

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ



ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№ 1 (9) Январь-Февраль 2012

ISSN 2221-7746

Поздравляем!

С праздником 8 Марта!

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



Дорогие женщины!

Примите самые сердечные поздравления с Международным женским днем 8 Марта! Этот первый весенний праздник в нашей стране традиционно отмечается с особой теплотой. Он олицетворяет собой огромную любовь и уважение, нежность и трепетное отношение мужчин к прекрасной половине человечества. Женщина для мужчины всегда – источник вдохновения, духовной поддержки и опоры, пример самоотдачи, густоты и мудрости. При всех сложностях нынешней жизни вы не утратили душевной теплоты, способности к состраданию, женственности и нежности.

Милые женщины! Я от души всех вас поздравляю и...

Пусть тепло настанет, и уйдут морозы,

Пусть подарит нежность веточка мимозы!

От имени всех мужчин-офтальмологов,

Ваш главный редактор

С. Аветисов

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

ВГЛЯДЫВАЯСЬ В ЗЕРКАЛО ДУШИ

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» является одним из старейших медицинских вузов России. Он берёт своё начало от Психоневрологического института, созданного в 1907 году известным психиатром В.М. Бехтеревым. В 1912 году в учебном заведении была основана кафедра офтальмологии. Столетию научного подразделения посвящена научно-практическая конференция «Глаукома: теория и практика», которая пройдёт в Санкт-Петербурге 24-25 февраля 2012 года. Именно исследования проблем глаукомы в течение многих десятилетий занимают особое место в работе кафедры.

На протяжении десятилетий медицинский университет им. И.И. Мечникова неоднократно менял названия. Многие коллеги и пациенты знают его как Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт (ЛСГМИ). Неизменным оставался высокий авторитет вуза в нашей стране и за её пределами. В настоящее время в университете обучаются около 4000 студентов, в том числе 800 из 50 зарубежных стран. Лекции и практические занятия проводятся не только на русском, но и на английском языках.

В вузе 56 научных кафедр, на которых работает более 600 преподавателей. С 1989 года кафедру офтальмологии возглавляет доктор медицинских наук, профессор В.Н. Алексеев. Руководитель кафедры является автором более 300



Профессор Аполлон Николаевич Добромислов во время осмотра пациента

научных работ, в том числе пяти монографий, имеет патенты на 4 изобретения и 17 рационализаторских предложений. Под его руководством защищены 30 кандидатских и одна докторская диссертации.

Уметь слушать и слышать пациента

Сухое перечисление регалий и научных заслуг не может передать обаяния человека, силы его личности... В последние годы очень популярным стало слово «харизма», употребляющееся к месту и не к месту. Но в отношении Владимира Николаевича это определение вполне уместно. Он действительно человек сильный, яркий, харизматичный, с первых минут общения

притягивающий к себе и вызывающий доверие.

Нельзя не упомянуть способность Алексеева простым, доступным языком излагать суть самых сложных медицинских методик и технологий, увлекательно рассказывать о последних тенденциях в офтальмологии. Герой нашей статьи не только успешный учёный и руководитель, но и популяризатор науки.

«Мне думается, что для любого врача и, конечно же, для офтальмолога очень важно умение общаться с пациентом, терпеливо и подробно рассказывать ему о возникших медицинских проблемах и предполагаемых методах лечения», замечает В.Н. Алексеев.

> стр. 3

20-21 января 2012 года в Роттердаме, Нидерланды, прошёл XXIV Ежегодный съезд Европейской ассоциации глазных банков. Местом проведения мероприятия стал Международный торговый центр, расположенный в центре города на одной из самых известных улиц Coolsingel.

Съезд Европейской ассоциации глазных банков прошёл при активном участии Нидерландского института инновационной глазной хирургии (NIIOS) и Amnitrans Eyebank, независимым некоммерческим глазным банком, который специализируется в хирургической подготовке биоимплантов для сложной ламеллярной кератопластики и восстановления оболочки глаза и поставляет материалы для стандартной проникающей кератопластики.

В течение двух дней было проведено четыре главных научных сессии и четыре параллельных. В докладах и дискуссиях участники мероприятия затронули различные аспекты послойной кератопластики: от хирургической диссекции роговичной донорской ткани до клинических результатов проведенных операций.

20 января в повестке дня съезда была тема подготовки тканей для эндотелиальной кератопластики, рассчитанная на клинических врачей и технических специалистов. После двухчасового обсуждения вниманию участников была предложена так называемая WEB-Лаборатория. Об этом проекте Нидерландского института инновационной глазной хирургии стоит рассказать подробнее.

WEB-Лаборатория – это инструкторский курс по кератопластике для молодых специалистов. Обычно занятия проводятся в стенах NIIOS. Преподаватели и кураторы этого проекта уделяют особое внимание нескольким аспектам. Во-первых, это методики глубокой передней послойной кератопластики при мануальной диссекции и виско-диссекции, во-вторых, методики эндотелиальной кератопластики с удалением десцеметовой мембраны, а также методики трансплантации десцеметовой мембраны. Подобные курсы в Институте проходят регулярно, их продолжительность составляет два дня. В первый день, как правило, во вторник, молодые специалисты присутствуют на операциях

Хотите овладеть навыками кератопластики? Вам — в Роттердам!

по пересадке роговицы, которые проводят опытные офтальмологи. После каждой операции устраивается обсуждение, во время которого участники могут задать любые вопросы и попросить совета у профессионалов. Во второй день, в среду, курсанты отрабатывают полученные знания и навыки на специализированном оборудовании в лаборатории.

За время этого курса начинающие офтальмологи знакомятся с принципами, методиками, возможными осложнениями при кератопластике, овладевают навыками подготовки к операции и способами сохранения донорской роговичной ткани, используемой при глубокой передней ламеллярной кератопластике и при трансплантации десцеметовой мембраны. Кроме того, они отрабатывают базовые техники оперирования на свиных глазах после 3-4 сеансов «живой хирургии».

В первый день работы Съезда прошли стендовые доклады и начала работу специализированная выставка оборудования.



Вечером 20 января участников мероприятия ждал приятный сюрприз: коктейль-вечер и музыкальный концерт группы Trio Cluego, во время которого участники могли

в неформальной обстановке обсудить научные проблемы и новости из мира офтальмологии.

> стр. 2

Всемирный конгресс по малоинвазивной офтальмохирургии

Санкт-Галлен, Швейцария



Малоинвазивная хирургия представляет все больший интерес для офтальмологов во всем мире. В связи с этим в самом центре Европы, в живописной Швейцарии, с 13 по 15 января 2012 года прошел Всемирный конгресс по малоинвазивной офтальмохирургии.

Высокогорный Санкт-Галлен, расположенный на востоке Швейцарии неподалеку от Боденского озера, не в первый раз становится местом проведения международных офтальмологических съездов. И это неудивительно: европейским специалистам нужно потратить всего несколько часов на дорогу, чтобы принять участие в том или ином научном мероприятии.

Конгресс по малоинвазивной хирургии рассчитан, прежде всего, на практикующих офтальмологов, независимо от того, занимаются они хирургическими вмешательствами или нет. Участники имели возможность подробно ознакомиться со всеми аспектами, касающимися этого направления в хирургии. 30 приглашенных лекторов из десяти стран мира, включая Великобританию, США, Японию, Нидерланды и др., в своих докладах подняли следующие вопросы: хирургия глазной орбиты, века и слезной системы, страбизм, конъюнктивит, глаукома, хирургия роговицы и рефракционная хирургия, катарактальная и витреоретинальная хирургия, опухоли глаза, хирургические вмешательства, выполняемые при помощи роботов.

Вниманию слушателей были представлены доклады о методиках, используемых для различных групп пациентов; в каких случаях целесообразно проводить стандартные

вмешательства; с какими осложнениями может столкнуться хирург при выполнении малоинвазивной операции и как с ними бороться. Интерактивная система голосования позволяла определить позицию аудитории по многим вопросам, прозвучавшим в докладах.

Помимо лекций, в программу конгресса вошли так называемые интерактивные кейсы, во время которых участники совместно искали пути решения проблем осложнений при операциях, а также определяли показания для проведения малоинвазивной хирургии.

Все дни проведения конгресса работала специализированная выставка оборудования для малоинвазивной офтальмохирургии. Ее отличительной чертой стали презентации специального оборудования в начале каждого заседания. В заключительный день представители всех фирм-участниц выставки встретились с ведущими хирургами, чтобы обсудить пути совершенствования оборудования для проведения малоинвазивных операций.

Организация конгресса фактически стала начальным этапом продвижения этого направления во всем мире. Оргкомитет форума выразил надежду, что университеты, готовые врачей-офтальмологов, компании-производители специального оборудования, а также практикующие офтальмологи будут регулярно обмениваться информацией и опытом проведения подобных операций, так как новейший метод позволяет пациентам намного быстрее пройти реабилитационный период и вернуться к полноценной жизни.

Материал подготовила
Мария ТУМАР

Хотите овладеть навыками кератопластики? Вам — в Роттердам!

< стр. 1

21 января организаторы мероприятия продолжили серию главных научных сессий, в ходе которых у офтальмологов была возможность участвовать в обсуждении следующих вопросов: клинические результаты эндотелиальной кератопластики, выбор донора и скрининг материалов, оценка качества донорского материала в процессе его хранения. Параллельные лекции затронули такие проблемы, как смешанная кератопластика, лимбальные стволовые клетки, результаты переднего ламеллярной кератопластики, юридические и этические аспекты использования донорских тканей,

а также вопросы существующего законодательства по данной проблематике в ЕС.

XXIV Ежегодный съезд Европейской ассоциации глазных банков прошел в продуктивной рабочей атмосфере и, несомненно, принес пользу всем офтальмологам, специализирующимся в вопросах кератопластики и использования донорских тканей. В свободное от работы время гости встречи смогли насладиться прекрасными достопримечательностями Роттердама: посетить Всемирный музей и квартал кубических домов, сфотографироваться на мосту Эразма и подняться на 185-метровую высоту, чтобы полюбоваться видами города со знаменитой Еврочашки.

Материал подготовила
Мария ТУМАР

Учреждена Всероссийская оптическая ассоциация

15 декабря 2011 года в Москве состоялся Учредительный съезд Всероссийской оптической ассоциации. Создание ассоциации стало возможным благодаря объединению ресурсов Ассоциации оптиков, ранее учрежденной в Южном Федеральном округе (ЮФО), и инициативной группы по созданию Всероссийской оптической ассоциации, действовавшей в Москве.

Председателем координационного совета Ассоциации избрана Галина Николаевна Мищенко, возглавлявшая до этого Ассоциацию оптиков ЮФО. В состав координационного совета ассоциации избраны 15 человек, включая руководителей представительств ассоциации, созданных во всех федеральных округах.

Цели и задачи Ассоциации:

1. Формирование культуры проверки и коррекции зрения как части программы заботы о здоровье нации;

2. Представление и защита профессиональных интересов своих членов, объединение усилий и координация их деятельности, направленной на развитие отрасли медицинской оптики в России;

3. Содействие формированию системы профессиональной подготовки кадров в области коррекции зрения; 4. Лоббирование интересов Ассоциации и оптической отрасли в целом на государственном уровне; 5. Содействие развитию саморегулирования профессиональной деятельности оптического бизнеса; 6. Содействие формированию правил «цивилизованного» рынка, основанного на принципах этики бизнеса; 7. Повышение престижа оптической профессии и отрасли.

В качестве основных задач на 2012 год участники съезда определили следующие:

1. Подготовить пакет документов для аттестации продавцов саплов оптики и создать аттестационные комиссии.

7-я Международная специализированная выставка «Очковая оптика»

С 13 по 15 декабря в МВЦ «Крокус Экспо» прошла третья, заключительная в 2011 году, специализированная выставка «Очковая оптика», в работе которой приняли участие специалисты и эксперты 70 самых успешных компаний из многих регионов России, в том числе Москвы, Санкт-Петербурга, Московской, Волгоградской, Новосибирской, Ростовской, Владимирской и Свердловской областей.

По сообщению пресс-службы МВЦ «Крокус Экспо», зимняя экспозиция представила новейшие технологические разработки корригирующей и солнцезащитной оптики, офтальмологического оборудования, очков и контактных линз, новых коллекций оправ будущего сезона и другой продукции.



В рамках выставки прошел образовательный форум, который посетили более 1100 специалистов оптической индустрии.

Директора крупных компаний, авторитетные специалисты смогли плодотворно обсудить вопросы и поставленные задачи, а также эффективно подойти к их реализации.

С целью дальнейшего развития партнерских отношений и отрасли в целом, организаторы предложили экспонентам опцию пакетного соглашения, включающую фиксированные цены и место расположения. Это позволит бюджетировать

2. Сформировать базу нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность оптического бизнеса.

3. Разработать порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи по медицинской оптике (доврачебная помощь по медицинской оптике): требования к оснащению кабинета оптометриста; правила подбора очков и контактных линз.

4. Обратиться в Министерство здравоохранения и социального развития РФ и Министерство образования и науки РФ за разъяснениями о возможности получения диплома среднего профессионального образования для врачей и медсестер (о курсах переподготовки).

На съезде единогласно было принято решение об обращении в Министерство здравоохранения и социального развития РФ с рекомендацией отнестись к медицинским изделиям, но упростить порядок регистрации оправ.

В качестве учредителей Ассоциации выступили 50 компаний, работающих в сфере оптического бизнеса России.

По материалам сайтов
ochki.com и opticbar.ru



расходы на участие в выставках «Очковая оптика» в течение двух предстоящих лет (2012-2013 гг.). На сегодняшний день пакетное соглашение подписали 68 компаний.

Высокий уровень выставки «Очковая оптика» по достоинству оценили все ее участники. Экспоненты не только встретились с проверенными деловыми партнерами, но и смогли приобрести новых, а посетители узнали больше о зрении, очковых и контактных линзах, трендах очковой моды.

По материалам сайтов
ochki.com и opticbar.ru

Оптометристов будут готовить в ВУЗах

На состоявшемся 24 января заседании городского правительства в Смольном главный офтальмолог Санкт-Петербурга Юрий Астахов сообщил о необходимости организации высшего оптометрического образования.

Юрий Астахов подчеркнул, что свыше 66 тысяч петербуржцев страдают глаукомой, примерно столько же не знают о своем диагнозе, свыше 119 тысяч горожан имеют диабетическую ретинопатию, более 150 тыс. — катаракту.

За последние годы более чем в 2 раза увеличилось количество посещений офтальмологов, 6-7 человек в час — такова нагрузка на врача в поликлинике, что выше министерских норм.



Профессор Ю.С. Астахов составил предложения по подготовке специалистов в ВУЗах и передать их вице-губернатору Василию Кичеджи.

Ochki.com

ВГЛЯДЫВАЯСЬ В ЗЕРКАЛО ДУШИ

< стр. 1

Владимир Николаевич убежден в том, что одно из необходимых качеств врача — «умение слушать и слышать пациента». И, конечно же, говорить с ним понятным языком, не злоупотребляя медицинскими терминами.

Тема психологической подготовки врача, его коммуникативных способностей заняла значительное место в нашей беседе. Алексеев предостерегает молодых коллег от излишней самоуверенности, высокомерного отношения к пациенту. «Порой у врача складывается впечатление, что он в любом случае способен поставить безошибочный диагноз, а углубляясь в путанные разъяснения пациента совсем не к чему... Это опасное заблуждение! Именно в таких случаях часто происходит ошибки, — делится своими размышлениями В.Н. Алексеев. — Например, невнимательный врач-офтальмолог может «прослушать», что пациент упомянул о болях в коленях... И эта халатность не позволяет своевременно диагностировать и начать лечить увеит».

Тяжелые диагнозы оставляют «зарубки на сердце»

Владимир Николаевич опровергает расхожее представление среди пациентов, что с течением времени врачи душевно грубеют, становятся равнодушными к чужой боли, работают «на автомате». В любом случае, это мнение не относится к значительной части наших сограждан, давших в молодости клятву Гиппократу.

«Конечно же, тяжелые диагнозы оставляют «зарубки на сердце». Пропустить через себя чужую боль, проявить искреннее сострадание — это тоже часть (и очень важная часть!) нашей профессии», — поясняет Владимир Николаевич.

Что значит для моего собеседника «тяжелый диагноз»? Что он вкладывает в эти слова? «Любой диагноз, при котором врач-офтальмолог не может помочь в той мере, на которую рассчитывает пациент... Любой диагноз, при котором врач осознает ограниченные возможности современной медицины...»

В качестве примера Алексеев упомянул ретинобластому — злокачественную опухоль глаза, развивающуюся преимущественно в детском возрасте. При значительном объеме опухоли возможно только хирургическое вмешательство — удаление глаза. Драматичность ситуации усугубляется тем, что через некоторое время опухоль может поразить второй глаз. Юному пациенту приходится смириться с ампутацией органов зрения и полной слепотой...

«Мы выбрали профессию офтальмолога, чтобы спасти людям зрение. Если это по каким-то причинам не удаётся — возникает очень тяжелая психологическая ситуация не только для пациента, но и для врача».

Помочь победить болезнь

По мнению Алексеева, немалые психологические сложности для врачей доставляет работа с больными, страдающими сахарным диабетом. «Диабет сам по себе является тяжелой болезнью, связанной со значительными ограничениями и особым образом жизни. Впрочем, люди, больные диабетом, с этими проблемами обычно справляются... Но когда наступают офтальмологические осложнения, это нередко полностью «ломает» пациентов, приводит к глубокой депрессии. Больные диабетом сталкиваются и с резким ухудшением зрения в результате кровоизлияний, и с постепенным его падением в результате диабетической ретинопатии», — делится своим опытом В.Н. Алексеев.

Владимир Николаевич убежден в том, что помочь победить болезнь может только сочетание офтальмологической и психологической помощи: «Принципиально важно желание пациента сохранить высокое качество жизни. Опыт показывает, что при одних и тех же диагнозах и объективных показателях люди очень по-разному оценивают состояние своего здоровья и свои физические возможности... Думаю, что опытный врач может не только правильно организовать процесс лечения, но и помочь пациенту мобилизовать внутренние возможности своего организма».



Основатель кафедры профессор
Яков Владимирович Зеленковский
возглавлял её с 1912 по 1930 год



Профессор Евгений Жанович Трон
возглавлял научный коллектив
с 1932 по 1941 год



С 1945 года в течение 20 лет
кафедру возглавлял профессор
Павел Ефремович Тихомиров



Как красив человеческий глаз!

Невозможно было не спросить Владимира Николаевича о его пути в медицине. Почему была избрана эта профессия? Как пришло решение стать офтальмологом?

— Мой прадед Василий Фёдорович Алексеев был известным военным врачом, участником Крымской войны 1853-1856 годов. Ещё в детстве я знал, что именно на его руках скончался знаменитый адмирал Павел Степанович Нахимов... 28 июня 1855 года флотоводец был смертельно ранен в Севастополе.

Двое суток прадед сражался за его жизнь. В нашей семье всегда гордились тем, что о прадеде рассказывает один из стендов в петербургском Военно-медицинском музее... Впрочем, не могу сказать, что именно это обстоятельство побудило меня поступать в медицинский институт. Всё-таки большинство вчерашних школьников ещё не могут осознанно выбрать специальность. И я не был исключением.

Алексеев родился в Ленинграде в 1945 году. Ему довелось учиться в созданной в 1948 году 213-й ленинградской школе. Это была первая в стране средняя школа с углублённым изучением английского языка. Её создание санкционировал лично Сталин.

— Школа считалась «элитной». Её можно назвать «дитём холодной войны»: отношения с Америкой после 1945 года резко ухудшились и

Комплекс iLASIK для рефракционных и кератопластических операций

© Фемтосекундный лазер **IntraLase iFS**

© Эксимерлазерная система **VISX Star S4 IR**

© Абберометр **WaveScan WaveFront**

Stormoff®
group of companies

г. Москва, ул. Расковой 11А
тел.: (495) 780-07-92, 780-76-91
oko@stormoff.com; www.stormoff.com



Профессор Аполлон Николаевич Добромыслов



Коллектив кафедры в 1972 году



Коллектив кафедры в 1993 году

требовались люди, в совершенстве знающие «язык нёма», с детства говорящие на нём. Среди выпускников нашей школы – целый ряд разведчиков, в том числе и разведчиков-нелегалов... Но мои школьные годы пришли уже на годы хрущевской оттепели. И атмосфера в школе, и школьная программа стали гораздо более мирными.

Владимир Николаевич говорит, что ему до сих пор помогают школьные знания английского языка, а также «оксфордское произношение», постановке которого уделялось большое внимание.

– Такие предметы, как зарубежная география, зарубежная история, зарубежная литература полностью велись на английском языке. Происходило погружение в языковую среду. У нас преподавали профессор и доценты Ленинградского университета.

После окончания школы в 1962 году Владимир поступил в Первый Ленинградский медицинский институт им. академика И.П. Павлова. С 1968 по 1970 год обучался в клинической ординатуре этого вуза. В 1970 году стал аспирантом кафедры офтальмологии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института (так в то время назывался Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова). Почти вся его дальнейшая жизнь – вот уже более сорока лет! – связана с этими стенами: аспирант, ассистент кафедры, доцент, профессор.

– Офтальмология заинтересовала меня уже в первые студенческие годы. Но я не был уверен, что именно эта область медицины станет моей профессией. Решение пришло на последнем курсе обучения, когда надо было выбрать профильную клиническую ординатуру... Взглянул в щелевую лампу и осознал удивительную, манящую красоту человеческого глаза. Как красив человеческий глаз! Именно его исследованию я решил посвятить свою жизнь.

Владимир Николаевич подчёркивает, что для каждого врача его область медицины является самой интересной и самой важной. Но его радует уважение и признание, которое вызывает профессия офтальмолога и в профессиональной среде, и в обществе.

– Глаза – зеркало души. Это выражение кажется банальным, но оно не утратило своей актуальности. Офтальмолог не просто «заглядывает» в зеркало, а «вглядывается» в него. Он может рассмотреть в этом таинственном зеркале гораздо больше, чем обычный человек... Всё-таки офтальмология – особая профессия! Для меня она всегда была и остаётся таинством. Чем дальше я изучаю человеческий глаз, тем глубже понимаю, что мы все находимся только в самом начале пути... Глаз таит в себе ещё много загадок, сюрпризов и неожиданностей.



Коллектив кафедры в 2008 году



Ассистент кафедры, к.м.н. Людмила Васильевна Чекурова проводит осмотр пациента



Открытие мемориальной доски в честь Аполлона Николаевича Добромыслова

Путь в науку

В 1973 году Алексеев досрочно защитил кандидатскую диссертацию по теме «Отслойка сосудистой оболочки при антиглаукомных операциях» и стал работать ассистентом кафедры офтальмологии. С начала семидесятых годов сферой научных интересов учёного стали исследования первичной глаукомы: этиологии и патогенеза, ранней диагностики, консервативной терапии, хирургического лечения, эпидемиологии осложнений при хирургическом лечении, факторов риска в течение глаукомного процесса и т.д.

В 1983 году Владимира Николаевича избрали доцентом кафедры. В 1988 году он защитил докторскую

диссертацию на тему: «Осложнения и причины неудач хирургии глаукомы (прогноз, профилактика, лечение)». С 1989 по 1990 год находился в командировке в Йеменской Арабской Республике (в то время Йемен был разделён на два независимых государства: Йеменскую Арабскую республику и Народно-Демократическую Республику Йемен).

– Я работал офтальмологом в госпитале Йеменской столицы Саны. От этого жизненного этапа остались довольно-таки противоречивые впечатления. С одной стороны, нельзя не отметить богатую культуру арабского мира, гостеприимство и доброжелательность коллег, своеобразную природу. С другой стороны, Йемен – страна

раздробленная. Такой она была двадцать лет назад. Такой остаётся и поныне...

Владимир Николаевич рассказывает, что по его наблюдениям, центральные властные структуры (армия, полиция и т.д.) распространяют своё влияние только на прилегающие к столице районы. Все остальная страна находится под властью региональных кланов и племён. Между ними регулярно вспыхивают кровавые стычки.

– Командировка в Йемен означала работу в зоне военных действий. К госпиталю регулярно подъезжали автомобили, привозившие окровавленные тела... Раненые люди лежали вместе с трупами. Конечно же, было много офтальмологических травм.

По возвращении из-за рубежа Алексеев стал профессором и заведующим кафедрой офтальмологии родного вуза. С 1998 года он занимает пост президента Ассоциации офтальмологов Санкт-Петербурга, является членом президиума Всероссийской ассоциации офтальмологов и Всероссийского глаукомного общества. С 1999 года В.Н. Алексеев – академик Российской академии медико-технических наук (РАМТН) и член Европейского глаукомного общества.

Детище Владимира Николаевича – ежегодная научно-практическая конференция «Глаукома: теория и практика», уже традиционно проходящая в конце февраля в Санкт-Петербурге. Среднее число участников – 350-500 человек. Большинство из них являются практикующими врачами амбулаторной и стационарной сети. В этом году конференция пройдёт уже в пятый раз и будет посвящена столетию со дня основания кафедры офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

Тимбилдинг нам не нужен!

На сегодняшний день на кафедре под руководством В.Н. Алексеева работает 9 штатных сотрудников: ассистентов и доцентов. Все они являются кандидатами медицинских наук. Кроме того, в работе кафедры участвует 9-10 аспирантов и 19-20 клинических ординаторов. «Членами нашей команды мы также считаем несколько десятков членов Студенческого научного общества (СНО), – поясняет Владимир Николаевич. – Эти парни и девушки делают только первые шаги в науке, но они уже сегодня оказывают практическую помощь в проведении исследований, становятся соавторами научных статей, принимают участие в конференциях и симпозиумах».

Профессор Алексеев обратил внимание на такой факт: все его сотрудники ранее являлись клиническими ординаторами и аспирантами кафедры. «Мы сами растим свои кадры. Думаю, что это совсем неплохо!», – с улыбкой замечает мой собеседник. «Когда медик становится ассистентом после двух лет клинической ординатуры и трёх лет аспирантуры, он уже фактически является членом команды, зарекомендовал себя, проявил свои деловые и человеческие качества... Поэтому случайных людей у нас на кафедре нет».

В последние годы в коммерческих фирмах стал популярен тимбилдинг, проведение специальных мероприятий (тренингов) по укреплению «командного духа». Алексеев считает, что для их кафедры этот вопрос не является актуальным: «Тимбилдинг нам не нужен. Мы и так являемся одной сплочённой командой!»

Преподавать там, где сама училась

Придя на кафедру в канун юбилея, мне захотелось спросить у сотрудников, какие чувства вызывает у них эта дата. «Для меня самое главное, что я преподаю в том же вузе, где сама училась, являясь доцентом той же кафедры, где была клиническим ординатором и аспирантом», – вступает в разговор доцент кафедры, кандидат медицинских наук Ольга Александровна Малеванная.

Ольга из семьи медиков. Отец – хирург, мать – терапевт. Почему решила стать офтальмологом? «Наверное, «сигналом» послужил случай, произошедший со мной на четвёртом курсе. В глаз попало инородное тело. Это была обыкновенная соринка. Глаз стал болеть, слезиться... Избавиться от соринки в домашних условиях не удалось. Пришлось обращаться в специализированный городской центр, где оказывается неотложная офтальмологическая помощь».

Ольга поняла, насколько важна правильно и своевременно оказанная офтальмологическая помощь, даже если речь идёт об обыкновенной соринке. В 1998 году, после окончания вуза, она поступила в клиническую ординатуру. В 2000 году стала аспиранткой. В 2005 году защитила диссертацию «Оценка эффективности диспансерного наблюдения и качества жизни больных первичной открытоугольной глаукомой» и была назначена ассистентом кафедры. В 2007 году – доцентом.

«Мне бы хотелось обратить внимание на актуальность, научную и практическую ценность диссертации Ольги Александровны, – делится своими мыслями В.Н. Алексеев. – Мне очень приятно, что и после защиты диссертации она продолжает научные исследования в этом направлении. Работы Малеванной выявили значительные дефициты в организации диспансерного наблюдения больных глаукомой. Хочется надеяться, что её деятельность послужит реформированию российской диспансерной системы».

На какие проблемы в организации российского здравоохранения обращает внимание молодой доцент? «Моя диссертация была основана на изучении опыта работы с больными первичной открытоугольной глаукомой в одной из районных поликлиник Санкт-Петербурга. Не скрою, что пришлось столкнуться с серьёзными недостатками: несвоевременное проведение необходимых обследований, слабая информированность пациентов о возможности получения специализированной медицинской помощи, неудовлетворительное обеспечение лекарственными средствами и т.д.», – поясняет О.А. Малеванная.

Она убеждена в том, что все эти проблемы можно исправить в самое ближайшее время. При правильной организации диспансерного наблюдения качество жизни пациентов с глаукомой может стать существенно выше.

Сбылась мечта – стать офтальмохирургом

Доцент, кандидат медицинских наук Михаил Александрович Левко рассказал о семейной, доброжелательной атмосфере, которая царит на кафедре. Все сотрудники знают друг друга уже много лет. Эта атмосфера помогает эффективно организовать учебную, научную и лечебную деятельность.

«Когда я решил стать офтальмологом, то хотел заниматься именно офтальмохирургией, – говорит

Михаил Левко. – Операции на глазах всегда представлялись мне особенным видом хирургического вмешательства, можно сказать «высшем пилотажем» в хирургии. И эта мечта осуществилась!»

М.А. Левко полустульиво-полусерьёзно сравнил родную кафедру с японской фирмой: «Как известно, в Японии существует система пожизненного найма. Люди в молодости приходят работать в фирму и остаются верны ей всю жизнь, до конца своей трудовой деятельности. Мне думается, у нас на кафедре сложилась аналогичная ситуация».

Вспоминаю предшественников

Столетие кафедры – повод вспомнить прежних руководителей и научных сотрудников. С 1912 по 1930 год коллектив возглавлял профессор Яков Владимирович Зеленковский, а с 1930 по 1932 год – профессор Леонид Константинович Соловьёв. В эти годы исследования проводились по проблемам глаукомы, травматизма, инфекционных, обменных заболеваний глаз, симпатической офтальмии, трахомы и рефракции глаза.

С 1932 по 1941 год кафедра работала под руководством профессора Евгения Яновича Трона. Его научный интерес был связан с изучением рефракции глаза, нейроофтальмологии и физиологии органа зрения. Кроме того, руководить и сотрудники занимались вопросами биохимии хрусталика, цветовой восприимчивости, патологией проводящих путей зрительного анализатора.

Во время Великой Отечественной войны должность заведующего кафедрой оставалось незаполненной. С 1945 года в течение 20 лет кафедрой руководил профессор Павел Ефремович Тихомиров. Он проводил исследования по военному травматизму, патологии слезоотводящих путей, туберкулезным поражениям глаз. В эти годы особое место в работе кафедры стали занимать проблемы глаукомы: этиологии и патогенеза, раннего выявления и диспансеризации, консервативного и хирургического лечения.

С 1965 по 1990 год кафедрой руководил профессор Аполлон Николаевич Добромыслов. Под его руководством продолжилось всестороннее изучение проблем глаукомы. Большое внимание в этот период уделялось организации массовых профосмотров на предприятиях и в организациях Ленинграда. Внедрялся диспансерный метод работы с глаукомными больными в поликлиниках.

«Для меня большая честь быть учеником и приемником Аполлона Николаевича Добромыслова. Думается, что его роль в становлении кафедры, в формировании её коллектива трудно переоценить. Знаком признания этих заслуг стала мемориальная доска в честь профессора Добромыслова, установленная после его смерти в 2004 году», – заметил Владимир Николаевич в конце нашей беседы.

Что бы хотел пожелать заведующий кафедрой своим коллегам в год столетия научного подразделения? «Пусть наша нужная и полезная работа и дальше приносит радость! Спасая зрение другим людям, мы сами учимся видеть мир по-новому». ■

Илья Бруштейн

Фотографии автора и из архива кафедры офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова

Российская академия медицинских наук
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт глазных болезней» РАМН
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
НОЧУ ДПО «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии»

Уважаемые коллеги!
Приглашаем вас принять участие в III Международном симпозиуме «Осенние рефракционные чтения»
Тема симпозиума
“Миопия: болезнь или только аметропия?”
Дата проведения: 19-20 октября 2012 г.
Место проведения: Москва, ул. Россолимо, 11, ФГБУ «НИИГБ» РАМН

ЦЕЛЬ СИМПОЗИУМА: обсуждение вопросов, связанных с возникновением и прогрессированием миопии, современными подходами к лечению и коррекции, проявлениями т.н. осложненной миопии, особенностями сочетания с другими глазными заболеваниями.

Формат симпозиума включает научно-практическую и образовательно-информационную программы. В рамках симпозиума планируется выставка современного диагностического оборудования, средств оптической коррекции и инновационных технологий. В работе симпозиума предполагается участие более 500 офтальмологов и оптометристов, а также представителей компаний, специализирующихся на производстве средств коррекции, офтальмологического оборудования и фармпрепаратов.

Информационная поддержка: журналы «Вестник офтальмологии», «Глаз», «Вестник оптометрии», «Оправы и линзы», «Веко», «Современная оптометрия», специализированная газета «Поле зрения».

Официальный сайт симпозиума: www.eyecnf.ru
Интернет-ресурсы: www.optometryschool.ru, www.niigb.ru

Участие в конференции не требует регистрационных взносов

ALLERGAN
ophthalmology

Ганфорт **Альфаган®**

Ваша цель: Контроль глаукомы и предотвращение прогрессирования заболевания

Наше видение: Инновационный спектр эффективных методов лечения для контроля глаукомы.

ЧТО БЫ ХОТЕЛ ПОЖЕЛАТЬ ЗАВЕДУЮЩЕЙ КАФЕДРОЙ СВОИМ КОЛЛЕГАМ В ГОД СТОЛЕТИЯ НАУЧНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ? «Пусть наша нужная и полезная работа и дальше приносит радость! Спасая зрение другим людям, мы сами учимся видеть мир по-новому». ■

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению
ООО «Аллерган СНГ САРЛ»: 109004 Москва, ул. Станиславского, д. 21, стр. 2, тел.: +7 (495) 974 0353

Актуальные вопросы нейроофтальмологии

XIII Научно-практическая конференция

27 января 2012 года, Москва

Конференцию открыл заместитель директора по научной работе НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, академик РАН и РАМН, профессор Александр Александрович Потапов. В приветственном слове он пожелал успехов предстоящей конференции, подчеркнул актуальность и своевременность обсуждаемых проблем, неподдельный интерес к ним офтальмологов и нейрохирургов России и стран СНГ.

Основной тематикой конференции стала оптическая нейропатия. Конференция началась лекцией Eduardo Fernandez – «Visual Neuroprosthesis: Current Research and Future Challenges» («Зрительное протезирование: достижения и будущее»). Eduardo Fernandez является профессором клеточной биологии, руководителем отдела гистологии и анатомии в Университете Аликанты (Испания) и руководителем отделения нейроинженерии и нейропротезирования в Институте Биоинженерии. Автор сделал исторический экскурс по теме имплантируемых электронных устройств и рассказал о разработках зрительного протезирования на разных уровнях зрительного анализатора, в том числе в зрительной коре, в качестве единственной помощи слепым пациентам. Большой интерес вызвала тема биоимплантируемых электронных устройств.

В программной лекции профессор Н.К. Серова остановилась на дифференциально-диагностических особенностях поражения зрительного нерва при нейрохирургической патологии. Наталья Константиновна рассказала о причинах и диагностических признаках поражения интракраниального отдела зрительного нерва.

Несколько докладов были посвящены электрофизиологическим исследованиям и исследованиям на когерентном томографе.

Возможностям повреждения ганглиозных клеток при глаукоме были посвящены доклады Л.А. Катаргинной с соавт., М.В. Зуевой с соавт. и Н.И. Курышевой с соавт. (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца»).

Исследованию ганглиозных клеток сетчатки методом оптической когерентной томографии были посвящены доклады Н.М. Елисеевой (НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, ЗАО «Трейдомед Инвест») и А.Н. Бойко с соавт. (Московский городской центр рассеянного склероза (МГЦРС) на базе ГКБ № 11 и кафедра неврологии и нейрохирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова).

В докладе И.В. Зольниковой с соавт. (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца») были представлены возможности мфЗВКП и ретинокортикального времени при глаукоме оптической нейропатии и частичной атрофии зрительного нерва в исходе оптического неврита на фоне рассеянного склероза. Доклады В.Р. Мамиконян с соавт. из ФГБУ «НИИГБ» РАМН (Москва) и М.С. Касымовой из Ташкентского института усовершенствования врачей (Узбекистан) были объединены важной темой ишемической оптической нейропатии.

Н.Л. Шеремет с соавт. (ФГБУ «НИИГБ» РАМН в сотрудничестве с Медико-генетическим научным



Академик РАН и РАМН, профессор А.А. Потапов



Профессор В.П. Еричев, профессор Н.К. Серова



Профессор Eduardo Fernandez (Испания)



Академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина



Профессор С.В. Саакян



Во время работы выставки



В зале заседания

центром РАМН) представила сообщение, посвященное исследованию наследственных оптических нейропатий и затронула аспекты молекулярно-генетического анализа. Патогенез развития оптической нейропатии у пациентов с варикозным расширением вен орбиты, а также обзор этой редкой патологии и методов лечения представила Я.Н. Архангельская (НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН).

Первые результаты лечения менингиом зрительного нерва методом стереотаксической радиотерапии были доложены П.А. Кудрявцевой. Исследование было проведено совместно с отделением радиологии НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН.

Вызвало интерес и дискуссию сообщение А.Г. Амриян о диагностических возможностях ультразвука) «Компьютерная томография – «золотой» стандарт диагностики эндокринной офтальмопатии». Авторы показали роль КТ в диагностике эндокринной офтальмопатии.

Нестандартным был доклад С.М. Свердлина, посвященный нюансам офтальмологической картины друз и псевдодруз диска зрительного нерва, развивающихся на фоне застойного диска зрительного нерва (Волгоградский государственный медицинский университет).

Во второй части конференции С.В. Саакян доложила о первом российском опыте лечения ретины Н.А. Семашко (В.Г. Лихванцева, Е.А. Руденко).

проводится совместно офтальмологами и эндовасальными хирургами ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» и НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН.

Оживленную дискуссию вызвали доклады С.Г. Чернышевой (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца») и И.М. Мосина (Российская медицинская академия последипломного образования, Тушинская детская городская больница), касающиеся современных подходов к лечению эзотропии.

От группы авторов был представлен доклад «Злокачественные (неходжкинские) лимфомы орбиты по обрастаемости в ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» (С.В. Саакян, Е.Б. Мякошина, И.П. Хорошилова-Маслова, Г.П. Захарова, М.Г. Жильцова).

Первым опытом в лечении приобретенного вертикального нистагма путем ретробульбарных инъекций ксеомина поделился И.Л. Плисов (Новосибирский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии»).

Интерес вызвало сообщение Е.И. Агафоновой с соавт. о применении имплантата, корригирующего несмыкание глазной щели, при хроническом параличе лицевого нерва (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова).

Третья часть конференции была посвящена клиническим наблюдениям. М.А. Захарова (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца») представила слушателям два случая удаления инородного тела из диска зрительного нерва наружным доступом, И.В. Зольникова (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца») сообщила о колбочковой и колбочково-палочковой дистрофии, сочетающейся с витреоретинальными изменениями. В своем сообщении Д.Н. Ситникова (ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца») затронула тему необходимости своевременной квалифицированной первичной обработки мягких тканей орбиты после тяжелой травмы. С.С. Данилов с соавт. (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Российский научный центр хирургии им. Б.В. Петровского РАМН, кафедра глазных болезней, кафедра лучевой диагностики и терапии ПММУ им. И.М. Сеченова, ГКБ им. С.П. Боткина) обратил внимание слушателей на возможные осложнения при устранении деформации скуло-орбитального комплекса с гиперкоррекцией энофтальма.

Нейрохирург Д.А. Гольбин из НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН представил случай успешного эндовасального эндо-скопического дренирования крупного пиоцеле основания передней и средней черепной ямки с восстановлением зрительных функций.

В заключительном слове профессор Н.К. Серова поблагодарила участников конференции, а академик РАМН А.Ф. Бровкина дала высокую оценку проведенной конференции.

Своевременным подарком к юбилею Института нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко и к нейроофтальмологической конференции явилась монография «Клиническая нейроофтальмология. Нейрохирургические аспекты» под редакцией профессора Н.К. Серовой.

Оргкомитет конференции

«Важно не только быть на острие прогресса в данный конкретный момент – нужно постоянно двигаться вперед»

Интервью с д.м.н., профессором Б.Э. Малюгиным по итогам конференции «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2011»

10-12 ноября в Москве в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» в 12-й раз прошла ежегодная международная научно-практическая конференция «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии». В работе конференции приняли участие специалисты из различных регионов России, стран СНГ и дальнего зарубежья. Во время конференции обсуждались вопросы, возникающие в повседневной работе каждого офтальмолога, занимающегося проблемами хирургии катаракты и аномалиями рефракции. Практически каждая научная сессия подтверждала известное положение: решать проблемы необходимо сообща. Встреча профессионалов получилась плодотворной и прошла в дружеской атмосфере. Высокий научный уровень и разнообразие представленных докладов, интерес к конференции со стороны российской и международной офтальмологической общественности – результат тщательной подготовки и прекрасной организации мероприятия.

Редакция газеты «Поле зрения» обратилась к заместителю директора по научной работе ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», доктору медицинских наук, профессору Борису Эдуардовичу Малюгину с просьбой ответить на вопросы газеты.

– Работа XII научно-практической конференции «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2011» прошла по двум традиционным направлениям: хирургия катаракты и технологии лечения аномалий рефракции. Борис Эдуардович, как Вы оцениваете работу конференции?

– Мне, наверное, сложнее всех оценить работу конференции, потому что трудно непредвзято возложить оценку самому себе и своей команде. В подготовке конференции я принимаю активное участие, всегда хочется предложить что-то новое, отличное от других аналогичных мероприятий и от того, что мы уже делали в прошлые

годы. Тем не менее, по отзывам коллег, это нам удалось. Были сессии, которые мы проводим традиционно и которые хорошо себя зарекомендовали, но были и интересные новинки.

В первой части конференции, посвященной вопросам хирургии катаракты, мы провели ряд сессий, тематика которых была сфокусирована на новых моделях интраокулярных линз. Значительное внимание было уделено аккомодирующим и полифокальным хрусталикам. Сейчас в распоряжении специалистов имеется большое количество разнообразных имплантатов. Мы постарались дать возможность выступить максимальному числу хирургов, имеющих

опыт работы с той или иной моделью линзы. Важно, чтобы слушатели могли получить информацию из первых уст, а не по рекламным буклетам. При этом мы сделали акцент именно на клинико-функциональных результатах, чтобы хирурги, которые еще не получили должного опыта в данном вопросе, имели бы возможность взвешенного выбора и корректного решения с медицинской точки зрения.

Мы видим, что компании-разработчики каждый год выходят с совершенно новыми продуктами, обладающими теми или иными полезными свойствами. Однако мы также знаем, что ряд инноваций носит маркетинговый характер. Именно поэтому здравоохранение,

как никакая другая отрасль народного хозяйства, требует глубоко научного, объективного анализа всего нового со стороны врачебного сообщества. И это очень серьезная проблема, причем не только в России, но и во всем мире.

В конце прошлого года вышел Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором существенное внимание уделено определению корректных взаимоотношений врача и фирм-производителей медицинского оборудования и лекарственных средств.

Если вернуться к обсуждению конференции, то ее изюминкой являются сессии, на которых демонстрируются показательные операции. Мы их называем «живой хирургией» по аналогии с зарубежными, и это, действительно, очень интересное и запоминающееся мероприятие. Оно позволяет увидеть, как в руках опытного специалиста работает та или иная устройство: линза, прибор, аппаратура.

Важнейшим аспектом нашей работы является обучение врачей. Я видел в зале много молодых офтальмологов из разных городов. Поэтому в программу конференции были включены не только «сиоимунные» доклады, но и лекционный материал. В частности, не могу не упомянуть выступление доктора Барри Сайбела из США. Он прочел лекцию о фемтосекундной хирургии катаракты. Мы знаем, что это направление сейчас начинает активно развиваться во всем мире.

Думаю, многим читателям имя Барри Сайбела знакомо, поскольку он является автором замечательного учебника под названием «Факодинамика», 4-е издание которого недавно вышло в свет. Именно поэтому мы попросили д-ра Сайбела прочесть лекцию о гидродинамических процессах, происходящих при факодинамике, великопешно

описанных в его книге. Отзывы, которые мы получили не только от молодых специалистов, но и от опытных хирургов, были положительными. Скажу откровенно, не только молодые, но и маститые хирурги порой действуют по хорошо отработанному техническому стереотипу, далеко не всегда углубляясь в детали существующих глубинных механизмов и причинно-следственных связей. Мы принимаем многие процессы как данность. А для людей пытливых, таких как доктор Сайбел, очень важно понять, почему это действует так, а не по-другому, почему, например, принцип работы перистальтической помпы один, а помпа Вентури имеет абсолютно иные гидродинамические характеристики. Задавая себе эти вопросы, анализируя их, доктор Сайбел открыл много интересного и, самое главное, щедро этим делился с российскими хирургами.

Еще одной традицией нашей конференции стало проведение круглых столов, и в этот раз он был посвящен коррекции пресбиопии.

– Это было заседание экспертного совета? Заседание проходило в закрытом режиме.

– Мы не называем эту сессию экспертным советом. Это формат круглого стола журнала «Новое в офтальмологии». Мы сознательно решили ограничить число участников только экспертами, четко очертив круг обсуждаемых вопросов. Наша задача заключалась в том, чтобы за минимальное время получить у экспертов максимум информации. Их выступления записаны и после редакционной обработки будут опубликованы в журнале.

– Особое внимание участников конференции привлекало видеосессия по сложным и нестандартным случаям в хирургии катаракты. Как Вы считаете, могут ли



Доктор Б. Сайбел (США) вручает 4-е издание учебника «Факодинамика» Б.Э. Малюгину с дарственной надписью «За существенный вклад в развитие мировой офтальмологической науки»



Симпозиум «Инновации в катарактальной и рефракционной хирургии компании Алкон». Модераторы: Б.Э. Малюгин, К.Б. Першин, В.Н. Трубилин



Симпозиум Финского общества катарактальных и рефракционных хирургов. Сопредседатели заседания: Б.Э. Малюгин, Р. Линнола, М. Хаага

хирурги со стажем почерпнуть для себя что-то важное, или это хороший опыт только для новичков? Позвольте высказать пожелание оргкомитету, чтобы на таких сессиях оставалось больше времени для дискуссий и ответов на вопросы.

— Осложненные случаи интересны всем, потому что встречаются даже в практике хирургов с большим опытом работы. Всегда хочется увидеть действия хирурга в той или иной нестандартной ситуации. Необходимо оценить тот путь, по которому он шел, понять, являются ли действия врача правильными или же необходимо было действовать по-другому.

Именно поэтому в программе мы уделили вопросу хирургии осложненной катаракты особое место, организовав специальное заседание с научными докладами, а в дополнение к этому попросили ведущих отечественных и ряд зарубежных хирургов поделиться своими нестандартными и интересными случаями в рамках видеосессии.

Что же касается дискуссии, тут я полностью с Вами согласен. Конечно, более широкая дискуссия не только необходима, но и крайне полезна, поскольку в процессе демонстрации дается объективная оценка тому или иному клиническому

случаю, выносятся заключение о правильности тактики хирурга.

Проблема в том, что дискуссия требует времени, а его всегда не хватает. Мы, как организаторы, хотим ничего не упустить, дать максимум информации, предоставить слово как можно большему числу участников. К сожалению, мы постоянно сталкиваемся с проблемой «тайм менеджмента». Казалось бы, программа конференции рассчитана на три дня, и это много, а на самом деле — нет, приходится работать в условиях жесткого цейтнота.

Не следует также забывать, что ежегодно к нам приезжают 25-30 иностранных лекторов. И тут возникают проблемы организационного порядка: кто-то не может приехать в нужный нам день, а кто-то должен уехать раньше. Программная комиссия, группируя доклады по темам, пытается ухватить многие факторы, в том числе и временные. В результате — приходится решать довольно сложную задачу.

— Я не случайно коснулся вопроса проведения видеосессий. Насколько я знаю, в России именно Вы являетесь пионером проведения таких сессий на конференции.

— Мы не претендуем на мировую новизну, первый такой опыт

пришел от иностранных коллег. В этой связи хочу упомянуть Роберта Ошера из США. Когда я только начинал заниматься факосмульсификацией, то пересмотрел в библиотеке всю подборку видеожурналов, что сыграло огромную роль в моем становлении как хирурга. Я считаю, что визуальная информация в офтальмологии, в офтальмохирургии, очень важна. Она помогает получить необходимые знания и бесценный опыт. Видеосессии — очень важный элемент обучения, поэтому в программе нашей конференции они есть и будут.

Мне приходилось принимать участие в видеосессиях на многих конференциях за рубежом, могу сказать совершенно уверенно, что в настоящее время наши сессии ничем не уступают зарубежным.

Сейчас стало развиваться еще одно интересное направление, которое называется «почти живая хирургия» (англ. — near life surgery). Это запись всех операций, которые провел хирург в течение операционного дня. Известный итальянский хирург Лучио Буратто каждый год устраивает в октябре конгресс Videocataratta. Хирурги, которых он приглашает, по разным причинам не всегда могут приехать. В позапрошлом году его конгресс буквально день в день совпал с нашей конференцией по катаракте, а в прошлом году я был в другой командировке. Так вот, доктор Буратто прислал своего видеотехника, тот записал весь мой операционный день на свою касету, а потом на конгрессе демонстрировали записанные операции. Мне помнится, что не все они были идеальными, но в этом и заключается особый интерес.

Сессия near life surgery пройдет и на WOC-2012 — Всемирном офтальмологическом конгрессе в Абу-Даби. Ее организует доктор Спирос Георгарас из Греции, ученик Святослава Николаевича Федорова.

— Вы упомянули доктора Сайбела, который дал подробную характеристику фемтосекундным лазерам в своей лекционной сессии. Фемтосекундные лазерные системы в корне меняют представления о технологиях удаления катаракты. Как Вы считаете, фемтосекундный лазер и традиционная факосмульсификация будут дополнять друг друга, или речь идет о том, чтобы уйти от факосмульсификации и перейти к ее новой разновидности?

— Если говорить о проблеме в целом, то вся медицина, безусловно, движется в сторону минимизации участия человека в лечебном процессе. Сегодня машины, компьютеры делают вещи, которые не в состоянии сделать человек и которые часто недоступны логике обычного человека. Возьмем хотя бы прецизионность и скорость



Сессия «Современные тенденции развития и новые конструкции интраокулярных имплантатов». Сопредседатели заседания: А. Ассаф (Египет), О. Морару (Румыния)

вычислений. Если говорить о хирургии, то нельзя не учитывать человеческий фактор, который складывается из многих составляющих. Это, в первую очередь, знания и опыт. Мы знаем, что у молодых врачей всегда больше осложнений, чем у маститых хирургов. Это известный факт, он отражен в литературе. Например, в факосмульсификации первые 50 операций — это один результат, а последующие — имеют совершенно другую статистику, т.е. обучение играет первостепенную роль. Второй момент — это эмоциональное состояние человека. Все имеет значение: как врач себя чувствует, в каком настроении пришел на работу, как у него складывается рабочий день.

Третий момент — личный опыт и предпочтения. Кто-то лучше выполняет одну операцию, кто-то — другую. Не буду дальше развивать эту мысль, все очевидно. Фемтосекундный лазер является шагом вперед с точки зрения автоматизации, некоторые ключевых этапов хирургии катаракты и достижения большей прецизионности, в частности, капсулотомии. В этом идеологическом я вижу правильное направление.

С другой стороны, многими причинами сейчас овладевают смешанные чувства. Давайте попробуем разобраться. В настоящий момент фемтолазерная установка не прибавляет нового качества нашей текущей клинической практике. Сегодня существуют вопросы, в том числе и финансовые, которые мы обязательно должны учитывать. Смотрите, что получается: с точки зрения автоматизации, некоторые ключевых этапов хирургии катаракты и достижения большей прецизионности, в частности, капсулотомии. В этом идеологическом я вижу правильное направление.

С другой стороны, многими причинами сейчас овладевают смешанные чувства. Давайте попробуем разобраться. В настоящий момент фемтолазерная установка не прибавляет нового качества нашей текущей клинической практике. Сегодня существуют вопросы, в том числе и финансовые, которые мы обязательно должны учитывать. Смотрите, что получается: с точки зрения автоматизации, некоторые ключевых этапов хирургии катаракты и достижения большей прецизионности, в частности, капсулотомии. В этом идеологическом я вижу правильное направление.

Другой вопрос, насколько малым он должен быть? Здесь необходимо соблюдать принцип разумной достаточности. Разрез, который мы сейчас часто используем, а именно — 1,8 мм, на мой взгляд, уже практически оптимален. Я не уверен, что мы получим существенные преимущества, если будем двигать его в сторону уменьшения разреза. Есть некоторые фирмы, производящие аппаратуру, которая позволяет удалять катаракту через разрез в 1,6 мм. Я пробовал одну такую машину (не будем называть производителя), но не вполне остался доволен результатом.

будущем. Перспектива этого метода очевидна. При увеличении количества лазеров, увеличении числа операций стоимостью самих лазеров и расходных материалов будет снижаться. Прецизионность станет выше, и уверяю Вас, процесс пойдет. Помните, первые факосмульсификаторы были громоздкими, неудобными и очень дорогими? Сейчас есть тоже очень дорогие модели, но можно найти машины и по весьма доступным ценам.

— Микроинвазивная хирургия, безусловно, новый этап развития факосмульсификации. Хирургии катаракты с использованием микроразрезов было посвящено большое число докладов. Но в ходе дискуссии неоднократно подчеркивалось, действительно ли необходимо стремиться уменьшать катарактальный разрез до 1,6 мм и меньше?

— Я считаю, что уменьшение катарактального разреза — это основной тренд в хирургии катаракты, который прослеживается на протяжении даже не лет, а тысячелетий. Достаточно вспомнить индийских знахарей, которые делали репликацию через микропрокол. По сути дела, они вводили иглу в плоскую часть цилиарного тела и смешали хрусталик. Этот прокол был размером в 1 мм, поэтому хирургия катаракты фактически начиналась с микроразрезов. Потом она перешла от смещения хрусталика к экстракции, и чтобы провести экстракцию приходилось уже делать разрез. Теперь мы опять возвращаемся к микропроколу, но в отличие от древних репликационных методик, мы через него пытаемся удалить хрусталик. На новом витке спирали мы приходим к старым идеям, и это очевидный факт. Чем нас привлекает меньший разрез? Тем, что такой разрез быстрее заживает, травма меньше, а это значит, что пациент может быстрее вернуться в строй. Меньший разрез — это значит меньшая величина астигматизма, т.е. нет необходимости проводить пациенту дополнительную оптическую коррекцию. Таким образом, микроразрез обладает рядом клинических преимуществ.

Другой вопрос, насколько малым он должен быть? Здесь необходимо соблюдать принцип разумной достаточности. Разрез, который мы сейчас часто используем, а именно — 1,8 мм, на мой взгляд, уже практически оптимален. Я не уверен, что мы получим существенные преимущества, если будем двигать его в сторону уменьшения разреза. Есть некоторые фирмы, производящие аппаратуру, которая позволяет удалять катаракту через разрез в 1,6 мм. Я пробовал одну такую машину (не будем называть производителя), но не вполне остался доволен результатом.

Есть фирмы, которые заявляют, что их приборы способны делать еще меньшие разрезы. Такие заявления вполне понятны и, очевидно, соответствуют маркетинговой стратегии этих компаний. Однако стратегия — стратегией, но мнение хирургов остается определяющим. Думаю, очень скоро нам представится возможность сравнить разрезы для факосмульсификации равные 1,8 мм, 1,6 мм, 1,4 мм и даже менее. Априори судить довольно сложно. Если мы не увидим разницы, будем считать, что 1,8 мм — оптимальный вариант. Если же не найдем отличий, то будем ждать, пока появятся варианты доступные в 1,0 или даже 0,8 мм. Хочу обратить Ваше внимание, что речь идет не только о технической возможности удаления катаракты, но и о возможности имплантировать линзу. Сейчас современные интраокулярные линзы великолепно проходят через разрез 1,8 мм, а через меньший — практически нет. На мой взгляд, не имеет смысла идти в сторону уменьшения разреза, пока нет соответствующего имплантата. Поэтому сегодня мой стандарт хирургии — это 1,8 мм, а завтра — посмотрим.

— Как Вы думаете, когда может быть создана «идеальная» линза для коррекции пресбиопии, которая может быть доступна по цене и для государственных учреждений?

— Если Вы говорите о мультифокальной линзе, то она уже создана, это линза «Градиол», с моей точки зрения — великолепный продукт, результат совместной разработки МНТК «Микрохирургии глаза» и фирмы «Репер-НН».

— Она используется повсеместно?

— Нет, но я надеюсь, что с 2012 года, после того как мы закончим расширенную апробацию в рамках системы филиалов МНТК «Микрохирургия глаза» и подтвердим результаты, полученные в головной организации, мы будем готовы к ее более широкому внедрению. На это необходимо еще немного времени.

— Второй год подряд Вы проводите семинар «Командная работа в катарактальной и рефракционной хирургии» под председательством докторов из Шотландии, Швеции, Германии и Польши. Какой алгоритм взаимодействия был предложен в этом году?

— Мы все понимаем, что в работе офтальмолога, хирурга, операциониста — это только заключительная часть работы, ее вершина. Хирургам крайне важно, чтобы слаженно работали все организационные структуры, начиная с приемного отделения или ресепшн, как сейчас стало модно это называть в частных клиниках, до диагностики.

Когда мы рассчитываем параметры операции, то основываемся на данных, полученных на этапе диагностики. Далеко не всегда эту диагностику проводит врач. Во многих ситуациях, в частности в МНТК, это делает опытная медицинская сестра. Затем наступает черед операционной сестры, медицинской техники, которые готовят стерильный инструментарий, настраивают приборы, микроскоп. Цепочка достаточно длинная. От качества работы в каждом звене в конечном итоге зависит успех операции. Выразаясь образно, хирург находится на вершине горы, которая довольно высока, и если в породе образовались пустоты, то неизбежно провалишься — получишь осложнение либо в ходе операции, либо в послеоперационном периоде.

Мой коллега и хороший друг, доктор Ларри Паттерсон из Теннесси, США, каждый год на конгрессе Американской академии офтальмологии читает лекции о том, как эффективно наладить работу операционной. Американские хирурги оперируют очень много, делают по 20-30 операций в день. Сэкономят 3 минуты на каждой операции (казалось бы, что такое три минуты?), хирург в итоге экономит полтора часа своего рабочего времени. За этот период можно прооперировать еще 6-7 человек, либо пойти в библиотеку почитать книгу, либо заняться спортом, провести время с семьей. На первый взгляд, минуты — сущие мелочи. Но минуты, которые мы даже не замечаем, могут сэкономить человеку полжизни. Этим вопросам и посвящены такие семинары. Мы работаем в команде, хирург всегда зависит от других специалистов, и от того, как все работают, зависит

результат. Больной, как правило, видит только хирурга, ему кажется, что между ними никого нет. На самом деле — это длинная цепочка людей, очень важных и нужных, к которым мы должны относиться с большим уважением.

— Какие новые подходы наметились в рефракционной хирургии? Наблюдаете ли Вы уменьшение разрыва в практике российской кераторефракционной хирургии аномалий рефракции и зарубежном опыте с использованием новых технологий?

— Что касается рефракционной хирургии, то мы видим, как фемтолазерная техника выкраивания роговичного лоскута прочно вошла в клиническую практику наших зарубежных коллег. Аналогичная тенденция в настоящее время наблюдается и в России. В остальном — существует большое разнообразие эксимерлазерных платформ, каждая из которых несколько отличается от другой спектром возможности по коррекции тех или иных рефракционных нарушений. Однако, по большому счету, все это не вносит существенных различий в практику рефракционных хирургов. Лазерная коррекция пресбиопии пока не вышла широко в клинику. Из самых интересных тенденций последнего времени могу назвать возобновление интереса к интраокулярным имплантатам для использования при пресбиопии. Это — и диафрагмирующее, и рефракционные устройства. Думаю, нам следует внимательно наблюдать за этим направлением

— Как Вы оцениваете уровень докладов?

— На мой взгляд, уровень докладов российских ученых и практиков очень высокий. К сожалению, участие российских врачей

научных исследований. В ближайшем будущем именно здесь я ожидаю появление новых интересных и даже прорывных технологий.

— Уже стало традицией, что в работе конференции принимают участие члены национальных обществ катарактальных и рефракционных хирургов. В этом году в рамках конференции свои симпозиумы провели финские и польские офтальмологи. Общение офтальмологов, несомненно, способствует профессиональному росту врачей и внедрению в практику новых технологий. Как оценили работу российского форума иностранные коллеги?

— Мне показалось, что эта оценка была очень позитивной. Скажу честно, мы уже 12 лет подряд проводим эту конференцию, и я не помню, чтобы кто-то уехал отсюда разочарованным. Гости не только хотят участвовать в работе конференции, но и побывать в Москве, в городе, отличном от многих мировых, европейских столиц. Несомненно, есть научный интерес. Наши коллеги видят у нас многое из того, чего нет у них. Например, где еще можно познакомиться с последними российскими разработками в области хирургии катаракты и аномалий рефракции? Только на нашей конференции.

— Как Вы оцениваете уровень докладов?

— На мой взгляд, уровень докладов российских ученых и практиков очень высокий. К сожалению, участие российских врачей

в международных конференциях еще не столь велико. Мне кажется, здесь языковой барьер играет очень важную роль. Но сейчас большинство молодых врачей владеют иностранными языками. Пройдет немного лет и, я уверен, что российское медицинское сообщество в мире будет представлено вполне достойно, как и подобает стране с великими научными традициями в области медицины.

— В этом году была организована новая сессия «Фармакологическое сопровождение хирургии катаракты». Каковы современные принципы медикаментозного лечения?

— Мы обсуждали, в частности, такие вопросы, как эффективность использования антибиотиков с целью профилактики и лечения воспалительных проблем. Это темы, которые широко дискутируются у нас, и за рубежом. В частности, речь шла об интравитреальном введении антибиотиков, которое в нашей стране, впрочем, как и в некоторых других странах, находится под юридическим запретом. Это очень важный и насущный вопрос.

С морально-этической точки зрения мы понимаем, что если у пациента развился инфекционный эндофтальмит, то его надо лечить всеми имеющимися у нас способами и средствами. Известно, что если такому больному ввести антибиотик интравитреально, то можно рассчитывать на успех и излечение. И здесь возникает дилемма: врачу надлежит сделать выбор между двумя взаимоисключающими

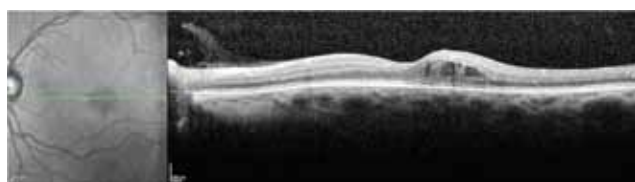


Лазерная система

Автоматизированное проведение лазеркоагуляции по предварительно составленной программе на основе изображений, полученных при помощи встроенной фундус-камеры (цветное фото/ангиография)



- Возможность паттерн-лазеркоагуляции
- Гарантированная точность нанесения лазерных коагулятов повышает эффективность и безопасность вмешательства
- Проведение коагуляции без использования контактной линзы
- Возможность уменьшения времени операции в 5-10 раз
- Отсутствие засветки глаза пациента во время лазеркоагуляции (контроль глазного дна с помощью ИК-камеры)



Автоматизированная коагуляция микроаневризм



NAVILAS[®] PATENTED LASER THERAPY
OD-OS[®] RETINA NAVIGATION COMPASS

Эксклюзивный дистрибьютор компании «OD-OS» (Германия) в России и странах СНГ — фирма «Трейдомед Инвест»
109147 Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412
Тел./факс: (495) 662-78-66. E-mail: info@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru



Во время заседания



В кулуарах конференции. Б.Э. Малюгин и коллеги из польской делегации

вариантами – возможностью принести больному пользу и отсутствием юридического права это сделать. Ситуация конфликтная, но, по моей информации, ряд компаний уже работают над разработкой форм антибактериальных препаратов для внутриглазного использования.

– Доклады, посвященные современным подходам в оптимизации техники факосмульсификации осложненных катаракт, всегда привлекают множество слушателей. Почему они неизменно пользуются наибольшим интересом?

– Казалось бы, мы уже столько лет «мучаем» эту факосмульсификацию, казалось бы, все должно

«устояться», но все равно появляются либо новые идеи, либо новые инструменты, либо используются стандартные инструменты в нестандартных ситуациях. Каждый год к нам приезжают врачи, которые просто поражают нас своими находками. Иногда себя спрашиваешь: «Как же это я не догадался, ведь это же так очевидно!» Такие сессии очень полезны, они значительно расширяют кругозор. Когда думают сто хирургов – это один объем генерации идей, а если 50 тысяч хирургов во всем мире одновременно думают над одним и тем же вопросом, например, об операции по поводу катаракты, то идей будет в тысячи раз больше. Среди этих тысяч идей львиная доля наверняка будет бесполезной,

но найдется и сотня совершенных удивительных, я бы назвал их «бриллиантами». Поэтому так необходимо собираться на конференции, обмениваться знаниями. Важное всегда быть на острие научного развития, потому что в мире постоянно рождается что-то новое. Главное – не упустить это и двигаться вперед.

– В мае 2012 года в Санкт-Петербурге пройдет первая конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов. В связи с этим, в каком формате будет проходить XIII научно-практическая конференция «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2012»?

Мне, в первую очередь, хочется пожелать коллегам успеха. Организация конференций – это большой труд многих людей, это серьезная и не очень заметная работа на протяжении всего года. Многие видят только саму конференцию – всего 2-3 дня, но мало кто знает, что для организаторов новая конференция начинается на следующий день после окончаний предыдущей.

Вот уже 12 лет мы работаем в этом направлении, многое удалось, не меньше еще предстоит сделать. Самое главное – мы нашли свою нишу, нащупали нужные форматы, наладили связи с коллегами в России и за рубежом, установили тесные рабочие контакты с ведущими международными профессиональными сообществами.

Мы сделали свой выбор и считаем его правильным. Будем двигаться вперед своим путем, но также с удовольствием будем участвовать и в других конгрессах.

– Что Вы думаете по поводу питерской конференции?

– Сейчас мне сложно что-то сказать о конференции, которая проводится впервые. Думаю, что ее организаторы тщательно продумывают формат, «изюминки», которые бы отличали ее от аналогичных мероприятий. Надеюсь, вскоре мы сможем оценить результат этой большой работы.

– Борис Эдуардович, спасибо за интересное интервью.

Беседу вела Лариса Тумар

Глаукома: проблемы и пути решения

Научно-практическая конференция

6 декабря 2011 года, Челябинск

6 декабря 2011 года в Челябинске состоялась межрегиональная научно-практическая конференция: «Глаукома: проблемы и пути решения». В конференции приняли участие 202 человека, преимущественно офтальмологи Уральского федерального округа. Организаторами мероприятия традиционно выступили Министерство здравоохранения Челябинской области, Челябинская государственная медицинская академия. Конференция была посвящена памяти профессора, заслуженного деятеля науки РФ, академика РАЕН, председателя правления Челябинского областного общества офтальмологов Ларисы Николаевны Тарасовой и началась с минуты молчания.

Далее с приветственным словом выступили заместитель министра здравоохранения Челябинской области, профессор Ю.А. Тюков и проректор по научной работе ЧелМА, профессор Л.Ф. Телешева. На первом заседании в программном докладе профессор В.П. Гричев осветил современные направления консервативного и хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы. Старший научный сотрудник отделения глаукомы ФГБУ «НИИГБ» РАМН С.Ю. Петров



Президиум конференции, посвященной памяти профессора, заслуженного деятеля науки РФ, академика РАЕН, председателя правления Челябинского областного общества офтальмологов Ларисы Николаевны Тарасовой

поделился опытом индивидуально-го подхода к лечению пациентов с глаукомой. Особое внимание аудитории привлек доклад академика РАМН А.Ф. Бровкиной «Офтальмогипертензия и вторичная глаукома в офтальмоонкологии». С большим интересом заслушан доклад профессора Н.И. Курышевой «Глаукома

нормального давления – от диагноза к лечению».

Целый ряд докладов второго заседания касался возможностей адекватного лечения и диспансеризации пациентов с глаукомой на современном этапе, особенностей клинического течения и терапии при сочетании глаукомы



с диабетической ангиоретинопатией, с возрастной макулодистрофией, а также психо-физиологической коррекции зрения в комплексной программе реабилитации больных глаукомой (к.м.н. О.В. Шиловских, к.м.н. С.Ю. Голубев, к.м.н. Дж.Н. Ловлаче, проф. И.Е. Панова, проф. В.Ф. Экгардт, О.М. Бабайлова).

Конференция завершилась активной дискуссией по обозначенным проблемам. В целом заслушанные доклады в формате мини-лекций, благодаря своей научной доказательности и информацион- ной насыщенности, вызвали значительный интерес практикующих офтальмологов. ■

Актуальные вопросы детской офтальмохирургии

Всероссийская научно-практическая конференция

9 декабря 2011 года, Калуга

9 декабря 2011 года в Калужском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской офтальмохирургии». В числе участников конференции были ведущие врачи-офтальмологи из различных регионов России, а также представители из США. Общее число гостей составило 156 человек.

В двух секционных заседаниях были отражены основные вопросы данной тематики, такие как: организация офтальмологической помощи недоношенным детям в различных регионах Российской Федерации; уровень заболеваемости, эффективность лечения и исходы ретинопатии; эволюция международной классификации активных стадий ретинопатии недоношенных; новые диагностические методики в мониторинге активных стадий ретинопатии недоношенных; современные компьютерные технологии, применяемые для прогнозирования течения ретинопатии недоношенных; этапы лечения активных стадий ретинопатии недоношенных, показания, сроки; современные технологии лазерной коагуляции сетчатки; отдаленные результаты лазеркоагуляции и криопексии аваскулярных зон сетчатки у детей в рубцовом периоде ретинопатии недоношенных; аспекты патогенеза ретинопатии недоношенных с позиции нарушения гомеостаза стекловидного тела; интраокулярное введение авастина при активной ретинопатии недоношенных, показания и исходы; вопросы современной дакриологии у детей; возможности лазерного и витреоретинального лечения ретиноваскулитов и ангиоматозов; дренажная хирургия в лечении глаукомы у детей; современные подходы к тактике лечения переломов глазницы у детей; хирургическое лечение врожденных катаракт с имплантацией гибкой ИОЛ.

Основные затронутые проблемы первой сессии конференции – рост частоты ретинопатии недоношенных и отсутствие единого подхода к данному явлению в Российской Федерации. В качестве примера организации медицинской деятельности было рассказано о многолетней и плодотворной работе Калужского филиала ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» по созданию межрегионального центра по оказанию офтальмологической помощи недоношенным детям в 4-х областях Центрального региона России (Калужской, Тульской, Орловской и Брянской), что позволило объединить в единую централизованную систему мероприятия по раннему скринингу, лечению и диспансерному наблюдению детей с РН.

Представленная модель межрегиональной службы позволяет обеспечить этапность медицинской помощи с соблюдением единых подходов к срокам и критериям скрининга, стандартизации методик осмотра и сроков проведения лазерно-хирургического лечения. Это, в свою очередь, позволяет достичь высокого процента регресса заболевания (92,9%). Во время обсуждения присутствующие отметили, что данная система оказания высокотехнологичной



Выступление директора Калужского филиала ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза», главного офтальмолога Калужской области, д.м.н., профессора А.В. Терещенко

медицинской помощи детям с ретинопатией недоношенных полностью укладывается в концепцию системы ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза», где внедрена единая технология, объединяющая все направления – от точной диагностики до высокотехнологичного лечения, – что позволяет тиражировать ее на всей территории Российской Федерации. Также участники смогли ознакомиться с разработанной в Калужском филиале классификацией активных стадий ретинопатии недоношенных, использование которой в клинической практике позволяет определять частоту и тактику мониторинга.

Важно отметить представленную методику лечения ретинопатии недоношенных с использованием технологии паттерной сканирующей лазерной коагуляции, которая позволяет существенно сократить продолжительность процедуры и длительность наркозного пособия недоношенному ребенку, обеспечивает высокую дозированность лазерного воздействия. В результате значительно снижается риск осложнений, а также частота неблагоприятных исходов заболевания.

Наглядная демонстрация новых методик, существенно облегчающих и модернизирующих работу специалистов в области офтальмологии, безусловно, не смогла остаться незамеченной. Так, несомненно, ярким событием явился показ в режиме реального времени новейших диагностических и хирургических методик, разработанных в Калужском филиале ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза»: цифровой ретиноскопии с использованием широкопольной цифровой ретинальной педиатрической видеосистемы «RetCam-3», цифровой морфометрии и использованием авторской компьютерной программы «OP-MORPHOMETRY», паттерной сканирующей лазеркоагуляции сетчатки на лазерной офтальмологической системе «PASCAL Photocoagulator».

Особый интерес вызвала демонстрация возможностей телемедицины. Посредством современных телекоммуникационных технологий была проведена телемедицинская консультация с целью определения тактики мониторинга и лечения ребенка с ретинопатией недоношенных с Новосибирским филиалом ФГБУ МНТК «Микрохирургия



Демонстрация «живой хирургии» из лазерной операционной. Комментирует И.Г. Трифаненкова



катаракт с имплантацией гибкой ИОЛ; особенностями хирургического лечения глазодвигательных нарушений у детей с ретинопатией недоношенных; дренажной хирургией в лечении глаукомы у детей; профилактикой интеркуррентных инфекций и иммунокоррекцией в рациональной системе предоперационной подготовки пациентов с врожденной катарактой.

Присутствующие вели активную дискуссию, участвовали в обсуждении докладов, задавали интересующие их вопросы, тем самым глубже раскрывая тему. В результате была дана положительная оценка и отмечен высокий уровень и качество хирургического лечения врожденных

В заключительном слове организаторы конференции поблагодарили участников за актуальность и новизну представленной информации, благодаря которой будут возможны новые успешные шаги в практике лечения детской глазной патологии. Также было отмечено расширение географии и научных направлений в сравнении с конференцией, проведенной в 2008 году, и высказана надежда на будущее взаимодействие и сотрудничество.

Оргкомитет конференции «Актуальные вопросы детской офтальмохирургии»





– Андрей Геннадьевич, заканчивается 2011 год, каким он был для офтальмологии Иркутской области?

– Для офтальмологии Иркутской области 2011 год был успешным, а для офтальмологии Иркутской области как части системы МНТК год, конечно, был напряженным в связи с нервной ситуацией, сложившейся вокруг комплекса, которая продолжалась вплоть до конца ноября. Естественно, все это наложило свой отпечаток. Хотелось определенности, хотелось знать, каким путем в дальнейшем будет развиваться МНТК. Однако, несмотря на это, мы не останавливались, продолжали свою текущую работу. Особенность Иркутской области заключается в том, что это чрезвычайно большая территория с очень низкой плотностью населения. Добраться из одного населенного пункта в областной центр представляет огромную трудность. Цена на авиабилет из Бодайбо, нашего золотопромышленного района, в Иркутск сопоставима с ценой на билет до Москвы. Представляете?

Кадровая проблема – вопрос государственный

– Чтобы как-то помочь пациентам, мы решили наращивать мощности наших работающих центров,

в частности, было предусмотрено обслуживание других территорий, с тем чтобы приблизить жителей населенных пунктов к самым передовым технологиям лечения офтальмологических заболеваний. Таким крупнейшим центром является Братский. Можно сказать, это – мини МНТК, со всей особенностью МНТКовской этики, алгоритмом работы, характерным для нашей системы. Центр работает уже практически 10 лет. Там мы проводим не только диагностику, но и осуществляют хирургическое лечение, включая и лазерное, а также лечение детей. Однако за последнее время ситуация в центре вызывает серьезное беспокойство. Братск – это крупный сибирский индустриальный город, а центр МНТК постепенно превращается в поликлинику, куда едут бабушки и дедушки со всего города, чтобы выписать себе капли. Это, конечно, нонсенс. Мы хотим, и, похоже, администрация города Братска пошла нам навстречу, построить еще одно здание для амбулаторно-поликлинического приема и детской службы.

У нас есть филиалы в Ангарске. В Бурятии, Улан-Удэ – очень успешно работающий центр. Мы открыли два лечебно-консультативных кабинета в Иркутске, где можно пройти скрининг-обследование, чтобы определить ход дальнейшего лечения.

«Мне выпал счастливый билет»

В 2011 году проведение конференции «III Байкальские офтальмологические чтения» совпало с юбилеем директора Иркутского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора Андрея Геннадьевича Щуко. Редакция газеты «Поле зрения» от души поздравляет профессора А.Г. Щуко с днем рождения, желает здоровья, творческих успехов и благополучия в Новом году.

После завершения конференции профессор любезно согласился ответить на вопросы «Поля зрения».

Мы регулярно проводим городские конференции. На базе МНТК работает кафедра Академии последипломного образования, куда приезжают офтальмологи города и области на циклы усовершенствования или просто поучиться. Благодаря этому нам удается держать баланс офтальмологической помощи в области на более-менее приемлемом уровне.

Но кадровая проблема остается самой сложной, и не в наших силах ее решить. Это уже вопрос государственный. Здесь вроде бы намечается сдвиг – и в сфере модернизации, и в изменении уровня заработной платы, и в привлечении молодых специалистов в отдаленные районы, с возможностью предоставлять им квартиры. Пока нельзя сказать, что все уже сделано в этом направлении, но, похоже, к этому идет.

– Вы открыли лечебно-диагностические центры в Братске, Ангарске. А где вы берете кадры?

– Очень хороший вопрос. Впервые, мы очень долгое время работали вахтовым методом, когда наши специалисты выезжали в центры оперировать. В течение недели хирурги оперировали, отбирали больных на операции для следующего бригады. Постоянно в центрах работали терапевт-офтальмолог, который следил за пациентами,

медицинские сестры и хозяйственные службы. Буквально в этом году мы подготовили в наших стенах врачей-хирургов, и они уже работают самостоятельно. Таким образом, отпала необходимость в столь частых командировках хирургов. Впервые, экономически это выгодно – снимаются затраты на дорогу. Во-вторых, мы уже уверены в этом человеке, потому что он фактически со студенческой скамьи плотью и кровью МНТКовец.

– Вы частично ответили на вопрос о том, что Вас больше всего волнует как главного офтальмолога области...

– Да, как я уже говорил, это – кадровый вопрос. Кроме того, беспокоит плохое оснащение многих кабинетов и в Иркутске, и в области. Офтальмология пока финансируется по остаточному принципу. Она не является столь «ранимым» направлением, как детская смертность, инфекции, онкологические заболевания и т.д., за что «бьют», где требуют показателей. А глаз? Да, что там говорить... Сейчас к нам пришел очень толковый министр. Он работает пока только 4 месяца. В свое время он был заместителем председателя комитета по здравоохранению области, проректором по науке Академии последипломного образования. В 2011 году

назначен на должность министра здравоохранения Иркутской области. Очень знающий организатор и, главное, трезвомыслящий и понимающий, что необходимо менять и как это сделать.

«Койко-день» как пережиток прошлого

– Ведь ни для кого не секрет, что идиотизм в нашей стране процветает среди чиновников от медицины. Многие приказы и постановления продолжают действовать чуть ли не с 1917 года. Они не просто изжили себя. Они и в то время не были нужны. Возьмем «койко-день» как главный показатель работы стационара. Я министру Голиковой лично в ее кабинете сказал, что какой-то идиот сто лет назад придумал этот показатель и до сих пор с упорством, достойным лучшего применения, все друг перед другом пытаются его выполнять. Вы мне объясните, для чего? Это – антигосударственный подход. Вместо того чтобы разрабатывать показатель по результату лечения пациента, существует показатель, сколько дней он провел на койке. А что вы с ним делали, никого не интересовало. Конкретного ответа в высоком кабинете я не получил, и пока ничего в этом плане не происходит. Но может что-то еще будет сделано...

– Сегодня региональные клиники находятся в неравном положении. Удел большинства муниципальных больниц вообще незавиден. Разделение здравоохранения на федеральный, региональный и муниципальный уровни представляется неверным. В чем, на Ваш взгляд, причина такого неравенства, есть ли выход?

– Вы знаете, неравное положение на федеральном уровне, это подход чиновников федерального уровня. По системе МНТК я могу сказать следующее. Все годы, начиная с академика С.Н. Федорова, МНТК не входил в число «любимчиков» среди чиновников от здравоохранения. Если другие крупные институты, которых у нас три, получали достаточно мощное бюджетное финансирование на развитие, приобретение оборудования и т.д., то МНТК практически ничего не получал. Комплекс получал только то, что сам зарабатывал. Бюджетные ассигнования были просто мизерными. Такое положение дел существует до сегодняшнего дня. На закупку суперсовременного оборудования мы можем потратить только средства, которые зарабатываем за счет платных услуг. За счет ОМС, которое составляет основную часть нашего дохода, я не могу ни копейки истратить на приобретение оборудования. Эти деньги идут только на заработную плату и медикаменты. Две другие статьи расходов средств по ОМС в нашем случае не работают в отличие от остальных лечебных учреждений. Вот вам и равенство. Безусловно, этим вопросом должны заниматься грамотные люди, которые понимают, в чем нуждается такой уникальный комплекс как МНТК. К чему я это говорю? А к тому, что если у комплекса будет достойное финансирование, станет легче многим тысячам больных, гражданам нашей страны. Вот это – государственный подход. В регионах на офтальмологию смотрят как на второстепенное направление и деньги дают лишь только для того, чтобы высшие начальники в Минздраве не ругали за показатели.

«Все просто, как помидор»

– Может ли главный врач в условиях дефицита финансирования самостоятельно решить проблему укрепления материально-технической базы лечебного учреждения?

– Вы знаете, я могу привести совершенно потрясающий пример. В Иркутске есть старейшая Иваново-Матренинская городская детская клиническая больница. У этой клиники очень давняя история, там построена часовня Ксении Петербургской. При прежнем главном враче больница буквально кончалась. Главный врач была... (какое бы слово подобрать для газеты?) плохим главным врачом. Замызганные стены, захудалое оборудование, нищета, бедные детишки, которые там лежали, их бедные родители, отношение персонала... Главным назначили другого врача, работающего в этой больнице. Великолепный детский хирург, специалист в области хирургии новорожденных, профессор. Первое, что он сделал, приехал к нам учиться. Приехал не один, привез свою команду: экономистов, финансистов, юристов, специалистов по медицинской технике, по лечебным вопросам. Я им дал полную свободу, они видели все, что хотели видеть. И что вы думаете? Прошло чуть больше года – больница изменилась. Новый главный врач совершил просто чудо. Выросла заработная плата, люди к своей профессии стали относиться совершенно по-другому, никто не тыкает, не хамит. Деонтология, перестала быть пустым звуком.

Новому главврачу удалось через умного министра добиться отмены пресловутого «койко-дня». Конечно, главный врач может добиться своей цели, если он этого захочет, и ему пойдут навстречу. Приложив свои мозги и желание, можно таким образом построить работу, чтобы заинтересовать людей, чтобы они увидели результат и пошли за тобой. Тогда и горы можно свернуть.

– ... И при этом не обязательно вводить платное лечение или повышать стоимость услуг...

– Конечно, если есть другие рычаги финансирования. Откуда берутся платные услуги? От недостатка финансирования. От желания больницы развиваться, держать коллектив, чтобы люди не бежали, как крысы с тонущего корабля, а чтобы, наоборот, шли сюда работать. Если есть деньги формировать фонд заработной платы и стимулировать сотрудников к эффективной работе, зачем главному врачу платные услуги? Они не нужны. И больным от этого только лучше. Они приходят в лечебное учреждение, где есть высокопрофессиональные кадры. Люди могут рассчитывать, что им окажут квалифицированную помощь. Не надо ехать в Москву, в другие города. Как говорил С.Н. Федоров, а мы с ним часто беседовали на эту тему, и вообще мы с ним дружили, несмотря на разницу в возрасте: «Все просто, как помидор». Нечего мудрить, выдмывать себе сложности. Что касается МНТК, как я уже сказал, за счет ОМС я не могу ни копейки потратить на приобретение оборудования. Кроме ОМС, есть какие-то статьи на оборудование, но их обеспечение очень незначительное. Сейчас в офтальмологии идет процесс, который без преувеличения можно назвать революционным. Это одна из тех высокотехнологичных специальностей, которая требует постоянного обновления оборудования. Офтальмологии просто необходима отдельная строка в бюджете.

У меня однажды была критическая ситуация: я взял часть денег из ОМС и пустил на покупку оборудования, для того чтобы тем же застрахованным пациентам оказывать высокотехнологичную помощь. А мне говорят: «Нецелевое использование». Будто я поставил нефтяную вышку, качаю нефть и на сторону продаю.

Оптимистический пессимист

– То есть, чтобы решить вопрос приобретения высокотехнологического оборудования, приходится идти на нарушения?

– Да, было такое, но сейчас такие вещи категорически запрещены. Если раньше я, нищий попрошайка, мог прийти к руководителю Фонда обязательного медицинского страхования и, мусоля в руках шапку, попросить: «Разрешите, Христа ради, на наши же заработанные деньги из ОМС потратить часть средств...» И он мог «с барского плеча» дать такое разрешение, то сейчас им и это запретили. Сегодня это нарушение чрезвычайно суровым разбирательством, и мне это не надо. При такой постановке вопроса очень легко будет себя чувствовать тупой главный врач, который, ничего не делая, только пеняет, что «у него этого нет, того нет, этого не дают, того не разрешают». При этом он будет сидеть в мягком кресле, занимая должность. Но надеюсь, что положение дел изменится. Я – оптимистический пессимист.

– Об этом еще Святослав Николаевич говорил. Можно жаловаться и при этом ничего не делать.



С учителем и другом С.Н. Федоровым

А можно бороться, набивать себе шишки и делать нужное людям дело...

– Был один главный врач, он возглавлял городскую больницу, почетный гражданин Иркутска, правая рука мэра города, в Совете ветеранов, чем он все это заслужил, сказать трудно, но как главный врач – полная бездарность. Он полностью развалил крупнейшую клиническую больницу. Так вот, он говорил мне: «Тебе хорошо, тебе там дают, а нам – ничего...» Мне с ним было неприятно разговаривать.

– Из всего вышесказанного понятно, что платные услуги нужны.

– Пока да. Я считаю, что должно быть разумное сочетание. Должны быть платные услуги, но и все другие: ОМС, ВМП, СМП.

– Как вопрос приобретения оборудования решается внутри системы МТНК? Решение принимается в центре, в Москве, на уровне областной медицинской администрации, или директора вполне самостоятельно решают, что им необходимо и в каком количестве?

– Областная медицинская администрация не имеет к этому никакого отношения, слава Богу. Москва – постольку поскольку. Только когда сумма закупаемого оборудования превышает 1,5 миллиона рублей, мы должны согласовать этот вопрос с головной организацией. Такое положение было введено совсем недавно. Я считаю, что это тоже тормозит свободу действий директора филиала, потому что ему лучше знать, какая техника нужна, а не какому-то «парню» из Москвы, который может сказать, «вот этот аппарат такой-то фирмы дешевле, бери его и работай на нем». Правда, лично у меня пока еще до такого маршала дело не доходило. В других филиалах, я знаю, с этим существуют довольно серьезные проблемы. При Федорове мы решали подобные вопросы самостоятельно, и это правильно. Ну что Москва может посоветовать? Каждый филиал развивался по своему. Опять же все ездит на конференции, выставки, смотрят, что появляется нового на рынке. Если есть задумка развивать какое-то направление, то кто, кроме самого директора, лучше знает, какой класс оборудования ему необходимо приобрести? По моему мнению, централизация не к чему хорошему не приведет.



В один из приездов С.Н. Федорова в Иркутский филиал МНТК

«Покупка иностранного эксимерного лазера нарушает идеологический концепт развития МНТК»

– Святослав Николаевич не диктовал, какое направление развивать?

– Нет-нет, мы здесь были совершенно свободны, он легко соглашался с нашим мнением. Единственный момент, я помню, касался материалов, производимых на ЭТП (экспериментальное техническое производство МНТК). Нас порой насильно заставляли их приобретать, при этом не всегда они были хорошего качества.

– А линзы?

– Вначале линзы тоже заставляли закупать. Святославу Николаевичу окружение постоянно что-то нашептывало на ушко. Помню, один из приближенных однажды заявил, что «покупка иностранного эксимерного лазера нарушает идеологический концепт развития МНТК». И он со своим «концептом» мне, тогда еще начинающему директору, «втюхал» российский лазер «Профиль». Это был первый эксимерный лазер в системе филиалов МНТК. Год мы на нем

проработали, матерясь и проклиная все на свете, но сделали, слава Богу, 1000 операций и поняли, что ни в какие ворота этот аппарат не лезет. А потом мне Федоров сам сказал: «А ты что японский-то не взял?» А этот, с позволения сказать, «идеолог» тут же взял себе в МНТК японский лазер. Вот вам и вся «идеология».

– Какое число операций в Иркутском филиале проводится в год?

– В среднем – 15 тысяч в год. Мы и 18 тысяч делали. Основная часть – это катаракта. Много лазерных операций – более 5,5 тысяч, среди них – диабет, глаукома, достаточно много витреоретинальной хирургии. У нас в этом отношении регион необычно эндемичный, много патологий по отслойке сетчатки. В филиале работают специалисты очень высокого уровня; и катарактальные хирурги, и витреоретинальные. Здесь оперировались очень известные люди, в том числе и наш бывший губернатор, первый всенародно избранный губернатор Иркутской области Юрий Абрамочкин. Имя возможность лечиться везде, предпочитал это делать только здесь. Наш классик,



А.Г. Щуко в кругу сотрудников



Приветственный адрес губернатора Иркутской области

Валентин Григорьевич Распутин, мой хороший друг, также оперирован в Иркутском филиале. Могу сказать, что я горжусь нашими кадрами, и те молодые специалисты, которые к нам приходят, перенимают все лучшее и быстро становятся специалистами высокого уровня. Так что стараемся высоко держать планку МНТК.

К нам едут учиться хирурги из Москвы

– Ваш филиал является методическим, научным и лечебным центром. Какую конкретную методическую помощь центр оказывает на уровне офтальмологии региона?

– Прежде всего, у нас есть WetLab, один из первых в России, очень высокого уровня, к нам из Москвы едут хирурги учиться.

– Обычно все происходит наоборот, все едут в Москву...

– А у нас так. Едут к нам, потому что знают, что фактоматификации лучше учиться в Иркутске. Такая у нас репутация на сегодняшний день. Мы очень этим гордимся. Мы проводим сертификационные циклы, причем не абы как, ради галочки, а чтобы у человека отложились реальные знания. Проводим тематические циклы по глаукоме, по детству, по сосудистой патологии, патологии глазного дна. Здесь проходят различные конференции, которые, безусловно, являются школой для офтальмологов.

А самая главная методическая помощь заключается в том, что любой врач может обратиться к нам с любой клинической проблемой и получит адекватную помощь.

– Я знаю, что Вы выпускаете серию брошюр для практикующих врачей.

– Да, в издательстве «Гэотар» мы выпустили несколько монографий, которые пользуются достаточно большим успехом среди офтальмологов по всей России. Наши партнеры-издатели хотят продолжить развивать этот цикл, и нам есть что сказать. Это и глаукома, и оптическая когерентная томография, другие направления.

Не считайте за бахвальство, но когда я только пришел сюда директором, об Иркутском филиале никто ничего не говорил, и мне было очень обидно. В офтальмологической среде у всех на слуху были Санкт-Петербург, Екатеринбург, Чебоксары. И вот уже довольно много лет Иркутский филиал среди ведущих офтальмологов страны котируется очень высоко. Особым вниманием пользуются наши доклады на конференциях, фирмы приглашают наших врачей на зарубежные симпозиумы. Мне часто потом звонят и говорят, что наши доклады были лучшими. Так что стараемся.

Кое в чем мы были пионерами, или Как провезли контрабандой первый томограф

– Два года назад Иркутский филиал МНТК отмечал свое 20-летие. В одном из материалов, посвященном этому событию, есть такая фраза, авторство которой приписывают Вам: «20% успехов российской офтальмологии родилось в стенах Иркутского филиала МНТК». Прокомментируйте, пожалуйста, это высказывание.

– Не знаю, огорчу я Вас или обрадую, но такого я не говорил. Это журналистское преувеличение. Почему-то решили достижения в офтальмологии перевести в проценты. Но это чужь. Я лишь только сказал, что в некоторых, основополагающих направлениях развития офтальмологии, мы были пионерами. Это в 1990 году – фактоматификация с Говардом Файном, когда в России ее еще не делали или

делали, но очень примитивно. Сюда впервые съехались специалисты со всей страны. Это был WetLab высшего пилотажа, потому что Говард Файн считается пионером фактоматификации. Сначала мы были у него в Америке, а потом он со своей командой приехал к нам. Мы одними из первых в России в клинических условиях применили эксимерный лазер. Первой была головная организация, потом к ней подключилась клиника «Новый взгляд» и мы. С этого начиналась эксимер-лазерная хирургия в стране.

Первыми в СНГ и России мы внедрили методы оптической когерентной томографии в 1996 году. Впервые я увидел оптический когерентный томограф на выставке в Будапеште. Там я познакомился с московским руководителем фирмы Carl Zeiss Ренато Лакер. Доброжелательная, открытая немка, она все делала очень быстро. Если вдруг у нас что-то выходило из строя, она летела к нам и в сумочке везла необходимый запчасть. И хотя она уже не работает в Carl Zeiss, мы продолжаем с ней дружить. Так вот, когда я впервые увидел этот прибор, я спросил Ренату, что это такое. Она ответила, что сама еще не знает, но смысл работы заключается в том-то и том-то. Просто фантастика! Возможность исследования сетчатки не после энуклеации, а прижизненное! Это какой же гигантский рынок для науки! Я сделал все, что было возможно: нашел банк, спонсоров, которые оплатили томограф. Почти контрабандой, под видом другого прибора, потому что он не был еще сертифицирован, его доставили сюда. И когда впервые, в 1996 году, мы опробовали томограф, поняли, что наука наукой, но этот прибор просто необходим для клиник. Первую монографию, которую мы выпустили, был атлас на русском языке. Так что мы были здесь пионерами. А сейчас для крупных клиник это рутинный прибор.

Мы считаем себя пионерами и по редким формам глаукомы. Эти формы не часто встречаются в клиниках, многие их просто пропускают. Например, синдром пигментной дисперсии, который развивается у молодых, чаще у миопов. Врачи его иногда пропускают, а это может перейти в пигментную глаукому. Когда я впервые выступил с докладом на эту тему, Вы не представляете, меня, как кинозвезду,

уважительного отношения к пациенту, чувство ответственности за свой труд надо со студенческой скамьи. Человек, когда попадает в больницу, ощущает себя абсолютным беззащитным, он нуждается не только в профессиональных действиях врача, но и в элементарной заботе и внимании. Это порой поддерживает больше, чем инъекция. Ведь больной очень ждет, когда к нему подойдет врач, скажет доброе слово, подбодрит пациента, заразит его своим оптимизмом. Но многие вообще этого не понимают, ведут себя просто по-хамски, общаются с больным через междустру. Происходит дискредитация врачебной профессии. У нас в центре представить себе подобное просто невозможно. Могу сказать это с гордостью.

– Вы думаете, человеческое отношение к больному можно привить? Или гуманизм – это на уровне генетики?

– На генетическом уровне, скорее, находится талант врача. Отношение к больному необходимо привить, воспитать. Вы думаете, у нас здесь все генетически талантливые врачи? Совсем нет. Все люди разные, из разных семей, однако, приходя сюда, они видят, какая здесь царит атмосфера, и понимают, что если они будут относиться к больным как-то иначе, они просто вылетят отсюда, как пробка из бутылки. «Все просто, как помидор», понимаете? Все зависит от главного врача или директора, о того, кто несет ответственность за эту работу. Если он не следит за этим или относится спустя рукава, то и возникает это хамье, что «на лапу берет», кого волнует только одно: ничего не делать на работе, получить свою пайку и уйти. Вот – принцип нашего сегодняшнего здравоохранения, в основном.

«Надо же, приехал из Иркутска в Подмоскowie, а водитель у меня – Федоров»

– Андрей Геннадьевич, в 2012 году офтальмологи страны и мира будут отмечать 85-летие со дня рождения С.Н. Федорова. Вы с ним были близко знакомы, он был научным руководителем Вашей кандидатской диссертации. Вам, очевидно, есть о чем вспомнить...

– Конечно, это был совершенно уникальный человек. Это счастье, что Господь Бог свел меня с ним. Еще не будучи знакомым с Федоровым, я открыл в Иркутске отделение и старался сделать его хорошим, не рядовым. И мне в какой-то степени это удалось. К каким только ухищрениям мне не пришлось прибегнуть. Общество слепых помогло мне с приобретением оборудования, со мной работали врачи, которых я пестовал. Отделение пользовалось достаточной популярностью в городе. Позже я прочел книги о Федорове, мечтал с ним познакомиться. И судьба выдала мне счастливый билет: мы не просто познакомимся со Святославом Николаевичем, но работали очень тесно.

В 1994 году он назначил меня исполняющим обязанности директора Иркутского филиала МНТК и пригласил к себе на дачу в Протасово. Договорились об этом накануне у него в кабинете. Привезли меня в Протасово, а там только идет стройка. Федорова нет, мне говорят, что сейчас он появится. Я думаю про себя, где появится, откуда? Вокруг ним одного построенного дома, все в строительных лесах. Присел я на бревно, сижу, жду. На него собираются тучи, вот-вот начнется дождь. «Ну, попал», – подумал я про себя. Сижу один, машин нет, стал думать, как мне добраться до Москвы. Присидел я так около часа.

Вдруг появляется черный Мерседес, за рулем Федоров, машет мне рукой. Сажусь в машину, Святослав Николаевич извинился за опоздание, и мы поехали смотреть его «владения»: заводы, конюшню, приехали в церковь, где он сейчас похоронен. «Надо же, – думаю про себя, – приехал из Иркутска в Подмоскowie, а водитель у меня – Федоров». Мы поехали с ним на его старую дачу, недалеко от Протасова. Мне очень понравилась эта дача. В отличие от Протасова она была вся в сонах. Встретила нас Ирэн Ефимова, и мы пошли завтракать. Вдруг Святослав Николаевич объявляет, что сейчас поедем на похороны академика Бураковского. Ну, с Федоровым – куда угодно. Похороны – так похороны. Поехали на его Мерседесе, но уже с водителем в Москву. В тот день были ужасные пробки на улицах. Мы сильно опоздали, Федоров взял меня за руку, повел в траурный зал, где проходила панихида. Люди перед ним расступаются, я смотрю, а там – Петровский, Рыжков, Примаков. Федоров меня со всеми познакомил. Эмоционально не простой был день... Так мы прокрутились до вечера, а потом он привез меня в МНТК. Мы поднялись к нему в кабинет, посидели, выпили чаю. «Ну, все, иди отдыхай, ты, наверное, сильно устал», – сказал мне С.Н. Федоров. Какой «отдыхай»? Такого прилива эмоций я давно не испытывал. Мы с ним были вместе целый день, с утра до позднего вечера. Через день прихожу к нему в кабинет, он говорит: «Лоб болит, голова болит – летел на Хонде со скоростью 220 км в час, представляешь? Муха ударила в лоб. А если бы в глаз? Ты завтракал? – Нет. – Пойдем». Мы заходим в его зеркальную комнату, нам несут яичницу, «по рюмочке». Я потом всем рассказывал, как Федоров ел глазунью. Он ее разрезает, желток растекается по тарелке, он хлебом его собирает – и в рот. «Это – самая вкуснятина!» Он вкусно ел и также вкусно жил и работал – в этом его отличие от других. Помню, как Святослав Николаевич демонстрировал мне работу сотового телефона. Позвонил в Венгрию, слышимость была отличная. С каким удовольствием он мне все показывал, рассказывал и при этом радовался, как ребенок! Как-то уже в Иркутске я пришел после банкета домой, ночь, раздастся звонок, меня будит жена: «Федоров!» Я собрал волю в кулак, как можно более четко произнес в трубку: «Здравствуйте, Святослав Николаевич!» Он мне в трубку: «Привет, Андрюша! Ты знаешь, где я? Я сейчас еду по дороге в Калугу, набрал твой номер. Какой у вас там час? – Два часа ночи. – Да ты что?!» Вот такой эпизод. Он мне часто просто так звонил, безо всякого дела. Это был уникальный человек, он просто искрился, буквально до последнего дня. Единственный раз я видел его потухший взгляд, это было за месяц до его смерти.

Последняя наша встреча состоялась в мае 2000 года во время работы Съезда офтальмологов. Сидели мы со Святославом Николаевичем в его кабинете, и он мне говорит: «Поможешь мне восстановить эти авгиевы конюшни?» Помните ситуацию, когда его долго не назначали на должность, и только на съезде решился вопрос? «Ты знаешь, я так много упустил». А он, действительно, много упустил за последние годы: увлекся конюшнями, политикой, Думой, президентскими выборами, вокруг него образовалось кучко, которое действовало против Федорова. Во время нашего последнего разговора я его спросил: «А Вы что, не видели этого?» Я не стучал, я ему ни о чем не докладывал, был уверен, что Федоров в курсе происходящих вокруг него событий. «Так поможешь мне чистить авгиевы конюшни?» Конечно, Святослав Николаевич».

Я иногда задавал себе вопрос, почему он так ко мне относился? Наверное, потому что в отличие от других я мог сказать Федорову напрямую, что он в чем-то не прав. Он же привык к преклонению. Помню, как к нему, трясаясь, заходили его замы. И вот на фоне обоих встала фигура Федорова, кто-то, кто говорит открыто, с чем не согласен. Я такой по жизни, по-другому просто не умею. И он воспринимал это нормально.

А через месяц был Тамбов. Я его уговаривал не возвращаться в Москву на вертолете, была плохая погода, собирались тучи. Тем более, по дороге в Тамбов что-то случилось с двигателем. Все шло как-то не так. «Нет, у Ирши день рождения, нам дали коридор, надо лететь». Вертолет сделал над нами два круга, Святослав Николаевич махал нам рукой из иллюминатора, пока вертолет не скрылся в облаках. А потом произошло то, что произошло...

...Да, мы часто встречались, общались. Помню, как однажды я познакомил С.Н. Федорова с Денисом Мацуевым.

– Денис Мацуев – Ваш...

...троюродный брат. Моя родная бабушка, очень близкий мне человек, которая фактически меня вырастила, и его дедушка были родные брат и сестра, причем очень близкие друг другу люди. Я помню Дениса еще совсем маленьким, когда он только делал первые аккорды. С Федоровым я его познакомил на десятилетии Иркутского филиала. А на похоронах Святослава Николаевича Денис играл реквием...

– Где Вы учились играть на фортепиано?

– Диплома о музыкальном образовании у меня нет. Со мной занимался хороший преподаватель. Когда у меня стало что-то получаться, она мне объяснила, как надо подбирать популярную музыку. В те годы из радиоприемников несло: «Жил да был черный кот за углом»... Она мне показала сначала правую руку, потом левую, потом сложили обе руки, и получилось совсем неплохо, ну почти как по радио! Мне это жутко понравилось, и я потихоньку сам начал подбирать музыку. Потом во дворце пионеров мы организовали эстрадный ансамбль, в этом ВИА я был одним школьником, семиклассник, остальные ребята уже отслужили армию. Вскоре начались гастроли, телевидение, популярность, пошли телефонные звонки многочисленных девочек-поклонниц.

В медицинском институте, куда я поступил, у нас был Студенческий театр эстрадных миниатюр (СТЭМ), который возглавляла народная артистка России, актриса Иркутского театра музыкальной комедии, очень талантливый педагог и эксцентричная дама. Ей сейчас 87 лет, она жива, и дай Бог ей здоровья. Мы делали прекрасные спектакли, которые проходили при полном аншлаге. Представляете?

– Что для Вас счастье, ощущаете ли Вы себя счастливым человеком?

– Счастье – это быть нужным. Когда я кому-то нужен и могу сделать хорошо этому человеку, тогда я чувствую себя счастливым. Поэтому я больше люблю дарить подарки, чем получать.

– В этом Вы, очевидно, видите и смысл жизни?

– Конечно. Это и мои дети. Очень хочу, чтобы у них все складывалось удачно. Хочется, чтобы и с работой все шло благополучно, чтобы, как говорят, «не благодаря, а вопреки»...

– Спасибо, Андрей Геннадьевич.



Вместо послесловия

Наша встреча предполагала научную направленность беседы, но мы затронули массу других тем, даже музыку не обошли стороной. В итоге – время пролетело незаметно, и нам совсем не хотелось расставаться. Обаятельный, широко эрудированный, интересный собеседник Андрей Геннадьевич доктора Щуко стала судьба большого человека. Это было и остается целью всей его деятельности.



И врач, и педагог, и музыкант. Дует с другом и коллегой профессором В.В. Страховым



В неформальной обстановке. Поездка на озеро Байкал

Сирин сказал: «дело есть молитва, ставшая поступком»... «Молитвой» доктора Щуко стала судьба большого человека. Это было и остается целью всей его деятельности.

Может быть, поэтому он так напоминает Святослава Николаевича Федорова.

Беседу вели Лариса Тумар и Сергей Тумар

С возрастом зачастую ухудшается зрение, становится труднее читать. Это может быть признаком болезни — возрастной макулярной дегенерации (ВМД), которая, постепенно прогрессируя, часто приводит к утрате зрения у людей старше 50 лет. Этот процесс усугубляется из-за разрушительного воздействия ультрафиолета, курения или неправильного питания. Рацион питания человека старшего возраста обычно далек от нормы, но даже сбалансированное меню с трудом может обеспечить потребность организма в веществах, важных для здоровья глаз. В Ваших силах изменить ситуацию. Клинические испытания доказали, что прием каротиноидов снижает риск развития ВМД, поэтому целесообразно их профилактическое назначение. Окувайт® Лютеин форте — это новый нутрицевтик, в одной таблетке которого содержится такое количество каротиноидов, витаминов и минералов, которое обеспечивает суточную потребность организма человека. Теперь — всего одна таблетка в день, если больше не предписано офтальмологом. Окувайт® Лютеин форте — еще и удобство применения!

*Возрастная макулярная дегенерация. Приложение к журналу «Офтальмологические ведомости». Издательство Н-Л, С.-Петербург, 2010.

BAUSCH + LOMB

ИМЕЮЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Успешный старт «Школы клинической электрофизиологии зрения»: все новое — хорошо забытое старое!

На гребне бурно развивающихся, приносящих ощутимый доход, инновационных технологий в области рефракционной и катарактальной хирургии отечественная офтальмология на какое-то время забыла о фундаментальных научных направлениях. Не то чтобы совсем забыла, но они как-то ушли на второй план... И вот совсем недавно произошло замечательное событие! В Москве началась регулярная работа первая в России «Школа клинической электрофизиологии зрения». Инициатором проведения этого важного мероприятия стал МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, старейшее и верное традициям отечественной медицины учреждение.

Событие было приурочено к 75-летию Лаборатории клинической физиологии зрения им. С.В. Кравкова.

Программа «Школы клинической электрофизиологии зрения» состояла из двух логически связанных мероприятий: краткого курса лекций ведущих отечественных и зарубежных электрофизиологов с разбором клинических случаев и спутного симпозиума, посвященного электрофизиологическим исследованиям и оптической когерентной томографии в офтальмологии. В проведенном мероприятии приняли участие более 80 врачей-офтальмологов из различных регионов России, которым по окончании симпозиума были вручены именные сертификаты.

В первый день «Школы» в большом конференц-зале МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца был прочитан курс лекций и проведены практические занятия по теме «Современные возможности клинической электрофизиологии зрения». Главной целью курса был ответ на следующие вопросы: кого, когда и зачем нужно направлять на электрофизиологические исследования и как правильно оценивать результаты. Во время однодневного курса были продемонстрированы возможности электрофизиологических методов в ежедневной практике врача-офтальмолога и проведены исследования на реальных пациентах на оборудовании Roland Consult.

На открытии «Школы» с приветственным словом выступила заместитель директора по научной работе МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, профессор Л.А. Катаргина. Людмила Анатольевна отметила, что первое в России подобное мероприятие нашло широкий отклик среди практикующих врачей, и пожелала «Школе клинической электрофизиологии зрения» стать ежегодным мероприятием.

Курс лекций начался с доклада руководителя Лаборатории клинической физиологии зрения им. С.В. Кравкова профессора М.В. Зуевой. В самом начале своей презентации Марина Владимировна рассказала об истории лаборатории, которая была основана Сергеем Васильевичем Кравковым в 1936 году и с 1951 года носит его имя (в те годы она называлась лабораторией физиологической оптики). Основную часть своего доклада «Роль электрофизиологических исследований в диагностике и мониторинге заболеваний сетчатки» М.В. Зуева посвятила источникам происхождения биопотенциалов сетчатки и современным методам клинической электрофизиологии зрения. В ходе выступления было показано, что, подбирая соответствующие условия стимуляции и регистрации вызванных потенциалов сетчатки и



Практические занятия по электрофизиологии в течение всего первого дня



Вступительное слово д.м.н., профессора Л.А. Катаргиной



Лекция профессора Н. Krastel



Лекция Н.В. Морозовой

коры, можно раздельно тестировать все уровни зрительного пути, а также селективно оценивать функцию палочковой и колбочковой систем. О современном состоянии клинической электрофизиологии было сказано, что ее «... ярко характеризует не только оперативное использование знаний фундаментальной физиологии и патофизиологии при разработке новых методов, но также комплексный подход в тестировании функции зрительной системы и интерпретации полученных результатов». Действительно, корреляция результатов клинических, электрофизиологических и психофизических исследований позволяет избежать неверного представления о патологическом состоянии пациента, ориентируясь только на результаты электрофизиологии. Использование всех этих методов исследования значительно повышает возможности врача-офтальмолога (особенно при первичном заболевании сетчатки или зрительной коры), основная задача которого поставить верный диагноз.



Первая лекция профессора М.В. Зуевой



Лекция профессора А. Mohamad



Лекция основателя компании Roland Consult J. Finger

С лекцией «Дефекты цветового зрения» выступил профессор Н. Krastel (Гейдельбергский университет, Германия). В своем докладе он рассмотрел различные типы дефектов цветового зрения, причины возникновения, способы определения и применение электрофизиологических методов в их диагностике.

Чрезвычайно структурированная лекция была прочитана профессором А. Mohamad (Hamad Medical Corporation, государство Катар) под названием «Электрофизиология в педиатрии: клинические и практические аспекты». Автор коснулся таких проблем, как подготовка к регистрации электрофизиологических исследований у детей, возможные проблемы при записи сигналов и пути их решения, рассмотрены различные варианты установок нажных электродов. Вторая часть лекции была посвящена интерпретации клинических случаев.

С третьей лекцией выступила заместитель главного врача по медицинской части взрослой сети СПб

ГУЗ ДЦ № 7 Н.В. Морозова, которая называлась «Роль зрительных вызванных потенциалов в клинике глазных болезней». В своем докладе Наталья Владимировна остановилась на возможностях зрительно-вызванных потенциалов, при каких заболеваниях рекомендуется их использовать, а также рассказала о практическом опыте применения зрительно-вызванных потенциалов в СПб ГУЗ ДЦ № 7 (глазной) для оценки стабилизации ПОУТ и оценки нейропротекторного действия лекарств при лечении ПОУТ.

Интерес слушателей вызвала лекция А.В. Колотова (Городской офтальмологический центр, Санкт-Петербург, ГМПБ № 2) «Электрофизиологические исследования зрительной системы в оценке мозгового кровотока». Актуальность данной проблемы подтверждается печальной статистикой: хроническая сосудисто-мозговая недостаточность является третьей по частоте причиной смертности старшей возрастной группы населения в развитых странах (12-20% от общей

летальности). Однако «высокая зависимость функционального состояния зрительной системы от адекватности мозгового кровоснабжения дает основу для объективного анализа сосудистой недостаточности с помощью электрофизиологических исследований», что и было продемонстрировано результатами экспериментов.

Основатель немецкой компании Roland Consult по производству электрофизиологических систем J. Finger выступил с короткой, но очень емкой по содержанию лекцией «Инновации в клинической электрофизиологии: определение остроты зрения, SLO и мультифокальная ЭРГ: два в одном». На примере нескольких клинических случаев были продемонстрированы возможности паттерн-зрительно-вызванных потенциалов (паттерн-ЗВП) для объективной оценки остроты зрения у пациентов. В качестве уникальной разработки компании был продемонстрирован новый аппарат, который является следующим поколением в развитии мультифокальной электрофизиологии: экспертная электрофизиологическая система со сканирующим лазерным офтальмоскопом. С помощью этой новой технологии возможна точная проекция мультифокальной электрофизиограммы на глазное дно пациента в независимости от фиксации взгляда пациента.

Курс лекций первого дня «Школы» завершила лекция старшего научного сотрудника Лаборатории клинической физиологии зрения им. С.В. Кравкова И.В. Зольникова «Мультифокальная ЭРГ в диагностике заболеваний сетчатки». Лекция Инны Владимировны была построена из двух частей. Первая часть включала в себя теоретические основы метода мультифокальной электрофизиографии, происхождение потенциалов и особенности методики регистрации. Вторая часть лекции состояла из результатов сравнения показателей мультифокальной электрофизиограммы с клинической картиной и другими электрофизиологическими, психофизическими и морфометрическими методами диагностики.

Второй день «Школы клинической электрофизиологии зрения» проводился в одном из залов Центрального дома предпринимателей. На торжественном открытии спутного симпозиума «Новые возможности в диагностике заболеваний сетчатки и зрительного нерва: электрофизиология и оптическая когерентная томография» с приветственным словом выступил директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Владимир Владимирович Нероев. Далее были заслушаны доклады Н.Н. Григорьевой, М.В. Зуевой, И.А. Ронзиной, И.В. Зольниковой, И.Е. Хаценко, Л.И. Колеговой, Е.Б. Мякошиной, А.Н. Журавлевой.

Тематика первой «Школы клинической электрофизиологии зрения», посвященная актуальным вопросам регистрации и интерпретации биоэлектрических ответов сетчатки и коры головного мозга, а также корреляция этих ответов с оптической когерентной томографией и другими методами исследования в офтальмологии, нашла широкий отклик практикующих врачей. В 2012 году ожидается проведение аналогичного мероприятия, программа которого будет расширена и дополнена в соответствии с пожеланиями участников. Планируется, что вторая «Школа» пройдет также на базе Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

Факоэмульсификация ятрогенной катаракты

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

ФГБУ «Клиническая больница», Москва

Интравитреальное введение лекарств (ИВВЛ) приобрело широкое распространение в офтальмологической практике благодаря разработке новых лекарственных препаратов, в том числе для анти-VEGF терапии (Larkin Govard. Age-related macular degeneration // EuroTimes, January 2007).

Техника ИВВЛ достаточна проста и легко воспроизводима. Под местной эпibuльбарной анестезией, вне меридианов 3 и 9 часов, в 3,5-4,0 мм от лимба, формируя двухходовой канал по типу «тоннельного», вводят 0,05 мл препарата, используя иглы 27 G, что способствует самогерметизации без потери стекловидного тела. Побочные эффекты ИВВЛ не часто случаются в практике и, в большей степени, обусловлены непосредственно хирургической манипуляцией: кровоизлияния под конъюнктиву, преходящие болевые ощущения, плавающие помутнения в стекловидном теле в течение первых суток, кратковременное повышение внутриглазного давления. Описаны единичные более серьезные осложнения: отслойка сетчатки, повреждение хрусталика, эндофтальмит (Астахов Ю.С., Лисочкина А.Б. Возрастная макулярная дегенерация // Приложение к журналу «Офтальмологические ведомости», 2009).

В собственной клинической практике мы наблюдали повреждение хрусталика во время ИВВЛ, приведшее к его помутнению. Цель данной публикации – представить анализ клинического случая и описать особенности хирургической тактики ведения пациентки с ятрогенным осложнением.

Пациентка И., 72 года, обратилась с жалобами на снижение зрения и метаморфозы правого глаза. Установлен диагноз: возрастная макулярная дегенерация, «влажная» форма правого глаза; возрастная макулярная дегенерация, «сухая» форма левого глаза, простой миопический астигматизм, начальная катаракта.

Проведено ИВВЛ анти-VEGF препарата в правый глаз в марте 2011 г., операция и послеоперационный период без осложнений, через месяц в плановом порядке было рекомендовано повторное ИВВЛ.

Повторное ИВВЛ было проведено в условиях операционной, под местной анестезией при медикаментозном мидразе, в 3,5 мм от лимба (длина глаза – 23,41 мм) в проекции плоской части цилиарного тела в нижне-наружном сегменте иллой 27 G.

На первые сутки после инъекции пациентка обратилась с жалобами на резкое снижение зрения и появление тумана перед оперированным глазом. При осмотре: глаз спокойный, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка структурная, зрачок в центре, реакция зрачка на свет сохранена. В хрусталике линейный разрыв задней капсулы с неомогенным помутнением задних субкапсулярных слоев. Направление разрыва перпендикулярно движению иглы во

время ИВВЛ. На глазном дне просматриваются диск зрительного нерва и сосуды сетчатки без изменений, макулярная область четко не офтальмоскопируется.

Данные обследования:
Острота зрения: OD=0,1 н\к
OS=0,66 cyl-0,5 ax 90=0,7
Авторефрактометрия:
OD=sph 0,00 cyl-0,75 ax 70
OS=sph+0,25 cyl-0,5 ax 87
Тонометрия: OD=11 мм рт.ст.
OS=16 мм рт.ст.

Учитывая отсутствие набухания хрусталика, при наблюдении в течение нескольких дней и далее до одного месяца после ИВВЛ экстренное хирургическое вмешательство не проводилось. Отмечено медленное прогрессирование задних субкапсулярных помутнений с сохранением прозрачности остальных слоев хрусталика. Передние слои стекловидного тела также оставались интактными. Клинических признаков гипертонии и воспаления не отмечено. Острота зрения оставалась на уровне 0,1 н\к.

Стабильные клинико-функциональные показатели определили выжидательную тактику до сроков проявления всех возможных последствий повреждения хрусталика. В итоге факоэмульсификация выполнена через один месяц после ятрогенного осложнения во время ИВВЛ.

Техника операции. Факоэмульсификация выполнялась, используя прибор Infiniti (фирмы Alcon) (рис. 1). Были выполнены: парацентезы на 2 и 10 часах, передняя камера заполнена вископротектором. Капсулорексис 5 мм произведен капсульным пинцетом, тоннельный роговичный разрез 2,2 мм на 11 часах. Гидродиссекцию и гидроделинзацию не проводили в связи с риском повышения внутриглазного давления и во избежание дальнейшего распространения разрыва капсулы. С целью уменьшения гидростатического давления в передней камере глаза ирригационная бутылка помещалась на высоту 60-70 см. Ядро хрусталика и эпинуклеус (плотность 1) методом множественных борозд и формированием чаши удалены при низких значениях вакуума (300 Нг), аспирации – 25 мм рт.ст. и мощности УЗ – 30%. Ротация ядра не проводилась (рис. 2). После формирования чаши шпатель заводился под остатки ядра, ядро направлялось к факоигле и эмульгировалось. Остаточные хрусталиковые массы удалены по технологии «ручной сухой аспирации». Для этого после заполнения вискоэластиком передней камеры аспирационной канюлей на шприце проводилась последовательная аспирация по всей ферри капсульного мешка (рис. 3). Данная техника требует периодического чередования аспирации хрусталиковых масс и дополнительно введения вискоэластика для поддержания глубины передней камеры. С помощью инжектора была имплантирована ИОЛ Quatix (фирмы Scoma GmbH) с четырехточечной фиксацией (рис. 4).

Послеоперационное течение гладкое. Роговица с первого дня прозрачная, передняя камера глубокая, влага прозрачная. Положение ИОЛ правильное, расположенное в капсульном мешке. Улучшение остроты зрения пациентка отметила на первые сутки после операции. Медикаментозное лечение



Рис. 1. Вид глаза до операции (линейный разрыв задней капсулы хрусталика)

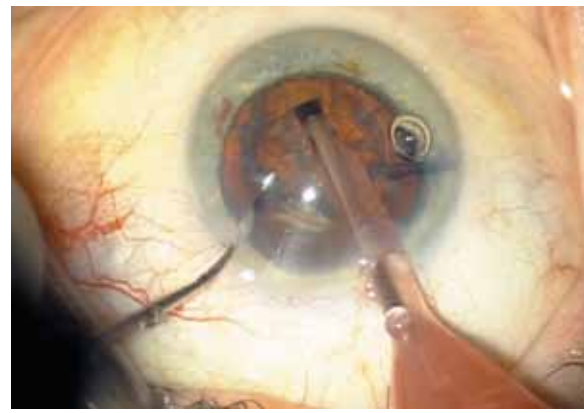


Рис. 2. Использование техники «чаши» при удалении ядра

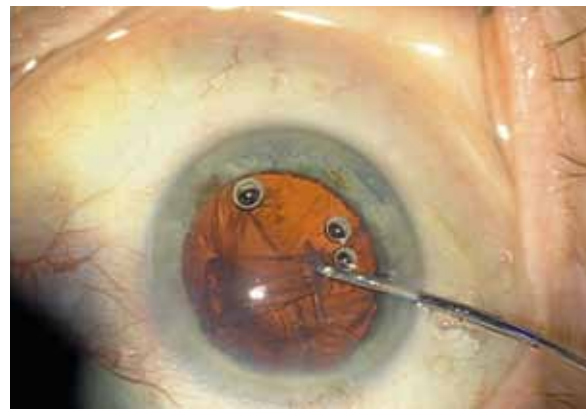


Рис. 3. Удаление хрусталиковых масс «ручной» аспирацией в среде вискоэластика

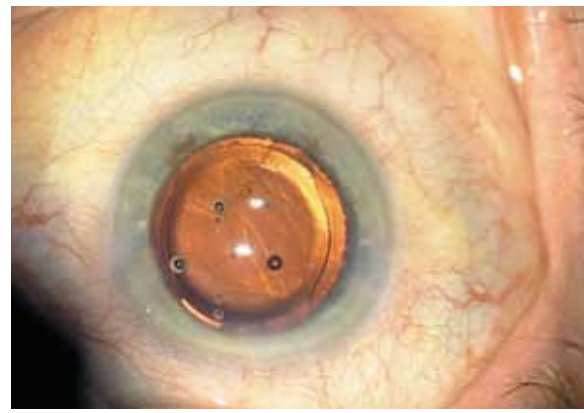


Рис. 4. Внутрикапсулярная фиксация ИОЛ

после операции включало: инстилляции антибиотиков (фторхинолоны) до 1 недели, стероидов – до 2 недель, нестероидов – до 6 недель.

Данные обследования на 1-е сутки после операции:
Острота зрения после ИВВЛ:
OD=0,5 н\к
OS=0,66 cyl-0,5 ax 90=0,7
Авторефрактометрия:
OD=sph +0,25 cyl 0,00 ax 180
OS=sph +0,25 cyl-0,5 ax 87
Тонометрия: OD=8 мм рт.ст.
OS=13 мм рт.ст.

При контроле через 3 месяца после факоэмульсификации роговица прозрачная, передняя камера глубокая, влага прозрачная. Положение ИОЛ правильное, в капсульном мешке. Стекловидное тело прозрачное.

В связи с сохранением отека макулярной области было рекомендовано и выполнено третье ИВВЛ. Данная процедура прошла без осложнений, пациентка находится под динамическим наблюдением для определения необходимости и кратности следующих инъекций.

Обсуждение результатов

Механизм повреждения хрусталика при ИВВЛ обусловлен неправильной траекторией движения иглы во время процедуры. В данном клиническом случае имело место механическое повреждение задней капсулы хрусталика иглой при ее извлечении из стекловидного тела. Все это еще раз подчеркивает необходимость крайней осторожности при выполнении внутриглазных инъекций и, на наш взгляд, снимает дискуссию о возможности проведения данной процедуры вне операционной.

Вопрос о сроке проведения экстракции хрусталика при ятрогенной травме хрусталика зависит от наличия и выраженности явлений набухания хрусталика. В представленном случае наблюдение в течение месяца показало отсутствие набухания хрусталика (не отмечено гипертонии, воспалительной реакции, набухания хрусталика и

измельчения передней камеры), что позволило в плановом порядке провести факоэмульсификацию с имплантацией ИОЛ через месяц после возникшего осложнения.

Особенности хирургической техники:

- исключение гидродиссекции и гидроделинзации;
- использование техники «чаши» при удалении ядра;
- низкие параметры мощности аспирации и ирригации;
- удаление хрусталиковых масс «ручной» аспирацией.

Все перечисленные особенности хирургической техники в данном

клиническом примере позволили провести запланированную факоэмульсификацию и имплантацию ИОЛ в капсульный мешок без распространения дефекта задней капсулы и дополнительных осложнений.

Описанный клинический случай, с одной стороны, подчеркивает необходимость тщательной подготовки и проведения такой кажущейся простой процедуры, как ИВВЛ, а с другой – демонстрирует возможности современной технологии факоэмульсификации на фоне исходно нарушенной целостности капсульного мешка. ■



Осветитель HEINE 5000®

Свет дающий возможность увидеть самые мельчайшие подробности

Исключительно высокий уровень освещенности — 140 000 люкс на дистанции 30 см — делает осветитель HL 5000 идеальным для исследования и распознавания мелких деталей. Гибкая конструкция световода обеспечивает рабочий радиус до 120 см.

- Галогеновая лампа 12 В/50 Вт с длительным сроком службы дает освещенность 140 000 люкс на расстоянии 30 см. Очень яркий белый свет.
- Чрезвычайно компактная осветительная головка не заслоняет обзор, проста для удерживания.
- Три различных варианта крепления: на стол (универсальное крепление) (а), на мобильный стелд (b) или на стену (с).
- Экономичная галогеновая лампа — до 4000 часов работы.
- Дополнительный ультрафиолетовый фильтр повышает безопасность во время исследования.
- Прочная конструкция со световодом, сохраняющим высокие особенности освещения в радиусе 120 см. Простота расположения лампы, легкая и прочная установка в любой выбранной позиции.
- Дополнительный инфракрасный фильтр устраняет нагрев, обеспечивая больший комфорт для пациента и для исследователя.

Фирма ГенералОф

119590, Москва, ул. Давыдова, 8-1-103
Тел./факс: (495) 483-23-67
E-mail: info@generalof.ru
www.generalof.ru

Эдуард Сергеевич Аветисов — УЧЕНЫЙ, УЧИТЕЛЬ, ЧЕЛОВЕК

Окончание. Начало см. в №6/2011

Научные труды профессора Э.С. Аветисова

Н.А. Емельянова, Москва

Мне посчастливилось лично знать профессора Эдуарда Сергеевича Аветисова. Строгий и бескомпромиссный, добродетельный и требовательный, энциклопедически образованный и мудрый — таким он сохранился в моей памяти. Аветисов... Эта фамилия знакома всем, кто хоть сколько-нибудь близок к офтальмологии. И можно с полной уверенностью сказать, что Э.С. Аветисов — один из самых читаемых авторов. Изучая книги и статьи ученого, можно представить его творческий путь.

С 1951 года Эдуард Аветисов, ординатор глазного отделения Самаркандской клинической больницы, проявил серьезный интерес к бактериальным конъюнктивитам, распространенным в Средней Азии. Профессор Наум Ильич Медведев, руководивший в то время кафедрой офтальмологии, сразу оценил способности молодого человека, его тягу к научным исследованиям. Собранный Аветисовым богатый научный материал лег в основу его первых научных докладов (Харьков, 1955; Сталинабад, 1955) и кандидатской диссертации «О путях ликвидации эпидемического конъюнктивита как массового заболевания» (Самарканд, 1955). В диссертации Э.С. Аветисов раскрыл механизм возникновения эпидемических вспышек конъюнктивита Кох-Уикса и предложил методы его профилактики. Вскоре разработанный им метод получил

широкое применение в республиках Средней Азии, что значительно способствовало ликвидации вспышек этого заболевания. Позднее он издал брошюру по этой проблеме «Организация борьбы с эпидемическим конъюнктивитом» (Ташкент, 1958).

С 1957 года жизнь Э.С. Аветисова тесно связана с МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, где он прошел путь от младшего научного сотрудника до заместителя директора по научной работе. Работая в институте, Эдуард Сергеевич сосредоточил свои научные интересы на проблемах детской офтальмологии, во многом этому способствовал личный авторитет замечательного отечественного ученого Е.М. Белостоцкого, возглавлявшего в те годы отделение охраны зрения детей. С огромным рвением и трудолюбием включился молодой ученый Аветисов в изучение проблемы косоглазия, и как результат — более 10 авторских свидетельств, более 100 публикаций, лекции, доклады и докторская диссертация «Амблиопия при содружественном косоглазии и ее лечение» (1964).

Став руководителем отделения охраны зрения детей (1961), впоследствии переименованного в отдел охраны зрения детей и подростков, Эдуард Сергеевич сделал его Всесоюзным центром восстановительного лечения детей с заболеваниями органа зрения. Он умел сплавлять вокруг себя замечательных специалистов,

работая самозабвенно и увлеченно. Э.С. Аветисовым в соавторстве с сотрудниками отдела в эти годы разработаны сотни методических рекомендаций по лечению и профилактике глазных болезней. В последние годы жизни ученого вышли следующие методические рекомендации:

- Пластическая операция при паралистическом косоглазии / Аветисов Э.С., Розенблум Ю.З., Чернышева С.Г. и др. — М., 1999.

- Прогностическое значение исследования перекисного окисления липидов слезной жидкости у детей и подростков с прогрессирующей и осложненной близорукостью / Аветисов Э.С., Тарутта Е.П., Иомдина Е.Н. и др. — М., 1999.

- Диплоптическое лечение косоглазия с помощью аппаратно-программного комплекса КАПБИС-1/ Аветисов Э.С., Кашенко Т.П., Розенблум Ю.З. и др. — М., 2000.

Огромен диапазон научных проблем, интересовавших профессора Аветисова, но главными направлениями его творчества были проблемы близорукости и ее профилактики, косоглазия, нистагма, использования лазера для стимуляции зрительных функций, оптической коррекции, офтальмоэргонмики. За цикл работ по названным проблемам в 1977 году профессор Э.С. Аветисов награжден премией им. акад. М.И. Авербаха.

В фонде библиотеки института в настоящее время насчитывается более 60 тыс. печатных единиц.



Если разместить в один ряд все имеющиеся труды Э.С. Аветисова (среди них 14 монографий), то они займут целую книжную полку, а по качеству заложенных в них знаний они, бесспорно, составят «золотую» часть нашего книжного собрания.

Каждая из этих книг стала учебником для врачей, особенно молодых специалистов. Самыми читаемыми по-прежнему остаются монографии «Руководство по детской офтальмологии», где собраны данные многолетних клинических наблюдений и рекомендации по лечению глаз у детей, и «Содружественное косоглазие», содержащая методики лечения и систему организации работы по профилактике данного заболевания. В настоящее время книги Аветисова — библиографическая редкость, их все реже можно найти на библиотечных полках. Часто приходится слышать от молодых врачей: «Я очень хочу почитать книги Аветисова. Запишите меня на Аветисова».

Анализ книжных формуляров, как любой другой бесстрастный статистический материал, свидетельствует, что за эти годы книги Э.С. Аветисова прочли сотни врачей, а значит, методики, предложенные им, весьма востребованы. Кроме перечисленных монографий, Эдуард Сергеевич Аветисов написал большое количество статей (по сведениям нашего каталога — 385), опубликованных во многих отечественных и иностранных изданиях, как специальных, так и научно-популярных, таких как газета Общества слепых «Наша жизнь», популярный журнал «Здоровье» и многих других. Им же разработаны методики физических упражнений для школьников и студентов, страдающих близорукостью.

Эдуард Сергеевич до последних дней держал руку «на пульсе» института и своего отдела, редактировал и публиковал статьи во многих научных сборниках. Он много работал, сдал в редакцию рукописи монографии «Нистагм»,

планировал переиздать монографию «Содружественное косоглазие». Последняя его статья «Особенности содружественного косоглазия, возникающего с рождения» (в соавторстве с Т.З. Хведелидзе) опубликована в журнале «Вестник офтальмологии» (2001, № 4).

Научно-популярная книга «Как беречь зрение» — завещание профессора Аветисова всем нам, не только офтальмологам, а просто людям — сохранять зрение! Ценность этой небольшой по объему книги велика, несмотря на простоту изложения, она написана на высоком научном уровне. Представлены практические рекомендации по профилактике глазных заболеваний. В последнее время издается много научно-популярной медицинской литературы, среди них недостаточно книг, написанных хорошими специалистами.

Профессор Аветисов всю жизнь был неутомимым тружеником науки, он много работал, нередко приходил в институт в выходные дни. На стене его кабинета висела надпись — его жизненный девиз: «И вечный бой! Покой нам только снится...»

И еще одна деталь. Профессор Э.С. Аветисов являлся образцовым читателем. Беря книги в библиотеке института, он всегда сдал их в установленный срок. Он прекрасно знал историю офтальмологии, часто приводил факты и цитаты из дореволюционной научной печати. Эдуард Сергеевич любил давать медицинские книги в фонд нашей библиотеки. «Посмотрите, пожалуйста, может, это еще кому-нибудь пригодится», — скромно говорил он и передавал нам прекрасные книги из своего личного собрания. К сожалению, он был категорически против автографов на подарках, считая, что «это ни к чему». Только теперь мы осознали, как много потеряли, не получив на многих книгах собственноручную подпись этого выдающегося ученого и замечательного человека...



Об учителе

М.В. Вольская, Нижний Новгород

Древние греки утверждали, что влияние учителя вечно. Прошло много лет с тех далеких дней, когда мы повышали свою квалификацию в Институте глазных болезней им. Гельмгольца. Но в наших сердцах светлый облик Э.С. Аветисова занимает много места. Мы приезжали в институт, как в храм. Нас доброжелательно встречали, современное оснащение, специалисты высокой пробы, доктора старались все показать, научить последним достижениям науки. Мы помним Э.С. Аветисова, И.Л. Смольянинову, Ю.З. Розенблюма, Т.П. Кашенко и многих других. Мы с большой признательностью вспоминали их всегда и считали большим везением учиться у таких педагогов. Профессор Э.С. Аветисов приветливо встречал нас, такой симпатичный, с седой шевелюрой, спокойный, без суеты. Читал нам

лекции по лечению амблиопии, миопии. А мы добросовестно, как в студенческие времена, записывали услышанное в тетради. Заботился и о бытовой стороне жизни. Запомнилось, как мы жили в гостинице «Россия» — очень красивой, благоустроенной, с чудесным видом из громадных окон.

Интересен был симпозиум по лечению косоглазия с учеными, приглашенными из-за рубежа. С большим интересом слушали доклад Кюппера из Германии, выступление Аррута, Заксенвегера, Пигаса из любимой Франции, в которую я ездила многократно. Без профессора Э.С. Аветисова этот симпозиум вряд ли удался бы. Он был любезным хозяином этого съезда. Кавказское гостеприимство украсило эту встречу. Под занавес в ресторане «Прага» был накрыт банкет, где веселились и лихо отплясывали

все, невзирая на возраст и титулы. Симпозиум закончился, а воспоминания остались надолго.

Сейчас уже другие времена, совсем другие приоритеты. Но наше многократное пребывание в Институте, наши знания и умение применять все услышанное на практике, уверенность в себе — все это очень пригодились в жизни.

Э.С. Аветисов был моим оппонентом на защите моей кандидатской по вертикальному косоглазию — защита прошла успешно, единогласно. Спасибо ему большое.

Время не властно, забыть такой плодотворный период в жизни невозможно.

Мы всегда будем с благодарностью вспоминать нашего учителя и всю ту команду прекрасных педагогов, которые сделали так много для нашего достойного пути в любимой офтальмологии...



Об отце...

С.Э. Аветисов

Писать об отце непросто. Говорить о нем, как о научном деятеле, замечательном офтальмохирурге, хорошем враче? Об этом лучше знают его соратники и сотрудники института, в котором он проработал большую часть своей жизни. А как писать о том, что составляет твою собственную память о родном и очень дорогом тебе человеке, который никогда не уйдет из твоего сердца? Оказалось, что это очень трудно.

Сейчас по прошествии стольких лет, я гораздо лучше и острее стал понимать своего отца (вероятно, это в природе человеческой — «лицом к лицу — лица не увидать...»). Отец был, безусловно, сильным человеком. Мне, сегодняшнему, даже представить себе трудно, какое мужество надо иметь, чтобы, будучи ассистентом кафедры глазных болезней Самаркандского медицинского института, пройти по конкурсу и переехать со всей семьей в Москву для работы в одном из известных офтальмологических учреждений страны — Институте им. Гельмгольца. И не просто переехать, а заняться совершенно новым для себя делом — детской офтальмологией (кандидатская диссер-



... с женой Амалией Семеновной



Спортивные годы



Сыновья Валерий и Сергей

безразлична и сегодня — ведь правильно говорят: «Мы все родом из детства».

Отец вместе со своими сотрудниками занимался очень серьезным и важным делом — охраной зрения детей и подростков. Работа в клинике днем — к вечеру перемещалась к нам в квартиру, и для нас — детей — это было совершенно естественно. И, наверное, поэтому для нас с братом вопрос о выборе профессии не стоял: мы были посвящены в офтальмологию задолго до того, как получили право заниматься ею профессионально. Но отец никогда императивно не влиял на наши с братом решения —

он доверял нам и очень боялся возможности быть самостоятельным, а значит — профессиональным. У отца это всегда получалось. Отец был не только офтальмологом, серьезно занимающимся научным трудом врачом и администратором, он был веселым, легко увлекающимся человеком, умеющим «зажечь» своим увлечением других людей. Когда-то давно (мне было, наверное, лет 7) отец со своим другом профессором Е.С. Вайнштейном взял меня с собой на футбол. С тех пор я «заболел» и страстно убедился, как трудно порой видеть в собственном ребенке независимую личность, признавая его право

на ошибку, тем самым давая ему возможность быть самостоятельным, а значит — профессиональным. Отец был не только офтальмологом, серьезно занимающимся научным трудом врачом и администратором, он был веселым, легко увлекающимся человеком, умеющим «зажечь» своим увлечением других людей. Когда-то давно (мне было, наверное, лет 7) отец со своим другом профессором Е.С. Вайнштейном взял меня с собой на футбол. С тех пор я «заболел» и страстно убедился, как трудно порой видеть в собственном ребенке независимую личность, признавая его право



Кератоконус: инновационные подходы к изучению патогенеза, диагностике, коррекции и лечению

Материалы выступления на ежегодной конференции «Осенние рефракционные чтения», посвященной профессору Э.С. Аветисову, Москва, 21 октября 2011 года.

С.Э. Аветисов

ФГБУ «НИИГБ» РАМН

Уважаемые коллеги! Настоящее, достаточно сжатое, обзорное сообщение скорее является введением в проблему, а не подробным анализом результатов проведенных исследований. Так называемое «этапное» определение сути кератоконуса предполагает выделение следующих последовательных стадий этого заболевания. Процесс начинается с прогрессирующих дистрофических изменений роговицы, после этого наступает изменение ее формы, сопровождающееся усилением рефракции и нарушением регулярности передней поверхности, что в конце концов приводит к вторичному истончению стромы и как следствие – к протрузии верхушки кератоконуса.

Если говорить о патогенезе этого заболевания, до сегодняшнего дня ясности в этом вопросе нет. По данным литературы, условно можно выделить представлены семь различных теорий, которые могут приводить к возникновению

кератоконуса (рис. 1). Но ни одна из них не имеет абсолютную доказанность, вследствие этого многими научными школами декларируется, что кератоконус является многофакторным заболеванием.

Диагностика кератоконуса в развитых стадиях, как правило, не вызывает затруднений. Возросшая актуальность адекватной диагностики кератоконуса в ранних стадиях обусловлена широким внедрением в клиническую практику различных хирургических вмешательств, которые применяют как для коррекции рефракционных нарушений, так и для их лечения. Как гипо-, так и гипердиагностика процесса в ранних стадиях могут приводить к неверному выбору лечебной тактики. Какими могут быть потенциальные ошибки? При гиподиагностике кератоконуса возможно неадекватное проведение кераторефракционных операций и склеропластики. В первом случае кератоконус неверно трактуют как миопию и миопический астигматизм, а во втором – как прогрессирующую миопию. Вторая группа ошибок связана с гипердиагностикой кератоконуса, когда на самом деле имеет место простое миопия в сочетании с астигматизмом. В этом случае опасность

заключается в том, что неадекватно декларируется эффективность лечебных мероприятий, направленных на лечение кератоконуса.

Каковы принципиальные подходы к диагностике кератоконуса в ранних стадиях? В этом случае следует использовать две группы признаков или симптомов (рис. 2). Первую группу обозначим как косвенные или поликлинические: при их наличии даже в условиях первичного приема и тщательном сборе анамнеза можно заподозрить наличие раннего кератоконуса. О чем идет речь? Во-первых, это поздняя миопизация, то есть сдвиг клинической рефракции в сторону миопии в сочетании с астигматизмом уже в зрелом возрасте. При этом, несмотря на небольшой сферический и астигматический компоненты рефракции, ситуация сопровождается снижением максимальной остроты зрения, которая повышается в условиях диафрагмирования. И, наконец, вариабельность данных авторефрактокератометрии.

Каковы на сегодняшний день возможности мониторинга кератоконуса? Если говорить об анамнестическом статусе, это – анализ структуры и метрических характеристик. Для оценки толщины роговицы, кроме рутинной кератопахиметрии, мы сейчас имеем возможность топографической

сторонниками того, что на ранних стадиях кератоконуса структурные изменения настолько не выражены и не характерны, что диагноз раннего кератоконуса должен базироваться на основе исследования именно рефракционных свойств роговицы. Основной критерий: прогрессирующие изменения рефракционных свойств роговицы, в частности, радиуса кривизны и регулярности ее передней поверхности по данным топографического исследования.

Проблема ранней диагностики кератоконуса, помимо всего прочего, связана еще и с тем, что ряд исследователей подменяют понятия «диагностики» и «мониторинга». Целый ряд исследований, которые вполне подходят для мониторинга (т.е. для динамической оценки течения процесса), никоим образом не могут быть использованы для первичной диагностики.

Каковы на сегодняшний день возможности мониторинга кератоконуса? Если говорить об анамнестическом статусе, это – анализ структуры и метрических характеристик. Для оценки толщины роговицы, кроме рутинной кератопахиметрии, мы сейчас имеем возможность топографической

кератопахиметрии, обеспечивающей возможность измерений по всей поверхности роговицы. Для детального структурного анализа роговицы возможно применение конфокальной микроскопии и оптической когерентной томографии. Эти два исследования, по нашему мнению, нужно применять в комплексе. Конфокальная микроскопия обладает гораздо большей разрешающей способностью, но участок исследования достаточно мал и сопоставим с толщиной роговицы. Что касается оптической когерентной томографии, то при ее применении мы получаем послойную топографическую картину роговицы, но при этом разрешающая способность метода не сравнима с аналогичным параметром конфокальной микроскопии. Топографическая оценка рефракционных свойств передней поверхности роговицы с помощью различных кератотопографов в настоящее время стала базисной (т.е. применяемой уже в условиях первичного обследования пациента) методикой. Некоторые устройства позволяют осуществлять топографическую оценку задней поверхности роговицы, хотя клиническое значение этого показателя пока до конца не выяснено. На ранних стадиях кератоконуса могут меняться показатели aberromетрии и частотно-контрастных характеристик, однако эти изменения не являются специфическими и могут иметь место и при других дистрофических заболеваниях роговицы. Структурные изменения роговицы при кератоконусе неизбежно должны приводить к изменению ее биомеханических свойств. Однако клинические исследования показателей «биомеханики» роговицы с помощью ее двунаправленной пневмоаппланации достаточно неоднородны. Возможно, суть проблемы заключается в том, что очень часто зона первичного истончения находится не в центральной зоне роговицы, в то время как двунаправленная аппланация роговицы – это метод, при котором исследование биомеханических свойств роговицы осуществляется за счет деликатного воздействия, то есть аппланации, именно в центральную зону роговицы. В ряде случаев, даже в ранних стадиях кератоконуса, несмотря на наличие миопической рефракции, пациенты предъявляют астенопические жалобы. С этих позиций в комплексе мониторинга процесса возможно включение различных методов оценки состояния аккомодации (например, объективной аккомодометрии).

Характеризуя воздействие на патологический процесс при кератоконусе, как правило, употребляют два термина: «коррекция» и «лечение» (рис. 3). На наш взгляд, между этими терминами существует серьезная разница, и ставить знак равенства между ними ни в коем случае нельзя. Условно можно выделить три основных «мишени» и соответствующие им основные элементы воздействия на патологический процесс. Первая – это рефракционные нарушения (миопия, иррегулярный астигматизм), которые

требуют корректирующих мероприятий. Вторая – связана с возможностью прогрессирования процесса и, как следствие, с необходимостью его стабилизации. И, наконец, если принять во внимание то, что основой всех этих проблем являются структурные изменения, это устранение структурных изменений. Таким образом, с теоретической точки зрения идеальное решение первой, второй и третьей проблем. При этом нельзя не учитывать и еще один критерий – «эргономичность» подхода, т.е. качество и удобство применения как для врача, так и для пациента.

Что мы сегодня имеем в арсенале для того, чтобы корректировать или лечить кератоконус?

Прежде всего, это хорошо известный метод контактной коррекции, который направлен на коррекцию рефракционных нарушений (рис. 4). Основное преимущество метода заключается в высоком корректирующем эффекте. Пожалуй, ни одна из других методик по своим возможностям в плане обеспечения высокой остроты зрения (исключая далеко зашедшие стадии, когда уже есть структурные изменения и помутнения роговицы) не может обеспечить такого эффекта. Кроме того, при назначении контактной коррекции мы можем «управлять» эффектом, то есть по мере прогрессирования процесса менять линзы. Назначение контактной коррекции возможно в сочетании с другими методами. Основным недостатком – неэргономичность. Что это означает? Многие пациенты, несмотря на достижение достаточно высокой остроты зрения с помощью контактных линз, в силу различных субъективных причин (неудобство применения, «физический» дискомфорт, необходимость дополнительных манипуляций) от ношения линз отказываются. Кроме того, подбор контактных линз затруднен в далеко зашедших стадиях. Наконец, при кератоконусе, как правило, необходим подбор контактных линз и их индивидуальное изготовление, что ограничивает возможность тех учреждений, где нет специальных оптико-механических лабораторий.

Относительно новый метод, направленный на укрепление перекрестных швов коллагена роговицы и за счет этого на стабилизацию процесса, – так называемый «кросс-линкинг» (рис. 5). Его основные преимущества – относительная безопасность и возможность сочетание с другими методами. Недостатки метода заключаются в практическом отсутствии рефракционного эффекта и ограничениях в применении – при определенном уменьшении толщины роговицы воздействие ультрафиолетового воздействия по отношению к глубоко лежащим структурам глазного яблока.

Метод, который вызывал и вызывает достаточно много споров, – это комбинация эксимерлазерной рефракционно-терапевтической поверхностной кератоабляции (рис. 6). В настоящий момент мы не располагаем достаточным количеством данных, чтобы или опровергнуть эффективность методики, или, наоборот, подтвердить. Но гипотетически ее можно представить как достаточно удобную методику, которая одновременно может воздействовать на две «мишени» процесса: рефракционные нарушения и прогрессирование. Понятно, что эту методику можно применять только на ранних стадиях кератоконуса, когда роговица еще существенно не истончена, а рефракционный компонент выражен слабо. При этом важно адекватно диагностировать «ранний» кератоконус, о чем мы говорили выше.



Инфекционные осложнения в хирургии глаукомы и катаракты

В.П. Еричев

ФГБУ «НИИГБ» РАМН

А.Е. Дугина

НУЗ «Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко», центр микрохирургии глаза

Современная офтальмохирургия все больше стремится к микроинвазивности, стараясь свести к минимуму сроки реабилитации, выраженность воспалительного ответа и вероятность развития осложнений.

Из всего спектра возможных осложнений в офтальмохирургии самыми грозными по праву считают инфекционные, и хотя частота их развития относительно невелика, составляет в среднем 0,5%, их своевременная и адекватная профилактика, а если требуется и лечение, зачастую определяет результат хирургического вмешательства, который может оказаться трагическим, если не были предприняты плановые, экстренные и корректные шаги.

По данным многочисленных исследований, вероятность развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде определяется множеством факторов. В хирургии катаракты к таковым относятся величина и тип операционного разреза, опыт хирурга, характер интраоперационных осложнений (в частности, наличие разрыва задней капсулы), путь введения и вид используемых антибактериальных препаратов (Lundstrom M., Wejde G., Stenevi U. et al., 2007). По данным М. Taban и В.А. Соорет, более высокая частота развития эндофтальмитов после факосмульсификации наблюдается в случае выполнения операции через роговичный тоннель по сравнению со склеральным.

При хирургии глаукомы развитие инфекционных осложнений в основном связано с инфицированием и локализацией фильтрационной подушки (ФП). При этом, как указывают многие исследователи (Carolina R.M., Liebmann J.M., Friedman R. et al., 1996; Raizman M.B., Rubin J.M., Graves A.L. et al., 2002), риск возрастает при расположении ФП по нижнему лимбу и при интраоперационном применении

антиметаболитов. Особую опасность могут представлять тонкостенные, аваскулярные ФП, сформированные после трабекулэктомии с применением метамидина С. В таких случаях несостоятельная ФП с микроскопической наружной фильтрацией может служить входными воротами для инфекции.

Источниками эндогенной инфекции могут быть очаги хронической инфекции, а экзогенной – микрофлора век и конъюнктивальной полости, которая может быть причиной таких инфекционных осложнений, как конъюнктивиты, блефариты, увеиты. Наиболее частые возбудители инфекционных процессов после хирургии переднего отрезка – Staphylococcus epidermidis (75%), Staphylococcus aureus (14%), Streptococcus spp. (6%), Micrococcus pp. (2%), Enterococcus (3%).

Профилактика инфекционных осложнений подразумевает проведение ряда действий, среди которых санация конъюнктивальной полости, местная антибактериальная терапия в пред- и послеоперационном периодах, а также интраоперационное введение антибиотиков.

По свидетельству Н.М. Сергиенко (2006), при отсутствии профилактической санации конъюнктивальной полости с использованием антибактериальных препаратов до операции потенциальные возбудители инфекции выселяются из конъюнктивальной полости в 48,1% случаев.

Курс антибиотикотерапии у пациентов при неосложненном течении в среднем должен составлять 14 дней. Традиционно его проводят в сочетании с противовоспалительной местной терапией. Гормональные препараты назначают с осторожностью.

При выборе того или иного антибактериального препарата важно учитывать ряд факторов, характеризующих его как фармакологическое средство. Важными критериями являются: широкий спектр действия, низкая резистентность микроорганизмов к препарату, бактерицидное действие, высокая проникающая способность, хорошая переносимость, обеспечивающая минимальные возможности побочных проявлений местного и системного характера. Кроме этого, важными характеристиками препарата являются такие как его липофильность или гидрофильность, способ и частота его введения. Всегда учитывается выраженность воспалительного процесса в тканях глаза. Высокая липофильность (способность растворяться в жирах) обеспечивает более выраженное проникновение через клеточные мембраны (что крайне важно при инстилляционном применении антибиотиков), но снижает способность препарата растворяться в водных растворах (что может привести к осложнениям при их интракамеральном и внутривенном введении).

Не менее важным фактором, определяющим выбор того или иного препарата, является частота введения, необходимая для поддержания необходимого уровня концентрации антибиотика в структурах глазного яблока (что в итоге определяет его длительность действия). Выведение лекарственных препаратов из глазного яблока происходит посредством активного или пассивного транспорта, а это, в свою очередь, зависит от степени ионизации введенного вещества. Антибактериальные препараты, выводимые активно через гемато-ретиальный барьер, представляют собой анионы (пенициллин, цефалоспорины, ципрофлоксацин и пр.); период их полувыведения в среднем составляет 8 часов. Препараты, удаляемые из структур глаза путем простой диффузии в водянистую влагу передней камеры, являются катионами (аминогликозиды, вакномицин, эритромицин, рифамицин и пр.) и выводятся гораздо медленнее (период полувыведения – до суток). Активность современных фторхинолонов в отношении как грамположительных, так и грамотрицательных бактерий и высокая проникающая способность антибиотиков этого класса во влагу передней камеры являются основными аргументами для активного их использования с целью профилактики послеоперационных осложнений в офтальмохирургии.

Как показали исследования (Peyman G.A., Lee P.J., Seal D.V., 2004), проникновению веществ с поверхности глазного яблока внутрь препятствует несколько физиологических барьеров. Первый – неповрежденный эпителий роговицы и

конъюнктивы. В достаточной эффективных дозах этот барьер способны преодолеть лишь липофильные препараты (гидрофильные действуют в основном только на поверхности глазного яблока или требуют субконъюнктивального введения). В качестве второго барьера выступает эпителий радужки и цилиарного тела, выводящий препараты анионы из влаги передней камеры посредством активного транспорта, таким образом, достаточно быстро снижая их концентрацию ниже требуемого уровня. Наконец, дальнейшее продвижение лекарственных средств в значительной мере затрудняет иридо-хрусталиковая диафрагма, ограничивающая диффузию препаратов из передней камеры в стекловидное тело.

Еще одним аспектом, который важно учитывать при выборе антибактериального препарата, является его способность концентрироваться во вне- и внутриклеточном пространстве (и, соответственно, действовать на вне- и внутриклеточно расположенные микроорганизмы). По данным ряда авторов (Mandell G.L., Coleman E., 2001; Peyman G.A., Lee P.J., Seal D.V., 2004), во внеклеточном пространстве концентрируются пенициллины, цефалоспорины и аминогликозиды, а во внутриклеточном – азитромицин, кларитромицин, клиндамицин, эритромицин и фторхинолоны.

Одним из приоритетных направлений является развитие амбулаторной офтальмохирургии – это позволит не только снизить стоимость операций без ухудшения качества лечения (ведь в таком случае отпадает необходимость закладывать в стоимость лечения цену койко-дня), но также уменьшить психологическую нагрузку на пациента, поскольку период восстановления проходит в привычных домашних условиях, и сократить реабилитационный период.

В связи с появлением новых, более совершенных антибактериальных препаратов, способных достаточно долго сохраняться в требуемой концентрации в тканях переднего отрезка глаза, мы все реже сталкиваемся с необходимостью инъекционного введения препаратов. Отказ от субконъюнктивальных инъекций в послеоперационном периоде, в свою очередь, обеспечивает повышение качества жизни пациентов (отсутствие косметических дефектов, в том числе субконъюнктивальных кровоизлияний, снимается стресс от «уколов в глаз», менее выраженная конъюнктивальная инъекция и чувство дискомфорта в глазу и т.д.).

На сегодняшний день наиболее широко признанной группой антибиотиков, используемых с целью профилактики инфекционных осложнений в офтальмохирургии, считается применение фторхинолонов. Препараты этой группы имеют самую низкую резистентность к возбудителям ряда инфекционных осложнений – 7-13%. Одним из представителей этой группы антибиотиков является левофлоксацин – синтетический антибиотик, относящийся к III поколению хинолонов, представляющий собой лево-вращающийся изомер офлоксацина (L-офлоксацин). Этот препарат обладает широким спектром действия, проявляя активность в отношении аэробных грамположительных (Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes) и аэробных грамотрицательных



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Восток-Запад 2012

ПОСВЯЩЕННАЯ 85-ЛЕТИЮ УФИМСКОГО НИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

7-8 июня 2012 года

г. Уфа

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Хирургия роговицы и рефракционная хирургия
- Новые технологии факосмульсификации катаракт
- Витреоретинальные вмешательства
- Диагностика и лечение глаукомы
- Воспалительные заболевания глаз
- Детская офтальмопатология
- Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические операции
- Организация офтальмологической помощи
- «Живая хирургия»

Материалы конференции будут изданы в виде сборника научных трудов.

Требования к публикациям:

Статьи принимаются до 15 апреля 2012 г. в электронном виде по адресу: east-west2012@yandex.ru

Публикация печатных работ бесплатна

Оргкомитет: тел. (347) 272-67-22

e-mail: east-west2012@yandex.ru
www.ufaeyeinstitute.ru

В рамках конференции пройдут

Международные курсы по витреоретинальной хирургии, возрастной макулярной дегенерации и офтальмологическим проявлениям сахарного диабета

- Диагностика отслоек сетчатки
- Склеральное пломбирование: циркулярное, сегментное пломбирование
- Операции с использованием газа
- Витрэктомия; Проникающие ранения глазного яблока
- Сравнительный анализ современных хирургических технологий
- Диабетические заболевания: диагностика и лечение
- ВМД: диагностика и лечение
- Заседания секций с демонстрацией клинических случаев

Организаторы:

Германия: проф. Ингрид Крейссиг, Глазная клиника Университета Мангейм-Гейдельберг.
Россия: проф. М.М. Бикбов, Уфимский НИИ глазных болезней.

Лекторы: И. Крейссиг (Германия), С. Ямамото (Япония), И. Шмидт (Германия), П. Станга (Великобритания), С. Меннел (Германия) и др.

С программой курсов можно ознакомиться на сайте: www.ufaeyeinstitute.ru

ОФТАКВИКС
Левофлоксацин 0,5%

Современные антибактериальные глазные капли

Схема применения препаратов компании Сантэн в пред- и послеоперационном периоде:

ПЕРИОД	ПРЕПАРАТ
1-2 дня	ОФТАКВИКС
7/14 дней	ОФТАКВИКС
1 месяц	ОФТАН® ДЕКСАМЕТАЗОН
от 1 месяца до 1 года	ОФТАГЕЛЬ® или ОКСИАЛ

ОПЕРАЦИЯ

Сантэн

ОФТАКВИКС
Концентрация офтаквикса в слезе

через 4 часа после инстилляций

Цитируется по Raizman M.B. et al. Clin Ther. 2002; Akkan A.G. et al. Int J Clin Pharmacol 1997.

Концентрация левофлоксацина в водянистой влаге в 9 раз выше, чем концентрация ципрофлоксацина

Цитируется по Collin J. et al. Acta Ophthalmol Scand. 2003.

Средняя концентрация (μg/ml)

Левофлоксацин Ципрофлоксацин

* Различия статистически достоверны (p<0,0001)

Цитируется по Collin J. et al. Acta Ophthalmol Scand. 2003.

(Branhamellacatarrhalis, Haemophilus influenzae, Pseudomonas aeruginosa, Neisseria gonorrhoeae) кокков, энтерококков, большинства видов стрептококков, в том числе пневмококков, чувствительных и устойчивых к бензилпенициллину, большинства представителей энтеробактерий. В России в офтальмологической практике используют 0,5% раствор левофлоксацина (офтаквикс, Сантэн). Благодаря наличию как липофильных, так и гидрофильных свойств, он легко проникает в структуры переднего отрезка глаза и достигает необходимого уровня концентрации во влаге передней камеры, губительной по отношению к подавляющему большинству патогенных бактерий (Colin J., Simonpoli S., Geldsetzer K. et al., 2003).

После инстилляций препарата необходимый уровень концентрации поддерживается в слезной жидкости и конъюнктиве 6 часов и более (Song A., Scott I.U., Flynn H.W. Jr., Budenz D.L., 2002).

Кроме того, препарат характеризуется низким уровнем токсичности и практически не оказывает побочных эффектов, что позволяет использовать его даже в детской практике. Все эти качества позволяют рекомендовать местное использование фторхинолонов для профилактики инфекционных осложнений в офтальмохирургии в качестве терапии выбора. Одним из важных достоинств препарата является возможность его использования в педиатрической офтальмологии. ■

Качество неприкосновенно
особенно, если Вам не нужно
к нему прикасаться

AcrySof® IQ
в системе имплантации
AcrySert® ©

Alcon

Устройство для имплантации интраокулярной линзы в комплекте с интраокулярной линзой «AcrySert® IQ» AcrySert® ©. Регистрационный номер ФСЗ 2010/07916 от 30.08.2010. Информация предназначена для медицинских работников.

Комбинированная хирургия глаукомы и катаракты: аргументы «за» и «против»

Модератор заседания: **В.П. Еричев**, д.м.н. профессор, заместитель директора по науке, ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва;

Эксперты: **Б.Э. Малюгин**, д.м.н., профессор, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ

«МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва;

В.Н. Трубилин, д.м.н., профессор, руководитель Центра офтальмологии ФМБА России, Москва



В.П. Еричев
д.м.н., профессор



Б.Э. Малюгин
д.м.н., профессор



В.Н. Трубилин
д.м.н., профессор

Профессор В.П. Еричев

Глаукома и катаракта имеют немало общего в патогенезе своего развития и поэтому часто сопровождают друг друга. И в тех случаях, когда возникает необходимость хирургического лечения той или другой патологии, возникают вполне естественные вопросы: как поступать. Единого мнения не существует. Обычно обсуждается три подхода. Первый – это этапный вариант, когда вначале выполняют антиглаукомный компонент, а затем по прошествии какого-то времени экстракцию катаракты. Это – позиция осторожных хирургов. Второй подход – комбинированная операция, когда одновременно выполняют экстракцию катаракты и антиглаукомную операцию. Третий вариант: вначале выполняют экстракцию катаракты, а глаукомный компонент, в случае необходимости, переносится на более поздний срок. И сторонниками каждого подхода приводятся аргументы в пользу своего видения проблемы. Есть аргументы, с которыми можно согласиться безоговорочно, есть сомнительные аргументы, а есть настолько сомнительные, что они теряют какой-то здравый медицинский смысл.

Борис Эдуардович (обращается к профессору Б.Э. Малюгину), у Вас огромный опыт хирургического лечения и глаукомы, и катаракты, Вы – блестящий хирург, и нам хотелось бы услышать Вашу точку зрения по этому вопросу. Пожалуйста.

Профессор Б.Э. Малюгин

В первую очередь хочу поблагодарить организаторов конференции за приглашение. Из прозвучавших выступлений уже почерпнул для себя массу полезных сведений, уверен, что последующие доклады представят не менее интересную информацию.

Темой этой части конференции является «Комбинированная хирургия катаракты: аргументы «за» и против».

Мы знаем, что сочетание катаракты и глаукомы – не редкое явление в клинической практике офтальмолога. Разнообразие подходов и результатов исследований по данному вопросу, которое мы встречаем в литературе, связано с рядом факторов. Сюда следует отнести форму и стадию глаукомы, особенности медикаментозного режима, возраст и сопутствующие заболевания пациента, стадию развития катаракты и ряд других. Очевидно, что сочетание всего вышеперечисленного может встречаться

в различных вариантах, отсюда вытекает полиморфизм клинической картины. Известно, что глаза с сочетанием катаракты и глаукомы подвержены колебаниям офтальмотонуса, гемодинамическим и микроциркуляторным изменениям. Следует принять во внимание патологию зрительного нерва, сетчатки, дисфункцию роговичного эндотелия. Хирург нередко встречается с ригидностью зрачка, слабостью связочного аппарата хрусталика, наличием синехий и спаек. Технические затруднения могут вызвать наличие фильтрационной подушки и рубцов от ранее выполненных антиглаукомных операций и ряд других факторов (слайд 1).

Очевидно, что следует дифференцировать тактику подходов при сочетании катаракты с открытоугольной или закрытоугольной глаукомой, как об этом уже было упомянуто предыдущими выступающими. В частности, хорошо известно, что лазерные операции, выполняемые по поводу узко- и закрытоугольной глаукомы, хотя и эффективны, но нередко их терапевтическое действие ограничено временными рамками. Данный факт связан с прогрессирующими дистрофическими изменениями трабекулярной сети и образованием синехий. В основе патогенеза закрытоугольной глаукомы лежит аномалия анатомия переднего сегмента глаза (слайд 2). Именно поэтому в настоящее время в специальной литературе начинает превалировать точка зрения, согласно которой удаление хрусталика является чуть ли не основным патогенетическим обоснованным хирургическим вмешательством при данной патологии. Это объяснимо, поскольку в определенном смысле удаление хрусталика можно отнести к комбинированным вмешательствам, так как оно несет в себе не только катарактальный, но и антиглаукомный компонент (углубляется передняя камера, раскрывается ее угол, улучшаются условия для оттока внутриглазной жидкости). Так ли это у пациентов с открытоугольной глаукомой? Предыдущие выступления со всей очевидностью показали, что нет. И это несмотря на то, что в отдаленные сроки после факомульсификации мы действительно наблюдаем снижение внутриглазного давления. Оно, однако, по амплитуде не превышает 2-4 мм рт.ст. (слайд 3). На сегодняшний день мнение ведущих специалистов единодушно и сводится к следующему: к сожалению, мы не можем считать экстракцию катаракты патогенетически обоснованным вмешательством для лечения открытоугольной глаукомы.

Следует подчеркнуть, что тактика хирурга при сочетании открытоугольной глаукомы и катаракты варьируется в зависимости от ряда факторов (слайд 4). В частности, это относится к определению оптимального предоперационного медикаментозного режима. Перед экстракцией катаракты целесообразно отказаться от инстилляций миотиков и препаратов простагландинового ряда, чтобы не увеличить степень воспалительной реакции и не повысить частоту макулярного отека. Некоторые хирурги предпочитают проводить профилактические медикаментозные мероприятия с тем, чтобы снизить частоту геморрагических и воспалительных осложнений, дополнительно применять нестероидные противовоспалительные средства.

При сочетании катаракты и глаукомы хирург обязан решить для себя целый ряд технических задач: как достичь адекватного мидроза, преодолеть проблему слабости цинновых связок. Известно, что в выборе тактики интраокулярной коррекции также нет единой точки зрения, связанной с оптимальным подбором материала для ИОЛ в осложненных случаях. Хорошо освещен в литературе факт лучшей капсульной биосовместимости гидрофобных материалов. Это значит, что при использовании гидрофобных линз у пациента ниже риск развития фиброза задней капсулы. Однако при этом гидрофильные линзы имеют лучшую уvealную биосовместимость, т.е. у пациентов с нарушенным гематофтальмическим барьером на поверхности ИОЛ наблюдают, как правило, меньшую клеточную реакцию, что свидетельствует о более гладком протекании послеоперационного периода.

Наконец, когда операция уже выполнена, врач должен определить тактику медикаментозной коррекции нюансов послеоперационного периода и осложнений, если таковые возникли.

В частности, я имею в виду послеоперационную гипертензию, которая является характерным клиническим симптомом даже при успешном проведении факомульсификации на глаукомном глазу. И здесь существует ряд профилактических и лечебных схем назначений гипотензивных препаратов. Я лично для купирования послеоперационной гипертензии отдаю предпочтение блокам карбоангидразы. Но есть и другие мнения, в частности, д-р Стив Аршиноф (Канада) считает, что наиболее эффективны для этого м-холиномиметики.

Основная наша цель – это обеспечить пациенту стойкий функциональный результат и гипотензивный эффект. Последний в наиболее значимой степени определяет сохранность зрительных функций в отдаленном послеоперационном периоде.

Основная дискуссия разворачивается вокруг этапности выполнения катарактально- и антиглаукомного вмешательств. Очевидно, основное преимущество этапного подхода – это возможность его использования при высоком офтальмотонусе. Компенсируя внутриглазное давление проведением антиглаукомной операции, врач обеспечивает оптимальные условия для последующей хирургии катаракты. Не менее очевиден и недостаток такого подхода, заключающийся в удлинении сроков как зрительной, так и социальной реабилитации пациента. Пациент, дважды подвергаемый хирургическому вмешательству, испытывает двойной психоэмоциональный стресс, который нередко осложняется общесоматическим состоянием пациента. А ведь это, как правило, люди преклонного возраста. Необходимость дважды собирать анализы, проходить специалистов – еще одна сторона проблемы, которую мы не имеем права не учитывать. С точки зрения медико-экономической эффективности, этапный подход в существенной мере проигрывает одномоментному.

Следует также принять во внимание и тот факт, что у ряда пациентов, подвергшихся ранее антиглаукомной хирургии, после удаления катаракты происходит декомпенсация офтальмотонуса. Причины утраты гипотензивного эффекта после экстракции катаракты заинтересовали хирургов уже давно. Так, Джон Альпар дал формулировку факторам, которые на тот момент представлялись ему наиболее актуальными. В частности, он считал, что к фиброзу фильтрационной подушки приводит длительная интра- и послеоперационная гипотония (слайд 5). Следует отметить, что перечисленные д-ром Альпаром факторы сформулированы в 1979 г. и относятся к не вполне совершенной технике экстракции катаракты. Тем не менее они и на сегодняшний день не утратили своего значения. Швы мы теперь практически никогда не накладываем, однако блокаду фильтрационной зоны корнем радужки и образованием гоносинехий, вследствие воспалительного процесса в послеоперационном периоде, встречаем.

Т.н. одномоментные или комбинированные операции стали разрабатываться и внедряться в клиническую практику достаточно давно, при этом использовались самые разнообразные хирургические вмешательства, часть которых перечислена на слайде (слайд 6). При этом хирурги отметили, что достигая определенных преимуществ, они встретились с рядом проблем. Эти проблемы были связаны как с несовершенством самой техники экстракции катаракты, так и с антиглаукомным компонентом хирургического вмешательства. Исследователи сообщали о частом развитии отслоек сосудистой оболочки, потере стекловидного тела и грозных геморрагических осложнениях. По мере совершенствования технологий хирургии катаракты в практику вошла факомульсификация, появились сообщения о сочетании ее с гипотензивным компонентом. На слайде 7 перечислены основные антиглаукомные вмешательства, которые в разное время и с большей или меньшей частотой применялись совместно с факомульсификацией.

Когда хирург принимает пациента с сочетанием глаукомы и катаракты, то он должен ответить на самый, пожалуй, главный вопрос: «Что является основной причиной снижения зрения у данного конкретного больного? Является ли это следствием поражения зрительного нерва, или же причина заключается в помутнении хрусталика?» Определив это, врач соответственно строит

и последующую тактику ведения пациента. Следует оговориться, что далеко не всегда ответ на этот вопрос бывает очевиден. Клинический пример: пациент с выраженным миозом, в хрусталике – факосклероз, помутнение ядра, рефлекс с глазного диска розовый, офтальмоскопия возможна, но визуализация зрительного нерва затруднена. В такой ситуации ответ на вопрос об оптимальной тактике представляет затруднения, и решение нередко бывает эмпирическим, т.к. основывается на собственном опыте врача, в том числе и на его квалификации как хирурга.

В литературе мы нашли очень интересные работы английской школы офтальмологов, проанализировавших огромный материал, касающийся проблемы хирургического лечения катаракты с глаукомой. Из всего объема 919 работ, опубликованных к 2001-2002 гг., только порядка 100 были признаны отвечающими требованиям доказательной медицины (слайд 8). Откровенно говоря, эта цифра меня поразила, ведь она означает, что сравнительно большое количество публикаций, даже в самых известных и уважаемых журналах, не всегда поддерживает критику с позиции корректности набранных групп, определения статистических закономерностей, набора достаточного клинического материала, полноценности срока наблюдений и ряда других.

Итак, исследователи сформировали экспертную группу, которая сформулировала ряд ключевых вопросов и на основе анализа литературных данных пыталась дать на них ответы. Я не стану приводить вам все темы, которые обсуждала группа экспертов, но некоторые, самые важные, назову.

Первый вопрос: «Имеется ли разница в гипотензивном эффекте в отдаленном периоде при использовании этапного и одномоментного подхода в хирургии катаракты? Иными словами, что обеспечивает более стойкую компенсацию офтальмотонуса? Этапный подход или одномоментный? Давайте мы сейчас попробуем оказаться на месте этих экспертов и спросим у аудитории: что за этапный подход? Поднимите, пожалуйста, руки! (Идет голосование). Мне кажется, что большинство. На самом деле эксперты заключили, что недостаточно доказательств того, что этапный подход имеет преимущества перед одномоментным.

Второй вопрос относится к тактике хирурга: «Что лучше использовать при комбинированном вмешательстве: один доступ для удаления катаракты и для антиглаукомного компонента или два разных?» (слайд 9). Давайте снова проголосуем. Итак, кто за раздельный подход? (Идет голосование). «За» проголосовали 23 человека (Аудитория распределилась примерно поровну). Ответ экспертов следующий: «На самом деле разница несущественна».

Таким образом, на сегодняшний день, несмотря на большое количество публикаций в литературе, а я думаю, что к настоящему моменту число статей перевалило далеко за тысячу, мы пока не можем отдать пальму первенства ни этапному, ни одномоментному подходу.

Наконец, третий вопрос: «Какие антиглаукомные компоненты комбинированных вмешательств сравнимы с трабекулоэктомией по долговременности стабилизации офтальмотонуса?» Данный вопрос обоснован, так как трабекулоэктомия в мировой литературе является «золотым стандартом», к которому приравнивают другие операции: непроникающие, шунтирующие, дренажные и так далее. Итак, кто за трабекулоэктомию? (Идет голосование). Подсчет голосов показал, что большая часть аудитории – за трабекулоэктомию.

Давайте посмотрим, к чему пришли эксперты. Итак, пока в нашем распоряжении недостаточно данных за то, чтобы утверждать в пользу того, что трабекулоэктомия при одномоментных операциях дает более стойкий гипотензивный эффект.

Очень интересный вывод, который открывает широчайшее поле для творческой и изобретательской деятельности!

Если теперь обратиться к собственному опыту, то среди вмешательств, которые на сегодняшний день чаще всего выполняются в нашей клинике – это факомульсификация катаракты и непроникающая хирургия глаукомы. Именно их сочетание в свое время выделось нам логичным и вытекающим из сложившейся клинической практики. Факомульсификация – операция т.н. «закрытого» типа, при которой происходит дозированная и краткая декомпрессия глазного яблока, большая часть вмешательства протекает при постоянном положительном офтальмотонусе. При непроникающей хирургии мы также имеем дозированную декомпрессию



Слайд 1.

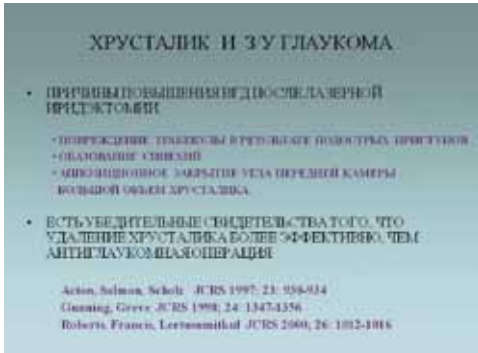
глазного яблока. Оставляя десцеметову мембрану и часть внутренней стенки шлеммова канала, мы достигаем контролируемой фильтрации внутриглазной жидкости, что, в свою очередь, позволяет избежать гипотонии в послеоперационном периоде. Как и любое другое вмешательство, непроникающая хирургия имеет определенные преимущества, также как и недостатки, но мы их сейчас не будем рассматривать, поскольку это предмет для отдельной дискуссии.

Таким образом, наш подход заключается в сочетании использования непроникающей склеректомии и факомульсификации из одного операционного доступа. Сейчас я продемонстрирую видеозапись с записью операции и прокомментирую его.

Комментарии по технике операции, представленной в видеозаписи

Итак, у пациента зрелая катаракта и 0/у глаукома II b стадии. Тактика в таком случае очевидна – без удаления катаракты не обойтись. На первом этапе проводим перитомию конъюнктивы с лоскутом, обращенным основанием к своду, поскольку так нам будет удобнее манипулировать инструментами в ходе операции. Выбирая такой подход, мы принимаем во внимание, что ряд исследователей не нашли разницы гипотензивного эффекта при сравнении антиглаукомных операций, при которых формировали конъюнктивальные лоскуты, обращенные основанием к своду и к лимбу. Но вернемся к операции, далее вырезаем трапезиевидный лоскут, его внешние размеры примерно 2,5х3 мм. Следующим этапом поверхностный склеральный лоскут отслаиваем вплоть до лимба. После чего выполняем два парacentеза – на 3 и 9 часах. В данном случае для проведения непрерывного кругового капсулорексиса потребовалось выполнить окраску передней капсулы. Есть еще один важный момент, на который я бы хотел обратить внимание. Это проведение тоннельного разреза для удаления катаракты, начинающегося в основании поверхностного склерального лоскута. Тоннель должен быть достаточно длинным, и его вход в переднюю камеру расположен в 1,0-1,5 мм от лимба.

Это важно, чтобы на втором, антиглаукомном этапе операции, при фиксации поверхностного лоскута на шве-держалке не разгерметизировать переднюю камеру. Капсулорексис, как я уже сказал, выполняем микропинцетом, которым удобно манипулировать через парантез. Я, кстати, по возможности предпочитаю меньше работать в зоне основного разреза, чтобы не нарушить его топографию. Следующий этап – ультразвуковая факомульсификация, мы используем изогнутую иглу, что, с моей точки зрения, достаточно удобно, так как манипулировать приходится на глубину. Исходя из конструкции тоннельного разреза, наклон стандартной прямой факоиглы нередко приводит к образованию роговичных складок, затрудняющих визуализацию. Поэтому УЗ-игла с изгибом более эргономична. Удаление ядра идет по методике «quick chop». После аспирации хрусталиковых масс имплантируем интраокулярную линзу в капсульный мешок инжектором. Мы видим, что зрачок узковат, однако это существенно не затруднило действия хирурга. Теперь удаляем вискоэластик из капсульного мешка и передней камеры. Следующий этап – фиксация поверхностного склерального лоскута на шве-держалке (шелк 8/0). Далее удаляем глубокие слои склеры, при небольшом кровотечении из склеральных сосудов я предпочитаю их не коагулировать, чтобы избежать контракции склеры, а выполнять диссекцию под иридационным потоком. Итак, мы видим, что сейчас десцеметова мембрана обнажена, далее удаляется т.н. юкстаканаликулярная ткань, включая наружную стенку шлеммова канала. Мы видим, что получена хорошая фильтрация влаги. Теперь нам остается наложить швы на склеральный лоскут. Далее –



Слайд 2.



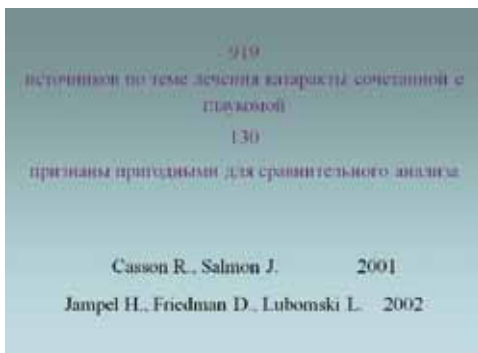
Слайд 4.

шов на конъюнктиву. Его варианты зависят от степени фильтрации, так, при выраженной фильтрации я предпочитаю накладывать непрерывный шов (демонстрируется в ходе операции). В стандартных ситуациях, когда фильтрация умеренная, достаточно двух швов (шелк 8/0 или викрил 8/0) по углам конъюнктивальной раны у лимба. Таким образом, позволяю себе формулировать преимущества продемонстрированной операции. Это минимальная хирургическая травма, поскольку как факомульсификация, так и непроникающая хирургия позволяют нам проводить контролируемую декомпрессию глазного яблока. Оба вмешательства характеризуются невысокой частотой интраоперационных и послеоперационных осложнений. Важно также, что нет необходимости в использовании специального и дорогостоящего инструментария. Наконец, мы достигаем скорой зрительной реабилитации пациентов на фоне стабильного гипотензивного эффекта (слайд 10).

В заключение позволю определить категории пациентов, которым показана одномоментная хирургия (слайд 11).



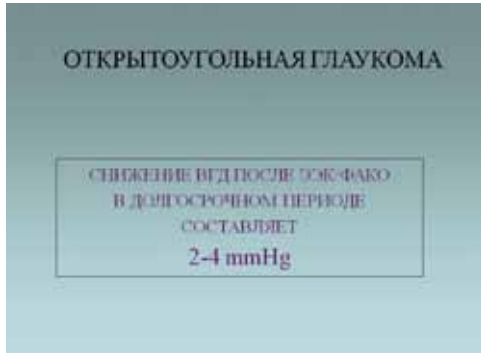
Слайд 6.



Слайд 8.



Слайд 10.



Слайд 3.



Слайд 5.

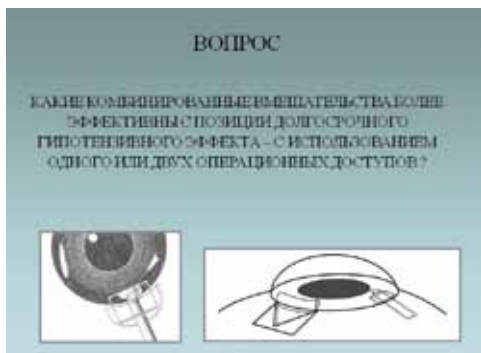
К первой категории относятся пациенты с глаукомой в сочетании с катарактой и компенсированным внутриглазным давлением на максимальном медикаментозном гипотензивном режиме. Мы знаем, что у них после операции по удалению катаракты вероятнее всего давление декомпенсируется, что губительно скажется на состоянии зрительных функций. Таким пациентам, с моей точки зрения, следует рекомендовать именно одномоментную хирургию.

Вторая категория, близкая к первой, это пациенты с начальной и развитой глаукомой и умеренно повышенным внутриглазным давлением на гипотензивных препаратах.

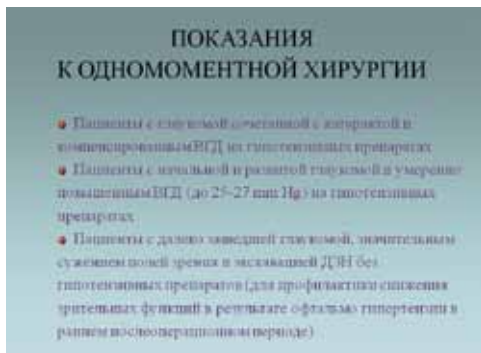
И, наконец, третья категория – дискутабельная. Это пациенты с далеко зашедшей глаукомой, с существенным сужением полей зрения и выраженной экскавацией диска зрительного нерва, у которых офтальмотонус компенсирован без использования гипотензивных препаратов. В таких случаях антиглаукомный компонент одномоментного вмешательства служит для профилактики дальнейшего прогрессирования снижения зрительных функций в результате



Слайд 7.



Слайд 9.



Слайд 11.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

офтальмогипертензии в раннем послеоперационном периоде. Мы знаем, что даже после неосложненной факосмульсификации через 6-8 часов до 20% пациентов испытывают существенное повышение ВГД, у ряда больных повышение офтальмотонуса достигает значений в 30 мм рт.ст. и выше. Такой криз губителен для зрительного нерва, особенно существенно поврежденного глаукомой. Я считаю, что в таких тщательно отобранных случаях мы имеем право рекомендовать одномоментную хирургию.

Таковы подходы, которые на сегодняшний день я использую в клинической практике. Позвольте мне на этом завершить свое выступление. Я благодарю всех за внимание, а организаторов – еще раз, и в особенности, за предоставленную возможность поделиться своим опытом.

Профессор В.П. Еричев

Спасибо большое, Борис Эдуардович! Совершенно очевидно, что экстракапсулярная экстракция катаракты ушла или очень быстро уходит в историю, а ее место занимает микроинвазивная факосмульсификация. Владимир Николаевич (обращается к профессору В.Н. Трубилину), Вы – проповедник самых малых разрезов при экстракции катаракты, и один из вопросов, ответ на который хотелось бы услышать, помогло ли это сместить взгляды хирургов в сторону одного или другого варианта лечения глаукомы и катаракты?

Профессор В.Н. Трубилин

Уважаемые Сергей Эдуардович, Валерий Петрович, уважаемые члены президиума, дорогие коллеги! Прежде всего, хочу поблагодарить за приглашение принять участие в дискуссии. Тема ее крайне интересна и актуальна. Действительно, мы каждый день сталкиваемся с такими пациентами. Хочу сказать, что в этом году эта тема стала еще более актуальной, когда из высоких технологий были исключены катаракты, как таковые, и факосмульсификация. Мы во многих случаях имеем дело с пациентами, у которых есть сочетание глаукомы с катарактой, и мы думаем, что делать, одновременно оперировать или раздельно.

Итак, давайте рассмотрим аргументы «за» и «против». Об аргументах «за» уже много говорилось, и я не буду их повторять. Казалось бы, все очень просто и здорово, экономически выгодно и так далее.

Но давайте представим, что у нас пациент с двусторонней катарактой. Экономически, психологически выгодно прооперировать две катаракты одновременно. И больному, и анестезиологу легко. Но вряд ли кто из вас решится оперировать два глаза. По этому чтобы получить максимальный эффект и не получить осложнения, чтобы хорошо выполнить обе операции, надо как следует подумать. Существуют определенные аргументы против: меньшая эффективность, большая вероятность осложнений, большее время операции. Предыдущие доклады

больше уделяли внимания эффекту гипотензивной операции, а если задуматься о функциональном, зрительном эффекте операции, то получим также большой вопрос, стоит ли сочетать такие операции. Давайте посмотрим, какой гипотензивный эффект дает операция факосмульсификации. В предыдущих докладах говорилось, что у пациентов с нормальным офтальмотонусом без глаукомы давление снижается на 2-4 мм. С открытоугольной глаукомой просто удаление катаракты даст эффект несколько больший. С закрытоугольной глаукомой – еще больший эффект. Но комбинированная операция, по данным разных авторов, тоже не всегда дает супербольший эффект. И в ряде случаев также в связи с какими-то последующими проблемами он может быть ниже. Еще хочу обратить внимание на то, что даже подготовка пациента к факосмульсификации и антиглаукомной операции на сегодня совершенно разные. В одном случае мы добиваемся максимального миодриазы, в другом случае нам лучше иметь миоз. Далее сама операция проводится значительно сложнее, если она сочетанная. Послеоперационное ведение пациентов может отличаться. А наличие даже небольших осложнений, будь то отслойка сосудистой оболочки, гипотония, гипотония, несостоятельность швов, наличие неожиданных масс и т.д., может осложнить эффект и одной, и другой операции. Поэтому вопрос такой сложный. Что касается факосмульсификации и вообще хирургии катаракты – вопрос

ясен. Для интактного глаза факосмульсификация катаракты является идеальной операцией, которая дает блестящий функциональный эффект. Вопросов таких нет. Что же мы имеем в виду при наличии глаукомы? Действительно, стандартом является трабекулэктомия, и существует очень много аналогичных фистулизирующих операций (*слайд 1*). Каждый уважающий себя хирург придумает свою собственную операцию, но принцип остается тот же. Формируется соустье между передней камерой глаза и конъюнктивальной полостью, и идет отток жидкости. Стоит ли сочетать эту операцию с факосмульсификацией? С моей точки зрения, одновременно выполнять это не стоит. Почему? Если мы сделали факосмульсификацию предвращими проблемами он может быть ниже. Еще хочу обратить внимание на то, что даже подготовка пациента к факосмульсификации и антиглаукомной операции на сегодня совершенно разные. В одном случае мы добиваемся максимального миодриазы, в другом случае нам лучше иметь миоз. Далее сама операция проводится значительно сложнее, если она сочетанная. Послеоперационное ведение пациентов может отличаться. А наличие даже небольших осложнений, будь то отслойка сосудистой оболочки, гипотония, гипотония, несостоятельность швов, наличие неожиданных масс и т.д., может осложнить эффект и одной, и другой операции. Поэтому вопрос такой сложный. Что касается факосмульсификации и вообще хирургии катаракты – вопрос

непроникающие антиглаукомные операции. Вообще я считаю, что они несправедливо мало используются, мое субъективное мнение, что это связано с тем, что выполнение этой операции гораздо более высокотехнологичное. То есть требует мастерства хирургов, хорошей техники, инструментов и так далее. Эта операция действительно эффективна, но стоит ли ее сочетать с факосмульсификацией? Я думаю, не стоит. Даже если взять блестящий пример Бориса Эдуардовича. Я думаю, теоретически возможно, что он мог бы иметь гипотонию в послеоперационном периоде, потому что все мы видели, как там оставалось небольшое кровоотечение в зоне операции. Вообще при сочетании непроникающей операции с проникающей факосмульсификацией, мне кажется, для одновременного вмешательства – не лучший вариант, тем более из одного доступа. Но об этом можно спорить. Мы в своей клинике используем непроникающую глубокую склерэктомию с супрахориоидальным дренированием (*слайд 3*). С нашей точки зрения, эта операция лучше тем, что мы формируем доступ в супрахориоидальное пространство с обязательным использованием гидрогелевого или коллагенового дренажа, тем самым снижаем вероятность развития проблем с фильтрационной подушкой и активизируем отток в супрахориоидальное пространство. Какие еще операции существуют, о которых не говорилось сегодня?

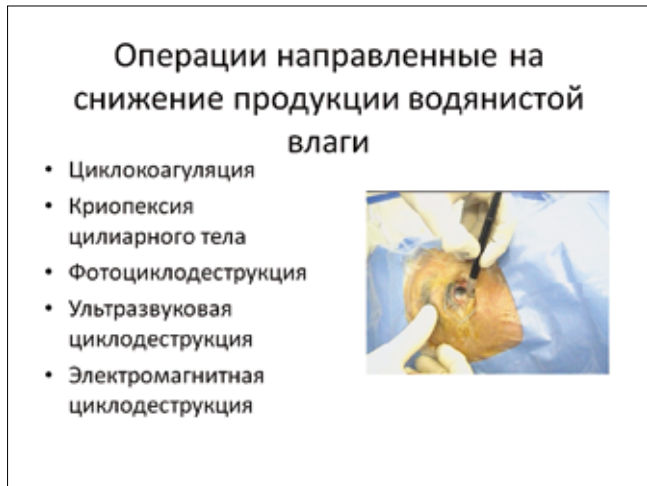
Есть много операций, направленных на снижение продукции водянистой влаги, в том числе циклокоагуляция, криопексия цилиарного тела, фотодеструкция, ультразвуковая циклодеструкция (*слайд 4*). Можно ли их сочетать с факосмульсификацией? Теоретически можно, поскольку они микроинвазивные и вроде не затрагивают зону вмешательства. Но, с моей точки зрения, эти операции все-таки вызывают в послеоперационном периоде какую-то реакцию цилиарного тела, могут вызвать увеит, и эффективность факосмульсификации будет снижена при одновременном использовании. Существуют эндоскопические операции, направленные на снижение продукции водянистой влаги. Среди них – лазерная циклофотокоагуляция, эндоскопическая циклокоагуляция, ультразвуковая эндоскопическая циклодеструкция (*слайд 5*). Эти операции уже предполагают вхождение через переднюю камеру и могут выполняться только на факичном или артрафакичном глазу, поэтому сочетание их с одновременной факосмульсификацией возможно и обосновано.

Существуют операции с доступом тоже ab interno, которые хорошо могут сочетаться и предназначены для сочетания с факосмульсификацией (*слайд 6*). На Западе сейчас очень популярны трабектом и микрошунт iStent. Трабектом – это прибор, который одновременно механически разрушает трабекулу и производит коагуляцию, тем самым создавая путь оттока жидкости. Этот случай возможен с факосмульсификацией. Использование микрошунта iStent получает все большую популярность в случае ab interno под контролем гониолинзы на афакичном глазу. Можно делать на факичном, но это чревато большими осложнениями. Оптимально на афакичном или артрафакичном вводятся вот эти устройства и создается путь оттока. Я хочу сказать, что наши хирурги и многие присутствующие здесь внесли тоже большой вклад в развитие технологий ab interno, может быть, я не всех буду упоминать в этом докладе, потому что многие писали свои работы, касаясь экстракапсулярной экстракции. Остановлюсь лишь на некоторых. Это – циклодизализ ab interno, когда делается отслойка цилиарного тела и формируется путь оттока. Также сочетается с факосмульсификацией. Эндотрабекулэктомия – когда иссекается кусок трабекулы, и также на фоне факосмульсификации операция предназначена для этого. Трабекулотомия ab interno – механически рассекается трабекулы, и операция выполняется с большим успехом с факосмульсификацией. Трабекулоаспирация. Б.Э. Малюгин, О.Б. Фечин создали технологию, когда при псевдоэкзофитивной глаукоме аспирируется материал, который закупоривает трабекулярную сеть. Это вмешательство также сочетают и показано при сочетании выполнении. Нами тоже разработана операция, мы ее начинаем активно выполнять, это – вакуумная трабекулопластика ab interno. Как вы знаете, мы являемся сторонниками микроаксиальной факосмульсификации, в том числе микроаксиальной аспирации-иригации, используем силиконовые аспирационно-иригационные иглы (*слайд 7*), и с помощью этого устройства, с помощью этой иглы, оттягивая корень радужки, мы углубляем переднюю камеру и освобождаем трабекулу. После окончания этапа удаления кортикальных масс с помощью изогнутой иглы коаксиальной аспирационно-иригационной системы и после чистки кортекса с поверхности капсулы мы этой же иглой присасываемся к радужке

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ



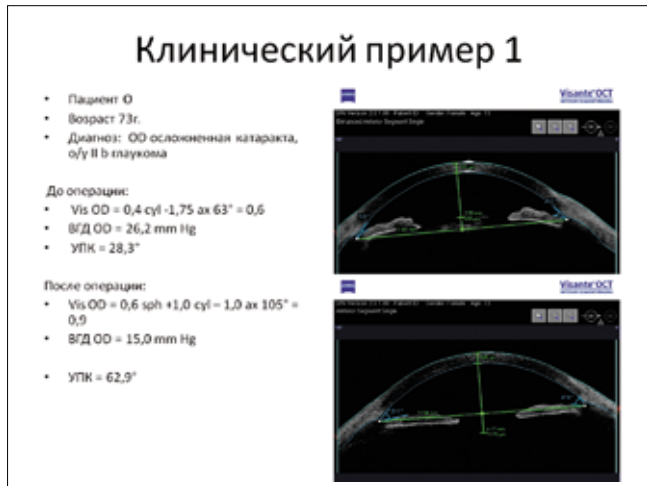
Слайд 1.



Слайд 4.



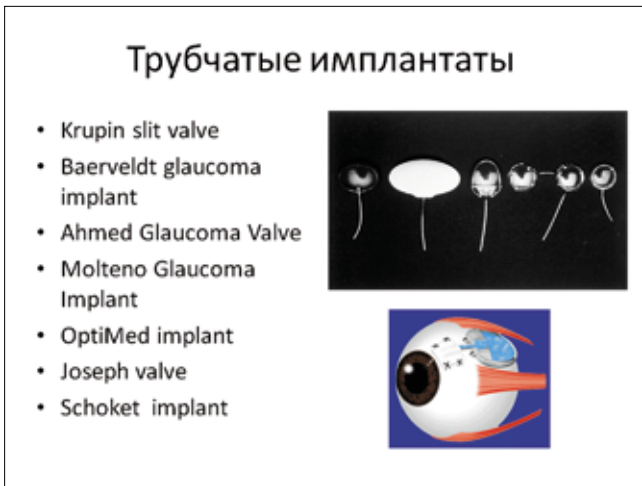
Слайд 7.



Слайд 10.

максимально близко к корню и тракционными движениями оттягиваем радужку от угла глаза. Таким образом, происходит массаж трабекул, заодно вымывается пигмент, псевдоэкзофитивный материал, и углубляется передняя камера с помощью этой иглы, оттягивая корень радужки, мы углубляем переднюю камеру и освобождаем трабекулу. После окончания этапа удаления кортикальных масс с помощью изогнутой иглы коаксиальной аспирационно-иригационной системы и после чистки кортекса с поверхности капсулы мы этой же иглой присасываемся к радужке

ее в ограниченной зоне. Эту операцию можно выполнять как на миваеме радужку от угла глаза. Таким образом, происходит массаж трабекул, заодно вымывается пигмент, псевдоэкзофитивный материал, и углубляется передняя камера с помощью этой иглы, оттягивая корень радужки, мы углубляем переднюю камеру и освобождаем трабекулу. После окончания этапа удаления кортикальных масс с помощью изогнутой иглы коаксиальной аспирационно-иригационной системы и после чистки кортекса с поверхности капсулы мы этой же иглой присасываемся к радужке



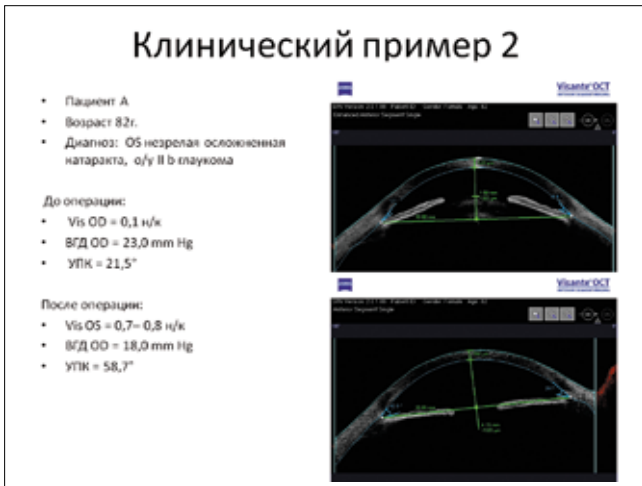
Слайд 2.



Слайд 5.



Слайд 8.



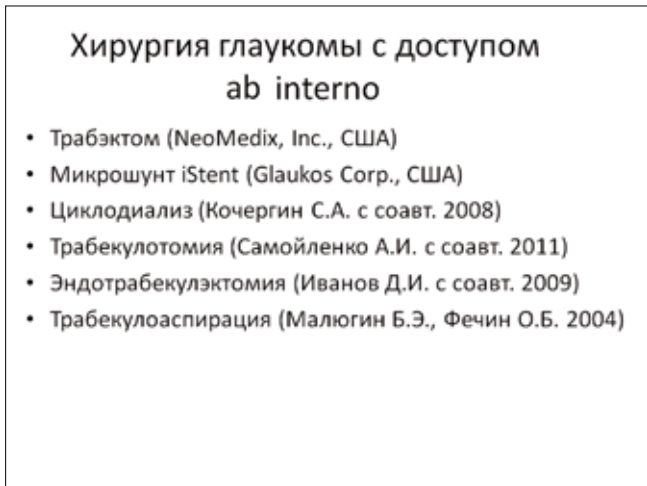
Слайд 11.

хрусталик, после увеличился угол и получили хороший гипотензивный результат (*слайд 12*). Хочу сказать, что при закрытоугольной глаукоме эта операция также возможна. Как мы говорили ранее, сама по себе экстракция катаракты при закрытоугольной глаукоме снижает ВГД, но, делая вакуумную трабекулопластику, мы потенцируем эффект вмешательства (*слайд 13*). Подводя итог, я хочу сказать, что наши технологии антиглаукоматозных операций зависят от исходного состояния пациента, и, максимально обобщив, я попытаюсь сформулировать наши подходы к лечению пациентов с сочетанием глаукомы

и катаракты: при начальной глаукоме, когда давление компенсировано или субкомпенсировано, мы предпочитаем сочетанное вмешательство, ФЭ плюс вакуумную трабекулопластику. При развитой экстракции катаракты при закрытоугольной глаукоме мы делаем непроникающую глубокую склерэктомию с супрахориоидальным дренированием и отсроченную на 48 часов операцию ФЭ. Если же у пациента сложный случай, оперированная глаукома, терминальная, неоваскулярная и т.д., не буду все перечислять, то мы предпочитаем делать глубокую склерэктомию с дренированием передней камеры и супра-



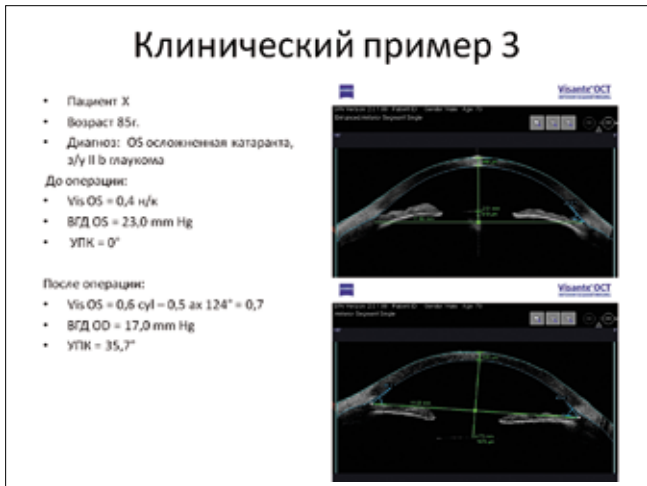
Слайд 3.



Слайд 6.



Слайд 9.



Слайд 12.

хориоидального пространства и отсроченную операцию. Если первый этап проходит нормально, мы видим на следующий день, что нет никаких осложнений, в том числе хорошее внутриглазное давление, то можно делать операцию ФЭ через 48 часов. Если же мы видим какие-то проблемы, и пациент требует дополнительного лечения, то лучше ФЭ отложить на месяц и более. Спасибо за внимание. ■

Стенографическая запись сделана во время проведения научно-теоретической конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии». 9 сентября 2011 года

Сила одного решения

Косопт™

(дипломированный офтальмологический препарат, MSD)

- Снижает ВГД на 40% у пациентов* с первичной открытоугольной глаукомой¹
- Надежно контролирует ВГД на протяжении 24 часов²
- Улучшает кровоснабжение глаза³
- Хорошо переносится большинством пациентов⁴

1. Henderson JJ, Wilson RF, Moller MM et al. Timolol/acetazolamide combination therapy as initial treatment for intraocular pressure over 30 mm Hg. J Glaucoma. 2003; 12(4): 267-276. 2. Fakhoury MM, Weikert M, Weikert M. The effect of timolol 0.5% and acetazolamide 2% combination therapy on intraocular pressure in patients with primary open-angle glaucoma. Eur J Ophthalmol. 2008; 18(1): 10-13. 3. Henderson JJ, Henderson JJ. The effect of timolol 0.5% and acetazolamide 2% combination therapy on intraocular pressure in patients with primary open-angle glaucoma. Eur J Ophthalmol. 2008; 18(1): 10-13. 4. Henderson JJ, Henderson JJ. The effect of timolol 0.5% and acetazolamide 2% combination therapy on intraocular pressure in patients with primary open-angle glaucoma. Eur J Ophthalmol. 2008; 18(1): 10-13.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

* Косопт™ – торговая марка компании Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co, Inc., Уайлксайд, Нью-Джерси, США. Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co, Inc., Уайлксайд, Нью-Джерси, США. Все права защищены.

MSD 121099, г. Москва, пл. Европы 2, гостиница «Славянская - Рэдиссон». Южное крыло, 2-й этаж. Тел.: 8 (495) 941-8275, факс: 8 (495) 941-8276. www.msd.ru

02-11-CT-08-RUSA-005-JA (Резуби 0)

Carl Zeiss, или История самого уважаемого имени в мире оптики



Окончание. Начало см. в № 6, 2011 г.

«Браво, Carl Zeiss, bravo!»

После Второй мировой войны Йена оказалась в американской оккупационной зоне. Позднее Йена и Дрезден, где компания имела свое производство, были переданы в зону ответственности СССР. Часть производственного оборудования с помощью армии США была вывезена в Штутгарт, другая часть по репарациям – в СССР.

После образования ГДР по инициативе Карла Цейса 1 июня 1948 года было создано Народное предприятие VEB Carl Zeiss Jena. Дрезденский завод получил наименование VEB Zeiss Ikon. Здесь под маркой Carl Zeiss Jena с 1948 по 1953 годы изготавливались объективы для Zeiss Ikon AG в Штутгарте.

В Восточной Германии было восстановлено производство микроскопов, измерительных инструментов, астрономических телескопов, объективов для фотоаппаратов, оптических приборов военного назначения.

В Западной Германии компания начала работать 4 октября 1946 года в Оберкохене под названием Opton Optische Werke Oberkochen GmbH, 31 июля 1947 года она была переименована в Zeiss-Opton Optische Werke Oberkochen GmbH, а 1 октября – в Carl Zeiss. В странах Восточной Европы продукция западного Carl Zeiss продавалась под названием Opton, в то время как продукция восточногерманского Carl Zeiss продавалась в Западной Европе под названием Zeiss Jena. Такое разделение торговой марки продолжалось до соглашения, заключенного в Лондоне в 1971 году.

В 1950-е годы Carl Zeiss (ФРГ) производила оптические приборы для промышленности и фотографии. Штаб-квартира компании располагалась в городе Геттинген (Вюртемберг).

К 1954 году Zeiss Jena (ГДР) возобновила производство проекторов мирового класса для планетариев. Первый послевоенный планетарий был построен в Волгограде.

В 1961 году недалеко от Йены, в городе Айзенберг, был построен новый завод синтетических оптических кристаллов для использования в производстве микроскопов, астрономических приборов, фототехники, медицинской и лазерной техники. К 1963 году

на заводах предприятия производились многочисленные системы для измерения длин и углов.

В Западной Германии, на заводе Contessa в Штутгарте, было налажено производство фотоаппаратов и объективов. В 1950 году на выставке кино-фотооборудования Zeiss представила свою новую 35-мм камеру Contax Pa под маркой Zeiss Ikon Stuttgart.

Год 1953-й можно назвать годом зарождения микрохирургии. Новый вид операций стал возможен благодаря появлению хирургических микроскопов производства Zeiss Oberkochen. О новинке было подробно изложено в бюллетене Zeiss Information, где печаталась информация об инновационных достижениях компании. Начиная с 1962 года, оптические приборы Zeiss стали применяться в новейшей сфере – космосе. Оптика из Йены устанавливалась на космических аппаратах СССР, а продукция из Оберкохена – на американских кораблях.

В 1955 году Zeiss Jena совместно с OPREMA создали первый германский компьютер. С 1961 по 1964 годы Zeiss Jena производила компьютеры ZRA-1 (Zeiss-Rechen-Automat). В 1965 году VEB Carl Zeiss Jena, кроме оптики, начала выпускать электронные компоненты.

В начале 1970-х годов напряжение между Востоком и Западом отразилось и на отношениях между двумя фирмами. Обе немецкие компании заявляли о своих эксклюзивных правах на патенты, торговые марки и традиции Carl Zeiss. Отношения между двумя фирмами порой напоминали военные действия в различных точках земного шара. Одна из таких «битв» закончилась решением Верховного суда США, по которому права на имя Zeiss отошли западногерманской компании. В соответствии с этим же решением и подписанным маркетинговым соглашением, продукция под торговыми марками «ZEISS» или «CARL ZEISS», продаваемая на территории США, должна была производиться только в Оберкохене, ФРГ.

Изделия, произведенные в Йене (ГДР) для продажи в США, должны были иметь торговые марки «aus JENA», «JENOPTIK», или «JENOPTIK JENA». Оригинальная торговая марка «CARL ZEISS JENA» на изделиях восточногерманского производителя использовалась для продаж в социалистических странах, Канаде, Великобритании и некоторых других странах. Между тем и в ГДР, и в ФРГ довольно часто использовалось название «Carl Zeiss» все послевоенные годы, вплоть до объединения двух стран.

Западногерманская Zeiss продолжала развивать производство точного электрооптического оборудования, например, дальнометров и высотомеров, которое стало широко использоваться на крупнейших спортивных соревнованиях, начиная с 1970 года. Оборудование Zeiss фиксировало результаты, показанные на Олимпиадах в Мюнхене в 1972 году и в Монреале в 1976 году.

Коллеги из Восточной Германии также имели самое прямое отношение к мировому спорту.



Предприятие Carl Zeiss Jena, 1958 г.



Завод Carl Zeiss в г. Геттинген, ФРГ, 1953 г.



Почтовые марки, выпущенные в ГДР к 110-летию компании Carl Zeiss Jena



Юбилейные монеты ГДР, выпущенные к 100-летию со дня смерти Карла Цейса



Электрооптическое оборудование для измерения дальности и высоты успешно использовалось на Олимпийских играх в Москве в 1980 году, в Лос-Анджелесе – в 1984-м и в Сеуле – в 1988 году. Инженеры из Carl Zeiss Jena в 1984 году сконструировали проектор звездного неба с компьютерным управлением «Космосама». Позже в Йене стали производить фундус-камеры для нужд офтальмологии.

В 1976 году канцлер ФРГ Гельмут Шмидт подарил Национальному аэрокосмическому музею в Вашингтоне проектор для планетария производства Carl Zeiss Oberkochen. Среди приглашенных была Рут ван Хилст, урожденная Бауэрфельд,



Микроскоп AMPLIVAL Carl Zeiss Jena, ГДР



Бинокль Jenoptem 10x50W, Carl Zeiss Jena, ГДР



Фотоаппарат Pentacon six TL с объективом Flektogon Carl Zeiss Jena, ГДР



Один из лучших фотоаппаратов своего времени Contax, 1952 г.

дочь бывшего главного разработчика оборудования для планетариев. До сегодняшнего дня планетарийских играх в Москве в 1980 году, в Лос-Анджелесе – в 1984-м и в Сеуле – в 1988 году. Инженеры из Carl Zeiss Jena в 1984 году сконструировали проектор звездного неба с компьютерным управлением «Космосама».

Позже в Йене стали производить фундус-камеры для нужд офтальмологии. В 1976 году канцлер ФРГ Гельмут Шмидт подарил Национальному аэрокосмическому музею в Вашингтоне проектор для планетария производства Carl Zeiss Oberkochen. Среди приглашенных была Рут ван Хилст, урожденная Бауэрфельд,

два года, в 1984-м, с появлением EM 902 была открыта новая эра в электронной микроскопии. В 1995 году космический зонд NASA «Галилео» достиг Юпитера. Не последнюю роль в успехе экспедиции сыграл интерферометр производства Zeiss в Оберкохене. Так высоко аппаратура Zeiss еще не взлетала.

В первый день лета 1990 года с мыса Канаверал был запущен рентгеновский спутник ROSAT. На его борту был установлен самый большой рентгеновский телескоп с апертурой 83,4 см. С его помощью было впервые в мире проведено рентгеновское исследование космического пространства.

Снова вместе

Carl Zeiss (ФРГ) превратилась в самую большую в мире научно-исследовательскую и производственную оптическую фирму. Ее маркетинговые отделения были представлены в 28 западных странах. Компания производила микроскопы, телескопы, научную аппаратуру, измерительные приборы, оптические приборы военного назначения (в том числе, перископы для подводных лодок), очковые оправы и линзы, прицелы, объективы для фотокамер, фотокамеры (Contax, производившиеся по лицензии компаниями Yashica/Kyocera) и бинокли. По своему качеству вся продукция могла служить примером для подражания...

...В конце 1980-х годов в интервью американской газете Wall Street Journal директор Carl Zeiss



Штаб-квартира Carl Zeiss в г. Оберкохен, ФРГ



Щелевая лампа Zeiss

(ФРГ) отметил, что маркетинг западного образа «просто не может существовать на Востоке. Все, что производится, диктуется планом». Тем не менее к 1989 году Carl Zeiss Jena была самым крупным предприятием из 120 государственных корпораций. Однако сотрудники восточногерманского предприятия работали на 6 часов в неделю больше своих коллег из ФРГ, при этом зарабатывая в два раза меньше. Технологи, использовавшиеся в Восточной Германии, были отстающими, неэффективными и не могли конкурировать с современным западным производством. Предприятия на Западе были более автоматизированы, оборудованы современными станками, экологичны, имели лучшие условия труда рабочих и служащих.

К моменту объединения Восточной и Западной Германии руководством Carl Zeiss (ФРГ) не рассматривало возможность полного слияния с восточногерманским предприятием. В Оберкохене планировали приобрести только самые передовые в техническом отношении производства. На предприятиях Zeiss (ФРГ) на тот момент работало 31 700 рабочих и служащих, объем продаж достигли 2 млрд 180 млн долларов. В Восточной Германии на заводах Carl Zeiss Jena трудилось 70 000 человек, при этом продажи составляли 390 млн долларов. Западная компания не хотела брать себе расходы по выплатам заработной платы и пенсий такому количеству служащих, чей труд был настолько непроизводителен. Такие перспективы, естественно, не могли устроить восточногерманскую сторону.

Переговоры по слиянию двух компаний закончились в июне 1991 года. В результате во вновь образованную компанию вошли лишь несколько восточногерманских предприятий, включая заводы в Йене. Только чуть более 10% бывших служащих Carl Zeiss Jena были приняты на работу в Zeiss.



Завод Zeiss в г. Геттинген, ФРГ



Лазерный сканирующий микроскоп LSM 710

В мае 1995 года компании Leica и Carl Zeiss приняли решение о создании независимого совместного предприятия. Главными направлениями деятельности нового СП стали исследования в области микроскопии, производство, продажа и обслуживание электронных микроскопов. Участие Leica и Carl Zeiss в LEO Electron Microscopy Ltd. было равным – по 50%. Дочерние предприятия фирмы LEO были открыты в Германии, Великобритании, Франции и США.

К 1996 году основными направлениями компании Carl Zeiss стали производство микроскопов, медицинские системы, потребительская оптика, промышленная метрология, оптоэлектронные системы. Так закончилась история первых 150 лет компании...

Компания «ОПТЭК» является поставщиком высокотехнологичных решений в областях науки, образования, медицины и промышленности. Цель компании – создание и развитие долгосрочных партнерских отношений с заказчиками, основанных на доверии и сотрудничестве. Стратегия «ОПТЭК» – достижение партнерами компании превосходства в сферах их деятельности.

Концерн Carl Zeiss находится в постоянном контакте с миром науки и образования. Инвестируя более 11% своих ежегодных доходов в разработки новых технологий и научно-исследовательских приборов, Carl Zeiss вооружает специалистов фемтосекундного лазера перед традиционными микроратомами и все возрастающий интерес к фемтолазерной хирургии роговицы, количество фемтосекундных лазеров в России пока определяется единицами.

Фемтосекундные лазеры появились в России в 2007 году. На сегодняшний день, несмотря на неоспоримые преимущества технологий фемтосекундного лазера перед традиционными микроратомами и все возрастающий интерес к фемтолазерной хирургии роговицы, количество фемтосекундных лазеров в России пока определяется единицами.



Эксимерный лазер VisuMax MEL80

Продолжение следует...

На пороге XXI века Carl Zeiss – один из ведущих мировых производителей операционных микроскопов и инструментов для офтальмологической диагностики и терапии.

В 2002 году в результате слияния офтальмологического дивизиона и фирмы Asclepion-Meditec AG была образована компания Carl Zeiss Meditec AG. Основными направлениями деятельности новой компании стало производство медицинских лазеров, диагностического оборудования для офтальмологии, хирургических микроскопов и другого высокотехнологического оборудования. Инновационная офтальмологическая техника, произведенная Carl Zeiss Meditec AG, успешно используется для лечения таких заболеваний, как глаукома, катаракта, в рефракционной хирургии. Фундус-камеры, оптические когерентные томографы, фазоконтрастные микроскопы, лазерные системы, лазерные системы для лечения глаукомы, катаракты, в рефракционной хирургии. Фундус-камеры, оптические когерентные томографы, фазоконтрастные микроскопы, лазерные системы, лазерные системы для лечения глаукомы, катаракты, в рефракционной хирургии. Фундус-камеры, оптические когерентные томографы, фазоконтрастные микроскопы, лазерные системы, лазерные системы для лечения глаукомы, катаракты, в рефракционной хирургии.

С 2009 года эксклюзивным представителем Carl Zeiss Meditec в России является компания ООО «ОПТЭК».

работы молодых ученых проводятся на оборудовании Carl Zeiss, рекомендовавшем себя как неотъемлемый компонент инновационных решений и новых открытий, современный и надежный партнер рутинной экспериментальной и исследовательской деятельности.

В январе 2011 года в ФГУ «Клиническая больница Управления делами Президента Российской Федерации» г. Москвы заработал первый в России фемтосекундный лазер VisuMax™ производства Carl Zeiss Meditec (Германия).

Фемтосекундные лазеры появились в России в 2007 году. На сегодняшний день, несмотря на неоспоримые преимущества технологий фемтосекундного лазера перед традиционными микроратомами и все возрастающий интерес к фемтолазерной хирургии роговицы, количество фемтосекундных лазеров в России пока определяется единицами.

Фемтосекундный лазер VisuMax™, установленный в ФГУ «Клиническая больница Управления делами Президента РФ», представляет собой наиболее полную комплектацию, позволяющую формировать flap-кларн для последующей абляции на эксимерном лазере MEL80™, проводить сквозную кератопластику, DALK, DSAEK. Кроме того, модуль ReLEx лазерного кератома VisuMax™ предоставляет уникальную возможность выполнять полностью фемтосекундную коррекцию миопии -0,50...-10,00 дптр и астигматизма 0...5,0 дптр с экстракцией роговичного лентикла FLEX без необходимости последующей абляции на эксимерном лазере. Применение фемтосекундного лазера VisuMax™ в офтальмохирургии позволит специалистам клиники выйти на принципиально новый уровень технического оснащения отделения, создать максимально комфортные условия для пациентов и соответствовать мировым стандартам проведения кераторефракционных операций.

В 1886 году, за два года до смерти основателя компании, Конгресс российских врачей награждал Карла Фридриха Цейса почетной медалью за микроскопы неведомого до тех пор качества, созданные в его мастерской. Наградою нынешним инженерам и конструкторам Carl Zeiss, изобретающим самое современное медицинское оборудование, стало здоровье миллионов людей на всей планете.

Компания Zeiss продолжает заложение 165 лет назад традиции высочайшего качества своих изделий, а торговая марка Carl Zeiss остается символом совершенства и инноваций. Так было всегда, так будет и впредь. Сомневаться не приходится. ■

В 75 всё только начинается!

Леонид Иосифович сочетает в себе талант крупного учёного и авторитетного клинициста, внимательного педагога и успешного организатора здравоохранения.

О его жизни и деятельности можно было бы написать книгу... И мы уверены, что такая книга ещё будет написана! Детство юбиляра пришлось на годы военного лихолетья. Когда в 1944 году Советская Армия освободила его родную Белоруссию от немецко-фашистских захватчиков, мальчик, переживший ужасы фашистской оккупации, твёрдо решил стать военным. Позднее пришло решение стать флотским врачом и связать свою жизнь с офтальмологией.

В 1960 году он с золотой медалью окончил военно-морской факультет Ленинградской Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова и начал службу в должности врача подводной лодки Тихоокеанского флота. С 1964 по 1967 годы служил врачом-офтальмологом Камчатской военной флотилии.

С юношеских лет Леонид Иосифович увлекается фотографией, а также коллекционированием механических фотоаппаратов. Это увлечение получило развитие во время службы на далёкой Камчатке. В свободное время молодой флотский врач отправлялся в пешие походы, в том числе в Долину гейзеров, в Кроноцкий заповедник, в Виллюнскую бухту... И, конечно же, во время своих странствий он не расставался с фотоаппаратом. Его чёрно-белые фотографии камчатских ландшафтов и сегодня вызывают восхищение зрителей. В сентябре-октябре 2011 года в престижном петербургском фотосалоне имени Карла Буллы, расположенном на Невском проспекте, прошла персональная выставка Л.И. Балашевича «Камчатка с негативов 50-летней давности».

Леонид Иосифович продолжает оставаться увлечённым фотографом-путешественником. В феврале 2012 года в помещении Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» развёрнута экспозиция, которая знакомит с его работами последних лет. Посетители – пациенты и коллеги – обращают внимание на многочисленные жанровые сценки, снятые во время поездок по Франции и Португалии, Германии и Финляндии, США и Вьетнаму... Благодаря зоркому взгляду Л.И. Балашевича создаются добрые и выразительные, проникновенные и романтические фотокартины.

С 1967 по 1969 годы Леонид Иосифович проходил курс обучения на факультете подготовки руководящего состава Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова. По окончании учёбы получил назначение на должность начальника глазного отделения Военно-морского госпиталя на Северном флоте.

В 1971 году – научный сотрудник кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии. В 1974 году защитил кандидатскую диссертацию, в которой была представлена техника и критерии оценки фото-стресс теста в диагностике макулярной патологии.

Л.И. Балашевич стал первым офтальмологом в Ленинграде, освоившим аргонный лазер и другие образцы лечебной фото- и лазерной аппаратуры. Будучи ведущим лазерным хирургом города, Леонид Иосифович не оставил и обычную офтальмохирургию, в которой также достиг высокого уровня.

С 1983 по 1987 год являлся Главным офтальмологом Военно-морского флота СССР. В 1987 году, после увольнения из Вооружённых сил по выслуге лет в звании полковника медицинской службы, Л.И. Балашевич был назначен на должность заместителя директора по лечебной работе Ленинградского филиала ГУ МНТК «Микрохирургия глаза». А с 1994 года является директором филиала.

В настоящее время в Санкт-Петербургском филиале ежедневно проводятся более ста офтальмохирургических операций, их общее число превысило 500 тысяч. В клинике выполняется весь спектр современных микрохирургических вмешательств, от амбулаторных операций



6 февраля 2012 года исполнилось 75 лет директору Санкт-Петербургского филиала ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, доктору медицинских наук, профессору Л.И. Балашевичу



Курсант Военно-морской медицинской академии



Начало военной службы. Тихоокеанский флот



С.Н. Федоров, Л.И. Балашевич и З.И. Санегина



Камчатка. Фото Л.И. Балашевича



Долина гейзеров. Фото Л.И. Балашевича



Фотовыставка Л.И. Балашевича в Санкт-Петербурге

на придаточном аппарате глаза до сложнейших рефракционных и оптико-реконструктивных операций, таких как лазерная и ультразвуковая экстракция катаракты с имплантацией псевдоаккомодирующих моделей интраокулярных линз, витреоретинальные вмешательства с применением эндолазеров и ретинальных гвоздей.

При непосредственном участии Л.И. Балашевича в филиале создана оперативная система всех видов рефракционной помощи: от подбора и изготовления в течение одного часа корректирующих очков и контактных линз до проведения корректирующих ножевых и эксимер-лазерных рефракционных вмешательств.

Научные исследования Леонида Иосифовича способствовали созданию первого российского диодного лазера. В 1996 году он защитил докторскую диссертацию на тему «Создание и изучение эффективности применения аргонного и диодного лазеров при патологии глазного дна».

С 1995 года филиал стал основной клинической базой кафедры офтальмологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (СПО МАПО). С 1997 года Л.И. Балашевич является заведующим кафедрой.

В 2000 году по инициативе Леонида Иосифовича в Санкт-Петербурге при поддержке американской фирмы Alcon был реализован первый в России учебный проект WETLAB. На базе Санкт-Петербургского филиала ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» создан и успешно функционирует учебный центр, в котором уже прошли обучение более 700 офтальмохирургов России и зарубежных стран.

Профессор Балашевич – автор более 500 научных работ по различным направлениям офтальмологии, в том числе известных в нашей стране и за рубежом монографий: «Световые повреждения глаз» (в соавторстве с П.В. Преображенским и В.И. Шостаком), «Очерки по истории офтальмологии в Санкт-Петербурге» (в соавторстве с В.Г. Шилевым), «Рефракционная хирургия», «Клиническая корнеотопография и абберометрия», «Хирургическая коррекция аномалий рефракции и аккомодации», «Глазные проявления диабета». Л.И. Балашевич является соавтором фундаментальной книги «Современная офтальмология» (под ред. В.Ф. Даниличева).

Л.И. Балашевич является автором более 30 изобретений и патентов РФ, 20 учебных пособий и руководств. В 2007 году ему было присвоено звание Заслуженного деятеля науки РФ.

Под руководством профессора Л.И. Балашевича защищено 7 диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук и 10 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Он был избран действительным членом Лазерной академии наук РФ, академиком Российской академии естественных наук, академиком Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы, стал лауреатом премии имени академика С.Н. Федорова. Л.И. Балашевич является членом Европейского общества рефракционных и катарактальных хирургов, членом правления Общества офтальмологов России, почетным членом Украинского офтальмологического общества. Награжден 9 медалями СССР и РФ.

Свой юбилей Леонид Иосифович встречает в отличной форме: загруженный любимой работой, полный идей и творческих планов. Глядя на Леонида Иосифовича, хочется сказать: «В 75 всё только начинается!» Нам особенно приятно, что с первого номера газеты «Поле зрения» Л.И. Балашевич является нашим преданным читателем.

Желаем Вам, уважаемый Леонид Иосифович, новых успехов на благо отечественного здравоохранения, благодарных пациентов, достойных учеников, крепкого здоровья, личного счастья, благополучия Вашим родным и близким!

Редакция газеты «Поле зрения»



Илья Бруштейн

Зачем слепому жить в инвалидном доме?

В немецкий инвалидный дом меня привело не только журналистское любопытство. Хотелось познакомиться с зарубежным опытом и понять, может ли он быть полезен и востребован на российской почве. Во время встреч в местных организациях Всероссийского общества слепых (ВОС) порой приходилось слышать рассказы о незрячих людях (чаще всего пожилых), доживающих свои дни в домах-интернатах, не приспособленных для слепых. Инвалиды по зрению чувствовали себя там одиноко и неуютно.

При знакомстве с этими печальными историями автоматически возник вопрос: «Почему в России существует так мало специализированных домов-интернатов для незрячих и слабовидящих людей?» Посещение «Дома Пауля и Шарлотты Книзе» (Paul-und-Charlotte-Kniese-Haus) удалось организовать через местную организацию Немецкого общества слепых и слабовидящих.

Дом-интернат располагается в небольшом винодельческом городке Ванхайме (кстати, его название так и переводится с немецкого языка – «дом вина»), на юго-западе Германии, в земле Баден-Вюртемберг. В Вайнхайме живёт 43 000 жителей. Российские туристы нередко приезжают в находящийся здесь аквапарк «Мирамар», считающийся одним из лучших в Германии.

Заведение было основано в 2001 году. Оно названо в честь Пауля Книзе (1874-1946) и его супруги Шарлотты (1881-1965), предпринимателей и меценатов, внёсших значительный вклад в организацию помощи незрячим людям. Из-за служебной командировки директора дома-интерната Михаила Замитц в роли экскурсовода выступил начальник отдела производственного обучения и трудовой терапии Рихард Дротлеф.

«В Германии тоже случаются истории, когда инвалиды по зрению по ошибке или недоразумению попадают в «неправильные» дома инвалидов, не способные оказать им необходимую помощь и поддержку, – рассказывает Рихард Дротлеф. – Но мне кажется, что наше учреждение является обратным примером. Слепые и слабовидящие люди находятся в центре внимания. У нас работает специально обученный персонал, имеется всё необходимое оборудование, чтобы жильцы чувствовали себя уверенно и комфортно».

Экскурсия по дому-интернату полностью подтвердила слова моего собеседника. Здесь живут 40 человек в возрасте от 20 до 60 лет. Для инвалидов по зрению старше 60 лет в Германии существуют особые заведения. У каждого проживающего – отдельная просторная комната с душем и туалетом. Широкие светлые коридоры и холлы. На стенах – перила, помогающие самостоятельно ориентироваться без визуального контроля. Все помещения обозначены брайлевским шрифтом и тактильными символами.

«Николаевская забота» в немецком Вайнхайме

Оказаться в доме-интернате для инвалидов – это всегда трагедия. Вряд ли даже самое лучшее стационарное заведение способно заменить родной дом, жизнь среди близких людей... Но если обстоятельства не оставляют альтернативы, то немецкие инвалиды по зрению обычно выбирают специализированные учреждения. В Германии их называют «Дома слепых» (Blindenheime). В одном из таких «слепецких домов» побывал ведущий рубрики «К незримому солнцу».

Лифт в доме-интернате «говорящий»: он называет каждый из четырёх этажей. Проявлена забота и о людях, сохранивших остаточное зрение. Красные диваны, желтые кресла, синие ковры создают цветовые контрасты в помещениях общего пользования. Имеется большая библиотека брайлевских и звуковых книг. Настольные игры специально ориентированы на незрячих и слабовидящих людей... Проживающие могут воспользоваться самыми различными техническими средствами: компьютерами с брайлевскими дисплеями и специальными принтерами, «говорящим» кухонным оборудованием, читающей машиной, GPS-навигаторами и т.д.

И всё-таки возникает вопрос: почему инвалиды по зрению решают поселиться в «казённом доме», а не остались в своих четырёх стенах. «Сам по себе недостаток зрения, разумеется, не приведёт человека в дом инвалидов, – поясняет Рихард Дротлеф. – У наших клиентов слепота или слабовидение сочетается с другими тяжёлыми и тяжелейшими физическими недугами. Кто-то борется с последствиями инсультов и других нарушений функций головного мозга, кто-то прикован к инвалидной коляске из-за патологий опорно-двигательного аппарата или болезней костей и суставов... Есть жильцы с синдромом Дауна и другими формами умственной отсталости».

Радоваться жизни, несмотря на тяжкий недуг

При общении с жильцами дома становится понятно, почему они находятся здесь. Сабрине 33 года. Она totalmente слепая. С детских лет прикована к инвалидной коляске. Тело Сабрины исоружено страшной болезнью... Какая эта болезнь? Какой диагноз поставили врачи? Из этических соображений руководство дома-интерната не соотласило эту информацию журналистам и просит всех посетителей не задавать жильцам дома подобных вопросов. А, впрочем, нужно ли для статьи точное название диагноза? Этим людям и так выпала тяжёлая судьба, праздное любопытство было бы неуместным...

Молодая женщина рассказала, что она любит слушать музыку, ездить на прогулки по Вайнхайму, посещать кафе, а также заниматься лечебной физкультурой в спортивном клубе инвалидов-колясочников. «Физкультура полезна для рук и ног, им нужно движение», – поясняет моя собеседница.

«К сожалению, у Сабрины, кроме физических недугов, присутствует и лёгкая умственная отсталость», – рассказывает Рихард Дротлеф, когда мы остаёмся наедине. – Но она – вполне адекватный

человек, умеет читать и писать по Брайлю простые тексты, с ней легко и приятно общаться на житейские темы. А самое главное – несмотря на тяжкий недуг, она радуется жизни, радуется каждому дню. Такие позитивно настроенные люди создают вокруг себя ауру спокойствия и доброжелательности».

При беседе с 24-летним Кристианом также можно было заметить свидетельства умственной отсталости. Как и Сабрина, Кристиан totalmente слепой. Он обучался в специальном «вспомогательном» классе школы-интерната для слепых и слабовидящих в городке Ильвсхайм, недалеко от Вайнхайма. После окончания школы стал жить в «Доме Пауля и Шарлотты Книзе».

Слова «олигофрен», «умственно отсталый», «слабоумный», к сожалению, приобрели в русском языке негативный оттенок. Но ведь существует красивое и ёмкое слово «блаженный». И Сабрина, и Кристиан, и многие другие жильцы вайнхаймского дома-интерната – блаженные. Разумеется, они не способны к интеллектуальной деятельности в привычном понимании этого слова. С ними не получится поговорить на абстрактные темы... Но общаться с Сабриной и Кристианом, начинаешь осознавать: эти люди находятся гораздо ближе к Господу, чем большинство из нас. Они кротко и смиренно, с улыбкой на губах несут свой крест.

Кристиан рассказал о собаках, с которыми он играет каждую неделю, о конных прогулках. Это тоже одна из особенностей немецкой системы реабилитации инвалидов, в том числе незрячих и слабовидящих. Для людей с ограниченными возможностями организуют интенсивные контакты с животными. В Германии очень востребованы услуги иппотерапевтов (специалистов по лечебной верховой езде) и терапевтов-собаководов.

Занятия с лошадьми проходят на одной из конюшен, расположенных в Вайнхайме. А вот «собаки-терапевты» вместе с собаководами приходят непосредственно в дом-интернат для проведения индивидуальных занятий с его жильцами. Считается, что общение с Жучками и Барбосками способствует развитию коммуникативных навыков. Это особенно важно для пациентов, имеющих патологии умственного и психического развития.

Во время посещения дома-интерната мне довелось познакомиться с 26-летним Маттасом. Он тоже незрячий. Ещё три года назад Маттас был совершенно здоровым человеком, работал слесарем-станочником. Потом произошло страшное дорожно-транспортное происшествие. Маттас оказался под колёсами автомобиля. Результат: четыре недели в коме, тяжёлые травмы головы, полная потеря зрения, многочисленные переломы... Маттас живёт дома, с родителями.



На прогулке вместе с волонтерами

Но каждый день его привозят в дом-интернат для проведения реабилитационной программы. Такие услуги здесь тоже возможны.

Быть хозяином своей жизни

«Все ли жильцы дома-интерната находятся здесь добровольно? Или кому-то «настоятельно порекомендовали» перебраться родственники?» – интересуюсь у Рихарда Дротлефа. Господу, чем большинство из нас. Они кротко и смиренно, с улыбкой на губах несут свой крест.

Кристиан рассказал о собаках, с которыми он играет каждую неделю, о конных прогулках. Это тоже одна из особенностей немецкой системы реабилитации инвалидов, в том числе незрячих и слабовидящих. Для людей с ограниченными возможностями организуют интенсивные контакты с животными. В Германии очень востребованы услуги иппотерапевтов (специалистов по лечебной верховой езде) и терапевтов-собаководов.

Занятия с лошадьми проходят на одной из конюшен, расположенных в Вайнхайме. А вот «собаки-терапевты» вместе с собаководами приходят непосредственно в дом-интернат для проведения индивидуальных занятий с его жильцами. Считается, что общение с Жучками и Барбосками способствует развитию коммуникативных навыков. Это особенно важно для пациентов, имеющих патологии умственного и психического развития.

Во время посещения дома-интерната мне довелось познакомиться с 26-летним Маттасом. Он тоже незрячий. Ещё три года назад Маттас был совершенно здоровым человеком, работал слесарем-станочником. Потом произошло страшное дорожно-транспортное происшествие. Маттас оказался под колёсами автомобиля. Результат: четыре недели в коме, тяжёлые травмы головы, полная потеря зрения, многочисленные переломы... Маттас живёт дома, с родителями.

Услуги всегда предоставляются в необходимом объёме. Если возникает потребность, то человека будут обслуживать даже 24 часа в сутки. Если уход за нуждающимся осуществляется членами семьи, то им положена денежная компенсация (и довольно значительная). «Во многих случаях людям с ограниченными возможностями, в том числе незрячим и слабовидящим, психологически более комфортно

жить в доме-интернате. Одинокое существование в своих четырёх стенах может быть печальным и безрадостным, несмотря на помощь сиделок и социальных работников. Жизнь в семье тоже имеет свои минусы: круглосуточное обслуживание инвалида может утомить всех домочадцев. А здесь эту работу берут на себя профессионалы», – отмечает Рихард Дротлеф.

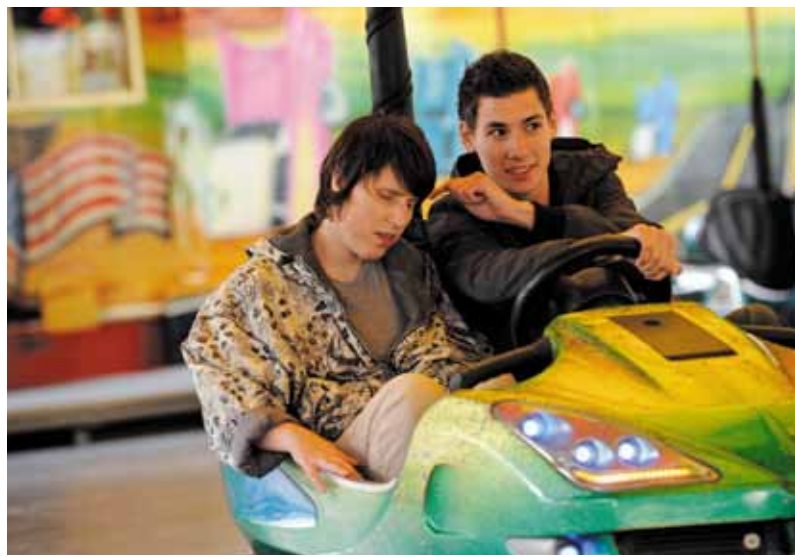
Нормальный рабочий день

В «Доме Пауля и Шарлотты Книзе» для каждого жильца составляется свой индивидуальный график дня. Вернее, человек сам составляет его по своему усмотрению. Врачи и воспитатели могут подсказать, посоветовать. Но они не оказывают давления. «Не нужно думать, что в доме инвалидов все живут по одному расписанию. У человека есть возможность решать, сколько часов он хочет вставать и во сколько – ложиться спать», – рассказывает Рихард Дротлеф.

В Германии считают, что чёткий распорядок дня – одно из важнейших условий физической и психической реабилитации. Часто после потери зрения или усиления сопутствующих заболеваний привычное течение жизни уже невозможно. День становится похож на ночь, а ночь – на день. Человек попадает в депрессию.

В доме-интернате прилагают все усилия, чтобы «личное расписание» каждого жильца было максимально приближено к распорядку дня здорового человека. Те, у кого есть силы и желание, работают в ремесленной мастерской, расположенной в помещении дома-интерната: плетут корзины, ткнут ковровые дорожки, делают щётки и кисточки, выполняют монтажные работы по заказу промышленных предприятий.

Кстати, организация трудового процесса полностью соответствует российским реалиям на предприятиях ВОС. Этот аспект хотелось бы



Посещение парка аттракционов

подчеркнуть особо. После распада Советского Союза в прессе появилось немало критических материалов о наших предприятиях. Нередко ироничные замечания позволяют себе люди, не владеющие темой, не знакомые с российским и зарубежным опытом трудовой реабилитации. Поездка в Германию убедила меня в том, что эта критика не имеет под собой серьёзной почвы. Ремесленные мастерские, в которых работают немцы незрячие и слабовидящие люди, ничем не отличаются от их российских аналогов.

Жильцы, не способные к работе в мастерской, тоже не скучают в течение дня. Для них проводятся индивидуальные и коллективные занятия: лечебная физкультура, уроки ориентирования, тренинги по бытовому самообслуживанию, арт-терапия и т.д. В выходные дни жильцы ездят на экскурсии, летом для них организуют поездки на море. Все бытовые вопросы – приготовление пищи, уборку помещений, стирку белья и т.д. – решает персонал. Но при желании и возможности жильцы тоже могут оказать посильную помощь.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Терапия воспалительных заболеваний глазной поверхности на фоне местной или системной аллергической реакции

Воспалительные заболевания глаз остаются актуальной проблемой современной офтальмологии, поэтому правильный выбор противомикробного препарата является залогом успешного лечения. В последние годы отмечается рост числа резистентных возбудителей глазных инфекций. Несмотря на то, что возбудители достаточно хорошо изучены, лабораторное обследование занимает много времени. Для таких случаев целесообразно назначать препарат широкого спектра действия. Вместе с тем антибиотки часто могут приводить к возникновению аллергической реакции на лекарственное средство или на консервант глазных капель. По сравнению с антибиотиками более широкий спектр активности имеют антисептики. В последнее время в офтальмологической практике вошёл новый антисептический препарат – Окомистин®, глазные капли. Это современный препарат для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний глаз. Действующее вещество Окомистина – бензилдиметил-(миристоилимино)-пропил аммоний хлорид моногидрат – антисептик широкого спектра действия с иммуномодулирующими свойствами.

В основе антимикробной активности препарата лежит прямое взаимодействие молекул препарата



с белково-липидными комплексами мембран микроорганизмов. Окомистин обладает выраженным антимикробным действием в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, грибов, вирусов и простейших.

Эффективность Окомистина подтверждена клиническими исследованиями. В частности, проф. Ю.Ф. Майчук и соавторы (ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца»), изучили эффективность Окомистина в лечении пациентов

объединения Германии в 1871 году Вюртемберг потерял политическую независимость, а королевская семья – значительную часть своей власти, но роль монархов в общественной жизни продолжала оставаться значительной.

Создавая в 1856 году «Николаевскую заботу» (Nikolaus-Pflege), великая княгиня Ольга Николаевна отдавала дань памяти своему отцу, умершему годом ранее. В первые десятилетия своего существования организация финансировала школу и приют для слепых детей. Школа-интернат существует по сей день и носит имя «королевы Ольги» (Königin-Olga-Schule). В дальнейшем получили развитие другие проекты, связанные с помощью и поддержкой незрячих и слабовидящих людей: ремесленные мастерские, профессиональные курсы, дома-интернаты для инвалидов и т.д.

Ещё в 1827 году штутгартский учитель Готтлиб Фридрих Вагнер по инициативе городской общины евангелическо-лютеранской церкви взялся за обучение незрячих детей. В 1833 году под руководством Вагнера в Штутгарте начала работать первая в королевстве Вюртемберг школа-интернат для слепых. В 1847 году покровительство над школой-интернатом взяла на себя великая княгиня Ольга. В 1856 году, учредив новую организацию для помощи слепым, Ольга Николаевна проявила себя не только как щедрый меценат, но и как талантливый организатор. Она лично участвовала в планировании и надзоре за строительством нового школьного здания, интересовалась учебным планом школы, распорядком дня воспитанников, изготовлением и приобретением учебных пособий и т.д.

Основательница «Николаевской заботы» – великая княгиня Ольга Николаевна Романова (1822-1892), дочь российского императора Николая Первого (1796-1855) и императрицы Александры Фёдоровны (1798-1860). В 1846 году она стала супругой наследника вюртембергского трона Карла и переехала к мужу в Штутгарт. В 1864 году Карл вступил на королевский престол, а Ольга Николаевна стала «королевой Вюртемберга». После

«Видеть человека» (Den Menschen sehen) – так звучит официальный девиз «Николаевской заботы». К кому обращён этот призыв? Что конкретно он означает? «Слова

относятся не только к нашим жильцам, но и к сотрудникам, деловым партнёрам, друзьям, соседям, ко всем людям, – объясняет Рихард Дротлеф. – Мы хотим подчеркнуть, что в основе всех наших действий лежит уважение к человеку, к его индивидуальности, к его праву на самовыражение».

При подготовке материала мне довелось познакомиться со служебными инструкциями для сотрудников «Дома Пауля и Шарлотты Книзе» и других учреждений «Николаевской заботы». Эти документы подробнейшим образом, не забывая ни об одной мелочи, описывают обязанности, а также стиль поведения сотрудников. Основное внимание уделено психологическому комфорту незрячих и слабовидящих людей.

Например, проходя мимо жильца, сотрудник должен поздороваться с ним и назвать своё имя. Называть имя и здороваться необходимо не только один раз в день, но и каждый раз, когда работник проходит мимо проживающего. Запрещается задавать незрячим людям шуточные вопросы: «Кто я? Вы меня узнаёте?»

Входя в помещение, где находятся слепые, сотрудник обязан назвать своё имя и сообщить жильцам о цели своего прихода. При входе из комнаты необходимо также оповестить об этом всех собравшихся. Придя вместе с незрячим человеком в какое-либо помещение, необходимо рассказать ему, сколько человек в нём находятся, кто эти люди и чем они занимаются, а также на каком расстоянии от говорящего располагаются другие люди.

Кроме исключительных случаев, запрещается входить в комнаты жильцов без их согласия. Устное согласие необходимо и перед любым прикосновением к человеку. Производя какие-либо работы в комнате, например, уборку, необходимо постоянно информировать «клиента» обо всех своих действиях, «ставить его глазами». В общем, служебных предписаний очень много. Даже положение еды на тарелке



Работа в саду доставляет жильцам удовольствие

всегда должно оставаться одинаковым. По мнению авторов инструкции, таким образом для незрячих людей процесс приёма пищи становится более приятным.

Для сотрудников «слепецких домов» регулярно проходят «тренинги по сенсориализации» (повышению чувствительности). Им необходимо провести определённое время с тёмной повязкой на глазах, слушая лекции или пытаясь выполнить какую-либо бытовую работу. Так воспитывается понимание нужд и проблем незрячих людей.

Тренинги проводятся не только для воспитателей, психологов, но и для всего персонала, включая уборщиц и санитаров. И представленные выше служебные инструкции тоже на них распространяются... Возможно, немецкий опыт не во всём может быть применён в России. Но искреннее желание сотрудников «Дома Пауля и Шарлотты Книзе» сделать жизнь незрячих людей максимально удобной и комфортной, произвело на меня сильное впечатление. ■

Фотографии из архива «Дома Пауля и Шарлотты Книзе»

Уважаемые коллеги!
Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции
«Новые технологии в офтальмологии»
которая состоится **20-21 апреля 2012 г.**
г.Казань, ГРК «Казанская РИВБЕРА», ул.Амирхана,1

Основные направления работы конференции 20 апреля 2012г.:

- Актуальные вопросы рефракционной хирургии
- Лечение диабетической ретинопатии
- Патология передней поверхности глазного яблока
- Принципы лечения ретинопатии недоношенных
- Травмы в детстве

Основные направления работы конференции 21 апреля 2012г.:

- Оптометрический форум (Впервые! в рамках нашей конференции), посвященный актуальным вопросам коррекции зрения**
- Фундаментальные вопросы рефракции, аккомодации и аберраций
- Оптометрия

В рамках конференции будет работать выставка офтальмологического оборудования и лекарственных средств.

Планируется издание сборника материалов конференции. Статьи представляются **до 10 марта 2012 г.** в электронном виде. Публикуются в сборнике бесплатно.

В рамках конференции будет работать **секция молодого ученого. Участие в секции молодого ученого в виде стендовых электронных докладов (в форме Презентации Power Point)**

Авторы 3-х лучших постеров будут награждены денежной премией. За дополнительную информацией обращаться в оргкомитет e-mail: venera1910@mail.ru или по телефону 8(843)236-00-61, 299-42-59 по будням с 10 до 16 часов.

Регистрация участников конференции по эл.почте до 5 апреля 2012г.
Оргкомитет: (843) 2-655-115, 236-00-61
Подробности на сайте: www.rkob.ru

Партнеры конференции e-mail: nata@astor16.ru (843) 2-655-115

Registered Nurse, или Записки американской медсестры

Не сотвори себе стереотипа

...бедна та народность, которая трепещет за свою самостоятельность при всяком соприкосновении с другою народностью!

А.С. Пушкин. О народности в литературе.

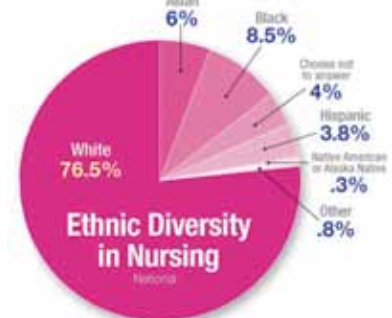
Чукча – это диагноз, грузин – признание, еврей – должность, а русский – это судьба.

Анекдот

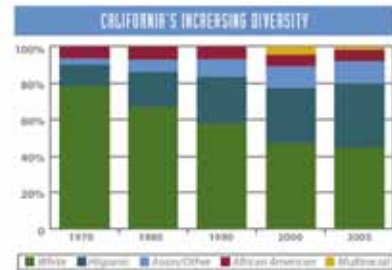
Елена Филатова

Идеи плавки, переплавки и прочих металлургических терминов в приложении к формированию новой однородной национальной общности начали мелькать в американской литературе и публицистике с 1780 года, то есть вскоре после провозглашения независимости¹. А вот знаменитый термин «плавильный котёл»² был введён в жизнь евреями из семьи русских эмигрантов, которого звали Израэль Зангвилл. В 1908 году он поставил пьесу, которая так и называлась – «Плавильный котёл», сюжет которой ничтоже сумняшеся передрал с «Ромео и Джульетты». В пьесе дочь царского офицера русская девушка Вера и молодой еврейский композитор Давид пытаются начать жизнь в Америке по новым правилам, и после многих перипетий, сопротивления семей, возникновения страшных тайн из прошлого и потоков скупых, горячих и светлых слёз под самый занавес им всё-таки удаётся слиться в поцелуй. Так что шекспировский сюжет мистер Зангвилл улучшил, приделав к нему традиционный американский хэппи-энд.

Пьеса получила горячее одобрение президента Теодора Рузвельта, присутствовавшего на одном из спектаклей, да и сама идея «плавильного котла» пришлась по душе молодой индустриальной нации, в которую всё время вливались волны новых эмигрантов. Правда, драматургического хэппи-энда в жизни как-то не случилось, хотя всех новоприбывших исправно «плавляли». Постепенно где-то в середине 1970-х годов получила перевес другая теория, на этот раз кулинарного оттенка, названная «миской с салатом»³. Многочисленные ингредиенты добросовестно перемешаны и заправлены одним государственным соусом, но при желании их всех можно различить на вкус. Отличная метафора, потому что очевидно, что путь к сердцу (не только мужчин) лежит через желудок. В более гастрономически независимой Канаде эта же теория получила название «мозаики». А в официальной социологической литературе всё это именуется – язык сломаешь – «мультикультурализм» (культура-мульти, в общем). Вкратце всё вышеизложенное сводится к одному простому принципу: пусть все культуры и нации, населяющие Америку, берегут свои традиции и следуют им, если только это не расколется с законом. В условиях здравоохранения, которое я сейчас представляю, как Остап Бендер позарную охрану, к нему добавляется



Процентное соотношение различных национальностей в сестринском деле: белые – 76,5%; азиаты – 6%; чернокожие – 8,5%; латиноамериканцы – 3,8%; коренное население Америки – 0,3%; предпочли не отвечать – 4%; другое – 0,8%



Количественное изменение различных национальностей в области сестринского дела в Калифорнии:

- белые, ■ латиноамериканцы,
- азиаты/другое, ■ афроамериканцы,
- многорасовые

Итак, среднестатистической американской медсестре сорок пять лет, она белая и не знает никакого языка, кроме родного английского⁴. Тем, кому посчастливилось жить в Калифорнии, в это как-то трудно поверить, потому что у нас здесь кого только нет, и так называемые «национальные меньшинства» представлены весомо и ярко. Но вот после Нового года у нас в отделе случилась большая нехватка кадров, и нам прислали много медсестёр-путешественников» (я писала об этой разнородности в прошлом номере нашей газеты). Вот они-то как раз все как на подбор блондинки с голубыми глазами родом из «всесоюзной житницы» типа Айовы, которых потянуло в экзотическую Калифорнию ознакомиться с нашими либерально-демократическими нравами. Одна из медсестёр призналась, что здесь она впервые за свои двадцать восемь лет воочию увидела индийцев. Учитывая тот факт, что сама она



родом из Индианы, её признание вызвало в нашем коллективе здоровый смех. Хотелось мне ей сказать, «а то есть еще земля, где все люди с пёсыми головами»⁵, но я уж не стала добивать коллег.

Уважать национальную гордость, нравы и обычаи других стран медсестёр учат со школьной скамьи. У нас читался спецкурс по этому вопросу, и даже имелся учебник типа краткого курса молодого бойца, где были изложены традиции, верования и суеверия всех времён и народов от Лапландии до Тимбукуту. Огромность темы, на которую замахнулись авторы в сочетании с предельно сжатой формой, привела к тому, что на лекциях по «национальному вопросу» у нас царил нездоровое оживление. Наш курс был очень разнообразным в этническом отношении, и надо признать, что никого авторы учебника не подвели: всё время попадали пальцем в небо, и результаты их научных изысканий вызывали у нас радостный смех. Например, именно из этой книги я с изумлением узнала, что любимым национальным блюдом русских являются огурцы в сметане.

Тема этнического самоопределения в условиях многонационального общества сама по себе достаточно тонкая, чувствительная и даже болезненная – пардон за каламбур – тем более. Боюсь, что всё, что я скажу сегодня на эту животрепещущую тему, будет так или иначе иметь привкус тех самых огурцов в сметане... Пожалуйста, имейте в виду, что всё это мои личные наблюдения, а уж соответствуют ли они действительности или нет – решать вам.

Из курса литературы средней школы мы все помним, что был такой принцип народности и что по Гоголю он состоял не в описании курной избы или русского сарафана, но вот глубинное понимание темы от меня как раньше ускользало, так и теперь продолжает ускользать. Хотя трудно спорить с Пушкиным, что «климат, обр-раз правления, вера дают каждому народу особенную физиономию...»

Есть образ мыслей и чувствований, есть тьма обычаев, поверий и привычек, принадлежащих исключительно какому-нибудь народу»⁶.

Ну конечно, есть у народа своя физиономия – я на неё каждое утро любуюсь в зеркале, и за грациозную уроженку Бурмы меня принять трудно даже при плохом освещении. А если подумать серьёзно – что именно составляет дух нации типа краткого курса молодого бойца, где были изложены традиции, верования и суеверия всех времён и народов от Лапландии до Тимбукуту. Огромность темы, на которую замахнулись авторы в сочетании с предельно сжатой формой, привела к тому, что на лекциях по «национальному вопросу» у нас царил нездоровое оживление. Наш курс был очень разнообразным в этническом отношении, и надо признать, что никого авторы учебника не подвели: всё время попадали пальцем в небо, и результаты их научных изысканий вызывали у нас радостный смех. Например, именно из этой книги я с изумлением узнала, что любимым национальным блюдом русских являются огурцы в сметане.

Уважать национальную гордость, нравы и обычаи других стран медсестёр учат со школьной скамьи. У нас читался спецкурс по этому вопросу, и даже имелся учебник типа краткого курса молодого бойца, где были изложены традиции, верования и суеверия всех времён и народов от Лапландии до Тимбукуту. Огромность темы, на которую замахнулись авторы в сочетании с предельно сжатой формой, привела к тому, что на лекциях по «национальному вопросу» у нас царил нездоровое оживление. Наш курс был очень разнообразным в этническом отношении, и надо признать, что никого авторы учебника не подвели: всё время попадали пальцем в небо, и результаты их научных изысканий вызывали у нас радостный смех. Например, именно из этой книги я с изумлением узнала, что любимым национальным блюдом русских являются огурцы в сметане.

Тема этнического самоопределения в условиях многонационального общества сама по себе достаточно тонкая, чувствительная и даже болезненная – пардон за каламбур – тем более. Боюсь, что всё, что я скажу сегодня на эту животрепещущую тему, будет так или иначе иметь привкус тех самых огурцов в сметане... Пожалуйста, имейте в виду, что всё это мои личные наблюдения, а уж соответствуют ли они действительности или нет – решать вам.

Из курса литературы средней школы мы все помним, что был такой принцип народности и что по Гоголю он состоял не в описании курной избы или русского сарафана, но вот глубинное понимание темы от меня как раньше ускользало, так и теперь продолжает ускользать. Хотя трудно спорить с Пушкиным, что «климат, обр-раз правления, вера дают каждому народу особенную физиономию...»

мой взгляд, никакого смысла не имеет, но раз уж оно вошло в язык, то надо его и мне как-то обозначить. Для себя я определяю его как понимание и уважение культурных особенностей разных этнографических групп и одновременное разрушение стереотипов вроде «все русские – пьяницы, а все американцы – тупые». Или ещё проще как благожелательное любопытство. Ну, интересны мне люди, и всё тут. Я вообще людоед и душелюб, как мифический Евг. Сазонов из «Литературки» – помните такого Козьму Пруткову эпохи застоя?

Русский дух

Начнём с себя, пожалуй. «Русский за границей легко может быть принят за уроженца страны, в которой он временно живет, потому что на улице, в трактире, на балу, в дилижансе о человеке заключают по его виду; но в отношениях гражданских, семейных, но в положениях жизни исключительно – другое дело: тут поневоле обнаружится всякая национальность и каждый поневоле явится сыном своей и пасынком чужой земли»⁷.

По-моему, положение в больнице – с этим, я думаю, и Белинский согласился бы – вполне может квалифицироваться как «исключительное положение», или,

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ДЛЯ МИКРОХИРУРГИИ ПЕРЕДНЕГО И ЗАДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА

OPTIMED Profi

БОЛЬШИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПО ДОСТУПНОЙ ЦЕНЕ

ГАРАНТИЯ 2 ГОДА

ЗАО "ОПТИМЕДСЕРВИС" (347) 223-44-33, 277-61-61
market@optimed-ufa.ru
www.optimed-ufa.ru

¹http://cc.kzoo.edu/~k03hk01/melting_pot_ol_salad_bowl.html

²[http://en.wikipedia.org/wiki/The_Melting_Pot_\(play\)](http://en.wikipedia.org/wiki/The_Melting_Pot_(play))

³http://cc.kzoo.edu/~k03hk01/melting_pot_ol_salad_bowl.html

⁴<http://www.nursingworld.org/nursingshortage>

⁵А.Н. Островский. «Гроза».

⁶А.С. Пушкин. О народности в литературе.

⁷В.Г. Белинский. «Евгений Онегин». Критика.



говоря современным языком, как источник стресса. В случае с русскими в состоянии стресса первое, что бросается в глаза, вернее в уши – это как много шума мы производим. Многие американцы считают, когда группа наших собирается вместе, то скоро начнется мордобой, потому что мы так бурно разговариваем. Ещё, как показало наблюдение, несколько русских могут говорить одновременно, перебивать друг друга и при этом прекрасно слышать собеседника. Для американцев это непостижимо и одновременно страшно невежливо. «Вот так и возникают нездоровые сенсации!»⁸

⁸Братья Стругацкие. «Понедельник начинается в субботу».

Оказывается, мы предпочитаем лечиться травами и народными средствами – нечего таблетками травиться. Старика, пережившие в Советском Союзе эпоху развитого социализма, просто на генетическом уровне любят запасать лекарства – а вдруг кончатся? И не выбрасывают ничего, даже если срок хранения истёк – а вдруг потом не достанешь? Несмотря на фармакологическое изобилие Америки, мы больше доверяем препаратам отечественного производства, которые либо привозятся из России родственниками и знакомыми, либо приобретаются в местных русских магазинах и производятся, скорее всего, на эквиваленте Малой Арнаутской улицы где-нибудь в Бруклине. Боже упаси, предложить русскому больному воду со льдом – горло заболит. И в комнате должно быть тепло. И наконец, суровый диагноз – рак, например – больному не сообщают.

Русским мужчинам свойственен известный стоицизм. Вот лежит у меня мужик после аварии с переломанными ногами: уже и давление поднялось, и сердце колотится, и он сам чуть не плачет, а наркотик не попросит – ему кажется, что надо потерпеть. А потом вдруг ещё наркоманом сделают? А вот русские женщины, оказавшись в больнице, страшно переживают, что муж и дети без догляда останутся

голодными, собака не выгулянной, а уроки не сделанными, и всё рвутся они, бедняжки, останавливать «коня на скаку».

Восток – дело тонкое

Выходцы из стран Ближнего Востока по своей природе очень драматичны. Семьи у них обычно большие, и в больницу норовят придти все, включая самых дальних родственников. Так как в отдельных случаях в зависимости от состояния больного больше двух посетителей к нему не пускают, то свидание затягивается до бесконечности.

Если состояние больного изначально не тяжёлое, или он твёрдо идёт на поправку, визиты родственников часто напоминают спектакль, в котором с большим удовольствием принимает участие вся семья. Роли разыгрываются, как по нотам: больная стонет и требует внимания, а родственники скачут вокруг, и в результате все довольны.

Если, не дай Бог, дела идут плохо, то тут случается и биение себя в грудь, и выдиранье волос, а также вопли и скрежет зубовый. То, что западному человеку кажется наигранным и неестественным, для обитателей Востока в самый раз. Именно так их с детства на примере учат проявлять искреннее горе, а то и родственники не поймут, и для себя никакого катарсиса. На человека со стороны это обычно производит неизгладимое впечатление, поэтому мы стараемся вежливо, но твёрдо запихать всю горюющую семью в палату и не дать им выплеснуться в коридор на потеху публике. Потому что в запале орут они всякое, включая и «Убийцы!» и «Мы вам ещё покажем!».

С «покажем» у нас строго – если мы считаем, что это не пустые угрозы, то вызываем охранников, а то и полицию, но это в основном случается с местными уроженцами, особенно гангстерами. На моей памяти, к выходцам с Востока такие крутые меры ни разу не применялись. Надо отдать им должное – при всей кажущейся театральности они всё же соблюдают меру и не дают трагедии обратиться в фарс.

Представители восточных народностей обычно просят, чтобы за больной ухаживала медсестра, а не медбрат, из соображений стыдливости. С этим problem не возникает, слава Богу, женщин в нашей профессии достаточно.

Заходишь в палату к больному, а там сидят жена, дети, внуки и следят за каждым твоим движением. Можно их, конечно, попросить выйти, что мы и делаем, если надо произвести с больным какую-то манипуляцию не для слабонервных. Но я лично стараюсь этим не злоупотреблять, потому что иначе в душе изгнанных родственников поселяется смутное подозрение: а что это они там с дедушкой делают за закрытыми дверями? Лучше родственников вовлечь в процесс. Это поддержите, то подложите. И им хорошо, и мне помощь.

У некоторых восточных народов принято непосредственно после смерти всей семьёй оставаться с больным чуть ли не целые сутки. Мы такой роскоши себе позволить не можем, потому что надо тело тащить в морг, мыть палату и загружать в неё нового постояльца. Но часа два или три обычно даём посидеть для соблюдения пиетета.

Мы все стараемся хоть коряво, но всё-таки выучить несколько фраз на фарси. Я, например, могу с шиком сказать «Салам, Саида-ханум!».

Азия-с

По себе знаю, что европейцу поначалу все азиаты кажутся на одно лицо, а на самом деле они совершенно разные, и каких только народов, верований и традиций там не намешано. В Калифорнии очень мощно представлены филиппинцы – и среди больных и среди персонала. Все как на подбор маленькие, добродушные – ну, ей-богу, ни одного урюмого филиппинца не знаю! – и работают, как лошади. Они очень добросовестные, всё делают, как тут у нас говорят «по учебнику». Бывает, что больной в остром психозе орёт, кусается, уже чуть ли не подмял под себя малютку-медсестру, и мы его вяжем всем отделом, а она всё лепечет, что это для его же пользы, чтобы он не причинил себе вреда. Положено больному всё объяснять – вот она и объясняет до последнего.

Для филиппинцев, да и вообще всех выходцев из Азии, большое значение имеет почтительное отношение к старикам. Таких пациентов мы почти никогда не называем по имени – только если они сами попросят – а в основном полным титулованием: мистер Аугустино, например. Часто старики совсем не говорят по-английски, и кто-нибудь из внуков старается с ними всё время быть, слава Богу, что семьи обычно большие. Они очень вежливые, стараются не затруднять нас просьбами и на каждом шагу благодарят.

Смертельная болезнь и сам летальный исход воспринимаются ими удивительно философски. Главное – успеть собраться всей семьёй, повидаться (хотя бы по Скайпу) и попрощаться, и обязательно дожидаться прилёта родственников из Филиппин. И что изумляет – больные обычно держатся, ждут, и потом спокойно отходят в мир иной в окружении любящих родственников и зачастую с улыбкой на лице. Ну, просто удивительно солнечный народ!

Со своей стороны мы опять же стараемся выучить хоть что-то на языке Тагалог. Я горжусь насмерть затверженной фразой «Магандан умага», что означает «Доброе утро». А знаете, как запомнила? Утро, в дверь вваливаются чекисты и говорят: «Собирайся в Магадан – бумага на тебя пришла!».

Окончание читайте в «Поле зрения» №2, 2012



Самарский государственный медицинский университет
НИИ глазных болезней СамГМУ
Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области
Самарская клиника офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции «Ерошевские чтения – 2012», посвящённой 110-му юбилею Тихона Ивановича Ерошевского!

«Ерошевские чтения» – политематическая офтальмологическая конференция общероссийского масштаба, которая проводится каждые пять лет в г. Самаре.

«Ерошевские чтения – 2012» пройдут с 29 июня по 1 июля 2012 г. Программа конференции включает в себя торжественную часть, видео-трансляции хирургических операций, международную офтальмологическую выставку, дискуссионные клубы и секционные заседания.

По традиции часть мероприятий будет проходить на теплоходе «Федор Шалапин».

Основные направления работы научно-практической конференции:

1. Фундаментальные исследования в офтальмологии. Аккомодационные теории. Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики глаукомы.
2. Организация офтальмологической помощи и медико-социальные проблемы.
 - Профилактика слепоты и слабо зрения.
 - Реабилитация больных с заболеваниями органа зрения.
3. Глаукома: безопасная терапия, хирургия.
4. Рефракционная хирургия.
 - Рефракционная хирургия роговицы
 - Рефракционная хирургия хрусталика
5. Заболевания переднего отдела глаза и новые подходы к их лечению.
6. Актуальные вопросы трансплантации и хирургии роговицы.
7. Травмы глаза.
8. Окулопластика. Глазное протезирование.
9. Офтальмоонкология.
10. Патология сетчатки и зрительного нерва.
 - Современные методы диагностики и лечения заболеваний сетчатки и зрительного нерва.
 - Новые технологии и фармакологические препараты для лечения диабетической ретинопатии.
 - Витреоретинальная патология.
11. Оптометрия. Современные направления развития очковой оптики и контактной коррекции.
12. Патология глазодвигательной системы и бинокулярного зрения.



Ждем Вас 29.06-01.07.2012 г. в Самаре!

«макула» 2012 18-20 мая 2012 г. **ИНТЕР ЮНА**

V ВСЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР - «КРУГЛЫЙ СТОЛ» РОСТОВ-НА-ДОНУ

35 лет ростовской школе лазерной микрохирургии глаза
30 лет со дня создания Сев.-Кавказского лазерного офтальмоцентра Минздрава СССР
20 лет Ростовской глазной клинике «ИнтерЮНА»

НАУЧНАЯ ТЕМАТИКА:

- Избранные фрагменты фундаментальных работ по морфологии, биофизике, физиологии и патофизиологии фовеа.
- Макулярная патология (систематизация, патогенез, клиника, лечение)
- Макулопатии: мультифокальные, диабетические, возрастные, постокклюзионные.
- Роль, место и перспективы «классической» лазеркоагуляции.
- Другие методики лазерного лечения.
- Фармакотерапия (антиVEGF- и др.): методики, эффективность, стабильность результатов, проблемы, осложнения. АнтиVEGF: перспективна ли монотерапия? Альтернативы?
- Хирургическое лечение макулярной патологии (методики, эффективность, видеофестиваль «Фовеа-на-Дону-2012»)
- Макулопатии (или их рецидивы), индуцированные хирургическими вмешательствами - после рефракционной, катарактальной, витреальной и иной хирургии.
- Методы оценки макулярных функций.
- Проблемы организации достоверных исследований.
- Отдельные клинические наблюдения (демонстрация, парад мнений) - по типу «релакс-разминок ретинолога» на наших «МАКУЛАХ» 2008, 2010.

В рамках «Круглого стола» предполагается обсудить более 30 докладов ведущих ученых. Из них более трети – доклады и микролекции от коллег из Западной Европы.

Все вопросы участия на сайте: www.interyuna.ru/macula; e-mail: macula@interyuna.ru
Неясности на сайте – тел. оргкомитета: +7(863) 2-01-01-01; тел./факс: +7(863) 295-03-86.



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

Подписной индекс: **15392**
www.issuu.com/aprilpublish