в лечении и реабилитации. Например, сейчас закупаем кислородную барокамеру. Насыщение нарушен опыт социального взаи- организма кислородом полезно модействия. Порой они начинают сказывается на состоянии иммун-«на пустом месте» устраивать кон- ной системы человека. А это очень фликты, перебранки с другими па- важно при лечении всех форм

 Не могу не обратить вниманую выставку, которая сейчас проходят в наших стенах?

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

по лечебно-диагностической работе, заслуженный врач РФ:

группами населения

Александр Сергеевич Якимчук, к.м.н., заместитель главного врача

Мы работаем с социально незащищёнными

 В настоящее время проходит выставка петербургского художника Владимира Викторовича Бородина. Выставочный зал у нас также используется как кабинет арт-терапии настики. Важно, чтобы слабовидящие люди вглядывались в картины, рассматривали детали.

- Знаю, что Вы тоже являетесь художником.

— Занятиям живописью я посвящаю свободное время. Люблю писать пейзажи. Меня вдохновляет природа этих мест, в частности,





Я вижу! И это главный результат работы докторов!

— Ольга Васильевна, когда бы не лечение и реабилитация кулёзное поражение органа зрения? Когда Вы впервые приехали в санаторий «Красный Вал»?

— Туберкулёзный увеит в меня был диагностирован в 1973 году, в двадцатипятилетнем возрасте. Третью группу инвалидности по зрению получила в 1983 году, вторую группу — в 2003 году.

лезнь перешла в хроническую фор- старалась поддерживать приобрено. Сейчас я вижу только правым глазом. Но всё-таки противотубер- ми болезни. кулезная терапия приносит свои плоды. Мои зрительные возможности улучшаются после проведённого курса лечения, пусть и временно. Васильевна подошла к форте- ющихся зрительных возможностей. Я вижу! И это главный результат пьяно и по памяти сыграла ше- Но, в любом случае, сотрудники работы докторов!

в санатории по три месяца. Если П.И. Чайковского.

в «Красном Вале», то я давно была

Сотрудники и пациенты санатория знают Вас как музыканта-любителя... Не могли бы Вы сыграть для меня что-нибудь на

— Я не профессионал в сфере музыки. В детстве окончила музыкальную школу. И всю жизнь могает справляться с последствия

С 2007 года я ежегодно провожу звучал отрывок из «Времён года» пациентов всё возможное.

Услышав звуки музыки, в комнату стали входить и другие пациенинженер-связист. Но из-за болезни она была вынуждена оставить любимую работу. Ей доставляет большую радость не только собственное музицирование, но и регулярное посещение концертов Особенно полюбились петербур-

женке органные вечера. сильевне новых творческих успему, рецидивы происходят регуляр- тённые в детстве навыки... Это по- хов! И для неё, и для всех других ние и укрепление здоровья. В некоторых случаях зрительные функции удаётся улучшить, в других ситуа-Интервью завершилось. Ольга циях речь идёт о сохранении иместую фугу Баха. После этого про- «Красного Вала» делают для своих

Фотографии автора





Дистрибьютор ООО "Серджикс" www.surgix.ru | info@surgix.ru +7 (495) 543-74-73





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