

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№1(21) ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2014

ISSN 2221-7746

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

История, созданная трудом и талантом выдающихся ученых, врачей

САМАРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМ. Т.И. ЕРОШЕВСКОГО — 50 ЛЕТ

В 1963 году в г. Куйбышеве была открыта областная офтальмологическая больница. Больница была создана по инициативе одного из известнейших офтальмологов нашей страны, заведующего кафедрой глазных болезней Куйбышевского медицинского института, лауреата Государственной премии СССР, члена-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, Героя Социалистического Труда, профессора Тихона Ивановича Ерошевского. Это была первая в стране крупная специализированная офтальмологическая больница, которая явилась базой кафедры глазных



болезней медицинского института и научно-исследовательской проблемной лаборатории по изучению глаукомы, что позволило создать довольно большой по тому времени объединенный коллектив врачей — больничных ординаторов, преподавателей кафедры и научных сотрудников лаборатории. Под руководством Т.И. Ерошевского коллектив больницы и кафедры превратился в одну из крупнейших офтальмологических школ страны — школу Т.И. Ерошевского. Первоначально больница функционировала на 250 коек и имела в своем

> стр. 3

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Сергей Васильевич Кравков 120 лет со дня рождения

Сергей Васильевич Кравков (1893-1951 гг.) — член-корреспондент АН СССР и АМН СССР — являлся одним из крупнейших ученых отечественной и мировой науки в области психологии, психофизиологии, физиологии органов чувств и физиологической оптики.

С.В. Кравков в разное время создал и возглавил:

- в 1933 году — лабораторию психофизиологии ощущений и

восприятий Института психологии, в 1942 году преобразованную в лабораторию психофизиологии органов чувств;

- в 1936 году — лабораторию физиологической оптики в Центральном офтальмологическом институте (ныне — МНИИ ГБ) им. Гельмгольца, получившую впоследствии его имя и переименованную в 1982 году в лабораторию клинической физиологии зрения;

- в 1949 году — лабораторию биофизики зрения Института физики и биофизики АН СССР.

В этих лабораториях им были проведены оригинальные исследования зависимости зрения от прямых раздражителей, исследования цветового зрения, установлена роль корковых и периферических процессов в работе органа зрения, установлен ряд закономерностей взаимодействия органов чувств.

> стр. 22

ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТРАДИЦИИ, СПЛОЧЕННАЯ КОМАНДА — ЦЕНТР КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ «ОКТОПУС». 20 ЛЕТ С ВАМИ!

В этом году ЦКЗ «ОКТОПУС» отмечает 20 лет успешной работы! Юбилей компании — хороший повод вспомнить как все начиналось.

Вехи истории

1 июня 1993 года — на базе больницы им. Т.И. Ерошевского открылся первый кабинет Центра коррекции зрения (далее ЦКЗ) «ОКТОПУС». Это был кабинет контактной коррекции. В то время контактная коррекция еще не была так широко известна и востребована как сейчас.

За 20 лет работы нами был накоплен положительный опыт лечения пациентов, страдающих



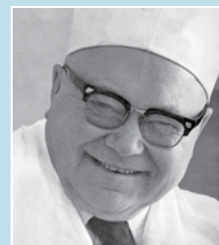
высокой степенью близорукости, дальнозоркостью, анизометропией, амблиопией, афакией и другими зрительными нарушениями. Врачи ЦКЗ «ОКТОПУС» прошли специализацию в компаниях Bausch&Lomb, Johnson&Johnson, CIBA-VISION.

1994 год — было приобретено швейцарское оборудование и организовано производство собственных контактных линз.

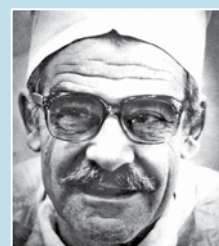
Количество пациентов со временем увеличивалось. За помощью в ЦКЗ «ОКТОПУС» стали обращаться пациенты с более сложными заболеваниями: врожденными

> стр. 10

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Тихон Иванович ЕРОШЕВСКИЙ > стр. 12



Даниил Соломонович КРОЛЬ > стр. 34

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Пусть о нас судят по делам

Интервью с профессором А.В. Золотаревым > стр. 5

ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ



Мы все — птенцы из гнезда Ерошевского
Интервью с О.Н. Купцовой > стр. 11



Секреты успеха доктора Шиловой
Интервью с Т.Ю. Шиловой > стр. 47

ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ



Лидерство
Гоар Давтян > стр. 49

8 марта —

*первые весенние лучи, воздух наполняется
когда-то знакомыми, теплыми ароматами...*

*Хочется, чтобы каждая женщина
ощутила романтику сегодняшнего дня,
его яркость и обаяние!*

*Дорогие женщины, пусть этот день станет
началом самого светлого периода в вашей жизни,
чтобы присутствовали только положительные
эмоции, хорошее настроение, смех и радость!*

Милые коллеги, будьте счастливы!

Ваш главный редактор С. Аветисов



НОВОСТИ

Главврачи заплатят за сокрытие информации о бесплатной медицинской помощи

С 2014 года Росздравнадзор сможет штрафовать медицинские учреждения, если они в доступной форме не сообщают пациентам, какая медицинская помощь им положена бесплатно по полису ОМС.

Утаивание информации о бесплатной медицинской помощи, которая полагается всем застрахованным россиянам в рамках программы госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи, грозит главным врачам административными взысканиями. Об этом в интервью «РИА Новости» сообщил исполняющий обязанности руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко.

«С этого года появилось наказание за неинформирование пациентов об объеме бесплатной помощи: если в холле медицинского учреждения отсутствует информация о бесплатных медицинских услугах или же эта информация не



размещена на официальном сайте организации, то за это предусмотрены административные наказания», — сказал он.

По словам Мурашко, руководству учреждения будет недостаточно просто вывесить текст программы государственных гарантий, потому что пациентам из нее, как правило, ничего не ясно. Чтобы соответствовать

требованиям Росздравнадзора, нужно будет разместить конкретные указания, какая медицинская помощь полагается пациентам бесплатно, а за какую могут взять деньги.

За нарушение прав россиян на доступную информацию о полагающейся им бесплатной медицинской помощи предусмотрен штраф: для должностных лиц — от 5 до 7 тысяч рублей, для юридических лиц — от 10 до 20 тысяч рублей, пояснил глава Росздравнадзора.

Отметим, что согласно приложению № 25 к Генеральному тарифному соглашению на 2014 год, страховые компании в Петербурге также могут штрафовать медицинские учреждения за сокрытие информации о бесплатной медицинской помощи в размере 25% от подушевого норматива финансирования Территориальной программы госгарантий.

Doctorpiter.ru

Федеральные клиники боятся остаться без денег

Государство планомерно сокращает расходы на финансирование федеральных клиник. Недостающие средства должен восполнить Федеральный фонд ОМС (ФФОМС). Однако, как сообщает главный врач Клинической больницы № 122 Яков Накатис, уже сейчас часть пациентов из-за сокращения финансирования вынуждены «покупать» медицинскую помощь.

Напомним, с 1 января 2015 года финансирование федеральных клиник полностью ляжет на плечи ФФОМС, однако денег фонда может не хватить, считают эксперты. Эту проблему на заседании комитета Совета Федерации по социальной политике признали не только сенаторы и руководители медицинских учреждений, но и представители Минфина и Счетной палаты.

Главный врач петербургской больницы № 122 им. Соколова Яков Накатис рассказал о первых результатах такой финансовой реформы. По словам доктора Накатиса, его клиника, подведомственная Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА), лишилась большей части финансирования, которую не может покрыть система ОМС. «На высокотехнологичную помощь сняли финансирование на 240 млн рублей, —

объясняет Накатис. — Теперь 6 тысяч человек ее не получают — им придется ее купить».

По его словам, стационарное отделение клиники также теряет доступность — 400 коек из 650 переведены на коммерческую основу, пишет «Российская газета».

С такими выводами врача согласна и Счетная палата, глава которой Татьяна Голикова подтвердила, что врачи массово увольняются из федеральных клиник, и это, по ее словам, еще «ягодки». «Цветочки» ждут клиники в 2015 году, когда их финансирование полностью перейдет на страховые рельсы.

Не отрицает наличие проблемы и Минфин, директор департаментной бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Владимир Зеленский объяснил нехватку средств работой в системе ОМС, и предложил ограничивать их количество. В Минздраве такие идеи даже не собираются рассматривать, потому что ограничение числа клиник, работающих в системе ОМС, приведет только к снижению доступности медпомощи для россиян.

Сенаторам оставалось разве что удивляться, почему нельзя было подумать раньше о том, как вписать федеральные клиники в систему ОМС.

Doctorpiter.ru



История, созданная трудом и талантом выдающихся ученых, врачей

**Самарской областной клинической офтальмологической больницы
им. Т.И. Ерошевского — 50 лет**



< стр. 1

составе консультативную поликлинику и 4 специализированных отделения: глаукомное, трахоматозное и два хирургических. В 1964 году было открыто детское отделение на 50 коек, в результате чего общее количество коек возросло до 300.

Открывая крупную областную больницу, профессор Т.И. Ерошевский мечтал со временем организовать на ее базе научно-исследовательский институт глазных болезней. Его мечта осуществилась в 2007 году, когда приказом ректора Самарского государственного медицинского университета, лауреата Государственной премии РФ и премии Правительства РФ, за служебного деятеля науки РФ, академика РАН, профессора Г.П. Котельникова на базе больницы был открыт научно-исследовательский институт глазных болезней.

Первым главным врачом офтальмологической больницы была участница Великой Отечественной войны Тамара Васильевна Филатова, которая руководила ею с этапа строительства до 1973 года. С 1973 по 1979 гг. больницей руководил Алексей Васильевич Пронин. С 1979 по 1999 гг. больницу возглавляла Золотарева Анна Ивановна — ученица Т.И. Ерошевского, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ. Под руководством

Дорогие коллеги!

От имени редакции газеты «Поле зрения» и издательства «АПРЕЛЬ» поздравляем вас со знаменательным событием — 50-летием Самарской клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского. Самарская клиническая офтальмологическая больница всегда славилась своими традициями, именами замечательных врачей-наставников, преданных своему делу, которые с успехом делятся опытом и знаниями с молодыми специалистами. Важно, что плеяда самарских офтальмологов сумела сохранить непреходящую связь времен, заветы своих предшественников! Желаем вам здоровья, творческих успехов на долгие годы!

А.И. Золотаревой были достигнуты значительные успехи: в разы повысилось количество ежегодно пролечиваемых больных, в 1979 году был создан лазерный центр, в котором впервые в стране начало применяться низкоэнергетическое гелий-неоновое лазерное излучение при лечении воспалительной, сосудистой и другой патологии глаз; в 1989 году при больнице была открыта лаборатория индивидуального глазного протезирования — одна из шести в СССР; в 1998 году открыто первое в России отделение эксимерлазерного лечения на базе государственного офтальмологического лечебного учреждения.

В настоящее время Самарской областной клинической офтальмологической больницей им. Т.И. Ерошевского руководит доктор медицинских наук, профессор кафедры

глазных болезней СамГМУ, отличник здравоохранения Самарской области Андрей Владимирович Золотарев, который одновременно является директором НИИ глазных болезней СамГМУ.

За прошедшие полвека Самарская офтальмологическая больница постоянно находилась на передовых рубежах развития отечественной и мировой офтальмологии. С момента открытия больницы ее сотрудники под руководством профессора Т.И. Ерошевского не только занимались практической лечебной работой, но и проводили научные исследования по различным разделам офтальмологии.

Под руководством Тихона Ивановича Ерошевского было защищено 19 докторских и 42 кандидатских диссертаций. Всего же за прошедшие годы сотрудниками больницы, кафедры глазных болезней и НИИ

глазных болезней СамГМУ было защищено 29 докторских и 64 кандидатских диссертаций. Издано 28 сборников научных трудов, регулярно публикуются научные статьи в ведущих отечественных и международных изданиях. Сотрудники больницы, кафедры и НИИ постоянно принимают участие в работе российских и международных научных конференций, демонстрируя высокий уровень развития самарской офтальмологии.

Достижения сотрудников больницы неоднократно были отмечены коллегами: среди наград — многочисленные дипломы за лучшие научные доклады, в числе которых — кубок за лучшую научную работу на I Международном конгрессе по хирургии глаукомы в Лозанне. В настоящее время в больнице работают 8 докторов и 18 кандидатов медицинских наук.

Основным принципом работы больницы в течение 50 лет ее существования было и остается оказание доступной, высококачественной офтальмологической помощи пациентам. Применяется самое современное офтальмологическое оборудование, передовые технологии диагностики и лечения больных, современные методики организации оказания офтальмологической помощи. В настоящее время больница насчитывает 11 отделений: офтальмотерапевтическое, травматологическое, глаукомное, реконструктивное хирургии, микрохирургическое детское, лазерное, офтальмоэндокринологическое, микрохирургии одного дня, мобильной офтальмологической помощи, диагностическое, рефракционной хирургии; работает консультативная поликлиника, глаукомный центр, лаборатория глазного протезирования, клиника

На фото сверху слева направо: Консультацию проводят заведующая 1 отделением М.И. Акмаева, ассистент И.К. Манойлова. 1980 г. Заведующая детским отделением Л.К. Боброва. 1965 г. В операционной детского отделения. 1980-е гг. Фотокоагуляция сетчатки. Т.И. Ерошевский и А.Д. Семенов. 1970 г.

«макула» 2014

16-18 мая 2014 г.

ИНТЕР ЮНА

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

“Сквозь рифы и мели без карты и лоций...”- 22 года первой в РФ (лицензия Минздрава №1) негосударственной клинике ретинологии и лазерной микрохирургии глаза (ЗАО “ИнтерЮНА”). “Пуд соли” в лазерной микрохирургии - 37 лет ростовской школе лазерной микрохирургии глаза. 10 лет нашим “МАКУЛАМ”

НАУЧНАЯ ТЕМАТИКА:

- Избранные фрагменты фундаментальных работ по морфологии, биофизике, физиологии и патофизиологии фovea.
- Макулярная патология (систематизация, патогенез, клиника, лечение).
- Макулопатии: гипогликемические, диабетические, возрастные, постокклюзионные.
- Роль, место и перспективы “классической” лазеркоагуляции.
- Другие методы лазерного лечения.
- Фармакотерапия (антиVEGF- и др.): методики, эффективность, стабильность результатов, проблемы, осложнения. АнтиVEGF: перспективы ли монотерапия? Альтернативы?
- Хирургическое лечение макулярной патологии (методики, эффективность, видеосеминар “Фовеа-на-Дону-2014”)
- 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, 2012.

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
Неисясно на сайте — тел. оргкомитета: +7(863) 292-44-33; +79885503922

Stormoff®

group of companies

г. Москва, ул. Рязанская 11А
Тел.: (495) 780 7691
amo@stormoff.com, www.stormoff.com

Аbbott
A Promise for Life

Signa
Healon
TECHN

**ГЛАЗ ЧЕЛОВЕКА — ПРОИЗВЕДЕНИЕ ИСКУССТВА.
НО НАУКА МОЖЕТ СДЕЛАТЬ ЕГО ЕЩЕ СОВЕРШЕННЕЕ.**



и патогистологическая лаборатории. Постоянно повышается квалификация медицинского персонала больницы: высшую квалификационную категорию имеют 26 врачей (30,2%) и 78 медицинских сестер (44,6%), I категорию — 20 врачей (22,1%) и 30 медицинских сестер (17,1%), II категорию — 12 врачей (13,9%) и 24 медицинские сестры (13,9%).

Количество пролечиваемых за год больных увеличилось с 4000 в 1964 г. до 15000 в 2012 г. Число операций за 50 лет возросло с 2500 до 13300 в год. Среднее пребывание больного на койке сократилось с 22,0 до 6,4.

Качественный прорыв в оснащении больницы новейшим оборудованием и внедрении современных микрохирургических

и лазерных технологий произошел за последние 5 лет. В 2011-12 гг. Министерством здравоохранения Самарской области была осуществлена программа модернизации здравоохранения региона, в которой Самарская офтальмологическая больница приняла активное участие. Было приобретено новейшее диагностическое и лечебное оборудование.

Диагностическое отделение оснащено оптическим когерентным и гейдербергским ретинальным томографами, фундус-камерами, оптическими биометрами, одним из первых в стране аккомодографом, первым в Российской Федерации 3D оптическим когерентным томографом, новыми системами для расчета интраокулярных линз.



Консультируют В.М. Петухов, И.В. Развейкин. 1979 г.



Оперирует Т.И. Ерошевский, асс. В.В. Монахова и А.Д. Семенов. 1975 г.



Офтальмологический городок. 1963 г.



Коллектив врачей больницы. 1966 г.



Коллектив больницы. 1985 г.

В операционном отделении используются новейшие 4-канальные операционные микроскопы Moeller-Wedel, в том числе — первый в Российской Федерации микроскоп с 3D-видеосистемой, обеспечивающей уникальные условия для проведения научных работ и обучающих мероприятий. Хирургическое лечение катаракты и витреоретинальные операции выполняются с помощью новейших приборов Constellation, Stellaris PC, WHITESTAR Signature. В настоящее время большинство операций по поводу катаракты делаются методом факосмульсификации с использованием микроинвазивной коаксиальной и бимануальной бесшовной технологии и имплантацией гибких ИОЛ. Витреоретинальные вмешательства выполняются по технологиям 23 и 25G, с применением мембранных крастителей, перфторорганических соединений, газов и силиконового масла.

Лазерные методы лечения разнообразны и включают применение современных паттерн-коагуляторов с различной длиной волны, селективной лазерной трабекулопластики, транспупиллярной

термотерапии. Лечение пациентов с диабетической ретинопатией впервые в Российской Федерации проводится с помощью роботизированной лазерной системы Navilas, которая объединяет в себе 532-нм лазер и фундус-камеру, автоматизирует процесс нанесения лазерных коагулятов на сетчатку, совмещения цветных фотографий глазного дна с ФАГ и ОСТ, исключая возможность ошибки врача и значительно сокращая время процедуры лазерной коагуляции. Также впервые в стране, именно в Самарской офтальмологической больнице, был применен фемтосекундный лазер со сферическим интерфейсом, создающим условия для особо точного лазерного вмешательства при операциях на роговице.

Продолжается совершенствование организации офтальмологической помощи населению Самарской области. Основная цель сотрудников Самарской офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского — создание системы высококачественной, доступной офтальмологической помощи населению. С этой целью

в больнице было организовано отделение мобильной офтальмологической помощи, располагающее двумя современными мобильными офтальмологическими комплексами, оснащенными новейшим диагностическим и лазерным оборудованием и не имеющими аналогов в других регионах Российской Федерации. Врачи отделения выезжают в районы области, проводят прием пациентов, проводят высокотехнологичную диагностику и при необходимости — лазерное лечение при вторичной катаракте, глаукоме и диабетической ретинопатии.

С целью совершенствования оказания офтальмологической помощи детям в 2012 г. на базе детского отделения больницы был создан кабинет выявления и динамического наблюдения детей с ретинопатией недоношенных. Кабинет оснащен современной педиатрической ретинальной камерой, позволяющей выявлять заболевания на ранних стадиях. Врачи кабинета проводят выездную консультационную работу в отделениях недоношенных детей педиатрических стационаров г. Самары

Пусть о нас судят по делам

Интервью с главным офтальмологом Самарской области, главным врачом Самарской клинической офтальмологической больницы имени Т.И. Ерошевского, директором Самарского НИИ глазных болезней СамГМУ, доктором медицинских наук, профессором А.В. Золотаревым.

— Андрей Владимирович, расскажите читателям «Поля зрения» об истории Самарской клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского. Какой вклад внесло Ваше учреждение в развитие отечественной офтальмологии в нашей стране?

— Я могу говорить об истории больницы, начиная с 1986 года, когда пришел работать медбратом в приемный покой. Правда, был эпизод, мне кажется, в 70-м году, связанный с больницей. Детский садик, в который я ходил, по субботам не работал, и моя матушка была вынуждена брать меня с собой на работу в больницу (прим. ред. — мама, к.м.н. Анна Ивановна Золотарева, работала на кафедре Т.И. Ерошевского, а затем главным врачом больницы). Я играл то в рентгенкабинете, то на 3-м этаже, то у Тихона Ивановича в приемной. Как-то секретарь дала мне пластилин, и я вылепил что-то буквально «микрохирургическое», чем вызвал фурор среди взрослых. Помоему, это был рыцарь сантиметра полтора в высоту, но с большим количеством мельчайших деталей. Как видите, микрохирургия началась уже тогда. Но это моя история.

А история больницы начинается в 1963 году, с трахоматозного диспансера и эпопеи ликвидации трахомы в Поволжье. Офтальмологи бросили на большую, важную

работу, и опыт они приобрели колоссальный. Врачи рассказывали о выездах в глухие деревни, описывали во всех подробностях экспресси фолликулов...

— ...Когда белые халаты докторов становились красными от крови...

— Да-а, такие рассказы тоже были... Итак, опытные специалисты, с желанием работать, плюс кафедра глазных болезней, плюс непрекращаемый уже в те годы автоторитет Тихона Ивановича Ерошевского сделали свое дело: удалось уговорить нефтяников, строивших медсанчасть для себя, передать ее под глазную больницу. Насколько я знаю, это первая крупная офтальмологическая больница в стране. До того были или институты, или отделения в областных клиниках. Очень скоро здесь же в больнице было организовано первое детское специализированное отделение, проблемная лаборатория по глаукоме и далее по списку...

— Пожалуйста, представьте Ваш коллектив. Хотелось бы, чтобы Вы рассказали и о ветеранах, и о молодых сотрудниках. Какие офтальмологические операции они проводят? Сколько операций выполняется в течение года? Сколько амбулаторных консультаций проводится?

— В год мы принимаем более полумиллиона человек, лечение в стационаре проходят более 15 тысяч пациентов. Коллектив интересен тем, что, слава Богу, есть еще люди, которые начинали с Ерошевским, которые олицетворяют собой традиции, заложенные еще Тихоном Ивановичем. Одна из таких традиций, основ нашей работы — трепетное, предельно человеческое отношение к нашим пациентам. В больнице правит академический (не технологический, а именно академический) подход к работе.

— Что это значит?

— Я постоянно требую от сотрудников создать максимально благоприятный психологический климат вокруг каждого пациента, вокруг каждого врача, на каждом рабочем месте, но, в первую очередь, вокруг пациента. Человек должен понимать, что если он пришел к нам с проблемой, то мы ее будем решать всеми доступными нам средствами. Другой вопрос — сможем ли мы ее решить, позволят ли технологии или само заболевание? Бывает, человек выписывается со 100% зрением, при этом недоволен и готов жалобу написать, а бывают и ситуации совсем другого рода. Года два назад хорошо помню, у девочки лет пяти была ретинобластома на одном глазу,

и диагностировали на втором. Можете себе представить состояние родителей — кошмар... Мы собрали консилиум, долго обсуждали что делать. Органосохранная операция в данной ситуации была, к сожалению, невозможна. Мы буквально всех подняли на ноги, со всеми проконсультировались, привлекли иностранных коллег — бесперспективно, только энуклеация. Коллектив детского отделения в конференц-зале буквально обливался слезами, мама и папа в полюбимом состоянии. Но я никогда не забуду, как родители этой девочки в письме министру здравоохранения области выразили трогательную благодарность нашим врачам, после того как мы вынуждены были провести энуклеацию. Называется «вылечили» человека. Трудно себе представить, как невыносимо тяжело нам было.

Чувство психологической ответственности за пациента, конечно, помогает нам делать свое дело. Так хочется сделать больше, чем позволяют реальные условия!

— Видимо, в подтверждение Ваших слов сегодня утром я видел, как в Вашу приемную вошли два совсем не молодых человека. Их внешний вид говорил о том, что они не из властных структур, не бизнесмены, а простые граждане, пенсионеры. Они сказали,

что направляются к главному врачу, который назначил им встречу на этот час. Я это говорю к тому, что далеко не везде руководители клиник, институтов принимают простых смертных «с улицы».

— К сожалению, я не могу уделять лечению больных столько времени, сколько бы мне хотелось. А с другой стороны, за все сложные случаи я несу ответственность в первоочередном порядке. Это может быть с тактической точки зрения нестандартный случай, а может быть жалоба. То есть все сложные, а порой конфликтные ситуации приходят ко мне. Кроме того, у меня осталось еще несколько диспансерных больных, которых я продолжаю вести. Я начинал с ними работать уже давно, а теперь просто по-человечески не могу их бросить.

— Наиболее распространенной причиной слепоты и слеповидения в развитых странах, в том числе и в России, является глаукома. Расскажите, пожалуйста, о глаукомных исследованиях, проводимых в Вашей клинике.

— Глаукома — наш конек со времен Тихона Ивановича Ерошевского, со времен создания проблемной лаборатории. Это — Римма Петровна Шикунова, Нонна Владимировна Панормова, Наталья Ильинична Затулина, Людмила



Консультативно-диагностический кабинет для выявления и наблюдения детей с ретинопатией недоношенных



Заведующий отделом заготовки и консервации тканей, д.м.н. Е.С. Милиудин



Прием ведет доктор медицинских наук О.В. Жукова



К.м.н. Н.И. Складчикова и к.м.н. И.В. Развейкин



В операционной

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА



Диагностика с использованием прибора Navias. Зав. офтальмоэндокринологическим отделением, врач-офтальмоэндокринолог А.Г. Исакова



HRT-диагностика. Зав. глаукомным центром, к.м.н. Ф.С. Галеева



3D OCT переднего отрезка глаза Casia SS-1000

Георгиевна Сеннова. Все, что было создано в те годы, особенно по морфологии, представляет собой фундамент, на котором можно сделать очень многое. Я долго работал в глаукомном отделении. В свое время меня безумно впечатлили с эстетической точки зрения непроницающие операции, а наши морфологи начинают меня пытаться: что именно я удаляю, на каких структурах проводится операция. Я описываю операцию так, как ее в свое время ее описали авторы.

Меня критикуют, и я понимаю, что чего-то недопонимаю, не совсем в курсе ситуации. Начиная читать и вижу, что это не я не в курсе, а никто не в курсе. Выяснилось, что топография трабекулярной системы написана очень поверхностно, к тому же противоречиво, причем в подавляющем большинстве руководств. В первую очередь потому, что когда описывали топографию и строение дренажной системы глаза (в 1912 году это впервые сделал Зальцман), офтальмологи не предполагали, что можно оперировать внутри этой структуры, на отдельных ее слоях. Сейчас хирургия достигла такой высоты, а представление о топографии у нас еще старое, вековой давности. Однако надо отдать должное Максимилиану Зальцману, кстати, русский перевод его работы был сделан

в 1913 году, ровно 100 лет назад. Это пособие до сих пор остается моей настольной книгой. Совершенно воспитательная работа по точности, обстоятельности. Многие современные морфологи не дотягивают до уровня этой книги. С этого и начался мой интерес к морфологии. Выяснилось, что, кроме синусного оттока, можно посмотреть, как работает увеосклеральный отток. Потом выяснилось, что увеосклеральный отток сам по себе работать не будет, а только при условии активной аккомодации. А тут уже — полшага до глаукомы, до всех тех идей, которые мы высказывали в последнее время, а именно: о дисаккомодационной глаукоме, о роли увеосклерального оттока, о взаимосвязи гидродинамики с аккомодацией, о возможной роли пресбиопии как

пускового механизма или даже одной из причин открытоугольной глаукомы. Логично предположить, что своевременно и правильно проведенная фактомульсификация может вызвать радикальные перемены в течении глаукомного процесса вплоть до (как это ни странно звучит) полного излечения. Мы сейчас набираем статистические данные, но наши зарубежные коллеги по количеству нас опередили. Данные по нескольким сотням пациентов свидетельствуют о том, что фактомульсификация может обеспечивать достаточно выраженный и длительный гипотензивный эффект. Но не у всех и не всегда. А у кого, когда и как, и что сделать для того, чтобы это было предсказуемым — этим мы сейчас активно и занимаемся.

— Еще одна весьма распространенная причина слепоты и слабоумия — офтальмологические осложнения при диабете. Какая научная работа проводится в этой области?

— В связи с длительным недофинансированием в самарской офтальмологии накопились большие проблемы. Хотелось решить все сразу, но решали поэтапно. Сначала мы взялись за глаукому, затем — за катаракту. Когда количество и качество проводимых операций достигли нормального уровня, мы подошли к диабету. Здесь также сложились и объективные, и субъективные предпосылки: появилось оборудование, удалось найти специалистов. Заведующая офтальмо-эндокринологическим кабинетом, Альфия Гумаровна Исакова, по первому образованию эндокринолог, по второму — офтальмолог. Теснее стали наши контакты с эндокринологами, хотя они пока меня не устраивают, так как мы делаем больше шагов в сторону эндокринологов, чем они — в нашу сторону. Но под руководством Альфии Гумаровны работа кабинета систематизирована, речь сегодня идет уже о тысячах коагуляций. Совсем недавно мы делали в 3-4 раза меньше коагуляций, чем положено. Думаю, через 2-3 года мы выйдем на необходимое количество вмешательств. У нас есть 3 обычных и 3 паттерн-коагулятора, что почти достаточно для нормальной работы. Колоссальную помощь оказывают наши мобильные офтальмологические комплексы. Один из них также оснащен лазеркоагулятором, и мы оказываем помощь больным при диабетической ретинопатии в различных районах области, что находит у граждан положительный отклик. Плюс совершенно уникальная система Navias, позволяющая проводить лечение диабетического макулярного отека на абсолютно новом уровне. У нас пока остается довольно серьезная проблема, накопившаяся из-за недостаточного количества проведенных лазеркоагуляций (у нас избыточное количество запущенных стадий диабета). Но за последние несколько лет после проведенной модернизации у нас нормализовалось положение

с витреоретинальными рабочими местами, выросло вдвое количество хирургов, готовим новых врачей. Я думаю, в течение 2-3 лет мы снимем остроту проблемы. То есть по диабету дело пошло, можно так сказать.

— На базе Самарской клинической офтальмологической больницы располагается одна из наиболее известных в стране, единственная в Поволжье, лаборатория, где изготавливаются глазные протезы. Расскажите, пожалуйста, о ее значении в борьбе с анофтальмом.

— Лаборатория занимается не только косметическими протезами, но и лечебными, которые мы вставляем пациентам сразу после операции. Более того, нам удалось включить это в систему ОМС. Работа лаборатории ведется в тесном контакте с хирургами, которые готовят энуклеацию с учетом последующего протезирования. Мы работаем по программе протезирования инвалидов. В год 70-80 человек протезируется бесплатно, плюс индивидуальный протезирование на платной основе. Вопрос заключается в стоимости протезов, наличии художников. Конечно, хотелось бы придумать современную технологию типа цветной печати радужки. Но пока все делается вручную. Правда, все, что печатается, не настолько биологически совместимо и устойчиво. Думаем попробовать другие виды пластмасс. Мы уже перешли со стеклянных протезов на пластмассовые — в этом есть свои плюсы. Немцы, например, в некоторых своих лабораториях продолжают делать стеклянные протезы и гордятся этим. Но пластмассы все-таки лучше.

К нам приезжают из других городов, хотя объемы лаборатории не настолько велики, как следовало бы. С другой стороны, несмотря на очевидные достижения лаборатории, хотелось бы больше внимания уделять не коррекции анофтальмов, хотя в ряде случаев это крайне важно, а их предупреждению.

— Расскажите, пожалуйста, о Вашей клинической лаборатории, где проводятся уникальные цитологические и иммунологические исследования.

— Это — довольно давняя история. Без цитологии добиться успехов в лечении целого ряда заболеваний достаточно сложно. Тест-полоски на аденовирусный конъюнктивит удобны, но не во всех случаях дают желаемый результат. Не всегда без цитологии можно отличить хронический конъюнктивит от синдрома «сухого глаза». Без цитологии трудно себе представить работу, безусловно, это очень серьезное подспорье.

— Андрей Владимирович, какой процент общего объема оказываемой медицинской помощи составляют платные услуги? Какие вопросы удастся решить за счет привлечения внебюджетных средств?

— Процент небольшой, около 10%. Это не много, во многих клиниках платные услуги достигают едва ли половины объема медицинской помощи. В нашем случае все эти годы упор делался на обеспечение более адекватного финансирования по ОМС. Можно, конечно, поставить перед собой задачу зарабатывать деньги, а можно — обеспечить максимальный доступ людей к качественной бесплатной помощи. Да, мы не заработали каких-то денег, но мы сформировали более адекватную, чем во многих других регионах систему работы в ОМС. Как следствие — доплата с пациентов нам либо вообще не нужна, либо нужна в крайне редких случаях, за какие-то дополнительные услуги. Понятно, что рефракционная хирургия стоит особняком, а по прочим видам хирургии по ОМС мы обеспечены очень качественно. Я думаю, в течение 2-3 лет мы снимем остроту проблемы. То есть по диабету дело пошло, можно так сказать.

За 2004 или 2005 год была опубликована статья, автор которой на основании многочисленных исследований приходит к выводу о том, что непрооперированная катаракта повышает вероятность смерти на очень существенный процент. Более того, есть понятие «сенсорная депривация», которая по почке вызывает деградацию всех сенсорных систем, и продолжительность жизни человека со сниженным зрением или сниженным слухом или обонянием начинает прогрессивно снижаться. И тем сильнее, чем сильнее депривация. Известно, что около 80% информации человек получает через зрение, отсюда следует, что сенсорная депривация за счет снижения зрения самая жесткая. Как следствие — самый высокий риск сокращения жизни связан с этим видом депривации. А если обратиться к экономике, валовый внутренний продукт страны зависит от качества жизни и от продолжительности жизни ее граждан. Высокая продолжительность жизни выгодна государству по многим статьям, даже только с гуманитарной точки зрения, но и чисто по экономическим соображениям.

— Японцы, европейцы и американцы это поняли давно... Верно, но это отдельная тема.

— Успешно ли решаются ли в Самарской области вопросы материально-технического обеспечения медицинских учреждений?

— И да, и нет. Очень много сделано по программе модернизации, хочу поблагодарить за это наше министерство. За последние годы нам, действительно, удалось оснастить больницу очень хорошо. Однако не решен вопрос оснащения офтальмологических кабинетов в поликлиниках. Когда он будет решен, не знаю. Я, как главный специалист, постоянно оказываю давление на главных врачей, однако они находятся в стесненных условиях, но движение вперед заметно. Есть идея создания межрайонных консультативно-диагностических центров, можно оснастить их лазерами для оказания также и лечебной помощи. Во-первых, необходимо приблизить помощь населению, во-вторых, хоть как-то компенсировать недостаток технической оснащенности в медучреждениях районного уровня. Если жители Самары могут приехать к нам, то из отдаленного района это не всегда получится, особенно зимой.

Первая ласточка — мы оснастили отделение в Чапаевске, это практически наш филиал. Сам город небольшой, но интересный. К нему стекаются все дороги юго-западного транспортного «куста» Самарской области. Значительную часть жителей области можно лечить там. Мы установили в Чапаевске микроскоп, фактомульсификатор, ОКТ, периметр, фундус-камеру. Через пару месяцев поставим лазер, и можно будет отлично работать. Помощь людям станет более доступная, и клинику немного разгрузим. Более сложные случаи будем, конечно, лечить здесь, в Самаре.

Проблема в том, что офтальмология — специальность, требующая больших вложений в оборудование. Одним лишь организационными мерами многие вопросы не решить, но что можно делать за счет организации, мы делаем. В прошлом и позапрошлом году провели несколько совещаний с врачами общей практики. Их в Самаре много и они с большим энтузиазмом откликнулись. Мы читали лекции, проводили практические занятия по офтальмоскопии, тонометрии. Надо продолжать эту работу, так как в какой-то степени врачи общей практики могут взять на себя функции офтальмологов.

— Хотя офтальмология пока не входит в число приоритетных направлений.

— И не скоро войдет, ведь «от катаракты не умирают», но... Насколько я помню, в журнале «Ophthalmology»

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА



OCT на оптическом когерентном томографе OPTVue-100



Оптическая биометрия на IOL Master 500 Zeiss

— Вы сказали, что вынуждены оказывать давление на главных врачей клиник при решении вопроса об организации офтальмологических кабинетов. То есть, кроме трудностей финансирования, существуют и организационные проблемы?

— От главных врачей зависит вопрос перераспределения ставок, фонд заработной платы — это прерогатива главного врача. Если он не понимает сравнительную значимость пульмонологии, гастроэнтерологии и офтальмологии, наш долг ему напомнить и привести аргументы, которые бы позволили склонить чашу весов в пользу офтальмологии. Однако другие главные специалисты пытаются склонить чашу весов на свою сторону. Но в последнее время имидж офтальмологии удалось поднять на должный уровень.

— Иными словами, если главный врач дает добро, находятся средства оснастить кабинет всем необходимым, найдутся и специалисты, которые будут там работать?

— В общем, да. Но, к сожалению, это часто происходит в ущерб другой специальности за счет перераспределения средств. С одной стороны, я давлению на главных врачей, с другой — понимаю, в каком положении они находятся. Это всегда поиск компромиссного решения.

— Как Вы считаете, почему многие пациенты стремятся получить офтальмологическую помощь в федеральных медицинских учреждениях, а порой направляются за рубеж? В чем причина недовольства к врачам, работающим в районных поликлиниках и больницах?

— В других регионах, возможно, такое положение и существует, у нас — нет. Хотя, конечно, люди ездят за границу, но и оттуда к нам приезжают лечиться. Буквально пару недель назад был пациент из Италии, он был благодарен нашим врачам, его прекрасно прооперировали.

— Он специально приехал к нам на лечение?

— Да, в Самаре работали его знакомые, он навел о нас справки и решил, что здесь ему будет лучше, и не ошибся. Ему прооперировали катаракту на обоих глазах, все прошло замечательно.

В годы, когда у нас не было витреоретинального оборудования, мы были вынуждены отправлять пациентов в федеральные центры. Сейчас это касается онкологии



Значительное и устойчивое снижение ВГД¹

¹Boyle JE, Ghosh K, Gieser DK, et al. for the Dorzolamide-Timolol Study Group. A randomized trial comparing the dorzolamide-timolol combination given twice daily to monotherapy with timolol and dorzolamide. Ophthalmology. 1998;105 (10):1945-1951.

Краткая информация по безопасности препарата Косопт® (Сосорг), ЛП №01096.

МНН: дорзоламид + тимолол. Форма выпуска: капли глазные. Показания к применению: КОСОПТ используется для лечения повышенного внутриглазного давления при открытоугольной глаукоме и псевдоэкзофтальмической глаукоме. Противопоказания: Бронхиальная астма, бронхиальная астма в анамнезе, тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких, Синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада II-III степени, выраженная сердечная недостаточность, кардиогенный шок, Тяжелая почечная недостаточность (СКВ меньше 30 мл/мин). Дистрофические процессы в роговице. Беременность и период кормления грудью. Повышенная чувствительность к любому компоненту препарата. Детский возраст до 18 лет (в связи с недостаточной изученностью эффективности и безопасности). С осторожностью: Реакции со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы КОСОПТ может абсорбироваться в системный кровоток. Входящий в состав препарата тимолол является бета-адреноблокатором, таким образом, побочные реакции, известные при системном применении бета-адреноблокаторов, могут отмечаться при местном применении препарата. В том числе обострение вазомоторной стенокардии (стенокардии Принцметала), нарушения периферического и центрального кровообращения, гипотония. Пациенты с тяжелой патологией сердца в анамнезе и признаками сердечной недостаточности должны находиться под тщательным наблюдением, необходимо следить за пульсом у таких пациентов. Побочные эффекты: Побочные реакции ограничивались уже известными побочными эффектами дорзоламид гидрохлорид или тимолола малеата. Около 2,4% пациентов препарат был отменен в связи с местными побочными реакциями, у 1,2% пациентов препарат был отменен из-за местных побочных реакций по типу гиперчувствительности или аллергии. Среди наиболее частых побочных эффектов имели место: чувство жжения или зуд в глазу, искажение вкуса, зрелища, роговицы, инъекция конъюнктивы, нечеткость зрения, слезотечение. Известны следующие возможные побочные эффекты компонентов препарата: Дорзоламид гидрохлорид: Головная боль, воспаление века, раздражение и шелушение века, астенистическая утомляемость, сухость в полости рта (местное применение). Со стороны глаза: отек конъюнктивы, блефарит, кератит, снижение чувствительности роговицы, сухость в постмаркетинговый период наблюдения отмечались следующие нежелательные явления: синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.

ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1. Тел.: +7 (495) 916-71-00, Факс: +7 (495) 916-70-94, www.merck.com, ОРНТ-1061817-0008, 12.02.2012



Alcon
a Novartis company

Июль 2013, RUS13SYSF002

Больше, чем просто защита



1. Christensen MT, Blackie CA, Roth DR, et al. An evaluation of the performance of a novel lubricant eye drop. Poster 0692 presented at: The Association for Research in Vision and Ophthalmology Annual Meeting, May 2-6, 2010; Fort Lauderdale, FL. Christensen MT, Blackie CA, Roth DR, et al. Оценка эффективности нового увлажняющего глазного капли. Покер 0692 представлен на ежегодном собрании Ассоциации исследования зрения и офтальмологии, Май 2-6, 2010; Форт-Лодердейл, Фл. 2. Lane S, Fough W, Webb JR, Christensen MT. An evaluation of the in vivo wettability of a novel artificial tear as compared to a placebo control. Poster 0623 presented at: The Association for Research in Vision and Ophthalmology Annual Meeting, May 2-6, 2009; Fort Lauderdale, FL. Lane S, Fough W, Webb JR, Christensen MT. Оценка эффективности нового увлажняющего глазного капли. Покер 0623 представлен на ежегодном собрании Ассоциации исследования зрения и офтальмологии, Май 2-6, 2009; Форт-Лодердейл, Фл. 3. Davis J, Christensen MT, Christensen MT, et al. Efficacy in patients with dry eye after treatment with a new lubricant eye drop formulation. J Ocul Pharmacol Ther. 2010; 26(4):347-353. (Davis J, Christensen MT, et al. Эффективность лечения нового увлажняющего глазного капли. Доклад на симпозиуме по управлению и лечению дисфункции слезной железы. Report of the Subcommittee on Management and Treatment of Meibomian Gland Dysfunction. IOVS 2011;52(4).) (Davis J, et al. Международная рабочая группа по Дисфункции Меибомиевых желез. Report подкомитета по управлению и лечению дисфункции слезной железы. IOVS 2011;52(4).)

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

Профессиональные традиции, сплоченная команда — Центр коррекции зрения «ОКТОПУС». 20 лет с вами!

< стр. 1

и посттравматическими поражениями глаз (колобома радужки, бельмо роговицы и т.д.), нистагмом, кератоконусом, нарушениями бинокулярного зрения, астигматизмом, пресбиопией. Так, занимаясь контактной коррекцией, руководство ЦКЗ «ОКТОПУС» пришло к выводу, что необходимо оказывать пациентам различные виды офтальмологической помощи.

1996 год — создана розничная сеть кабинетов контактной коррекции, где целью работы было не просто продать товар или оказать услугу, а комплексно решить зрительную проблему пациента. Ведь контактная коррекция не исключала потребности в традиционной очковой коррекции. Требовалось применение смешанных видов коррекции по медицинским показаниям. Специалисты ЦКЗ «ОКТОПУС» пошли по пути сочетания и взаимодополнения различных видов коррекции.

1997 год — открылся первый салон современной очковой оптики. Применение возможностей современных очковых линз помогало решать как зрительные проблемы, так и эстетические задачи. ЦКЗ «ОКТОПУС» один из первых освоил подбор, изготовление и продажу прогрессивных очков. В салонах можно подобрать оптику любого ценового диапазона.

1998 год — начинает работу новое направление. Приобретение диагностического оборудования открывает возможности проведения более комплексного обследования, раннего выявления и своевременного лечения различных глазных заболеваний. Для диагностики используется УЗ-биометрия, пахиметрия, топография роговицы, авторефрактометрия, бесконтактная тонометрия, тонография, определяются поля зрения с помощью компьютерной периметрии, производится осмотр глазного дна



Дорогие друзья!

Газета «Поле зрения» и издательство «Апрель» поздравляет сотрудников Центра коррекции зрения «Октопус» с 20-летним юбилеем.

Все эти годы ваш Центр динамично развивается, и секрет успеха в талантливом, сплочённом коллективе. От вашей компетентности, профессионализма, ответственного подхода к делу зависит здоровье пациентов, которые доверяют вам.

Желаем вам и впредь идти в ногу со временем, поддерживать высокие стандарты качества медицинской помощи.

с линзой Гольдмана и т.д. Помимо консультаций, разработана программа динамического наблюдения, включающая регулярный контроль состояния глаз пациента. ЦКЗ «ОКТОПУС» становится многопрофильным медицинским центром.

С 2000 года в ЦКЗ «ОКТОПУС» начинают внедряться новые технологии, занимающие лидирующее положение за рубежом. Открывается клиника эксимерлазерной хирургии глаза, владеющая тремя самыми передовыми технологиями коррекции зрения: ФРК, ЛАСИК и ЛАСЕК, при этом две последние методики применяются исключительно специалистами «ОКТОПУСа».

С 2007 года в клинике «ОКТОПУС» проводятся операции по удалению катаракты преимущественно по методике бесшовной

хирургии ФЭК (факоэмульсификация катаракты). Все виды операций выполняются амбулаторно, проводятся под местной анестезией, с наименьшим уровнем дискомфорта, занимают всего несколько минут.

Весной 2008 г. офтальмологическая клиника «ОКТОПУС» открывается в новом отдельном помещении. Это дало возможность принимать большее количество пациентов и развивать новые направления деятельности — хирургическое лечение глаукомы на ранних стадиях, а также лечение возрастной макулярной дегенерации с помощью интравитреальных инъекций люцентиса.

2010 год — ЦКЗ «ОКТОПУС» озаменован открытием второй клиники, которая стала центром, специализирующимся на хирургическом лечении глаукомы и катаракты, а с 1 октября 2012 года — и на эксимерлазерной рефракционной хирургии.

На сегодняшний день ЦКЗ «ОКТОПУС» принадлежит сеть салонов очковой коррекции, где посетителям предлагаются оправы немецких, итальянских, французских, корейских производителей, а также самые современные и высокотехнологичные очковые линзы с асферическим дизайном от Rodenshtok, Essilor, HOYA, в том числе прогрессивные и спортивные.

ЦКЗ «ОКТОПУС» сегодня — это комплексный медицинский центр, соответствующий мировым стандартам, оснащенный современным медицинским оборудованием; квалифицированные специалисты способны решать самые разнообразные проблемы органов зрения.

«В этом году Центр коррекции зрения «ОКТОПУС» отмечает 20-летие успешной работы! На протяжении этого времени компания росла, успешно развивалась, стремилась максимально полно удовлетворять нужды пациентов. 20-летний юбилей — это не просто праздник, это повод задуматься о перспективах и поблагодарить партнеров и коллег, которые оказывают поддержку всем нашим начинаниям. Спасибо Вам, что Вы с нами!»

Вячеслав Пилиягин,
генеральный директор
ЦКЗ «ОКТОПУС»



— Ольга Николаевна, расскажите об истории клиники, что послужило толчком к ее созданию в далеком уже 1993 году?

— 20 лет назад контактная коррекция в Самаре была представлена одной-единственной лабораторией, которая не справлялась с потребностями граждан в контактных линзах, а потребность была огромной. Именно в начале 90-х годов был дан толчок бурному развитию контактной коррекции, и очень многие пациенты хотели использовать именно этот вид коррекции зрения.

В России тогда еще не было представлено такое количество иностранных фирм, которые могли бы предложить свою продукцию. И генеральный директор компании Вячеслав Игоревич Пилиягин начал с того, что организовал собственное производство контактных линз. Следом — были открыты первые кабинеты контактной коррекции. Следующим шагом в развитии стала очковая коррекция, а затем — и хирургические методы лечения и коррекции. Так постепенно мы выросли в солидный центр. Мы полностью отдавали себе отчет в том, что нельзя продвигать какой-то один метод коррекции, коммерческие интересы не должны превалировать там, где речь идет о здоровье человека. Когда есть выбор, это уже медицинский подход к решению проблемы, а не чисто коммерческий. Только медицинские показания являются поводом назначения того или иного метода коррекции.

— То есть вы ни в коей мере не конкурируете с больницей?

— Больница им. Ершова-Евдокимова вне конкуренции, это сложившийся за 50 лет коллектив, там работают наши учителя. Мы все вышли оттуда, можно так сказать. Но тем не менее с началом работы в системе ОМС некоторая цивилизованная конкуренция существует.

— Имеют ли возможность граждане с невысоким достатком рассчитывать на получение помощи в центре «ОКТОПУС», или ваши пациенты — люди не бедствующие?

— Наш центр входит в систему ОМС, и, соответственно, люди получают высококачественную медицинскую помощь бесплатно. Доктора при этом не ощущают дискомфорта, который порой испытывают врачи, вынужденные брать с пациентов деньги. У нас даже существует небольшая очередь на операции.

— Ольга Николаевна, некоторые Ваши коллеги, работающие в частной медицине, указывают на неравные условия, в которые поставлены государственные и частные клиники в рамках системы ОМС. Объясняется такое положение несовершенством законодательства. Вы согласны, что такая проблема существует?

— Я практически полностью согласна с этим мнением. Хотя у нас в Самарской губернии войти в систему ОМС достаточно просто серьезным клиникам, но остается много формальных сдерживающих факторов для развития системы ОМС.

— Однако государственные клиники находятся в таком же положении...

— Да, но государственные клиники получают отдельный бюджет на оборудование, ремонт и т.д. Мы же на покупку оборудования должны тратить средства, получаемые за счет платных услуг. Входящие условия в государственной клинике намного комфортнее: там уже работает дорогостоящее оборудование, и закуплено оно по другому каналу финансирования. Кроме того, нам нужно на прибыль, а в системе ОМС ее нет.

— Вчера в разговоре со мной Вы упомянули о том, что газета «Поле зрения» иногда служит Вам источником тем для проведения семинарских занятий с врачами. Расскажите, пожалуйста, как это происходит. Возможно, некоторым читателям мой вопрос покажется нескромным, но Вы первая, кто об этом сказал, и мы расцениваем Ваши слова как высшую похвалу. Спасибо!

— Вы знаете, в медицине есть корифеи в определенных направлениях. И они на страницах газеты выступают со статьями. Например, лечение амблиопии, ВМД, глаукомы

Мы все — птенцы из гнезда Ершова-Евдокимова

Интервью с главным врачом группы компаний «Центр коррекции зрения «ОКТОПУС», кандидатом медицинских наук, врачом-офтальмологом высшей категории Ольгой Николаевной Купцовой.

— В наших планах на сегодняшний день — идти по пути дальнейшей специализации, в частности, выделить диагностическую линию. Что касается расширения географии — жизнь покажет, насколько это целесообразно.

— Как вы строите свои отношения с больницей им. Ершова-Евдокимова?

— Мы считаем, что поле деятельности в офтальмологии такое широкое, что всем найдется работа. Совместно с клиникой им. Ершова-Евдокимова мы проводим научно-практические конференции. Все врачи мира должны сотрудничать между собой, а уж в пределах одной области — тем более. Такое общение помогает решить многие проблемы пациентов, например, вопросы этапного лечения.

— То есть вы ни в коей мере не конкурируете с больницей?

— Да, это сложившийся за 50 лет коллектив, там работают наши учителя. Мы все вышли оттуда, можно так сказать. Но тем не менее с началом работы в системе ОМС некоторая цивилизованная конкуренция существует.

— Имеют ли возможность граждане с невысоким достатком рассчитывать на получение помощи в центре «ОКТОПУС», или ваши пациенты — люди не бедствующие?

— Наш центр входит в систему ОМС, и, соответственно, люди получают высококачественную медицинскую помощь бесплатно. Доктора при этом не ощущают дискомфорта, который порой испытывают врачи, вынужденные брать с пациентов деньги. У нас даже существует небольшая очередь на операции.

— Ольга Николаевна, некоторые Ваши коллеги, работающие в частной медицине, указывают на неравные условия, в которые поставлены государственные и частные клиники в рамках системы ОМС. Объясняется такое положение несовершенством законодательства. Вы согласны, что такая проблема существует?

— Я практически полностью согласна с этим мнением. Хотя у нас в Самарской губернии войти в систему ОМС достаточно просто серьезным клиникам, но остается много формальных сдерживающих факторов для развития системы ОМС.

— Однако государственные клиники находятся в таком же положении...

— Да, но государственные клиники получают отдельный бюджет на оборудование, ремонт и т.д. Мы же на покупку оборудования должны тратить средства, получаемые за счет платных услуг. Входящие условия в государственной клинике намного комфортнее: там уже работает дорогостоящее оборудование, и закуплено оно по другому каналу финансирования. Кроме того, нам нужно на прибыль, а в системе ОМС ее нет.

— Вчера в разговоре со мной Вы упомянули о том, что газета «Поле зрения» иногда служит Вам источником тем для проведения семинарских занятий с врачами. Расскажите, пожалуйста, как это происходит. Возможно, некоторым читателям мой вопрос покажется нескромным, но Вы первая, кто об этом сказал, и мы расцениваем Ваши слова как высшую похвалу. Спасибо!

— Вы знаете, в медицине есть корифеи в определенных направлениях. И они на страницах газеты выступают со статьями. Например, лечение амблиопии, ВМД, глаукомы

и др., причем все разложено по полочкам, расписано подробно и понятно. Конечно, такой материал мы используем для обучения молодых докторов. Настоящий профессионал говорит о сложных вещах понятным языком; здесь и история вопроса, и диагностический подход, и лечебный подход, и, что немаловажно, практические рекомендации для врачей. В газете выступают не только академики и маститые профессора, но и доктора, обладающие большим опытом по конкретной проблеме.

В этом отношении мне очень нравится, как организована научная работа в ФГБУ «НИИГБ» РАМН, у академика С.Э. Аветисова. Это не только мое мнение. Конференции «Осенние рефракционные чтения», «Дискуссионные вопросы офтальмологии», на мой взгляд, являются образцом научного подхода и научной глубины. Пожалуйста, не расценивайте мои слова как лесть, это на самом деле так. Сегодня некоторые конференции построены по единому шаблону: секция — спонсор — доклад. Некая ангажированность часто просто бросается в глаза. Вы, очевидно, тоже это заметили.

— Ольга Николаевна, не могли бы Вы высказать свои пожелания, какие еще темы мы могли бы осветить в газете, что бы и впредь «Поле зрения» могла служить докторам неким ориентиром?

— Мне просто запала в душу тема рефракции. Наверное, оттого, что существует большая востребованность. Первая конференция, которую организовала компания «ОКТОПУС», называлась «Современные методы коррекции аметропий». Мы рассматривали только методы коррекции. Позже тематика мероприятий расширилась, и в Самаре стали регулярно проводиться конференции под названием «Рефракция». Конференции на эту тему проводятся также в «НИИГБ» РАМН, в Ижевске. Лейтмотив конференций в том, что оптометрия должна идти в ногу с хирургией. Нельзя рефракционному хирургу не знать оптометрию. Может быть, я говорю крамольные вещи, но это — мое мнение.

— Наверное, заключительный вопрос. Вы учились здесь, в Самаре?

— Да, я окончила Куйбышевский медицинский институт, защитила кандидатскую диссертацию в МНТК «Микрохирургия глаза», моим руководителем был профессор Корниловский Игорь Михайлович.

— Благодаря Вас, Ольга Николаевна, за интересную беседу. Всего Вам самого доброго!

Интервью подготовил
Сергей Тумар

ОДНОЭТАПНАЯ ТРОАКАРНАЯ СИСТЕМА ТИПА MVR

Калибр 23, 25 и 27

Вдохновлено вами, создано DORC

ИЗДАТЕЛЬСТВО

www.aprilpublish.ru

Свежий взгляд на офтальмологию

Главная

Издательство

Периодические издания

Книги

Авторам

Услуги

Контакты



Тихон Иванович ЕРОШЕВСКИЙ — великий Гражданин России, блистательный ученый, талантливый организатор науки, одаренный учитель, выдающийся педагог

Офтальмологическая общественность России с великим почтением отметила 50-летний юбилей детища профессора Т.И. Ерошевского — первой в стране специализированной офтальмологической клинической больницы, носящей его имя. Уникальность данного учреждения состоит в том, что прозорливый ум Тихона Ивановича Ерошевского сумел объединить кафедру, проблемную лабораторию по изучению глаукомы и больницу. Сотрудники объединенного коллектива занимались наукой, лечением больных и растили новые поколения офтальмологов.

В.М. Малов

Заведующий кафедрой офтальмологии Самарского государственного медицинского университета, Заслуженный врач РФ, профессор

Е.Б. Ерошевская

профессор кафедры офтальмологии Самарского государственного медицинского университета

Основатель одной из крупнейших офтальмологических школ, всемирно известный ученый, Герой Социалистического Труда СССР, лауреат Государственной премии СССР, заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент АМН СССР, почетный гражданин города Куйбышева и болгарского города Гурково, профессор Тихон Иванович Ерошевский родился 26 июня 1902 года в селе Кашпирские хутора Сызранского уезда Самарской губернии в семье сельского священника.

Юность Тихона Ерошевского проходила в годы Октябрьской революции. И с юных лет проявились в нем активная жизненная позиция, большие организаторские способности. Охваченный идеями революции, он в 1919 году, вопреки воле отца, смело и решительно вступает в комсомол, а в 1920 — в ряды Российской коммунистической партии (большевиков), работает на постах секретаря райкома комсомола и волостного комитета, в аппарате губкома РКП(б). Большая тяга к знаниям, науке привела его в 1921 году в Самарский государственный университет на математический факультет. Но через год он меняет свой выбор и посвящает себя медицине. Занчивал свое обучение он уже в

Саратовском университете. Будучи студентом пятого курса, стал участником летучего отряда по ликвидации трахомы в Кара-Калпакии и тогда же понял всю грандиозность несчастья потери зрения. Юный медик твердо решил, что будет офтальмологом. По окончании университета Тихон Ерошевский по приглашению своего учителя профессора К.А. Юдина был назначен на должность ординатора, затем ассистента кафедры глазных болезней Саратовского университета. Одновременно как талантливый организатор исполняет должность директора Саратовского краевого офтальмологического института. В 1937 году Тихону Ивановичу были присвоены ученая степень кандидата медицинских наук и звание приват-доцента.

В 1933 году Тихон Иванович с восторгом прослушал исключительно яркий доклад академика В.П. Филатова на заседании Московского офтальмологического общества об успехах кератопластики, увлекся идеями великого ученого, что в значительной степени предопределило направление научных исследований Т.И. Ерошевского, а в будущем и его школы.

В 1939 году Т.И. Ерошевский направляется в Сталинград, где организует клинику на 100 коек, возглавляет кафедру глазных болезней и одновременно является заместителем директора по научной работе. В Сталинграде его застают Великая Отечественная война. Из «Очерков истории Волгограда» М.А. Водолагина мы узнаем, что «весь период обороны Сталинграда профессор Т.И. Ерошевский принимал активное участие в ней как руководитель глазной клиники, которая была превращена в глазной госпиталь, и как областной консультант всех эвакуированных



В операционной

города». Удивительным является то, что в тяжелейшие военные годы Тихон Иванович не приостанавливал научно-исследовательской деятельности. Его не покидала мысль о чудесах кератопластики, о которых на протяжении 10 лет мечтал после встречи с патриархом советской офтальмологии, основоположником Одесского научно-исследовательского института глазных болезней и тканевой терапии, академиком В.П. Филатовым. Тихон Иванович очень дорожил доверительными дружескими отношениями, которые сложились между ним и великим ученым. В 1943 году Тихон Иванович блестяще

защитил докторскую диссертацию, посвященную иннервации роговичного трансплантата, его консультантом по морфологической части и оппонентом был профессор В.Н. Архангельский. В 1944 году Тихону Ивановичу было присвоено звание профессора.

В 1948 году в Сталинграде была издана первая монография Т.И. Ерошевского «Пересадка роговицы». А уже через год, в 1949 году, Т.И. Ерошевского назначают директором Куйбышевского медицинского института и заведующим кафедрой глазных болезней.

Тихон Иванович принял кафедру, которую с 1919 года, когда в Самарском университете был открыт медицинский факультет, возглавляли крупные ученые, хорошо известные как в нашей стране, так и за рубежом. Это профессора Л.И. Сергиевский, П.М. Батраченко, В.Н. Архангельский, Б.Х. Орлов, Л.В. Рокицкая, А.В. Лотин, А.И. Дашевский, создавшие оригинальные направления в науке.

В Куйбышеве, на родной земле, проявился талант Т.И. Ерошевского как ученого-новатора и педагога, блестящего клинициста и крупнейшего организатора. Тихон Иванович активно развивает новые, перспективные направления научных исследований, проводит Всероссийскую конференцию офтальмологов, две Поволжские конференции по глаукоме. Приоритетным направлением стало хирургическое лечение врожденной глаукомы, когда Т.И. Ерошевский в 1952 году, впервые в нашей стране, применил и усовершенствовал микрооперации на углу передней камеры глаза, создав центр лечения детей с этой тяжелой патологией. Как ученого с мировым именем Т.И. Ерошевского приглашают на международные форумы. Он принимает участие в работе конгрессов офтальмологов в Лейпциге и Канаде, Кабуле и Праге, Каире и Багдаде, проводит консультации и показывает операции. Все это способствовало росту популярности и авторитета профессора Т.И. Ерошевского, который стал еще более значительным в связи с созданием им в 1963 году первого в стране специализированного офтальмологического комплекса, включающего стационар на 300 коек, в том числе детское отделение, поликлинику, лабораторию электронной микроскопии, сложного глазного протезирования и контактной коррекции зрения, виарий с операционной и ряд других научных и клинических подразделений. В каждом профилированном отделении были созданы просторные тематические учебные комнаты, оборудованные наглядными учебными пособиями, и специальные помещения для офтальмоскопии.

Тихон Иванович бесценно руководил кафедрой в течение 35 лет — до 1984 года, из которых 10 лет одновременно возглавлял Куйбышевский медицинский институт.

Научные направления Т.И. Ерошевского отличались большим разнообразием. С работ над проблемой пересадки роговицы Тихон Иванович, являясь последователем академика В.П. Филатова, начал свой путь в науке. Будучи одним

из ведущих специалистов по проблеме кератопластики в нашей стране, Т.И. Ерошевский неоднократно выступал на отечественных съездах, конференциях и международных форумах, выезжал для чтения лекций и демонстраций показательных операций (Кабул, 1956; Багдад, 1961). Тихон Иванович сумел увлечь своими идеями и учеников — людей, одержимых в науке и неразрывно связанных с клинической практикой. Научные разработки шли по морфологическому и иммунологическому направлениям (В.Г. Абрамов, А.И. Гмыря, А.А. Бочкарева, С.Е. Стукалов). Была разработана классификация помутнений роговицы, изучены показания и противопоказания к послойной, сквозной, частичной, субтотальной кератопластике, усовершенствована техника, методика фиксации трансплантата. Вдохновленный идеями своего соратника, единомышленника и наставника — академика В.П. Филатова, Тихон Иванович пошел по пути длительной консервации роговицы и создал в Куйбышеве в 1972 году первый отечественный глазной банк, обеспечивавший донорским материалом все нуждающиеся в нем клиники Советского Союза. Особое направление составили поиски способов длительной консервации роговой оболочки при низких, сверхнизких температурах, изучена консервация с различными добавками (глицерин, диметилсульфоксид), методом высушивания, с сохранением в сырьотке рецепиента, гамма-глобулине (Н.М. Савушкина, А.И. Протасов, Н.М. Яхина, В.К. Степанов). Большой научный вклад представляет собой разработка методов исправления обезображивающих бельм косметическими контактными линзами, изготовляемыми в лаборатории контактной коррекции при глазной клинике (Л.Д. Малюта). Тихона Ивановича всегда привлекали новые интересные проблемы, отличающиеся особой сложностью. Таковой была проблема кератопротезирования в лечении так называемых, по В.П. Филатову, «безнадёжных» бельм (В.Я. Бедило). В клинике создана оригинальная конструкция кератопротеза (Б.Ф. Черкунов, В.М. Малов, 1970).

Значительное место в научных исследованиях занимало изучение патогенеза, клиники и лечения больных первичной глаукомой. Созданная им проблемная научно-исследовательская лаборатория стала «кузницей» научных и педагогических кадров. Практически все ассистенты, доценты и профессора были ее воспитанниками. Фундаментальные исследования по

проблеме глаукомы проведены учеником Т.И. Ерошевского, лауреатом Государственной премии СССР А.П. Нестеровым, автором открытия патогенеза первичной открытоугольной глаукомы, пионером в области изучения гидродинамики глаза, гидродинамических и гидростатических блоков, создателем первого в стране отечественного тонографа.

Большой вклад в изучение первичной и вторичной глаукомы был сделан профессором Д.С. Кролем. Он был первым заведующим проблемной научно-исследовательской лаборатории по изучению глаукомы при кафедре глазных болезней Куйбышевского медицинского института. Принципиально новые положения высказаны им в докторской диссертации, посвященной изучению псевдоэкзофтальмического синдрома. Сотрудниками лаборатории разрабатывались направления по ранней диагностике глаукомы (Н.Б. Лукова, В.М. Петухов, Т.С. Ильичева, Р.П. Шкинунова, В.А. Нуридинов, Д.А. Снисаревский); проводилось гистологическое (Н.В. Панормова, Г.М. Зималонг, Л.Г. Сеннова), биохимическое (Т.Я. Святковская) и электронно-микроскопические исследования изменений в тканях глаза (Н.И. Затулина); исследовалась наследственность при глаукомах (Р.П. Шкинунова, Л.И. Федоровская, Д.А. Снисаревский, Е.А. Разумовская); разрабатывались методы консервативного и хирургического лечения (Л.В. Рокицкая, А.И. Золотарева, И.С. Парфенов, В.М. Петухов, В.П. Артамонов, В.А. Нуридинов); впервые сказано о роли соединительной ткани и инволюционного процесса в патогенезе открытоугольной глаукомы (Н.И. Затулина).

Сотрудниками лаборатории (Н.Б. Лукова, Р.П. Шкинунова, И.С. Парфенов) совместно с администрацией областной глазной клинической больницы А.И. Золотарева организованы первые глаукомные центры, разрабатывались принципы диспансеризации больных глаукомы, издавались методические рекомендации.

Важное значение в лечении больных глаукомой Т.И. Ерошевский придавал медикаментозным методам — гипотензивной и деструктивной терапии, считая, что необходимо лечить больной глаз в больном организме. Не меньшую роль играет и хирургическое лечение, особенно с появлением микрохирургии, в становлении которой было много сделано непосредственно Тихоном Ивановичем. Он один из первых в стране выполнил трабекулектомию, широко используемую офтальмологами и в настоящее



«За статью хвалю!»

«Вернуть зрение человеку — это великая радость и счастье. И мы делаем все, чтобы воспитать, привить любовь к своей профессии у молодых специалистов. Ученый сам по себе это, конечно, многое, но это еще не все. Я радуюсь успехам не только своим, но и тех, кто учится у меня. Мне, возможно, повезло, но я всегда был в погоне за способными и талантливыми, хотел увлечь, искал одержимых и упорных в науке, и в этом есть ощутимые результаты.»

Т.И. Ерошевский

время. Были предложены новые высокоэффективные вмешательства с патогенетической направленностью (Б.Т. Ерошевский, И.С. Парфенов, Н.Б. Лукова, В.М. Петухов).

Ближайшими помощниками в разработке проблемы врожденной глаукомы и детской патологии были врачи Л.К. Боброва, С.Л. Голубев, С.С. Галеев, Т.Е. Сетина, Б.В. Белянская, Л.В. Чайка. Накопленный Т.И. Ерошевским опыт лечения врожденной глаукомы не имел себе равного в мире. В Самарскую глазную клинику и ныне приезжают больные из всех регионов нашей страны. Учитывая большие перспективы офтальмологической помощи детям, Министерством здравоохранения России организован в 1989 году на базе детского отделения Самарский детский центр микрохирургии глаза, руководителем которого был назначен доцент С.Л. Голубев. Впервые в стране был апробирован генетический анализ при врожденной глаукоме, выявлена патогенетическая связь позднего гидрофтальма с открытоугольной глаукомой, осуществлено прогнозирование патологии у будущих потомков на основе медико-генетического консультирования (Р.П. Шкинунова).

Ученик Т.И. Ерошевского, профессор Б.Ф. Черкунов, создавший свое оригинальное научное направление в офтальмологии по восстановлению слезоотводящих путей, отмечал, что Тихона Ивановича отличало главное его качество как ученого — умение смотреть далеко вперед, браться за проблему, когда она только еще намечалась в науке. Среди наиболее актуальных задач кафедры и больницы было лечение самого распространенного заболевания — помутнения хрусталика. Одной из первых приезжают больные из всех регионов нашей страны. Учитывая большие перспективы офтальмологической помощи детям, Министерством здравоохранения России организован в 1989 году на базе детского отделения Самарский детский центр микрохирургии глаза, руководителем которого был назначен доцент С.Л. Голубев. Впервые в стране был апробирован генетический анализ при врожденной глаукоме, выявлена патогенетическая связь позднего гидрофтальма с открытоугольной глаукомой, осуществлено прогнозирование патологии у будущих потомков на основе медико-генетического консультирования (Р.П. Шкинунова).

Наиболее ярким, талантливым и любимым учеником профессора Т.И. Ерошевского был С.Н. Федоров. Их встреча, явившаяся началом большой дружбы, по существу произошла в трудный для Святолава Николаевича период. На I Всероссийском съезде офтальмологов (1963 г.) Тихон Иванович выступил в защиту инициативы С.Н. Федорова. Здесь проявился дар научного предвидения, гражданского

мужества, честности и принципиальности. Четко аргументируя свои взгляды на существо проблемы, он вступил в полемику, доказывая актуальность и перспективность разрабатываемого С.Н. Федоровым направления по проблемам имплантации искусственного хрусталика. Тихон Иванович оказал смелому исследователю моральную поддержку и создал необходимые условия для его работы. Учитель не ошибся в своем ученике. С.Н. Федоров не только в совершенстве разработал технологию интраокулярной коррекции афакии, подняв ее на мировой уровень, но и сделал ее достоянием всех офтальмологов нашей страны и всего мира. Именно ирис-клипс линза С.Н. Федорова-В.Д. Захарова по-настоящему открыла и утвердила право считать имплантацию искусственного хрусталика неотъемлемой частью хирургии катаракты. Профессор Т.И. Ерошевский начал искать пути внедрения этой технологии у себя в клинике. Первые же операции показали высокую эффективность данного метода коррекции афакии. Тихоном Ивановичем разрабатывался индивидуальный подход к выбору модели



В конце трудового дня



Лазеркоагуляция сетчатки

«Главная задача ученого — передавать эстафету, факел науки молодому поколению. Ученый передает свое кредо, свои мысли, свои идеи другому поколению, а другое — третьему. В этом, вероятно, и бессмертие науки. Наука беспредельна, непрерывна, за ней будущее.»

Т.И. Ерошевский

«Руководитель должен увлечь своих питомцев собственным примером и быть всегда впереди. Это, между прочим, вопрос не простой. Мы воспитываем молодое поколение таким образом, что оно очень быстро догоняет наше поколение. Руководитель должен мыслить в масштабах всей специальности. Он должен смотреть на голову выше своих учеников или уйти со сцены. >> Т.И. Ерошевский



В.Г. Абрамов
(Иваново)



А.П. Нестеров
(Москва)



С.Н. Федоров
(Москва)



В.И. Балабанов
(Саранск)



В.Я. Бедило
(Архангельск)



А.А. Бочкарева
(Ростов-на-Дону)



Д.Я. Винникова
(Оренбург)



А.И. Гмыря
(Донецк)



Н.И. Затулина
(Самара)



А.И. Золотарева
(Куйбышев)



В.И. Кобзева
(Кемерово)



Д.С. Кроль
(Курск)



Н.И. Кудряшова
(Астрахань)



Л.Ф. Линник
(Оренбург, Москва)



Н.Б. Лукова
(Куйбышев)



В.М. Малов
(Самара)



В.А. Мачехин
(Куйбышев, Тамбов)



Н.И. Панфилов
(Пенза)



В.М. Петухов
(Самара)



Л.В. Рокицкая
(Куйбышев)



Н.М. Саушкина
(Чита)



С.Е. Стукалов
(Воронеж)



Р.П. Шикунова
(Самара)



Б.Ф. Черкунов
(Рязань)

и способа фиксации искусственного хрусталика для каждого больного в связи с большим разнообразием патологии хрусталика и сопутствующих изменений глаза, расширялись показания к операции (В.М. Малов, Е.Б. Ерошевская). Метод интраокулярной коррекции, так горячо поддерживаемый Тихоном Ивановичем Ерошевским, довольно быстро вошел в клиническую практику Куйбышевской офтальмологической клинической больницы и всего Поволжского региона как основной метод коррекции афакии. Больница и кафедра офтальмологии в 1989 году стали региональным Поволжским центром микрохирургии глаза.

Обостренное чувство нового, дар предвидения при решении научных проблем сочетались у Тихона Ивановича с разумным консерватизмом и осторожностью, искренняя доброжелательность и естественная простота в общении с людьми, оптимизм, широкая эрудиция — вот те черты характера, которые объясняют обаяние Тихона Ивановича, секрет его особенной популярности.

Сфера научных интересов Т.И. Ерошевского была очень велика. Всех, кто знал Тихона Ивановича и работал с ним, поражали его огромная энергия, постоянная жажда деятельности, исключительное трудолюбие, умение подобрать перспективные творческие кадры, высокое чувство ответственности за судьбы больных и сотрудников неизменно притягивали к нему молодежь, хорошо понимающую главное — наука для Т.И. Ерошевского не род деятельности, не служба и не карьера, наука — это судьба, его жизнь.

Т.И. Ерошевский не оставил без внимания проблему борьбы с прогрессирующей близорукостью. Его привлекала известная идея склеропластических операций. Была освоена предложенная М.М. Шевалевым методика (А.П. Нестеров, Н.И. Панфилов, В.В. Монахова), разработана собственная (совместно с Н.И. Панфиловым) операция — интраамеллярная склеропластика. В последующем на кафедре разработана и внедрена в клиническую практику новая склеропластическая операция (В.К. Степанов) с использованием многолепесткового силикавысушенного склерального трансплантата.

Проблема лечения больных с отслойкой сетчатой оболочки глаза наряду с другими нашла место в научных исследованиях профессора Т.И. Ерошевского и его учеников (Л.Ф. Линник, Н.И. Панфилов, Ю.В. Степанов, В.В. Монахова, В.М. Авилов, С.Д. Стебнев, С.Я. Бранчевская).

Тематика научных исследований непременно включала различные вопросы, связанные с повреждением органа зрения (Л.Ф. Линник, В.А. Мачехин, И.К. Манойлова, А.В. Лапшина, Н.И. Складчиков, В.М. Малов, Е.Б. Ерошевская, О.В. Жукова). Разрабатывались методы лечения ожогов глаз (А.В. Лапшина, А.И. Протасов, Н.М. Яхина). По инициативе Т.И. Ерошевского хирургическое лечение больных с патологией стекловидного тела начало применяться С.Е. Стукаловым в 1958 году. В клинике широко и с успехом стали проводиться уникальные операции закрытого типа,

с подходом через плоскую часть цилиарного тела при гемофтальме и его последствиях, травматической катаракте, эндофтальмите, увеите (Б.Ф. Черкунов, А.Ф. Белянин, С.Д. Стебнев).

Весомый вклад сделан Т.И. Ерошевским и его учениками в принципиально новое и перспективное направление в офтальмологии — лазерную терапию и микрохирургию глазных болезней. На первом этапе это был метод фотокоагуляции, который одним из первых в стране вместе с Т.И. Ерошевским внедрил в клиническую практику выдающийся и талантливый ученик Т.И. Ерошевского — старший научный сотрудник проблемной лаборатории по глаукоме, в последующем заведующий кафедрой глазных болезней Оренбургского медицинского института, впоследствии — заместитель генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза», профессор Л.Ф. Линник, отличавшийся большой эрудицией, ораторским мастерством, даром организатора и высочайшей хирургической техники. Продолжил это направление Н.И. Панфилов, виртуоз офтальмохирургии, защитивший кандидатскую, а в последующем и докторскую диссертацию, работавший большим орадиатором, кто встречается далеко не часто. В последующем, с появлением отечественных лазерных технологий, найдено их широкое применение при целом ряде заболеваний органа зрения (диабетическая ретинопатия, глаукома, внутриглазные новообразования). Первопроходцами в этом деле были Б.Ф. Черкунов, А.Д. Семенов — аспирант Тихона Ивановича, а затем руководитель московского лазерного центра и заместитель генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза», С.Л. Голубев, В.М. Петухов, И.В. Развейкин, С.Д. Стебнев. Все это послужило основанием к открытию в 1981 году межобластного лазерного офтальмологического центра.

Являясь замечательным педагогом, Т.И. Ерошевский оставил неизгладимый след в умах не одной тысячи студентов — будущих врачей. Весьма плодотворно им велась подготовка педагогических и научных офтальмологических кадров. Профессором Т.И. Ерошевским из сотрудников кафедры и больницы был создан единый творческий, целеустремленный коллектив единомышленников достойных ученых и последователей, успешно разрабатывающий актуальные проблемы офтальмологии наряду с систематическим усовершенствованием педагогического процесса. И как синтез науки, педагогики и практического здравоохранения в 1977 году вышел в свет учебник глазных болезней, написанный Т.И. Ерошевским и его учениками. Данный учебник по своей структуре, изложению клинического материала, доступным и востребованным, что выдержал четыре издания. По этому учебнику и в настоящее время учатся студенты нашей страны.

Увлеченность своей профессией, эрудиция, чувство такта, умение общаться с собеседником, больным и широкий круг знаний и навыков характерны и для многих учеников Т.И. Ерошевского. Многие из них в чем-то переросли своего учителя, но они не утратили своей любви

«Ерошевицы» уже завоевали значительную часть российской офтальмологии, а «ерошевизм» имеет солидный авторитет. Появились не только дочерние, но и внучатые ерошевские школы. Пусть и дальше процветает и расширяется школа Тихона Ивановича. >> Академик А.П. Нестеров



Академик В.П. Филатов и профессор Т.И. Ерошевский



Единомышленники. Краснодар, 1963 г.



Профессор Т.И. Ерошевский и аспирант А.Д. Семенов

и восхищения Учителем. «Я был бы очень огорчен и считал свою деятельность бесплодной, если бы узнал, что мои ученики не превзойдут меня», часто цитировал Тихон Иванович слова великого Леонардо да Винчи. В единении учителя и учеников, их взаимопонимании видится общечеловеческий смысл школы Т.И. Ерошевского. Под его руководством выполнено и защищено более 70 докторских и кандидатских диссертаций, 25 учеников Тихона Ивановича возглавили кафедры глазных болезней, научные и лечебные учреждения страны. Это академик РАМН, член-корреспондент РАН С.Н. Федоров, академик РАМН А.П. Нестеров, профессора Л.Ф. Линник (Оренбург, Москва), Д.С. Кроль (Курск), В.Г. Абрамов (Иваново), А.А. Бочкарева (Ростов-на-Дону), С.Е. Стукалов (Воронеж), Б.Ф. Черкунов (Рязань), Н.И. Панфилов (Пенза), В.А. Мачехин (Тамбов), В.И. Кобзева (Кемерово), В.Я. Бедило (Архангельск), Н.И. Затулина (Самара), Р.П. Шикунова (Самара), А.Д. Семенов (Москва), В.М. Малов (Самара), В.М. Петухов (Самара), А.И. Гмыря (Донецк), В.И. Балабанов (Саранск), В.А. Гарин (Благовещенск). Таким образом, в одной трети всех ВУЗов страны — от Архангельска до Баку и от Москвы до Благовещенска кафедрами глазных болезней руководили ученики Тихона Ивановича Ерошевского.

Преемниками Т.И. Ерошевского на посту заведующего кафедрой глазных болезней были его ученики: профессор В.А. Мачехин — многогранный офтальмохирург, перспективный ученый, доцент Н.Б. Лукова — талантливый педагог и блестящий оратор, в совершенстве владеющая немецким, английским и французским языками. В 1989 году на должность заведующего кафедрой глазных болезней избран профессор Владимир Михайлович Малов, заслуженный врач РФ, один из ведущих офтальмохирургов страны в области интраокулярной коррекции и кератопротезирования. Продолжая традиции своего Учителя, В.М. Малов подготовил 9 докторов и 20 кандидатов медицинских наук.



С сотрудниками кафедры и проблемной лаборатории. 1971 г.

Многогранная общественная деятельность была непременной составляющей жизненной позиции профессора Т.И. Ерошевского. Он был членом Ученого совета Минздрава РСФСР, президиума Всесоюзного и Всероссийского общества глазных врачей, председателем областного Комитета Защиты Мира, членом редакционной коллегии журнала «Вестник офтальмологии» и «Офтальмологического журнала», делегатом XX съезда КПСС, депутатом Верховного Совета РСФСР, председателем диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций. Его грудь украшали самые высокие награды, а имя — почетные звания, гласные и негласные. Его называли патриархом, флагманом отечественной офтальмологии, его мнение было непререкаемым.

Тихон Иванович награжден шестью орденами: двумя — ордена Ленина, двумя — ордена Трудового Красного Знамени, орденом Октябрьской революции и орденом «Знак Почета» и шестью медалями. Он был для всех примером человека-гражданина, врача, ученого. Приходится удивляться, как он успевал все делать. Находил время для семьи, интересовался художественной литературой, искусством, был заядлым рыболовом, охотником, любил природу, Волгу, Жигули, не переставал восхищаться их красотой.

Необходимо время, чтобы оценить любое деяние. Именно с высоты прошедшего времени еще масштабнее представляется личность Т.И. Ерошевского, нагляднее и весомее его вклад в науку, где им лично и его учениками сформированы принципиально новые, оригинальные и перспективные направления. Тихон Иванович чутко чувствовал своих питомцев, увлекал их своим примером, верил в большое будущее отечественной офтальмологии, повторяя слова профессора С.С. Головина: «Блаженны самые молодые, ибо они узрят обилие великих открытий, чудесный расцвет нашей науки». И уже Тихон Иванович восхищался огромными новациями в офтальмологии.

«Общаясь к молодым, хочется сказать что-то задушевное. В меру своих способностей используйте весь потенциал свой жизни, чтобы овладеть методами исследования и лечения больных. Ваш возраст самый подходящий, чтобы избрать себе такую дорожку, которая приведет вас к заветной цели. Для молодежи при желании открываются огромные горизонты в нашей специальности. Наука — это сложная штука. Я говорил как-то — она ревнивей самой ревнивой жены и не прощает пустого времяпрепровождения, влюбленность должна быть, страстность. Весь досуг надо ей отдавать, она очень самолюбива эта наука, требовательна. Ну, будут ли среди вас звезды или знаменитости — об этом ведь никто никогда не думает. Вот я и призываю вас страстно учиться, стремиться к познанию с молодых лет. >> Т.И. Ерошевский

«С Куйбышевским медицинским институтом я был связан в течение 18 лет. ...С Тихоном Ивановичем я впервые познакомился на пятом курсе, лично познакомился, когда стал членом кружка глазных болезней, которым руководил Тихон Иванович. ...Тихон Иванович всегда производил неизгладимое впечатление на нас всех ...своим дружелюбием, отсутствием всякой чопорности. ...Тихон Иванович для всех сотрудников кафедры был самым высоким критерием — как надо работать! Он оперировал каждый день в операционной, помогал операциям, он делал обходы постоянно, несмотря на то что был директором института, и причем молодым директором, который, собственно говоря, не имел предыдущего опыта, поэтому нагрузки у него были очень большие. ...Он поднял весь институт на большую высоту, по сравнению с тем, что было до него, и вместе с тем, конечно, медицину, особенно офтальмологию. ...«Ерошевские чтения» — это была замечательная инициатива, которая продолжается в течение уже нескольких лет и, будем надеяться, что будет продолжаться и дальше! >> Академик А.П. Нестеров

«...Я хочу отдать дань памяти незабвенному Тихону Ивановичу и поприветствовать, прежде всего, нашу дорогую Самарскую школу офтальмологов от всего Общества офтальмологов России, правления Общества, фундаментальной основой и гордостью которой был, есть и, конечно, будет Тихон Иванович. Это великий, величайший Гражданин России, это блистательный ученый, талантливый организатор науки и удивительный Учитель, педагог. Так вот с годами, в сравнении еще больше, явственней становится величайшая роль Тихона Ивановича в развитии нашей науки, вообще в современном состоянии офтальмологии. ...Он был удивительно прозорливый человек. Он видел не только будущее нашей науки, пути ее развития, пути внедрения в практику, он видел людей, которые могут стать лидерами и повести вперед эту науку. ...У нас нет в истории российской офтальмологии больше такого Учителя, который воспитал бы свыше 18 заведующих кафедрами!!! Вся центральная Русь, все кафедры — это ученики Тихона Ивановича. А какие ученики!!!! >> Профессор Е.С. Либман



IV Съезд офтальмологов России. 1982 г.



На охоте

Дело Тихона Ивановича процветает на кафедре и в больнице. Ученики Т.И. Ерошевского продолжают дело своего Великого Наставника. Созданный музей основателя научно-педагогической школы, профессора Т.И. Ерошевского, организованный в его кабинете, позволяет ежедневно и ежедневно соприкасаться с его наследием. Все студенты Самарского государственного медицинского университета первое занятие проводят в нем и знакомятся с достижениями основателя великой школы, истории развития офтальмологии, хронологическим развитием нашей науки. Студенты проникаются сознанием величия и уникальности органа зрения в жизни человека,



На рыбалке

что является прекрасной мотивацией в освоении новой для них дисциплины. В музее Т.И. Ерошевского проходят все торжественные события, рецензирование тем научных работ, апробации диссертаций, проводятся лекции и семинары аспирантам, интернам и клиническим ординаторам, заслушиваются отчеты о ходе выполнения работы над диссертацией. Музей дает молодому специалисту стимул соответствовать высокому званию представителя Самарской школы офтальмологов.

Сохраняются и развиваются в настоящее время прекрасные традиции — сотрудниками кафедры и больницы защищено 12 докторских и 29 кандидатских диссертаций,

проводятся научно-практические конференции с изданием научных трудов. В Самаре проведены Всероссийские юбилейные конференции «Ерошевские чтения» (1992, 1997, 2002, 2007, 2012 гг.).

Тихон Иванович приветствовал создание кафедры в крупном многопрофильном лечебном учреждении, что осуществилось в 1990 году, когда на факультете (ныне — институте) последипломного образования при Самарском государственном медицинском университете была организована кафедра глазных болезней на базе офтальмологического отделения Областной клинической больницы имени М.И. Калинина. Ее первым заведующим стал профессор В.М. Петухов.

«...Я должна низко поклониться самарским офтальмологам, медикам Самары, что они помнят и продолжают дело этого Великого Ученого — Тихона Ивановича Ерошевского. ...Офтальмологическая школа Ерошевского продолжает то, чем он занимался, будучи ректором, не очень долго, но это был разумный, хороший ректор. Это был просто великодушный человек, и вот эти душевные качества вы тоже, как традицию, оставляете в себе!»

Академик Л.К. Мошкетова

«Офтальмологическая школа Т.И. Ерошевского по своей уникальности и значимости для мировой науки подобна «Могучей Кучке» российских музыкальных гениев.»

Профессор В.М. Малов

В настоящее время кафедрой заведует профессор И.В. Малов. Имея богатый клинический опыт, сотрудники этой кафедры творчески подходят к повышению квалификации врачей-офтальмологов и проводят его на высоком профессиональном уровне.

Величайшей мечтой Тихона Ивановича Ерошевского было создание в больнице научно-исследовательского института глазных болезней, которую осуществил ректор Самарского государственного медицинского университета, академик РАН, лауреат Государственной премии, дважды лауреат премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки РФ Геннадий Петрович Котельников. Директором нового структурного подразделения

Самарского государственного медицинского университета был назначен профессор А.В. Золотарев.

В основе научных исследований сотрудников кафедр офтальмологии, глазных болезней и научно-исследовательского института Самарского государственного медицинского университета, Самарской областной клинической офтальмологической больницы имени Т.И. Ерошевского и глазного отделения больницы имени М.И. Калинина лежат традиционные и новые научные направления. Высокий уровень научно-исследовательской работы самарских офтальмологов подтверждается публикациями в центральной печати, трудах международных и всероссийских форумов. ■



Рефракция – 2013

Офтальмологическая конференция, посвященная 50-летию Самарской клинической больницы им. Т.И. Ерошевского и 20-летию Центра коррекции зрения «Октопус»

28 ноября – 1 декабря 2013 года, Самара

Организаторы: Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области, Самарский государственный медицинский университет, НИИ глазных болезней СамГМУ, Самарская клиническая больница им. Т.И. Ерошевского, Центр коррекции зрения «Октопус»

28 ноября по 1 декабря 2013 года в Самаре в отеле «Ренессанс» состоялась офтальмологическая конференция, посвященная 50-летию Самарской клинической больницы им. Т.И. Ерошевского и 20-летию Центра коррекции зрения «Октопус». На конференцию съехались известные офтальмологи из разных уголков страны. Офтальмологические конференции, проводимые в Самаре, считаются одними из самых значимых мероприятий благодаря прекрасной организации и высокому научному уровню.

Офтальмологи страны давно следят за успехами коллег из Самарской клинической офтальмологической больницы. Клиника обладает мощным техническим и технологическим потенциалом, что позволяет хирургам выполнять операции на самом высоком уровне. По программе модернизации в 2013 году наряду с другим оборудованием в больницу был установлен микроскоп с 3D-системой, который открывает новые горизонты в научной и в обучающей деятельности. Впервые в истории отечественной офтальмологии в рамках конференции «Рефракция – 2013» была проведена «живая хирургия» в формате 3D. Это стало возможным благодаря усилиям компании Möller-Wedel, которая с недавнего времени носит имя Haag Streit Surgical (в России Möller-Wedel представляет компания Stormoff).

К.м.н. Н.П. Соболев, главный врач ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»,



Трансляция из операционной

Немецкая компания Möller-Wedel наладила выпуск микроскопов премиум-класса с записью видео в 3D. Надев специальные очки, участники конференции смогли увидеть то, что раньше было скрыто от них: переднюю капсулу и хрусталик, оптическое тело и сетчатку на разном удалении. У каждого участника было полное ощущение, что он смотрит в микроскоп, воспринимая объемность процесса. Для хирурга процесс операции ничем не отличается от того, как если бы он оперировал на обычном микроскопе. Отличие состоит в прецизионно настроенной видеосистеме, которая ведет запись с каждого оптического канала микроскопа. Специальное устройство регистрации позволяет записать на жесткий или оптический диск интересный случай. Уже после окончания операции на экране в операционной или на домашнем 3D-телевизоре можно посмотреть снятое видео, проанализировать его, показать студентам или коллегам, добиваясь максимальной реалистичности.



Профессор А.В. Золотарев открывает «живую хирургию»



Модератор «живой хирургии» — профессор В.Н. Трубилин (Москва)



Модератор «живой хирургии» — профессор Ю.А. Белый (Калуга)



К.м.н. Н.П. Соболев (Москва), к.м.н. Р.С. Галеев (Пенза), профессор А.Д. Чупров (Киров)



Профессор Ю.Б. Слонимский и к.м.н. Д.Г. Арсютлов

продемонстрировал 2 клинических случая: ФЭК с имплантацией ИОЛ Tecnis IP и ФЭК с имплантацией ИОЛ Tecnis Toric в 3D.

Д.м.н., профессор А.Д. Чупров, главный врач Кировской клинической офтальмологической больницы, также представил 2 случая: ФЭК с имплантацией ИОЛ Tecnis Toric и ФЭК с имплантацией ИОЛ Rayner T-Flex.

К.м.н. Р.С. Галеев, главный врач Пензенской областной офтальмологической клинической больницы, выполнил ФЭК с имплантацией ИОЛ с торсионной гаптической в 3D.

К.м.н. Д.Г. Арсютлов, главный врач Республиканской офтальмологической клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Чувашия, главный офтальмолог Минздрава Чувашской Республики, продемонстрировал случай хирургии эпимакулярного фиброза в 3D.

К.м.н. О.Е. Илюхин, заведующий оперблоком Московской офтальмологической клинической больницы, выполнил комбинированную хирургию хрусталика и макулы в 3D.

Операции по удалению катаракты были выполнены на факомультисификационных системах Whitestar Signature (AMO), Infiniti (Алкон), Stellaris (Bausch+Lomb) с использованием линз Tecnis Toric, Tecnis IP, Tecnis Multifocal (AMO), Spherflex и T-Flex (Rayner), и объемозамещающей ИОЛ с торсионной гаптической (Репер-НН). Витреоретинальные операции выполнены на офтальмологической хирургической системе Constellation Vision System (Alcon).

В течение первого дня конференции были также заслушаны доклады сотрудников клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского: к.м.н. Е.В. Карловой «Предоперационная подготовка: новые возможности» и Е.А. Спиридонова «Профилактика инфекционных осложнений в офтальмохирургии».

Все участники «живой хирургии» отметили высокий уровень технического оснащения операционных Самарской офтальмологической

больницы, что позволяет проводить весь объем хирургических вмешательств, существующих на сегодняшний день, на высоком уровне. Особое внимание приглашенные хирурги обратили на слаженность работы всего медицинского персонала, а также на высокий уровень анестезиологического пособия во время проведения операций. Главный офтальмолог Минздрава Чувашской Республики Д.Г. Арсютлов (Чебоксары) сказал: «Впечатления самые положительные. Условия в клинике приближены к идеальным. Хирургию можно проводить на максимально качественном уровне. Сегодня показателем работы учреждения является возможность оказания разносторонней помощи пациентам.

В клинике Т.И. Ерошевского есть чему учиться. Приобретенный опыт поможет в нашей дальнейшей работе». По мнению профессора С.Ю. Слонимского (Москва), «живая хирургия» была проведена на высочайшем уровне с привлечением высокотехнологичных хирургов. «Самара наряду с Москвой и Санкт-Петербургом является столицей офтальмологии. Богатая клиника, которая имеет все современное оборудование, сохраняет традиции, заложенные его основателем Т.И. Ерошевским, — сказал профессор Слонимский. — В дальнейшем необходимо более широко рекламировать подобные мероприятия, приглашать офтальмологов из стран ближнего и дальнего зарубежья».

В течение второго дня конференции работали обучающие Тюбингенские курсы по витреоретинальной хирургии под руководством профессора Ингрид Крайсиг (Германия). Пленарное заседание,



Во время «живой хирургии»

Книги от издательства «Апрель»

В начале 2014 года ООО «Издательство «Апрель» выпустило в свет серию пособий по глаукоме, предназначенную для врачей, интернов и клинических ординаторов. Тематика брошюр продиктована актуальностью проблем. В подготовке издания приняли участие известные российские офтальмологи.



Медикаментозная гипотензивная терапия глаукомы

В.П. Еричев

Пособие посвящено общим вопросам гипотензивной терапии первичной глаукомы. Представлена характеристика лекарственных препаратов различных фармакологических групп. Особое внимание уделено лекарственному взаимодействию. Содержится подробная информация о фиксированных комбинированных формах. Пособие рассчитано на врачей-офтальмологов.

ISBN 978-5-905212-36-9



Осложнения дренажной хирургии глаукомы

В.П. Еричев, А.П. Ермолаев, С.Ю. Петров

Пособие посвящено актуальной проблеме — осложнениям дренажной хирургии глаукомы, представляющей наибольшие трудности в офтальмохирургической практике. Описаны часто встречающиеся осложнения, причины их возникновения и пути устранения. Пособие рассчитано на офтальмохирургов.

ISBN 978-5-905212-37-6



Лазерное лечение глаукомы

А.В. Большунов, Т.С. Ильина

Пособие обобщает 40-летний опыт работы, накопленный сотрудниками лазерного подразделения ФГБУ «НИИ глазных болезней» РАМН в области лазерного лечения глауком. Подробно разбираются показания и противопоказания к лазерным вмешательствам при различных формах глауком, возможные осложнения и анатомо-функциональные особенности, оказывающие влияние на результаты этих вмешательств. Пособие иллюстрировано большим количеством фотографий и схем и предназначено для врачей, интернов и клинических ординаторов.

ISBN 978-5-905212-34-5



Трабекулэктомия: практические советы

С.Ю. Петров

В работе представлены современные рекомендации, касающиеся наиболее распространенной антиглаукомной операции — трабекулэктомии. Подробно рассмотрены показания, особенности предоперационной подготовки и техники проведения вмешательства, профилактика и лечение послеоперационных осложнений. Особое внимание уделено деталям послеоперационной терапии с применением антиметаболитов, а также выполнению нидлинга. Рекомендовано для офтальмохирургов, практикующих антиглаукомные вмешательства.

ISBN 978-5-905212-35-2



Профессор Н.П. Паштаев (Чебоксары), профессор И.М. Корниловский (Москва)



К.м.н. С.Л. Бранчевский (Самара)



К.м.н. А.Б. Дурасов (Самара)



К.м.н. Е.В. Карлова (Самара)



Профессор И. Крайссиг (Германия) с коллегой



К.м.н. Т.В. Павлова (Москва), к.м.н. И.А. Лещенко (Москва), профессор Е.Г. Рыбакова (Москва)



Д.м.н. О.В. Жукова (Самара)



В.И. Пилигин (Самара)

посвященное рефракционным аспектам хирургии роговицы, возглавили профессора И.М. Корниловский (Москва), Н.П. Паштаев (Чебоксары), Ю.Б. Слонимский (Москва).

С лекцией «Еще раз о ведении пациентов с кератоконусом» выступил профессор Ю.Б. Слонимский (Москва). Лектор дал характеристику заболевания, перечислил ключевые моменты при постановке диагноза, представил собственную рабочую классификацию заболевания, рассказал о современных методах хирургического (парахирургического) лечения кератоконуса, а также сформулировал основные принципы сквозной кератопластики. В заключение профессор Ю.Б. Слонимский отметил, что из современных способов лечения кератоконуса (кросслинкинг, имплантация роговичных кольцевых сегментов, эпикератопластика, глубокая передняя послойная кератопластика, сквозная кератопластика) офтальмохирург выбирает оптимальный метод, исходя из стадии болезни и своих возможностей. Сквозная субтотальная трансплантация роговицы продолжает оставаться единственным радикальным методом лечения кератоконуса. Для профилактики высоких значений посткератопластической аметропии и рецидивов кератоконуса рекомендуется применять трансплантаты меньшего диаметра, чем ложе реципиента.



Д.м.н. И.В. Малов, профессор В.Н. Трубилин, к.м.н. М.А. Трубилина



Профессор В.М. Малов, профессор С.Н. Измаков, профессор А.В. Золотарев, В.И. Пилигин

LASIK, проведенный после полной стабилизации рефракции, является высокоэффективной операцией для коррекции посткератопластической аметропии у большинства больных.

К.Н. Руссков (Самара) сравнил локальный эффект фармацевтической композиции «Митомин-О» и целлюлозной губки, пропитанной раствором MMC в системах: вода-пористый губчатый материал и вода-микросталическая целлюлоза. В своей работе автор доклада с соавторами пришел к выводу, что фармацевтическая композиция «Митомин-О» обладает строго дозируемым локальным эффектом в сравнении с целлюлозной губкой, пропитанной раствором MMC. Применение «Митомин-О» позволяет после фоторефракционной кератотомии на 35%, а в хирургии глаукомы на 18% уменьшить зону воздействия MMC.

М.В. Синицын с соавторами (Чебоксарский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») представили сравнительный анализ клинико-функциональных результатов имплантации интрастромальных сегментов и колец Myring у пациентов с II и III стадиями кератоконуса. Сравнительный анализ при сроке наблюдения 8 месяцев показал, что значение НКОЗ у пациентов с кератоконусом II стадии и значение КОЗ у пациентов с кератоконусом III стадии после имплантации Myring

ИРС сопоставимы. Высокая безопасность, простота выполнения процедуры с применением ФСЛ позволяет характеризовать данную методику как новый этап в совершенствовании интрастромальной кератопластики при лечении пациентов с кератоконусом.

О.В. Шленская с соавторами (Чебоксарский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») изучили функциональные изменения слезопродукции после кераторефракционных лазерных операций у детей при гиперметропии и определили наиболее эффективные методы диагностики прерогативной слезной пленки. Авторы пришли к выводу, что наиболее информативными тестами контроля за состоянием слезопродукции у детей после кераторефракционных лазерных вмешательств являются менисмометрия и осмолярность слезной жидкости.

О применении биоматериала «Флексамер» при длительно существующих дефектах эпителия рассказала К.Е. Кучук (Самара). Применение биоматериала «Флексамер» при лечении длительно незаживающих дефектов эпителия обосновано способствуют ускорению процессов регенерации у 80% пациентов в сочетании с классической консервативной терапией.

Во второй половине дня организаторы конференции провели секцию, посвященную социально-правовым аспектам в медицинской

деятельности. К.м.н. И.О. Печерей рассказал о врачебных ошибках и дефектах оказания медицинской помощи, рассмотрел сущность юридической ответственности медицинских работников и учреждений за нарушение прав и причинения вреда пациенту; перечислил права работников и охарактеризовал способы их защиты; определил роль медицинской документации в правовом обеспечении медицинского работника; привел юридические способы разрешения конфликтных ситуаций.

В течение второго дня конференции прошли мастер-классы для практикующих врачей. Всем желающим были представлены возможности современного оборудования в диагностике и коррекции зрительных функций, а также продемонстрированы современные методы объективного определения рефракции.

30 ноября 2013 года состоялось торжественное заседание, посвященное 50-летию Самарской офтальмологической клинической больницы им. Т.И. Ерошевского и 20-летию Центра коррекции зрения «Октопус». Со словами приветствия выступил главный офтальмолог Министерства здравоохранения Самарской области, профессор А.В. Золотарев. Он рассказал об истории больницы, остановился на современном состоянии клиники (сегодня специализированная больница им. Т.И. Ерошевского

рассчитана на 320 коек для лечения 15000 пациентов в год, поликлиника принимает 280 пациентов в смену). Профессор А.В. Золотарев рассказал о хирургических технологиях и научно-практических разработках в сотрудничестве с СамГМУ. В.И. Пилигин, генеральный директор ЦКЗ «Октопус», рассказал о 20-летней истории клиники и направлениях дальнейшей работы. После окончания торжественной части конференция продолжила работу.

О влиянии различных методов восстановительной коррекции зрения на фотопротекторную защиту внутриглазных структур сообщил профессор И.М. Корниловский (Москва). О гипотезах рефрактогенеза миопии доложила главный детский офтальмолог Самарской области, д.м.н. О.В. Жукова. В своем докладе «Миопия — болезнь цивилизации» О.В. Жукова остановилась на теории влияния периферического дефокуса на рефрактогенез, перечислила виды периферического дефокуса, рассказала о роли амакриновых клеток, которые вырабатывают нейротрофины и нейротрансмиттеры, стимулирующие или тормозящие рост глаза. В заключение д.м.н. О.В. Жукова отметила необходимость изучения роли аккомодации в формировании периферического дефокуса, роли различных видов коррекции в формировании периферического дефокуса.

С докладом «Показания и противопоказания для назначения аддидации в пресбиопическом возрасте» выступила М.А. Трубилина (Москва). Автор считает, что показанием к назначению аддидации является наличие эзофории вблизи, величина которой уменьшается с выставлением аддидации. Исходя из этого, назначение аддидации в большей степени обосновано при гиперметропии. Противопоказанием является наличие эзофории вблизи, величина которой увеличивается с выставлением аддидации. При миопии для решения проблем астигматизма целесообразно назначение призматической коррекции. Средняя величина показателя аддидации у молодых 1,0-1,5, и ее значение не зависит от степени аметропии у пациента. Аддидация 1,75D-2,0D в молодом возрасте встречается крайне редко.



К.м.н. А.И. Золотарева, д.м.н. О.В. Жукова



Профессор Е.Б. Ерошевская, старший сотрудник Самарской офтальмологической клиники Л.Д. Малуто



Старший сотрудник Самарской офтальмологической клиники Л.В. Чайка

В рамках секции «Рефракционные аспекты хирургии хрусталика» прозвучало 8 докладов, отражающих результаты исследований. А.Б. Дурасов (Самара) в докладе «Хирургия прозрачного хрусталика» отметил возможные показания: коррекция аномалий рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм), коррекция пресбиопии, профилактика закрытоугольной глаукомы. Важная задача современной хирургии катаракты — достижение запланированной рефракции. Точность расчета силы имплантируемой ИОЛ — ключевой момент хирургии катаракты. О современных аспектах расчета ИОЛ доложила А.А. Мелконян (Самара). Современные системы позволяют произвести точные исследования и выбрать адекватные формулы для расчетов. Проблемными остаются расчеты ИОЛ в нестандартных глазах и после перенесенных рефракционных операций. В этих случаях необходим индивидуальный подход. В сложных случаях целесообразен расчет ИОЛ по нескольким формулам. Использование оптической биометрии и данных кератотопографии на Casia повышает качество расчетов. Использование программы OkuliX дает перспективы в повышении точности ИОЛ в сложных случаях. А.Г. Гринев (Екатеринбург) представил клинический опыт применения новых гидрофобных интраокулярных линз, рассказала об особенностях имплантации торических интраокулярных линз. Профессор В.Н. Трубилин (Москва) представил технологию «Интрапид». На всех этапах операции от роговичного разреза до имплантации ИОЛ новая технология минимизирует хирургический индуцированный астигматизм, что позволяет получить максимально высокий оптический результат. Интересный и содержательный доклад представил профессор А.В. Золотарев «В поисках золотой середины: еще раз о «желтых» хрусталиках». Было отмечено, что из-за фототоксичности синего цвета необходима адекватная защита сетчатки в процессе диагностики, операции и в послеоперационном периоде. Применение ИОЛ с желтым светофильтром может обла-

дать фотопротекторным действием (не доказано) с возможными побочными эффектами (ухудшение сумеречного зрения, нарушение суточных ритмов). Периперационное и послеоперационное применение оптимизированных препаратов лутеина и зеаксантина может обеспечить (не доказано) адекватную защиту сетчатки без вышеуказанных побочных эффектов. Исследование AREDS 2 представляет объективные данные для оптимизации состава препаратов лутеина и зеаксантина. С.Ю. Туровский (Самара) представил результаты ФЭК после рефракционных вмешательств на роговице. С.Л. Бранчевский обосновал внедрение фемтолазера в хирургию и рассказал о первом опыте использования фемтолазера в собственной клинике в Самаре. За первые 3 месяца было произведено 22 операции: удаление катаракты — 19 операций, рефракционная

замена хрусталика — 3 операции. В двух случаях операция выполнялась на абсолютно непрозрачном хрусталике (зрелая «белая» катаракта без явлений набухания, очень плотная бурная катаракта).

Общее внимание на конференции было уделено вопросам контактной коррекции. Хотелось бы отметить доклад д.м.н., профессора Е.Г. Рыбаковой (Москва), который отличался глубоким научным подходом. Е.Г. Рыбакова рассказала о диагностике и лечении дистрофии роговицы в практике контактной коррекции. И.А. Лещенко (Москва) дала ретроспективный анализ (2006-2012 гг.) частоты случаев выявления осложнений контактной коррекции зрения в двух регионах России. Ретроспективный анализ 379 случаев показал, что количество осложнений повышается с увеличением срока замены КЛ. Наименьшее число осложнений выявляется при назначении однодневных КЛ. В случаях кератитов наиболее значимым фактором риска является сон в КЛ, несвоевременная замена и нарушение гигиены. Эффективное лечение косолазья по-прежнему остается одной из сложнейших задач офтальмологии. В докладе «Контактная коррекция аномалий рефракции в комплексном лечении аккомодационного и частично аккомодационного косолазья» Т.В. Павлова (Москва) дала оценку влияния контактной коррекции на эффективность плеопто-ортоптического лечения косолазья. Доцент Т.В. Павлова также рассказала об использовании контактных линз последних поколений в комплексном лечении больных с проникающими ранениями глаз у детей. Дискуссионный доклад представил А.И. Деревянченко (Волгоград). Автор доклада «Коррекция зрения у детей. Контактная коррекция. Астигматизм» представил собственную гипотезу развития рефрактогенеза миопии, подходы к коррекции в соответствии с собственной же гипотезой.

В заключительный день конференции прошла сессия «Оптометрия и медицинская оптика», на которой было заслушано 7 докладов. Доклады были посвящены инновациям в прогрессивных дизайнах, взаимодействию «врач-пациент» в фокусе оптометрии, однофокальные очки линзам для детей с периферическим дефокусом, лазерной тиндалеметрии при ношении ортокератологических линз, кератоаберрометрическим критериям оценки коррекции зрения.

Несомненный интерес у участников конференции вызвала работа секции «Офтальмотерапия патологии переднего отрезка глаза» (сопредседатели: профессор В.В. Бржежеский (Санкт-Петербург), д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва), Ю.Б. Слонимский (Москва). О синдроме «сухого глаза» после инфекционных заболеваний роговицы рассказал профессор Ю.Б. Слонимский (Москва). Пациенты с воспалительными заболеваниями глаз (ВЗГ) инфекционной природы составляют в России около 40% амбулаторных обращений и 50% госпитализаций.

ВЗГ в 10% приводит к стойкой потере зрительных функций. Наиболее тяжелые случаи ВЗГ — язвы роговицы и эндофтальмиты (одна из главных причин их развития — бактериальная инфекция). Докладчик представил алгоритм лечения воспалительных заболеваний глаз с применением фторхинолонов нового поколения, выстроив тактику ведения пациентов в синдроме «сухого глаза», перенесших инфекционный кератит и гнойные язвы роговицы; обновила принципы выбора препаратов для слезозаместительной терапии. Д.м.н. О.В. Жукова (Самара) рассказала о методах лечения аккомодационных нарушений у миопов. Профессор В.В. Бржежеский (Санкт-Петербург) считает, что в основе профилактики и успешного лечения синдрома «сухого глаза» у больных глаукомой лежит комплексный подход,

который сочетает в себе поиск эффективных офтальмогипотензивных средств, оказывающих минимальное воздействие на продукцию и стабильность слезной пленки, инстилляции «искусственных слез», метаболическую и противоаллергическую терапию. С.А. Марных (Самара) в своем докладе «Клиническая фармакология противовирусных препаратов в офтальмологической практике» подробно остановился на препарате зирган. Д.Ю. Майчук (Москва) перечислил новые лекарственные препараты в терапии герпетических кератоконъюнктивитов, сформулировал принципы применения противовирусных препаратов. Профессор В.В. Бржежеский (Санкт-Петербург), говоря о применении препаратов гиалуроновой кислоты при синдроме «сухого глаза» после операций на роговице, привел доказательства

к применению гиалуроната натрия. Концентрация ГА, которая необходима для максимального терапевтического индекса, составляет от 0,1%-0,2%. В ряде исследований было продемонстрировано, что при концентрации менее 0,1 некоторые свойства ГА, например, способность удерживать влагу, утрачиваются. Применение ГА в концентрациях выше 0,2% рекомендуются при более тяжелых формах ССГ. О рациональном подходе к лечению инфекционно-воспалительных заболеваний глаз доложил Е.А. Спиридонов (Самара).

По время дискуссии выступавшие подчеркнули, что должные на конференции результаты исследований имеют большое практическое значение. В качестве положительного аспекта работы конференции участники форума отметили активное участие молодых исследователей.

В течение работы конференции проходили сателлитные симпозиумы и круглые столы по темам: «Медикаментозная терапия и профилактика осложнений офтальмохирургии», «Воспалительные заболевания глаз», «Современные подходы к лечению», «Вопросы глаукомы», «Подбор контактных линз детям и подросткам», «Диагностика и коррекция нарушений бинокулярного зрения».

В рамках конференции работала выставка офтальмологического оборудования и фармпрепаратов отечественных и зарубежных производителей.

Материал подготовила
Лариса Тумар

РАЗ! ДВА! ТРИ!
с Preloaded AquaFree

Желтые и бесцветные гидрофобные, асферические интраокулярные линзы с гепариновым покрытием и модифицированной гапстикой

Преимущества ИОЛ с гепариновым покрытием

- «Антиаггезивный» эффект между гапстикой и оптикой во время имплантации ИОЛ.
- При наличии гепаринового покрытия снижается эффект «налипания» клеток на оптику ИОЛ.
- Гепарин обладает противовоспалительным действием.

ИОЛ AquaFree Preloaded предусмотрена в одноразовой, инъекторную систему Accusight.

- Минимальный разрез 2.0 мм.
- Трехшаговая система имплантации позволяет провести все манипуляции по подготовке и имплантации в более короткое время и с большей безопасностью для хирурга и пациента.

*** by mediceal**
SWISS TECHNOLOGY FOR SURGERY



Официальный представитель Rumex International LTD
ООО «Эр Оптик»
Тел.: (495)780 92 55
www.r-optics.ru



Актуальные вопросы нейроофтальмологии

XV Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция

24 января 2014 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 к участникам конференции он пожелал успехов предстоящей конференции, подчеркнул актуальность и своевременность обсуждаемых проблем, неподдельный интерес к ним офтальмологов, эндокринологов, неврологов и нейрохирургов России и стран СНГ.

Основной темой XV Научно-практической нейроофтальмологической конференции стала оптическая нейропатия. В докладах конференции обсуждалась оптическая нейропатия различного генеза, а также самые современные методы исследования зрительного анализатора, позволяющие уточнить причину, динамику процесса, исходы оптической нейропатии в зависимости от генеза заболевания.

В первой части конференции были заслушаны лекции ведущих российских и зарубежных офтальмологов и неврологов, посвященные оптической нейропатии различного генеза.

Первым лектором выступил профессор Gordon Plant — нейроофтальмолог, сотрудник Лондонского национального госпиталя неврологии и нейрохирургии (Великобритания). Свое выступление проф. Gordon Plant начал лекцией «Optic Neuritis: MS or not MS?» (Оптический неврит: рассеянный склероз или нет?). Лечение неврита, в частности длительность применения гормональной терапии, зависит от этиологии заболевания. В своей лекции проф. Plant остановился на симптоматике невритов, позволяющей установить причину заболевания и таким образом провести эффективное лечение.

В своей лекции «Fore and Aft in the visual system: trans-synaptic degeneration from the retina to the cortex and back» (Транссинаптическая дегенерация от сетчатки до зрительной коры и обратно) проф. Gordon Plant представил результаты уникальных исследований с применением оптической когерентной томографии, доказывающие возможность развития дегенеративных изменений ганглиозных клеток сетчатки при приобретенных поражениях центрального нерва зрительного анализатора.

Тему оптических невритов при рассеянном склерозе продолжила в своем докладе «Оптическая нейропатия у больных с демиелинизирующими процессами центральной нервной системы» невролог, профессор М.Н. Захарова (Научный центр неврологии РАМН, Москва). Помимо детальной характеристики симптомов, вариантов течения, лечения и исходов оптических невритов при рассеянном склерозе, проф. М.Н. Захарова представила результаты наблюдения больных с болезнью Devic, протекающей с двусторонними оптическими невритами.

Профессор В.П. Еричев, заместитель директора по науке ФГБУ «НИИГБ» РАМН (Москва), в своей лекции «Факторы риска развития глаукомной оптической нейропатии» подробно остановился на причинах развития глаукомной оптической нейропатии, продемонстрировал возможности современных методов диагностики в офтальмологии.

Лекция руководителя группы офтальмологических исследований НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, профессора Н.К. Серовой «Дифференциально-диагностические особенности оптической нейропатии при нейрохирургической патологии» была посвящена дифференциальной диагностике поражения структур зрительного анализатора в полости черепа на преанализируемом уровне, т.е. структур переднего зрительного пути и офтальмологических заболеваний, клинически протекающих схоже. Проф. Н.К. Серова

24 января 2014 года в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН состоялась очередная ежегодная XV Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция. В конференции приняли участие более 300 коллег из Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга, Киева, Ташкента, Нижнего Новгорода, Одессы, Пензы, Тюмени и других городов России и стран СНГ.



Академик РАН А.А. Потапов, профессор Н.К. Серова



Профессор G. Plant (Великобритания)



Профессор М.Н. Захарова



Кандидат медицинских наук С.А. Еолчиня



Профессор Н.К. Серова

аконов. Оба фактора и определяют нарушение энергетического баланса в сетчатке и зрительном нерве.

Учитывая изложенное в докладе проф. А.Ф. Бровкиной, чрезвычайно интересными представляются результаты хирургических вмешательств, представленные в докладе С.А. Еолчиня с соавт. (НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, Эндокринологический научный центр, Москва) «Костная декомпрессия орбиты при эндокринной офтальмопатии с наличием оптической нейропатии». По мнению авторов, костная декомпрессия орбиты — эффективная операция, которая позволяет добиться оптимального функционального и косметического эффекта при тяжелой форме эндокринной офтальмопатии с наличием оптической нейропатии и выраженного экзофтальма. Своевременно выполненная операция не только предотвращает дальнейшее ухудшение зрения, но и приводит к его быстрому улучшению.



Профессор Н.К. Серова

Здесь же следует отметить доклад Д.А. Гольбина и Н.В. Ласунина (НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, Москва) «Микроанатомия трансназального эндоскопического доступа к глазнице». Авторы продемонстрировали малотравматичный и безопасный в отношении функционально значимых элементов содержимого глазницы механизм развития оптической нейропатии у больных отечным экзофтальмом затруднение венозного оттока из орбиты, в результате чего развивается замедление гемодинамики в сетчатке и зрительном нерве с последующей их гипоксией. Механическая компрессия зрительного нерва (второй фактор) приводит к блокаде транспорта



Профессор В.П. Еричев, академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор М.Р. Гусева



Профессор Н.К. Серова, профессор М.Р. Гусева

В докладах, посвященных оптической нейропатии различного генеза, обращало на себя внимание использование авторами комплекса современных методов исследования, том числе всего спектра электрофизиологических исследований зрительного анализатора, а также применение биохимических, иммунологических, генетических методов исследования.

Наиболее отчетливо это просматривается в докладе Н.Л. Шеремет (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва) «Наследственная оптическая нейропатия Лебера: возможности диагностики митохондриальных нарушений. Особенности клинического течения». Автор отмечает улучшение зрения у 13% наблюдаемых больных наследственной оптической нейропатией Лебера. Проведенные исследования позволили автору выявить клинические и морфофункциональные особенности заболевания у этих пациентов. Кроме того, результаты исследований Н.Л. Шеремет с соавт. свидетельствуют в возможности применения для диагностики и изучения митохондриальной патологии культуры фибробластов кожи.

Информативность различных электрофизиологических методов исследований для объективной диагностики частичной атрофии зрительных нервов проанализировала в своем докладе «Электрофизиологическая диагностика частичной атрофии зрительного нерва» И.В. Зольникова с соавт. (НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва). Изменение показателей зрительных вызванных потенциалов на вспышку или на реверсивный паттерн, ретинокортикального времени и паттерн-ЭРГ указывают на поражение волокон зрительного анализатора, идущих от центрального поля зрения и отражают различную степень повреждения различных уровней зрительной системы: ганглиозных клеток (паттерн-ЭРГ), зрительных путей (ретинокортикальное время), зрительной коры (зрительные вызванные потенциалы на вспышку или на реверсивный паттерн) при частичной атрофии зрительного нерва.

Важное значение лабораторных методов исследования в диагностике и прогнозировании исхода заболевания зрительного нерва было подчеркнуто в докладах Х.М. Камилова с соавт. (Ташкентский институт усовершенствования врачей) «Нарушение молекулярных механизмов регуляции апоптоза нервных клеток при глазном ишемическом синдроме» и «Роль специфического маркера нарушения нейронального гликоза в диагностике оптических невритов».

Как известно, оптическая когерентная томография широко используется в офтальмологии, поскольку дает новые возможности для прижизненного изучения морфологии глазного яблока. Н.М. Елисеева с соавт. (НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, ЗАО «Трейдомед Инвест», Москва) в своем докладе «Оптическая когерентная томография при нейрохирургической патологии» анализирует возможности применения метода для объективной диагностики, мониторинга и уточнения топографии поражения различных отделов зрительного пути. Автор приходит к выводу, что поражение переднего зрительного пути, по данным оптической когерентной томографии, ведет к увеличению уровня глобальных и фокальных потерь комплекса ганглиозных клеток сетчатки и истончению перипапиллярного

слоя нервных волокон. Локализация, степень и давность поражения переднего зрительного пути определяет топографию и степень поражения комплекса ганглиозных клеток сетчатки и перипапиллярного слоя нервных волокон.

Уникальные данные были представлены в докладе Н.Н. Григорьевой с соавт. (НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, Москва) «Нейроофтальмологическая симптоматика и результаты комплексного лечения больных с герминомой головного мозга». Герминома головного мозга является редким злокачественным новообразованием. Анализ клинической картины заболевания в сопоставлении с нейровизуализационной симптоматикой позволил автору прийти к заключению, что нейроофтальмологические симптомы у больных с герминомой головного мозга и динамика их в результате лечения зависят от локализации опухоли, проявляется зрительными нарушениями, среднемолекулярной симптоматикой, развитием застойных дисков зрительных нервов. Комплексное лечение, включающее полихимиотерапию и лучевую терапию, является эффективным лечением для больных с герминомой головного мозга, вызывает регрессию опухоли и позволяет улучшить зрительные функции пациентов.

Актуальной проблеме травматического повреждения зрительного нерва был посвящен доклад Н.Ю. Кутровской с соавт. (НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва) «Травматическая оптическая нейропатия у больных с краниоорбитальными повреждениями в остром периоде ЧМТ». Практический вывод работы состоит в том, что для своевременной диагностики травматической оптической нейропатии у больных с краниоорбитальными повреждениями, выбора сроков и тактики лечения данной патологии необходимо раннее офтальмологическое обследование, выполнение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии. По мнению автора, наиболее информативными в данном случае является компьютерная томография в аксиальной и фронтальной проекции, магнитно-резонансная томография головного мозга, а также дуплексное сканирование глазной артерии.

Несомненный интерес представили доложенные отдельные наблюдения больных с оптической нейропатией различного генеза: А.А. Рябцева с соавт. (МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского) «Передняя ишемическая оптиконеуропатия у пациента с постгеморрагической железодефицитной анемией»; И.В. Зольникова с соавт. (НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, ООО «Офтальмик», Медико-генетический научный центр РАМН, Москва) «Фенотипическая вариабельность клинико-функциональных проявлений синдрома Ашера 2А типа (USH2A) с молекулярно-генетической верификацией диагноза»; Ю.С. Астахов с соавт. (СПб ГБУЗ «Диагностический центр № 7, Санкт-Петербург) «Редкий случай из практики: наблюдение пациентки с синдромом голубых склер (синдром Ван-дер-Хве), сопровождающийся снижением зрительных функций». Каждое из наблюдений демонстрирует редкое заболевание, напоминает о возможности у больных с оптической нейропатией системного заболевания, соматической патологии.

Среди докладов в разделе «Разное» следует выделить доклад Н.Н. Бушуевой с соавт. (Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины, Одесса) «Особенности аккомодационно-конвергентно-зрачковой системы у детей при аккомодационном сходящемся содружественном косоглазии». Автор подчеркивает значение пупиллографии. Как объективный метод оценки состояния аккомодационно-конвергентно-зрачковой системы, он позволяет выявить дисбаланс парасимпатической и симпатической иннервации, установить его характер при аккомодационной эзотропии, и с его учетом возможна разработка методов медикаментозного лечения совместно с педиатром и невропатологом.

Следует отметить доклад И.А. Филатовой (НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва) «Случай грубой двусторонней ятрогенной патологии». Автор продемонстрировала уникальные возможности реконструктивной хирургии, призвала коллег к большой ответственности за больного.



5-6 июня 2014 года в г. Перми состоится конференция офтальмологов Пермского края

«Прикамские зори», посвященная актуальным проблемам травм органа зрения.

Приглашаем к участию всех желающих!

Информация: тел./факс: 8-342-393008, e-mail: gavriloa.tv@mail.ru

В заключительном слове профессор Н.К. Серова поблагодарила участников конференции и пожелала всем успехов в профессиональной сфере, а также выказала надежду на не менее интересные встречи в следующем году.

Оргкомитет конференции
Фото Сергея Тумара

ОФТАЛЬМОФЕРОН®
КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

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

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ www.firm.ru

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



Сергей Васильевич Кравков

120 лет со дня рождения

< стр. 1

С.В. Кравков родился в 1893 году в городе Рязань в семье врача. Здесь же прошли его детские и юношеские годы, учеба в 1-й Рязанской гимназии.

После окончания гимназии С.В. Кравков в 1911 г. поступает учиться в Московский университет на историко-филологический факультет, где в 1911-1912 гг. являлся слушателем Московской психологической семинарии при Московском университете, учеником Георгия Ивановича Челпанова, профессора Киевского и Московского университетов.

В 1914 году Георгий Иванович Челпанов создал Психологический институт при Московском университете, который являлся первым в России и в то время — третьим в мире научно-исследовательским и образовательным психологическим

институтом. В Психологическом институте С.В. Кравков в 1914-1915 гг. вел эксперименты по теме «Взаимодействие одновременных ощущений» под руководством Г.И. Челпанова.

В 1916 году С.В. Кравков закончил с золотой медалью историко-филологический факультет Московского университета по специальности «экспериментальная психология» и в 1916-1919 гг. был оставлен в институте для подготовки к профессорскому званию по специальности «экспериментальная психология» (эквивалент современной аспирантуры).

С 1919 по 1926 гг. он являлся ассистентом Психологического института и одновременно работал в Институте физики и биофизики Наркомздрава старшим ассистентом под руководством основателя этого института Петра Петровича Лазарева — ученого с мировым именем, создавшего учение

о химическом действии света, теорию адаптации органов чувств, сформулировавшего основной психофизиологический закон и теорию ионного возбуждения.

Одним из своих величайших достижений П.П. Лазарев называл своих учеников — академика и президента Академии наук Сергея Ивановича Вавилова и члена-корр. РАН и РАМН С.В. Кравкова. Работа с П.П. Лазаревым отразилась на формировании С.В. Кравкова как ученого-экспериментатора. Под руководством П.П. Лазарева он изучает математику, естественные науки, начинает вести самостоятельную экспериментальную работу в области психофизиологии зрения.

В период с 1931 по 1936 гг. С.В. Кравков руководил лабораторией психофизиологии ощущений и восприятий в Институте психологии, которую впоследствии реорганизовал. В это время он тесно

работал с Борисом Михайловичем Тепловым, руководившим лабораторией психофизиологии индивидуальных различий, являющегося основателем т.н. «дифференциальной психофизиологии».

Под руководством Кравкова и Теплова выполняли экспериментальные исследования А.И. Богословский, М.Н. Волокитина, Е.Н. Семеновская, И.М. Соколова, М.А. Севрюгина, П.А. Шеварев и др.

В 1935 г. С.В. Кравкову была присуждена ученая степень доктора биологических наук по специальности «психофизиологии зрения» без защиты диссертации, по значимости и совокупности опубликованных работ.

В 1938 г. С.В. Кравков сосредоточивает свою основную деятельность в МГУ и Центральном офтальмологическом институте им. Гельмгольца (ныне — Московский НИИ ГБ им. Гельмгольца), где он заведовал в течение длительного

времени основанной им лабораторией физиологической оптики.

По инициативе Сергея Леонидовича Рубинштейна (в то время директора Института психологии) С.В. Кравков — биолог по образованию и член-корреспондент большой Академии наук — был рекомендован в члены-корреспонденты Академии медицинских наук. И он был им избран.

Кроме руководства тремя созданными им лабораториями, С.В. Кравков с 1945 года одновременно работает старшим научным сотрудником сектора психологии Института философии АН СССР.

Широкий диапазон его научных интересов включал: адаптацию и взаимодействие органов чувств, контраст, последовательные обзоры, синестезию, биопотенциалы различных уровней зрительной системы (сетчатки, подкорки, коры головного мозга); взаимоотношение между макулярной



Сергея Кравков — гимназист. Рязань, 1908 г.



Практикум Института психологии Московского университета. С.В. Кравков 1-й справа. 1917 г.



Психометрическая лаборатория Института психологии. Экспериментаторы С.В. Кравков (слева), П.А. Шеварев (стоит), испытуемый Шульгин. 1917 г.



Преподаватели и студенты историко-психологического факультета Московского университета. 1914 г.



Слушатели Московской психологической семинарии при Московском университете

и периферической областями сетчатки; явление индукции в сетчатке; электрофизиологию зрения (электрическая чувствительность, лабильность, электроретинограмма); цветовое зрение и его аномалии; сенсорные условные рефлексы; методы диагностики глаукомы (по цветоощущению и по реакции слепого пятна) и многое другое.

Научная деятельность С.В. Кравкова продолжалась с 1916 по 1951 гг. За это время им было опубликовано более 100 исследований, многие из которых были переведены в Англии, Америке, Франции, Канаде, Германии, Китае, Японии, Польше и других странах.

Монография С.В. Кравкова «Глаз и его работа» считается лучшей в мировой литературе сводной работой по психофизиологии зрения. Она стала классической и выдержала четыре издания в СССР и переведена во многих зарубежных странах.

Сергей Васильевич Кравков является одним из основоположников физиологической оптики — научной дисциплины, представляющей собой синтез знаний о физиологических, физических и психологических закономерностях, характеризующих функцию органа зрения. С.В. Кравков изучал закономерности функционирования зрительной системы, центральную регуляцию зрительных функций, взаимодействие органов чувств, электрофизиологию зрительного анализатора, исследовал цветовое зрение и гигиену зрительного освещения.

Многочисленные опыты, проведенные С.В. Кравковым, его учениками и сотрудниками, помогли обнаружить функциональную связь между системами цветового зрения, между чувствительностью к красному и зеленому цветам, установить антагонистические отношения между ними. Такая же функциональная зависимость была обнаружена между чувствительностью к желтому и синему цветам. Между зеленочувствительной и синечувствительной системами было открыто отношение содействия.

В условиях Великой Отечественной войны деятельность С.В. Кравкова и его лаборатории была направлена на помощь фронту и обороне Родины. Тематика психофизиологических исследований С.В. Кравкова была более чем когда-либо связана с практическими нуждами армии, с вопросами повышения эффективности наблюдения, улучшением маскировки, разведки, разработкой методов борьбы с ослеплением глаз светом прожекторов, методами борьбы со снеговой слепотой, сенсibilизацией органов чувств.



С.В. Кравков с коллегами. МГУ, конец 1940-х годов



Е.Н. Семеновская, С.В. Кравков, Р.Б. Зарецкая, Л.П. Галочкина. МГУ, 1947 г.



С.В. Кравков среди участников конференции. 1946 г.



С.В. Кравков за монохроматором. 1947 г.



Во время работы на приборе КЧСМ с С.П. Яковлевой. 1946 г.

2005 года лабораторией руководил профессор Яковлев Александр Андреевич, и прошедший год был годом 85-летия со дня его рождения.

Многочисленные ученики и последователи Сергея Васильевича Кравкова продолжали и продолжают сегодня фундаментальные и клинико-прикладные исследования физиологических и психофизиологических закономерностей функционирования зрительной системы в норме, при патологии органа зрения различной этиологии, при старении и аномалиях развития, а также при системных заболеваниях, вовлекающих зрительную систему в патологический процесс.

М.В. Зуева

Руководитель лаборатории клинической физиологии зрения им. С.В. Кравкова ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России, профессор, доктор биологических наук



Аппарат для смешения цветов. Институт им. Гельмгольца



С.В. Кравков. 1936 г.



Сотрудники Института биофизики. 1929 г.



**Президент RSCRS,
профессор
В.Н. Трубилин**



Профессор И.Э. Иошин
Клиническая больница Управления
делами Президента РФ

Развитие фактоэммульсификации способствует повышению эффективности удаления ядра и уменьшению хирургической травмы внутриглазных структур для достижения полного реабилитационного эффекта в кратчайшие сроки. Особенно актуально это в случаях «твердых», «бурых» катаракт. Использование максимальной энергии при неэффективном разрушении

II Сателлитный симпозиум RSCRS

Октябрь 2013 года, Москва

Уважаемые коллеги!

Второй раз в рамках Российского общенационального офтальмологического форума мы проводим симпозиум Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов. Прошлый раз мы обсудили современные модели интраокулярных линз пяти ведущих мировых производителей. Сегодня мы будем иметь возможность познакомиться с самыми современными фактомашинами, которые представлены на нашем рынке. Некоторые клиники имеют в своем арсенале оборудование разных компаний, большинство

же работает на каком-то одном фактоэммульсификаторе. Цель нашего образовательного симпозиума — познакомить офтальмохирургов с опытом работы на современном оборудовании ведущих мировых производителей. Докладчики являются специалистами, имеющими колоссальный опыт работы, в совершенстве владеют технологией фактоэммульсификации, неоднократно показывали свои навыки в ходе «живой хирургии» на отечественных и зарубежных конференциях.

Собственный опыт применения Infiniti Vision System OZil

и удалении фрагментов плотного ядра, окклюзия наконечника с последующим прорывом и нестабильная передняя камера во время фактоэммульсификации приводят к избыточной операционной травме.

Внедрение новых технологий, таких как торсионная (OZil) и «интеллектуальная» фактоэммульсификация (Intelligent Phaco — IP), повышают эффективность операции. Инновация — IP — заключается в интеллектуальном управлении мощностью ультразвука с учетом плотности катаракты и уровня вакуума.

Программное обеспечение OZil Intelligent Phaco (OZil IP) обеспечивает непрерывный контроль уровня

давления на наконечнике фактоэммульсификатора. Если игла начинает забиваться твердыми фрагментами ядра — состояние «предокклюзии» и давление в системе повышается, программа IP самостоятельно активирует продольный ультразвук, посылая несколько коротких миллисекундных импульсов. Благодаря этому предотвращается забивание иглы — «окклюзия» и впоследствии прорыв «окклюзии» с колебаниями глубины передней камеры.

Благодаря такому принципу работы ультразвука фрагменты хрусталика удерживаются непосредственно в плоскости факотиглы. Упреждая блокирующее действие

хрусталиковых фрагментов, программное обеспечение заставляет их перемещаться вслед за иглой, так что наконечник постоянно находится в работе, а эммульсификация становится эффективной и безопасной, не будучи сопряжена с риском прорыва окклюзии.

Особенности фактоэммульсификации с OZil IP заключаются в том, что предупреждение окклюзии за счет дополнительного включения линейного ультразвука, столь положительное на этапе удаления фрагментов, оказывается неудобным на этапе разлома ядра. Особенно отчетливо это проявляется при ядрах средней плотности (2 степени). Происходит следующее: внедрение факотиглы при включенном торсионном УЗ предполагает дальнейший переход во 2-е положение педали (аспирация) для удержания ядра и последующего его разлома. Такая фиксация наступает в состоянии окклюзии или близкой к ней предокклюзии. При ординарном снижении фактоэммульсификации в момент наступления окклюзии педаль переводится в положение аспирации, ядро удерживается на вакууме, чоппер погружается в толщу ядра и производится механическое разделение его на фрагменты. Однако в режиме OZil IP подъем вакуума до 90% сопровождается дополнительным включением ультразвука (программа и разработана для профилактики окклюзии факотиглы), поэтому вакуумная фиксация ядра в момент разлома затруднительна.

Возможно несколько приемов настройки фактоэммульсификатора Infiniti, позволяющих избежать данного нежелательного эффекта OZil IP на этапе разлома ядра. Первый — запрограммировать этап факотиглы (разлома ядра) без активации программы OZil IP, произвести запланированное число разломов, затем переключится в следующий режим — удаление фрагментов уже с активированной программой OZil IP, которая на данном этапе фактоэммульсификации реализует все свои положительные свойства.

Второй способ — предварительно запрограммировать OZil IP для разных плотностей катаракты: 1, 2, 3, 4. Далее начинать разлом ядра на заданной меньшей мощности, соответствующей меньшей плотности ядра. Например, для ядер 4 степени факотиглу проводить в режиме, выбранном для 3 плотности катаракты; для 3 плотности — на режиме, соответствующем 2 степени и т.д. Для катаракт 1 степени плотности технология факотиглы не рекомендуется, метод выбора фактоэммульсификации — фактоаспирация описана выше. В собственной практике предпочтение отдается второму варианту.

Оба варианта коррекции режимов OZil IP направлены на обеспечение вакуумного «захвата» ядра во время его разлома и коррекцию нежелательных эффектов данной

технологии, а с другой стороны — на реализацию в полной мере преимуществ интеллектуального перераспределения ультразвука. Установка режимов уровня ультразвуковой энергии, аспирации, иригации, а также выбор режимов фиксированной или линейной работы, подбираются индивидуально в соответствии с индивидуальными особенностями хирурга.

Оценка применения различных режимов фактоэммульсификации (с IP и без) проводилась по показателю кумулятивной рассеянной энергии CDE (cumulative dissipated energy). В упрощенной формуле расчета CDE учитываются как средняя мощность и экспозиция линейного ультразвука, так и средняя торсионная амплитуда и торсионное время.

Снижение ультразвуковой энергии на 15% при использовании технологии IP положительно может реализоваться при нестандартной ситуации у больного с осложненной катарактой на фоне исходно сниженной плотности эндотелия роговицы, повышенной проницаемости сосудистой оболочки глаза.

Прибор Infiniti постоянно обновляется. Последние инновации:

- новое программное обеспечение для IP;
- витректомию 23 G;
- система автоматической имплантации AutoSert.

Что такое программное обеспечение? Изменение соотношения работы продольного и рассеянного ультразвука. Он стал более безопасным. Продольный включается в меньшей степени по отношению к рассеянному (соотношение изменилось с 0,7/1 на 0,5/1). Удален лимит на включение продольного ультразвука в 200 мс, то есть он может использоваться дольше. То есть он стал более управляемо безопасным.

Что касается наконечника для витректомии, то он стал более деликатным — 23 G, это пришло с технологией CONSTELLATION. Размер и использование его через парцентез 1 мм очень удобны.

И последняя инновация — это система Autosert. Может казаться, что это дополнительная игрушка, но могу сказать по собственному опыту, при имплантации линз, я под черкну, особенно премиум-класса — это практически гарантия того, что у вас ничего не поцарапается и не зажмется и имплантируется в нужное место. К преимуществам этой системы относятся также и готовность к последующей preloaded имплантации. Потому что не за голами выход preloaded-линз для имплантации через микропорез, и это можно будет проводить при помощи данного устройства.

Ну, и наконец — full HD видеоревербер, в котором отображается работа аппарата, различные удобные обновления интерфейса для оптимизации работы хирурга в операционной. ■



Профессор С.Ю. Анисимова

Клиника «Восток-Прозрение»

В течение шести лет я пользовалась фактоэммульсификатором Infiniti с технологией IP. В настоящее время мы начали также работать на приборе, который позволяет проводить фактоэммульсификацию и вмешательство на заднем отрезке глаза, также комбинированные вмешательства. Мы остановили свой выбор на Stellaris PC.

Отличие аппарата Stellaris является то, что хирург при приобретении оборудования может выбрать помпу: Вентури или перистальтическую помпу. Аппарат оснащен платформой MICS и различными другими инновациями. Увеличен объем кассеты, очень просто ее менять, когда она заполняется. Имеется и ряд других инноваций, которые внесла компания Bausch + Lomb: возможность аппарата работать на заднем отрезке, использовать помпу Вентури с большой мощностью, с большим вакуумом в 650 мм рт.ст. При витректомии возможно использование высокой скорости резов (5000 резов в минуту), эффективные характеристики потока используются с пониженной турбулентностью, аппарат имеет очень щадящие характеристики при удалении эпиретинальных мембран и различных других вмешательствах. И преимущество аппарата — это различные возможности освещения: желтый, янтарный и зеленый фильтры, что позволяет получить достаточно точную визуализацию при хирургии отслойки сетчатки и эпиретинальных мембран.

Среди инноваций можно отметить стабильный аспирационный и иригационный поток, который позволяет во всех случаях видеть очень хорошую стабильную переднюю камеру при мягких и твердых катарактах, при слабых цинновых связях. Быстрое удаление ядра обеспечивается направленной модуляцией энергии. Это означает, что по сравнению с другими аппаратами поток ультразвука совершенно другой, он направленно работает при достижении окклюзии на разрушение фрагмента ядра при его захвате. Пульсовой режим до 250 импульсов в минуту позволяет также экономить ультразвук при работе фактоэммульсификатора.

Улучшенная эргономика создает больше контроля и удобства для пользователя. Можно отметить увеличенную длину хода иглы, меньшую из возможных частот — 28,5 кГц, запирающий (накручивающийся) механизм соединения с иригационной линией, легкий вес и эргономическую сбалансированность для уменьшения утомляемости при работе хирурга. Все хирурги сталкиваются с окклюзией фрагментами ядра при фактоэммульсификации. Приходится уходить из передней камеры, включать линейный ультразвук для устранения окклюзии и потом опять приступать к работе. В течение года работы с новым аппаратом эта проблема никогда не возникала. Наличие фильтрации для улавливания фрагментов ядра позволяет избавиться от окклюзии трубки, для этого же используется повышенная жесткость трубок.

Работа на Stellaris осуществляется с применением игл диаметром 1,8 мм. Их преимущество заключается в стабильности передней камеры, фрагментация ядра происходит легко, при удалении фрагментов ядра не формируется окклюзия, поэтому все протекает быстрее, чем на других аппаратах.

На игле имеются специальные микророзетки, определяющие правильную фиксацию слива, который затем занимает достаточно жесткое положение. Из инноваций очень удобен наконечник с особым утолщением, при накручивании слива он способствует более легкому введению иглы в переднюю камеру, не позволяя деформироваться дистальному концу слива. Те, кто работает с портом диаметром 1,8 мм, знают, что иногда при проведении иглы в парцентез слив смещается и собирается складками, нередко приходится пользоваться дополнительными инструментами для облегчения этого этапа (шпатель, чоппер). В случае инновационной иглы такого не происходит, это отмечают все хирурги при манипуляции через порт 1,8 мм. В результате повышается безопасность операции: сведение

Фактоэммульсификация на аппарате Stellaris PC (Bausch+Lomb) и фемтосопровождение на фемтолазере Victus (Bausch+Lomb)

к минимуму осложнений, стабильность гидродинамики, устранение теплового повреждения и получение оптимальных интра- и послеоперационных результатов. Даже после удаления катаракты с плотностью ядра 4+ на следующий день роговица пациента прозрачна, что является следствием эффективного быстрого вмешательства, протекающего при стабильной глубине передней камеры.

Из более чем 500 операций, выполненных в нашей клинике в течение последних 8 месяцев, 85% осуществляется с фемтосопровождением, то есть капсулорексис и фактофрагментация (фрагментация ядра) проводится на аппарате Victus (Bausch+Lomb), что на 30% уменьшает время интраокулярной работы хирурга, снижает нагрузку на связочный аппарат при фрагментации ядра. Близкий к идеально круглой форме капсулорексис создает условия для правильной позиции интраокулярной линзы и повышению процента попадания в заданную рефракцию после операции.

Предоперационная подготовка включает: антибиотики (левофлоксацин, офтаквикс), нестероидные препараты, мидриатики (за 1 сутки до операции), анестетики. После лазерного этапа, то есть фемтозотала, фемтокапсулорексиса, дополнительно используются мидриатики и стероидный препарат, и выполняется следующий этап. В большинстве случаев не нужно проводить гидродиссекцию (она осуществляется газом, образующимся при лазерной фрагментации). Во всех случаях (540 глаз) проведения фемтокапсулорексиса не отмечено неполного рексиса или формирования мостиков. Ядро уже фрагментировано на ту глубину, которую заложили на лазерном этапе (в наших случаях мы оставляли 500 мк до задней капсулы). Мягкую катаракту с плотностью 1+ лучше фрагментировать на 4 фрагмента с добавлением круговой фрагментации.

Ядро плотностью до 4+ можно разделить на 8 фрагментов (так называемая «pizza-cuts»), далее техника может быть любой. При достаточно плотной катаракте дальнейшее разделение фрагментов выполняется по стандартной методике, с помощью аппарата Stellaris всегда поддерживается стабильная камера, при этом фрагменты удаляются легко и быстро. После фемтофрагментации фрагменты ядра формируются одинаковыми, и ультразвук при их удалении, даже плотных, часто не превышает 30%. Вследствие этого уменьшается мощность ультразвука и продолжительность его воздействия. Крайне интересно работать с новыми технологиями.

Мы имплантируем чаще всего сейчас линзы enVista (Bausch+Lomb) из гидрофобного акрила, не вызывающего появления эффекта глитенинга. Это асферическая гидрофобная линза, которую получается имплантировать через разрез 2,2 мм при очень деликатном, медленном введении. По сравнению с другими линзами она медленнее расправляется, что достаточно удобно — ее легко запровадить в условиях недостаточного мидаза.

Аппарат Stellaris позволяет работать при различной высоте бутылки с иригационной жидкостью, при необходимости (ослаблении или разрыве цинновой связки и др.) ее можно опустить до 55 см и ниже, при этом поддерживаются стабильные параметры гидродинамики.

Использование технологии фемтосекундных лазеров, особенно при комбинированной операции по поводу катаракты и глаукомы, сокращение времени интраокулярной работы значительно снижает риск операционных осложнений. В ходе проведения операций ни в одном случае не было дислокации ядра или его фрагментов в стекловидное тело. Причем отмечено повышение эффективности вмешательства и при слабости связочного аппарата, и подвывихе хрусталика 1-2 степени.

В ходе хирургических вмешательств с помощью аппарата Stellaris достигаются эффективная эммульсификация без окклюзии иглы, оптимальные параметры с коротким воздействием ультразвука, стабильные гидродинамические показатели при любой плотности ядра хрусталика. ■

Передовой. Многофункциональный. Особенный.



BAUSCH + LOMB Stellaris PC
Vision Enhancement System

ООО «ВАЛЕАНТ» | Россия | 115162, г. Москва | ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5 | Тел. +7 495 510 2879 | Факс +7 495 510 2879 дб. 5012 | www.valeant.com
© Bausch + Lomb Incorporated. Stellaris is a registered trademark of Bausch + Lomb Incorporated. TM/© denote trademarks of Bausch + Lomb Incorporated SU5984.

BAUSCH + LOMB TECHNOLAS

victus
Фемтосекундная лазерная платформа

«Полный OCT online контроль, катарактальные, хирургические, рефракционные процедуры на одной платформе.»

Фемтосекундный лазер VICTUS выполняет:

Рефракционные функции: - Создание персонализированного лоскута для LASIK - Формирование тоннелей для интракорнеальных колец (ICRS) - Срезы различной формы для сквозной и послойной кератопластики (PKP/LKP и FLEK) - Астигматическая кератотомия (AK) - Коррекция пресбиопии INTRACOR	Катарактальные функции: - Капсулорексис - Фрагментация хрусталика - Кератотомические ослабляющие надрезы (AK) - Тоннельные роговичные разрезы (парцентез)
--	--

POLIST GROUP

Официальный дистрибутор в России ООО «ПОЛИСТ ЛАЙН»
г. Москва, 127549, ул. Бибиревская, 17 Б, офис 6, тел./факс: [499] 901-44-49
г. Новосибирск, 630007, ул. Октябрьская, 34, тел./факс: [383] 218-33-15
e-mail: polist@polist.ru www.polist.ru

Большой контроль над имплантацией ИОЛ*.
Вы в этом уверены.

Представляем рукоятку-инжектор для автоматической имплантации ИОЛ INTREPID® AutoSert®.

Провести аккуратную, быструю имплантацию ИОЛ через любой стандартный доступ — вот что предлагает рукоятка-инжектор INTREPID® AutoSert®.

Улучшите контроль за процессом имплантации с помощью программируемых параметров, которые обеспечивают различные варианты введения ИОЛ и помогут минимизировать растяжение и травматизацию операционного разреза^{1,2}.

Узнайте, как эта новая функция INFINTI Vision System может улучшить ваши хирургические результаты на сайте infinitivision.com.

NEW INTREPID® AutoSert® IOL Injector

Alcon
a Novartis company

INFINTI
VISION SYSTEM

August 2012

1. Zimmerman, S. Comparison of Infiniti IOL insertion to Traditional Manual IOL Delivery. ASCRS Presentation, 2011.
2. H. Zimmerman. Сравнение автоматической и традиционной имплантации ИОЛ. Презентация ASCRS 2011.
3. Alcon, LLC. Comparison with AutoSert Injector IOL Insertion Device. ASCRS Presentation, 2011.
4. Alcon. Обзор программных возможностей системы имплантации ИОЛ. Презентация ASCRS 2011.

© 2012 Alcon. Все права защищены. 109004, Москва, ул. Никопольская, 54. Тел.: (495) 258 5278, факс: (495) 258 5279.
* По сравнению с мануальной имплантацией.
† Регистр лекарственных средств России № 2012/15005 от 28/09/2012.
Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.



Д.м.н. О.Г. Оганесян
ФБГУ «МНИИ глазных болезней»
им. Гельмгольца»

Факоземульсификатор WhiteStar Signature фирмы Abbott Medical Optics прежде всего привлекает белым медицинским цветом.

Ключевой особенностью машины является двойная помпа: перистальтика и Вентури. Перистальтика — для хирургов, которые любят осторожность, и, что еще очень важно, для начинающих хирургов, для которых должны быть созданы способствующие комфортные условия для обучения. Факорукотка Ellips FX замечательно ложится в руку. Благодаря тому, что машина генерирует ультракороткий импульс ультразвука, порядка 50 Гц, доступна технология «холодного фак» WhiteStar. Интересны технология Fusion Fluidics, двойной линейный контроль, высокоскоростная передняя витрэктомия и хирургический медиа-центр.

Опытные хирурги понимают разницу между перистальтикой и Вентури. Очень важен первый разлом, очень важна первая окклюзия, поэтому перистальтика в данном случае — это то, что следует предпочитать. Дальше, после первого разлома, можно переходить на насос Вентури, при котором все происходит значительно быстрее, чем на перистальтику. Оптимальным является наличие единой кассеты для двойной помпы: одна кассета для помпы как для Вентури, так и для перистальтического насоса.

Система для факоземульсификации WhiteStar Signature

Преимуществом аппарата является универсальность — одна хирургическая система для всех хирургов соответствующего подразделения. И динамичность — это настройка скорости нарастания вакуума.

Работа факоицлы, факорукотки Ellips FX основана на совмещении продольных и поперечных колебаний, то есть эллиптических колебаниях. Частота УЗ-колебаний — минимальные 38 кГц. Существует возможность работы с прямыми и изогнутыми наконечниками, основываясь на предпочтениях хирурга, причем размер факоицлы можно выбирать в зависимости от разреза.

Технология «холодного фак» направлена на снижение риска ожога роговицы. Технология WhiteStar — это изменение модуляции УЗ-колебаний от глубины нажатия педали (при включении ультразвука). Это минимизирует расход УЗ-энергии, а соответственно, травматичность для всей операции.

Технология Fusion Fluidics предназначена для стабилизации давления в передней камере. Благодаря этой технологии распознавание момента окклюзии и скорость срабатывания составляет не более 20 мс, все происходит очень быстро, и глубина камеры сохраняется стабильной.

Технология CASE — для программного управления процессом окклюзии, превентивное уменьшение вакуума при наступлении окклюзии для того, чтобы после его прорыва камера не схлопнулась.

К аппарату прилагается очень удобная педаль управления, причем возможен ее беспроводной вариант. Можно настраивать классическую педаль с тремя положениями вниз и педаль с двойным линейным контролем. Комфортный витреотом может работать



с частотой 2500 рез/мин, с выбором различного диаметра наконечника (20G, 23G).

Крайне удобен хирургический медиа-центр с возможностью выведения изображения overlay на экран, настраиваемый overlay в режиме реального времени оптимален для

обучения и «живой хирургии». Актуальной является универсальная система регистрации видео с отображением параметров факоземульсификации, дополненная единым устройством для хранения, монтажа, кодирования видео. ■

единая ирригационно-аспирационная кассета, при необходимости можно подсоединить витреальную систему и переключиться в другой режим.

Интересна технология 1,6 мм, витрэктомия для бесшовной хирургии с применением безопасного светодиодного освещения. Система радиочастотной капсулотомии по Klöti, высокоскоростной пневматический витреотом до 5000 резов — это тоже оригинальная разработка компании Oertli.

Одной из интересных инноваций является технология easyPhaco, которая обеспечивает:

- а) эффективное прослеживание фрагментов ядра;
- б) отсутствие турбулентности в передней камере;
- в) оптимальный захват фрагментов ядра без отталкивания;
- г) идеальное проникновение ультразвуковой энергии в материал ядра;
- д) дробление фрагментов ядра;
- е) эффективную аспирацию фрагментов ядра;
- ж) стабильность камеры при прорыве окклюзии.



Профессор Е.С. Князева

Психоневрологический госпиталь ВОВ,
офтальмохирургическое отделение,
Екатеринбург

С увеличением продолжительности жизни, вследствие влияния факторов окружающей среды, количество экстракций катаракты увеличивается ежегодно. И риск осложненной во время экстракции катаракты и в послеоперационном периоде остается все-таки достаточно высоким и достигает, по данным разных авторов, от 1 до 28%.

Одним из важных факторов успешного проведения оперативного вмешательства является достижение достаточного мидриаза во время операции, и это наиболее важное условие успешного проведения операции. Узкий зрачок уменьшает площадь обзора капсулы хрусталика и затрудняет выполнение основных манипуляций в передней и задней камерах глаза. Кроме того, при узком зрачке имеется прямое повреждение тканей радужной оболочки инструментами и ирригационной жидкостью, и это в свою очередь может привести к геморрагическим, и к воспалительным осложнениям.

Кроме того, сужение зрачка очень часто происходит при воздействии ультразвуком и механических манипуляциях в передней камере, что также приводит к большому риску повреждения задней капсулы. В последнее время очень часто встречается узкий ликвидный зрачок, который, к сожалению, очень трудно расширяется какими-либо фармакологическими средствами, и приходится его расширять во время операции механическим путем.

Сочетание узкого зрачка с катарактой встречается у 14% пациентов и с возрастом увеличивается, достигая 71% после 80 лет. И соответственно ухудшаются результаты хирургического лечения у этих пациентов. Почему у пожилых пациентов мы очень часто видим узкий зрачок, который трудно расширить? Безусловно, это связано с дистрофическими изменениями нарушения диафрагмальной функции зрачка, нарушением иннервации фактиса и дилатора зрачка у пожилых пациентов. И, конечно, ведется активный поиск фармакологических средств, возможности их сочетания, возможности различных способов введения для того, чтобы достигнуть стойкого и достаточного мидриаза во время оперативного вмешательства.

Благодаря фирме Promed (ныне Sentiss) были проведены исследования препарата мидримакс в качестве предоперационной подготовки пациента. Это один из самых первых комбинированных препаратов такого действия, он состоит из фенилэфрина

Это те параметры, которые нам хочется видеть в системах, с которыми мы работаем.

Система имеет прекрасные рабочие характеристики, способна создавать высокую скорость потока и высокий уровень вакуума при отсутствии турбулентности в передней камере. Такие особенности, как проникновение ультразвуковой энергии в материал ядра при идеальном давлении, создают отличную удерживающую способность. Дробление фрагментов на мельчайшие частицы происходит без каких-либо препятствий при высоком уровне вакуума и эффективной аспирации тех фрагментов хрусталика, которые уже образовались.

Стабильность камеры при прорыве окклюзии достигается соотношением поступающей и аспирируемой жидкости, которые отличаются в семь раз. То есть количество поступающей жидкости настолько велико, что прорыв окклюзии не так грозен в силу того, что регрессионные возможности весьма и весьма высоки. В этой ситуации не надо бояться максимально возможной скорости потока, максимально возможного уровня вакуума, несмотря на то что можно это считать агрессивным ведением в хирургических

операциях. При сочетании с иглой easyPhaco, передняя камера остается идеально стабильной даже после прорыва окклюзии.

Если сравнивать традиционную технологию и технологию easyPhaco, то три рабочих зоны (зона аспирации, зона ирригации и зона, где происходит дробление) несколько отличаются. Различия не слишком велики, но тем не менее за счет того, что зона аспирации невелика, а зона ирригации увеличивается — при сочетании с высоким вакуумом и высокой скоростью потока создается та самая технология easyPhaco, которая позволяет работать с маленьким разрезом весьма эффективно.

При максимальной интенсивной ирригации, максимально высоком вакууме интенсивный поток является в некотором роде присасывающим, как бы магнитным притяжением кусочков ядра. И если в это время в игле происходит продвижение элементов уже раздробленного ядра, все равно присасывающий эффект сохраняется в полной мере.

Следует обратить особое внимание на то, что факорукотка в системах Oertli разгоняется шестью пьезокристаллами — это является максимальным в настоящее время, при

том, что это самая легкая из факорукоток в своем классе. Никакого отталкивания фрагментов, материал ядра поглощает всю энергию ультразвука. Полное отсутствие бокового рассеивания от воздействия ультразвукового наконечника. Эту технологию фактически можно назвать «идеальной эмульсификацией», т.к. происходит идеальное взаимодействие энергии с материалом, который аспирируется после дробления. Амбициозные слова «идеальная эмульсификация» — весьма и весьма оправданы. Если сравнивать характеристики по соотношению и возможности захвата и возможности эмульсифицирования фрагментов, все говорит в пользу новой технологии easyPhaco, чтобы в свою очередь создать условия для стабильности камеры за счет увеличения потока.

Стоит ли говорить о том, что система Faros крайне удобна в силу широких возможностей, наличия технологии easyPhaco, создающей возможности для эффективной работы при малых разрезах и стабильности передней камеры, поддерживаемой этой системой. Несомненным достоинством являются самая легкая факорукотка и одна из самых удобных моделей интерфейса. ■

Новые возможности в предоперационной подготовке пациентов

5% и тропикамида 0,8%. Тропикамид — это М-холиноблокатор, он блокирует М-холинорецепторы фактиса зрачка и цилиарной мышцы, тем самым вызывая расширение зрачка и паралич аккомодации.

И второй составляющий — фенилэфрин 5% — это α -адреномиметик, при инстилляции фенилэфрина происходит расширение зрачка, некоторое снижение внутриглазного давления и сужение сосудов конъюнктивы. Расширение зрачка происходит за счет сокращения дилатора зрачка, дилатора радужки. При этом фенилэфрин не вызывает паралича аккомодации. То есть комбинированный препарат мидримакс действует на обе мышцы, тем самым усиливая мидриатический эффект, который так необходим во время вмешательства.

Целью нашего исследования было оценить эффективность и безопасность мидримакса при предоперационной подготовке пациента при факоземульсификации катаракты.

Были сформированы две группы (средний возраст пациентов составлял $73,4 \pm 2,6$ года): исследуемая группа, в которой закапывался перед операцией мидримакс двукратно, и контрольная группа — здесь закапывался цикломед трехкратно и на операционном столе внутрикамерно вводился мезатон в количестве 0,1 мл. Обе группы были достоверно идентичны, в них совпали сопутствующие глазная и соматические патологии, достоверных различий в группах не было. Эффективность оценивали по скорости наступления максимального мидриаза, длительности максимального мидриаза, величине мидриаза; безопасность — по частоте проявления местных и системных реакций.

В исследуемой группе, где применялся мидримакс, время наступления мидриаза составляло 12 минут, в контрольной — 18 минут, то есть мидриаз наступал в 1,5 раза быстрее. Максимальный мидриаз при использовании мидримакса составлял 7 мм, при использовании цикломеда — 6,4 мм. И длительность воздействия тоже различалась в этих двух группах. Длительность мидриаза при использовании мидримакса, комбинированного препарата, — 6,3 часа, при использовании цикломеда и внутрикамерного мезатона — 15,9. Среднее внутриглазное давление до и после инстилляции капель существенно не изменялось, то есть достоверных различий не получили. Но местные реакции (возникло жжение при закапывании) в той и другой группе были достаточно в высоком проценте.

Что касается системных реакций (исследовались артериальное давление до и после закапывания препарата, частота сердечных сокращений до и после), то достоверного проявления системных реакций в виде подъема артериального давления и увеличения частоты сердечных сокращений в обеих группах не отмечалось.

Из исследования можно сделать следующие выводы.

1. Препарат мидримакс позволяет добиться стойкого длительного мидриаза за короткий промежуток времени.
2. Мидримакс в 1,5 раза ускоряет время наступления мидриаза в сравнении с контрольной группой.
3. Достоверного подъема внутриглазного давления не наблюдалось, таким образом, возможно применение мидримакса у пациентов, страдающих глаукомой. В эту группу вошли 38% пациентов, у которых была

сопутствующая глаукома с компенсированным внутриглазным давлением.

4. У пациентов, находящихся на постоянной гипотензивной терапии, не отмечены системные реакции в виде подъема артериального давления и увеличения частоты сердечных сокращений.

Медикаментозная поддержка очень важна для профилактики осложнений, возможных во время проведения операции. Поэтому можно рекомендовать мидримакс как эффективное и безопасное средство в предоперационной подготовке пациентов к проведению экстракции катаракты. ■



Д.м.н. И.А. Лоскутов
Центр микрохирургии глаза
Дорожной клинической больницы
им. Сельмашко

С микрохирургическими системами компании Oertli мы начали работать с 1998 г. В нашей клинике с тех лет и до сих пор функционирует первый портативный прибор для факоземульсификации катаракты — CataRhex. Следующая система — комбайн OS3. Комплектуется двумя насосами — перистальтическим и Вентури. Обеспечивает помощь как витреоретинальным, так и катарактальным хирургам, и имеет возможности для индивидуальной настройки на 50 хирургов.

В настоящее время мы используем микрохирургический комбайн Faros. Это система, предназначенная для работы как на переднем, так и на заднем отрезках глаза, является факомашинной с возможностью модернизации, обладает высокоэффективным перистальтическим насосом.

Система оснащена специальными кассетами, едиными для катарактальных и витреоретинальных операций, которые гарантируют постоянное давление, что немаловажно при витреальных вмешательствах. Витреальная часть прекрасно дополняет факоземульсификационную систему. Пневматический витреотом обеспечивает превосходное качество реза с максимальной частотой 5000 резов в минуту. Это одна из самых современных систем, крайне удобная и компактная, с исключительно оригинальным дизайном Oertli. Имеется функция мгновенной установки всех параметров. Установка параметров и управление осуществляется по принципу «прямой доступ» кнопками. Система Faros в реальной работе крайне удобна,

Обзор микрохирургических систем компании Oertli (Швейцария)

компактна, имеет небольшой вес и занимает минимальную площадь в операционной, при необходимости переустановка всех параметров занимает всего около 2 минут. Прибор комплектуется пультом дистанционного управления (ПДУ), который хирург может расположить рядом с собой как ему удобно. Среди достоинств следует отметить отсутствие вентилятора, что обеспечивает тишину в операционной. Аппарат энергоэкономичен. Удивительно, что в небольшом аппарате сочетаются перечисленные характеристики и многие другие преимущества: никакого захвата воздуха, оптимизированное использование режущей силы витреотома. Любопытно, что в этой системе у перистальтического насоса скорость набора вакуума выше, чем у насоса Вентури! Сейчас делается акцент на более быстрые насосы, потому что никто не хочет работать медленно. В этом аппарате очень быстрая современная перистальтика, быстро набирается вакуум. В приборе запатентованный датчик давления, находящийся в кассете. Контроль давления осуществляется без контакта с жидкостью, исключена возможность передачи инфекции.

Интеграция увеличивает надежность аппарата, позволяя при этом сохранить компактность конструкции с индивидуальными автономными модулями, простоту поддержки, обслуживания. Благодаря наличию порта USB возможно быстрое обновление. Например, для апгрейда системы CataRhex по так называемой технологии Cool Phaco (в начале 2000 года, когда она стала интересной) потребовалось всего 10 минут для замены микросхемы.

Крайне удобен дисплей, который не боится воды, а в операционной всегда есть опасность случайного контакта аппаратуры с водой. Технология прямого доступа Direct Access, беспроводное управление ПДУ (через Bluetooth), который лежит у хирурга

прямо на столе в стерильном чехле, функционально организованный дисплей — детали, создающие дополнительный комфорт для пользователя. И программа Paragrog® с возможностью сохранения индивидуальных настроек для многих хирургов.

Педаль управления — это один из малых механико-электрических шедевров. С непревзойденной точностью педаль позволяет создавать удобную систему линейного и двойного линейного контроля, переключаться между программой, регулировать

параметры ультразвука, мгновенно включать диатермию нажатием тех или иных частей педали и полностью программируемая, что также весьма удобно.

Система Faros весьма футуристична, поскольку в ней имеется связь между всеми компонентами, стабильность, современность технологий и инструментов. Возможно одновременное использование и факомашин, и витреальной системы. Все включается мгновенно, нет необходимости использовать различные кассеты, так как требуется





Д.м.н. Т.Ю. Шиловой

Клиника доктора Шиловой

Опыт работы на Visalis® V500 — высокотехнологичной комбинированной платформе Zeiss

В зависимости от выбора технологии хирургических процедур, типов насосов, платформа Visalis 500 компании Carl Zeiss представлена двумя моделями: Visalis S500 и Visalis V500. Первая модель предназначена для хирургии переднего отрезка глаза, а вторая — для хирургических вмешательств как на переднем, так и на заднем сегментах глаза. На сегодняшний день это одна из немногих платформ, предоставляющих хирургу все методики: стандартный коаксиальный факто через разрез 3,2 мм, микрокоаксиальный факто через разрез 2,1-1,7 мм и бимануальный микрофакто через разрез 1,7 мм. При этом высокоскоростная витреотомия возможна с помощью 20G, 23G, 25G. И в ближайшей перспективе появятся 27G технологии, что позволит хирургам осваивать методику малых и сверхмалых разрезов.

Visalis V500 — это машина, обладающая, бесспорно, рядом преимуществ. Для фактоэмulsификации на сегодняшний день предпочтительно

использовать технологию 1,7 мм. При витректомии — преимущественно технику 25G. При комбинированных операциях — 23-25G. Продолжительность комбинированных операций с использованием этого прибора занимает всего около 40 минут.

Преимуществом аппарата является современный и очень удобный интерфейс: быстро открывающиеся и всплывающие окна, достаточно крупные, с прямым доступом к ключевым параметрам. Это позволяет довольно быстро адаптироваться к этому прибору и обучать операционную команду. Прибор полностью русифицирован. Благодаря расширению современных технологий переключение между помпами системы перистальтического насоса и трубки Вентури возможно без отрыва от операции и без смены кассеты. Это очень большое преимущество: работая на перистальтике, вы моментально переходите в режим Вентури, сделав этап фактоэмulsификации, одним нажатием клавиши

переходите в режим витректомии. Система имеет универсальную кассету для операций на переднем и заднем отрезках глаза, единую для перистальтической помпы и помпы Вентури, что очень удобно.

Дизайн аспирационной трубки поддерживает MICS решение. Имеется специальная система защиты от всплесков, которая поддерживает стабильность передней камеры при окклюзии. При работе на аппарате ни разу не возникала ситуация, при которой окклюзия требовала бы выхода из камеры и включения линейного ультразвука для того, чтобы пробить иглу. Эффективная фактоэмulsификация осуществляется без каких-либо признаков полной окклюзии. Соответственно, есть возможность дополнительной иригации, регулирование давления воздуха, что позволяет хирургу безопасно проводить операции на высоком уровне вакуума, используя более низкое внутриглазное давление. В аппарате удобен двойной линейный контроль педали. И еще есть один

положительный момент — это беспроводная педаль. Правда, менять батарейки во время операции не очень удобно, но для того, кто любит подобные новшества, то это имеется. Система оснащена сверхлегкой ультразвуковой рукояткой с возможностью работы в режиме непрерывного, пульсирующего и прерывистого ультразвука. При этом существует адаптивный контроль мощности (APC), который эффективно уменьшает риск ожога роговицы, то есть используется минимальное количество энергии с большим КПД.

Система имеет предустановленный режим «холодного факто» для простого использования, который позволяет добиться быстрого и эффективного дробления.

Для творческих натур предусмотрена автоматическая программируемая модуляция (APM) — автоматический режим, который заменяет позицию 3 педали в соответствии с пожеланиями автора. Создается некий индивидуальный шаблон ультразвуковой модуляции, а именно импульсы и частоты.

Хочется еще раз отметить, что Visalis V500 поддерживает MICS технологию. Компания Carl Zeiss предлагает хирургу-офтальмологу все, что для этого необходимо: соответствующую платформу, расходные материалы и линзы, которые можно имплантировать через прокол 1,7 мм.

Что касается заднего отрезка глаза, то есть возможность выбора любого размера витреовмещательства, в перспективе — до 27G, в сочетании с фактоэмulsификацией и без нее. Возможна комбинация автоматического контроля внутриглазного давления или гравитационный контроль, т.е. двойная иригация, что также является важным преимуществом.

Аппарат очень прост при переходе с одного этапа на другой, одним нажатием кнопки без смены кассеты. Высокая скорость резания, до 4000 рез/мин, позволяет избежать трагедий со стороны сетчатки. Еще одно преимущество: порт витреотома расположен близко к дистальному концу. Это очень удобно при работе над сетчаткой, практически не происходит натяжения. Все очень безопасно, можно подходить максимально близко к сетчатке. Отмечу также хороший дизайн лезвия и хорошую фиксацию портов в глазу. В приборе имеются интегрированные УФ- и ИК-фильтры для защиты сетчатки при работе. Зеленый фильтр используется для визуализации мембран без использования красителей. Прибор имеет широкоугольные осветители, дающие яркий ровный свет, без колец и темных областей.

Благодаря сложной системе автоматического контроля глазного давления замена сред происходит исключительно комфортно. Можно работать с силиконами различной вязкости, в том числе с тяжелыми. Кто работает на заднем отрезке, знает, как тяжело и долго производится удаление тяжелых вязких сред. Здесь все происходит очень комфортно.

Наконец, благодаря компактной дизайну и небольшому основанию, прибор позволяет освободить место в операционной. Естественно, имеется «overlay», и он работает

в сочетании с замечательным прибором Callisto, который дает возможность не только архивации, но и получения видеоизображения, интраоперационной визуализации меток при имплантации торических ИОЛ.

В заключение несколько слов об экономической стороне вопроса. С моей точки зрения как руководителя коммерческого центра, прибор имеет ряд бесспорных преимуществ. Первое — расходные материалы позволяют снизить себестоимость операции благодаря универсальной кассете. При этом она позволяет работать при разрезах любой величины, идеальна и при витректомии, и при фактоэмulsификации. Кассета не имеет чипов, и ее стоимость в 2-3 раза ниже, чем у других комбайнов премиального сегмента.

Витреоретинальные расходные материалы предлагаются не наборами, как у других комбайнов, а по отдельности, чему в этом сегменте нет аналогов.

Возможна модернизация фактомашины Visalis S500 до уровня комбайна в любой момент. И, что очень важно, обучение операционных сестер работе с прибором не вызывает никаких затруднений.

Хочется отметить, что компания Carl Zeiss является гарантом и символом вековых традиций на сегодняшний день. Она предлагает создание уникальных офтальмологических систем, которые обмениваются информацией, предоставляют дополнительные функции и объединены в единую платформу.

И для нас вслед за микроскопом Lumera, IOL Master 500, прибором OCT комбинированная платформа Visalis 500 стала новым шагом на пути к высокотехнологичному увлекательному будущему. ■

Наступает момент, когда сочетание инновационных технологий и Вашего профессионализма возвращает зрение. Ради таких моментов мы и работаем.



Оснащен **APM (Advanced Power Modulation)** - технологией модуляции ультразвуковых импульсов, например, burst (вспышка) и pulsed (импульс), в одну последовательность с заданными характеристиками.

Использование данной технологии позволяет:

- Снизить мощность ультразвука и уменьшить ЕРТ примерно на 73%*
- Обеспечить удерживающую способность, которая позволяет собирать вместе фрагменты ядра и захватывать их на факонаконечнике, устраняя оттапливание между ними*
- Обеспечить эффективность мощного кратковременного импульса для прокола ядра, а также частоты импульсов при удалении квадранта*
- Повысить стабильность передней камеры на 32%*

* Имеются клинические исследования

Более подробную информацию о приборах Вы можете получить на сайте компании

ООО «ОПТЭК»
www.optecgroup.com

ОПТЭК
Объединяя решения

Над материалом работали: Ольга Величко, Сергей Тумар

Новое в морфометрической диагностике нейродегенеративной патологии

Сателлитный симпозиум

Организатор: компания «Трейдемед Инвест».

Модераторы симпозиума: профессор Н.И. Курышева, профессор Н.К. Серова, д.м.н. Т.Н. Юрвева

6 декабря 2013 года в рамках XI ежегодного конгресса Российского глаукомного общества «Глаукома: теории, тенденции, технологии», проведенного под эгидой Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», состоялся сателлитный симпозиум «Новое в морфометрической диагностике нейродегенеративной патологии».

С докладом на тему «Офтальмологические маркеры нейродегенеративных заболеваний» от группы авторов выступил профессор В.С. Аюпьян (МГУ им. М.В. Ломоносова). Нейродегенерация, или гибель нейронов, является ключевым патологическим механизмом при таких системных заболеваниях, как болезни Альцгеймера, Паркинсона и Хантингтона, рассеянный склероз, оптический нейромиелит. При офтальмологических нейродегенерациях: глаукоме, наследственной оптической нейропатии, передней ишемической нейропатии, друзах зрительного нерва и других — именно гибель нейронов сетчатки, в первую очередь ганглиозных клеток, обуславливает ухудшение зрительных функций.

Современные методы офтальмодиагностики позволяют на качественно новом уровне определить морфологический субстрат нейродегенерации при заболеваниях глаз, а также выявить офтальмологические изменения при системных нейродегенерациях. Одним из основных инструментов оценки состояния нейрональных клеток является оптическая когерентная томография. Метод доказал высокую информативность при диагностике и мониторинге глазных проявлений рассеянного склероза.

Приведенные автором результаты исследований убедительно доказывают, что ранние изменения при глаукоме отмечаются в структуре сетчатки макулярной зоны. Согласно последним данным, самые ранние проявления глаукомной оптиконой ретинопатии отмечаются не только на уровне тел ганглиозных клеток, но захватывают их дендриты, формирующие внутренний плексиформный слой. При этом изменения толщины комплекса ганглиозных клеток значительно опережает появление периметрических дефектов. Томограф RTVue-100 позволяет исследовать комплекс ганглиозных клеток сетчатки и сравнивать результаты измерений в динамике с целью оценки скорости прогрессирования заболевания.

Перспективным направлением, по мнению Н.И. Курышевой, представляется исследование локализации первоначальных поражений нейронов при различных нейропатиях, научное объяснение различной последовательности возникновения нейрональных дефектов на глазном дне. К своей клинической

реализации приближаются новые методы прижизненного маркирования ганглиозных клеток сетчатки, определения их жизнеспособности.

В докладе «Роль оптической когерентной томографии в диагностике глаукомы» профессор Н.И. Курышева (ФМБА России) отметила, что целью всех методов визуализации при глаукоме являются ранняя диагностика и мониторинг заболевания, оценка эффективности лечения. За последние 10 лет произошла эволюция диагностических возможностей от фоторегистрации и топографии диска зрительного нерва до сложнейших методов лазерной периметрии и спектральной оптической когерентной томографии. Еще в 2007 году был сделан вывод о том, что наиболее информативным диагностическим методом при глаукоме является ОКТ. Современные возможности томографии открывают огромные перспективы в понимании патогенеза ПОУГ и поиске новых подходов к лечению.

Н.И. Курышева подчеркнула, что с момента раннего апоптоза нейронов сетчатки до первых клинических проявлений, которые удается выявить с помощью периметрии, проходит в среднем 14 лет. То есть к моменту клинической манифестации заболевание уже переходит в развитую стадию, когда останавливается процесс нейродегенерации не представляется возможным.

Благодаря внедрению в практику спектральных томографов появилась возможность сегментирования ретинальных слоев, впервые введено понятие «комплекса ганглиозных клеток сетчатки», включающего слой нервных волокон, слой ганглиозных клеток и внутренний плексиформный слой.

Приведенные автором результаты исследований убедительно доказывают, что ранние изменения при глаукоме отмечаются в структуре сетчатки макулярной зоны. Согласно последним данным, самые ранние проявления глаукомной оптиконой ретинопатии отмечаются не только на уровне тел ганглиозных клеток, но захватывают их дендриты, формирующие внутренний плексиформный слой. При этом изменения толщины комплекса ганглиозных клеток значительно опережает появление периметрических дефектов. Томограф RTVue-100 позволяет исследовать комплекс ганглиозных клеток сетчатки и сравнивать результаты измерений в динамике с целью оценки скорости прогрессирования заболевания.

Перспективным направлением, по мнению Н.И. Курышевой, представляется исследование локализации первоначальных поражений нейронов при различных нейропатиях, научное объяснение различной последовательности возникновения нейрональных дефектов на глазном дне. К своей клинической

реализации приближаются новые методы прижизненного маркирования ганглиозных клеток сетчатки, определения их жизнеспособности.

В докладе «Роль оптической когерентной томографии в диагностике глаукомы» профессор Н.И. Курышева (ФМБА России) отметила, что целью всех методов визуализации при глаукоме являются ранняя диагностика и мониторинг заболевания, оценка эффективности лечения. За последние 10 лет произошла эволюция диагностических возможностей от фоторегистрации и топографии диска зрительного нерва до сложнейших методов лазерной периметрии и спектральной оптической когерентной томографии. Еще в 2007 году был сделан вывод о том, что наиболее информативным диагностическим методом при глаукоме является ОКТ. Современные возможности томографии открывают огромные перспективы в понимании патогенеза ПОУГ и поиске новых подходов к лечению.

Н.И. Курышева подчеркнула, что с момента раннего апоптоза нейронов сетчатки до первых клинических проявлений, которые удается выявить с помощью периметрии, проходит в среднем 14 лет. То есть к моменту клинической манифестации заболевание уже переходит в развитую стадию, когда останавливается процесс нейродегенерации не представляется возможным.

Благодаря внедрению в практику спектральных томографов появилась возможность сегментирования ретинальных слоев, впервые введено понятие «комплекса ганглиозных клеток сетчатки», включающего слой нервных волокон, слой ганглиозных клеток и внутренний плексиформный слой. При этом изменения толщины комплекса ганглиозных клеток значительно опережает появление периметрических дефектов. Томограф RTVue-100 позволяет исследовать комплекс ганглиозных клеток сетчатки и сравнивать результаты измерений в динамике с целью оценки скорости прогрессирования заболевания.

Перспективным направлением, по мнению Н.И. Курышевой, представляется исследование локализации первоначальных поражений нейронов при различных нейропатиях, научное объяснение различной последовательности возникновения нейрональных дефектов на глазном дне. К своей клинической

реализации приближаются новые методы прижизненного маркирования ганглиозных клеток сетчатки, определения их жизнеспособности.

В докладе «Роль оптической когерентной томографии в диагностике глаукомы» профессор Н.И. Курышева (ФМБА России) отметила, что целью всех методов визуализации при глаукоме являются ранняя диагностика и мониторинг заболевания, оценка эффективности лечения. За последние 10 лет произошла эволюция диагностических возможностей от фоторегистрации и топографии диска зрительного нерва до сложнейших методов лазерной периметрии и спектральной оптической когерентной томографии. Еще в 2007 году был сделан вывод о том, что наиболее информативным диагностическим методом при глаукоме является ОКТ. Современные возможности томографии открывают огромные перспективы в понимании патогенеза ПОУГ и поиске новых подходов к лечению.

Н.И. Курышева подчеркнула, что с момента раннего апоптоза нейронов сетчатки до первых клинических проявлений, которые удается выявить с помощью периметрии, проходит в среднем 14 лет. То есть к моменту клинической манифестации заболевание уже переходит в развитую стадию, когда останавливается процесс нейродегенерации не представляется возможным.

Благодаря внедрению в практику спектральных томографов появилась возможность сегментирования ретинальных слоев, впервые введено понятие «комплекса ганглиозных клеток сетчатки», включающего слой нервных волокон, слой ганглиозных клеток и внутренний плексиформный слой. При этом изменения толщины комплекса ганглиозных клеток значительно опережает появление периметрических дефектов. Томограф RTVue-100 позволяет исследовать комплекс ганглиозных клеток сетчатки и сравнивать результаты измерений в динамике с целью оценки скорости прогрессирования заболевания.

Перспективным направлением, по мнению Н.И. Курышевой, представляется исследование локализации первоначальных поражений нейронов при различных нейропатиях, научное объяснение различной последовательности возникновения нейрональных дефектов на глазном дне. К своей клинической

реализации приближаются новые методы прижизненного маркирования ганглиозных клеток сетчатки, определения их жизнеспособности.

Перспективным направлением, по мнению Н.И. Курышевой, представляется исследование локализации первоначальных поражений нейронов при различных нейропатиях, научное объяснение различной последовательности возникновения нейрональных дефектов на глазном дне. К своей клинической

реализации приближаются новые методы прижизненного маркирования ганглиозных клеток сетчатки, определения их жизнеспособности.

Перспективным направлением, по мнению Н.И. Курышевой, представляется исследование локализации первоначальных поражений нейронов при различных нейропатиях, научное объяснение различной последовательности возникновения нейрональных дефектов на глазном дне. К своей клинической

реализации приближаются новые методы прижизненного маркирования ганглиозных клеток сетчатки, определения их жизнеспособности.

Перспективным направлением, по мнению Н.И. Курышевой, представляется исследование локализации первоначальных поражений нейронов при различных нейропатиях, научное объяснение различной последовательности возникновения нейрональных дефектов на глазном дне. К своей клинической

реализации приближаются новые методы прижизненного маркирования ганглиозных клеток сетчатки, определения их жизнеспособности.

Материал подготовила
О.В. Зайцева,
научный сотрудник
МНИИ ГБ им. Гельгольца

ТРАБЕКУЛЭКТОМИЯ: ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

Пособие для врачей, интернов, клинических ординаторов

С.Ю. Петров

В работе представлены современные рекомендации, касающиеся наиболее распространенной антиглаукомной операции — трабекулэктомии. Подробно рассмотрены показания, особенности предоперационной подготовки и техники проведения вмешательства, профилактика и лечение послеоперационных осложнений. Особое внимание уделено деталям послеоперационной терапии с применением антимаболитов, а также выполнению нидлинга.

Рекомендовано для офтальмохирургов, практикующих антиглаукомные вмешательства.

Из истории

Согласно ряду источников, впервые понятие «glaukosis» применительно к тому, что мы сейчас называем глаукомой, было предложено Гиппократом около 400 лет до н.э., а в 170 году н.э. Гален дифференцировал глаукому от катаракты. Однако взаимосвязь слепоты от глаукомы как следствия повышенного внутриглазного давления (ВГД), а соответственно, и принцип хирургического лечения, были предложены гораздо позднее. Одним из первых хирургическое лечение глаукомы в виде *склеростомии* разработал Уильям Маккензи в 1830 г. Позже, в 1854 г., им был предложен парacentез как метод снижения ВГД. Спустя несколько лет Albrecht von Graefe предложил операцию, ставшую действительно популярной, несмотря на высокий уровень осложнений — *секторальную иридэктомию*, выполняемую под конъюнктивальным лоскутом. Уже тогда Graefe связывал гипотензивный эффект с развитием «кистозного конъюнктивального рубца».

В 1882 г. De Wecker описал *склерэктомию* (иссечение полоски склеры у лимба под конъюнктивальным лоскутом), функционирующую, с его точки зрения, также благодаря формированию фильтрующего рубца. Sögen Holth в 1904 г. для пролонгации гипотензивного эффекта склерэктомии предложил ущемлять в ране кусочек радужной оболочки (*ириденклеклизис*).

В 1905 г. Leopold Heine предложил *цикллодизализ*, на десятилетие потеснивший секторальную иридэктомию по причине минимального на то время числа интраоперационных осложнений. Однако непродолжительный эффект вмешательства заставил глаукоматологов искать новые пути. И в 1909 г. Robert Elliot предложил *кернеосклеральную трепанацию*, ставшую позже прародительницей современной фистулизирующей хирургии.

Появление в 60-х годах прошлого века хирургического микроскопа перевело антиглаукомные операции на новый уровень. В 1968 г. американец J.E. Cairns впервые опубликовал предварительные результаты новой фистулизирующей операции *трабекулэктомия*, являющейся, по сути, модификацией трепанации по Эллиоту, но прикрывшей склеральным лоскутом. Предлагая операцию, J. Cairns полагал, что внутриглазная жидкость будет истекать через освободившиеся просветы шлеммова канала. На самом деле гипотензивный эффект обеспечивался создающейся фистулой. Позже свои модификации предложили М.М. Краснов (1969) и Е. Linner (1969). В 1971 г. в Казанском медицинском журнале, а в 1972 г. — в Британском офтальмологическом журнале А.П. Нестеров опубликовал описание собственной модификации — *синусотрабекулэктомии* (СТЭ). До сих пор эти операции в незначительных модификациях являются «золотым» стандартом хирургии глауком.

Показания

Абсолютные показания:

— любой уровень внутриглазного давления (ВГД), превышающий индивидуальную норму и приводящий к прогрессированию глаукоматозного процесса (отрицательной

динамике морфофункциональных показателей), несмотря на принятые меры снижения офтальмотонуса.

Относительные показания:

- непереносимость местной гипотензивной терапии;
- существенное снижение качества жизни больного, неуверенность в его приверженности лечению;
- отсутствие условий для соблюдения рекомендуемого врачом режима инстилляций;
- невозможность регулярного квалифицированного медицинского контроля за лечением;
- ограничение трудоспособности, связанное с медикаментозным режимом;
- сниженный интеллект;
- недоступность лекарственных препаратов.

В каждом случае важен строгий индивидуальный подход. Рекомендации Европейского глаукомного общества предлагают учитывать следующие критерии при принятии решения об операции и выборе типа вмешательства.

- Индивидуальный уровень ВГД, установленный для данного пациента.
- Анамнез заболевания (длительность болезни, медикаментозное лечение, проведенные операции, степень снижения зрительных функций).
- Характер возможных рисков, связанных с операцией.
- Наличие сочетанной офтальмопатологии (миопия, катаракта, псевдоэкзофалиативный синдром и т.п.) и соматических заболеваний.
- Предполагаемая продолжительность жизни пациента, его понимание смысла операции и послеоперационное соблюдение предписаний.
- Предпочтения и компетентность хирурга.

Все настойчивее обсуждаемый вопрос об уровне целевого офтальмотонуса на практике не так часто является ключевым при выборе медикаментозного или хирургического лечения. На наш взгляд, причина этого двояка: с одной стороны — отсутствие широко распространенного метода определения целевого ВГД, с другой — оценка соотношения эффективности и безопасности не всегда корректно оценивается врачом.

Результаты последних исследований говорят о том, что в целом врачи СНГ не спешат оперировать пациентов с глаукомой, даже несмотря на очевидную компенсацию офтальмотонуса. Согласно Национальному руководству по глаукоме от 2008 г. целевое тонометрическое ВГД при I стадии глаукомы не должно превышать 21-23 мм рт.ст., при II — 17-20 мм рт.ст., при III — 16 мм рт.ст. Однако результаты многоцентрового исследования эпидемиологии глаукомы в странах СНГ и Грузии выявили иные средние цифры тонометрического ВГД у пациентов с I, II и III стадиями на максимальной местной гипотензивной терапии соответственно 20, 21 и 22 мм рт.ст. Такой подход, бесспорно, способствует не только активному переходу больных в следующую стадию глаукомной нейропатии, но и росту высокой инвалидизации вследствие глаукомы в целом.

Собирая офтальмологический анамнез пациента, зачастую можно определиться с дальнейшей тактикой лечения. Действительно, большое количество инстиллируемых гипотензивных препаратов, проведение антиглаукомных операций, а также далеко зашедшая стадия глаукомы могут послужить показаниями для выполнения хирургического пособия.

Предпочтения и компетентность хирурга в каждом отдельном случае также являются немаловажными факторами для выбора хирургической тактики в целом и конкретного метода в частности. К ним относят опыт врача, а также его обеспечение операционной техникой и расходными материалами.

Предположительная продолжительность жизни пациента является важным оценочным критерием при рассмотрении вопроса о хирургии. Так, относительно молодой пациент с высокой продолжительностью жизни заинтересован в наиболее длительной сохранности зрительных функций, которая может быть обусловлена максимальным снижением ВГД, что должно стать показанием для ранней хирургии. Пациент же преклонного возраста, нередко обремененный тяжелыми соматическими заболеваниями, может попросту не дожить до собственной слепоты, в то время как стресс, связанный с госпитализацией и предполагаемым хирургическим вмешательством, вряд ли будет способствовать продлению его жизни. За рубежом этот фактор оценивается с помощью расчета коэффициента прогрессирования глаукомной нейропатии. На основании данных динамического наблюдения за показателями периметрии, учитывая ориентировочную продолжительность жизни, врач рассчитывает примерные сроки критического снижения зрения и делает вывод о необходимости операции.

Не менее важно также учитывать мнение самого пациента. Примером этому может служить хирургия плохо видящего глаза при наличии второго с высокими зрительными функциями. В данном случае решающим шагом к выбору лечения может послужить беседа с больным. Очень важно оценить роль плохо видящего глаза для конкретного пациента. Так, если наличие светоощущения для доктора является критерием терминального процесса, не требующего особого внимания, то больные готовы пойти на любые шаги для сохранения этого светоощущения. И наоборот, возможность разглядеть пальцы плохо видящим глазом естественно станет сигналом врачу для активных мер по его спасению, в то время как для пациента этот глаз может создавать выраженный дискомфорт для работы второго глаза, и на его сохранение больной может быть не настроен. В таких случаях важно обсудить все возможные перспективы лечения и помочь пациенту сделать свой собственный выбор, четко отразив это в медицинской документации.

Наличие у пациента одного ведущего глаза всегда эмоционально осложняет принятие решения о хирургии как со стороны пациента, так и с точки зрения хирурга. Часто бывает, что больной, потеряв один глаз в результате вмешательства, готов отказаться от хирургического лечения единственного зрячего глаза, несмотря на наличие очевидных показаний для этого. Задачей хирурга в данном случае является вовсе не

убедить пациента решиться на операцию, а предоставить полную информацию о возможных вариантах лечения и помочь сделать выбор.

Важность относительных показаний не следует недооценивать.

Начав тот или иной препарат, следует отслеживать состояние больного не только ради оценки гипотензивного эффекта лекарства, но и исходя из соображений его переносимости. Ведь получив побочную реакцию (например, брадикардию, вызванную бета-блокаторами; местную гиперемию как реакцию на простагландины), пациент может самостоятельно отменить лечение, не обратившись к врачу.

Нередки случаи, когда врач рекомендует современный и наиболее эффективный с его точки зрения препарат, а пациент через какое-то время, учитывая его высокую стоимость, воздерживается от его регулярного приобретения. Распространена также практика самовольной замены препаратов сотрудниками аптечных пунктов, а также другими специалистами. Также доказано, что почти 70% больных нерегулярно закапывают капли, однако стараются не признаваться в этом докторам.

Ограничившись назначением препарата с однократным контролем ВГД спустя 1-2 недели, врач рискует недооценить приверженность пациента лечению и тем самым обречь его на потенциальную угрозу слепоты, при том, что хирургическое вмешательство могло бы стать возможным индивидуальным решением вопроса.

Предоперационная подготовка

Подготовка пациента к операции является важным этапом в выполнении хирургического вмешательства.

Большинство пациентов, решающихся на проведение глаукомной хирургии, как правило, долгие годы закапывают максимальное количество местных гипотензивных препаратов. Исключение могут составлять лица относительно молодого возраста с недавно поставленным диагнозом и пациенты с аллергией на наиболее распространенный консервант — хлорид бензалкония.

Многочисленными исследованиями доказано токсическое действие консерванта на ткани переднего отрезка глаза, что в определенной степени повышает избыточное рубцевание зоны операции, снижая отдаленный гипотензивный эффект вмешательства. Европейские глаукоматологи склоняются к возможности снижения данной являющейся местной воспалительной реакции предоперационными инстилляциями местных стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) в течение 1-2 недель 2-3 раза в сутки каждого препарата. Оптимальным периодом для данной терапии может служить время, отводимое на сбор анализов для операции.

Подозрение на наличие более выраженного воспалительного процесса (хирургическое вмешательство на этом глазу незадолго до операции, хронический увеальный процесс) при условии необходимости хирургического снижения ВГД может быть показанием для более интенсивной противовоспалительной терапии дополнительно к инстилляциям: парабульбарные инъекции

стероидов (или однократная инъекция пролонгированной формы дипроспан), инъекционный, таблетированный или же ректальный прием НПВС. Впрочем, назначая местно стероиды, не следует недооценивать наличие их местного гипертензивного эффекта.

Обсуждаемой является возможность отмены тех или иных гипотензивных препаратов за 1-2 недели перед операцией также в целях снижения реактивности тканей. С одной стороны, в этом есть определенный смысл, однако, направляя больного на сбор анализов, мы не можем быть полностью уверены в его госпитализации в конкретные сроки. Часто пациенты, обнаруживая при обследовании временные противопоказания со стороны других органов, занимаются их лечением, не поставив в известность окулиста. В таких случаях отмена гипотензивного режима скорее способна причинить вред.

В таких ситуациях правильнее было бы говорить не об отмене, а о коррекции режима с применением комбинированных форм, что позволяет уменьшить число лекарств и минимизировать количество поступающего в глаз консерванта.

При проведении повторных глаукомных операций с высоким риском кровотечений, осложняющих ход вмешательства, возможно назначение таблетированных форм ангиопротекторов (дицинон).

В любом случае перед назначением каких-либо системных препаратов для подготовки пациента к операции следует оценивать их потенциальные риски и при необходимости заручиться консультацией терапевта.

Мероприятия по подготовке пациента за сутки до операции и утром непосредственно до нее включают ряд направлений. Задача местной гипотензивной терапии — максимальное снижение ВГД до момента вскрытия передней камеры, поскольку именно резкий перепад офтальмотонуса может послужить причиной развития отслойки сосудистой оболочки. Кроме диакарба (250 мг вечером до операции) возможно применение внутрь глицерола (из расчета 1,5 г на 1 кг массы тела), разбавленного равным количеством фруктового сока. Седативная терапия, как правило, заключается в назначении успокоительных препаратов нуждающимся в этом пациентам.

Утром в день операции пациентов просят воздержаться от приема пищи.

Необходимо заранее предупредить пациентов о важности продолжения приема всех таблетированных препаратов, которые они принимали ранее. Особенно это касается пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы.

Ход операции

После обработки операционного поля накладывают векорасширитель. В настоящее время на отечественном и зарубежном рынках представлено немало их модификаций. Желательно, чтобы рабочие части векорасширителя были сплошными во избежание попадания ресниц в конъюнктивальную рану, а также максимально расширяли глазную щель без компрессии на глазное яблоко. При наложении векорасширителя следует убедиться в его правильном положении и надежной фиксации, поскольку возможны случаи, когда бранша векорасширителя, неправильно заведенная в конъюнктивальную полость, ошибочно отодвигает веко за кожную складку. Также важно следить за положением векорасширителя в процессе операции. Неправильная его постановка, а также соскальзывание при поворачивании в глазной щели могут осложнить ход вмешательства.

Анестезия. В настоящее время в международной практике хирургии глауком уходят в прошлое акинезия круговой мышцы глаза и ретробульбарная блокада цилиарного ганглия. Это можно объяснить их определенной травматичностью, а также достаточной эффективностью инстилляционной и субконъюнктивальной анестезии.

Впрочем, эти манипуляции имеют свое патогенетическое обоснование. Смысл ретробульбарной блокады объясняется тем, что все чувствительные нервы глаза проходят позади цилиарного ганглия. Выполняют ее при повороте глаза кнутри и кнаружи. От нижнелобного угла орбиты в направлении к задней поверхности глаза вводят иглу 25 размера (25 G) до момента подергивания глаза. Затем вводят 2 мл 2% раствора лидокаина. Из осложнений встречаются ретробульбарное кровотечение, приводящее

к экзофтальму, окулокардиальный рефлекс, внутривенное введение местного анестетика. Круговую мышцу глаза, иннервируемую веточкой VII пары черепных нервов, блокируют из соображений профилактики излишней компрессии век на глазное яблоко. Это достигается введением 6 мл 2% раствора лидокаина.

Считается, что достижения в хирургии катаракты и глаукомы позволили применять местную инстилляционную анестезию глазного яблока как самостоятельный метод анестезии или в сочетании с седативными препаратами и субконъюнктивальной анестезией.

Основным критерием выбора препаратов для инстилляционной анестезии является их эпителиальная токсичность. Использование 0,5 и 1% раствора дикина нежелательно из-за выраженных изменений эпителия, быстрого его слущивания во время вмешательства и развития дистрофических состояний, хотя этот препарат и обеспечивает стойкую анестезию. В настоящее время наибольшее распространение получили: 0,5% пропараксин (алкаин, «Alcon»,

Бельгия), 0,4% р-р оксипрокаиин (инокаин, «Promed exp. pvt. Ltd», Индия), 2-4% лидокаин (ксилокаин, «Astra», Швеция), 0,5-0,75% бупивакаин (маркаин, «Astra», Швеция), 0,3% леокаин («Биол», Россия), 3-5% тримекан (Россия). Не рекомендуются частые и многократные инстилляции местного анестетика. Препарат закапывают непосредственно перед началом операции, добавляя по необходимости при активных манипуляциях на конъюнктиве (разрез и ушивание).

Ряд хирургов после инстилляции местного анестетика предпочитают выполнять местную субконъюнктивальную анестезию, инъецируя 0,5-1,0 мл 2% раствора лидокаина в субконъюнктивальное пространство зоны предстоящей операции. Преимущество данного метода видится в надежной анестезии конъюнктивы, а также в облегчении дальнейшей отсепаровки тканей.

Фиксационный шов. В настоящее время применяются два вида фиксационных или провизорных (накладываемых временно с последующим удалением) швов: на верхнюю прямую мышцу и т.н. роговичный. Зарубежные коллеги в большинстве случаев

используют роговичный, в то время как российские хирурги до сих пор накладывают шов на мышцу в 80% случаев. Забегая вперед, следует сказать, что роговичный шов чаще накладывают при формировании конъюнктивального лоскута основанием к своду, а мышечный — при лоскуте основанием к лимбу. Возможно, поскольку конъюнктивальный лоскут основанием к своду с разрезом конъюнктивы по лимбу пока не получил широкого распространения, то и популярность роговичного фиксационного шва также не очень высока.

Сторонники роговичного шва указывают следующие минусы мышечного: болезненность и высокую травматичность с возможностью кровоизлияний и развития птоза, а также риск перфорации склеры, особенно при плохой визуализации верхней прямой мышцы и при использовании крупных игл. Впрочем, его наложение позволяет хирургу, разрезав послойно конъюнктиву, массивную субконъюнктивальную ткань, а также тонкую тенонову оболочку, получить уверенный доступ к склере, что несколько сложнее сделать при разрезе конъюнктивы по лимбу.



ТРАВАТАН®

травопрост 40 мкг/мл, глазные капли

НОВЫЙ ПОДХОД К СНИЖЕНИЮ ВГД

ПРЕДСТАВЛЯЕМ НОВУЮ ФОРМУЛУ ПРЕПАРАТА ТРАВАТАН®

Аналог простагландина в мультидозе без бензалкония хлорида, содержащий в качестве консерванта ПОЛИКВАД®

Номер регистрационного удостоверения П1 N015625/01

000 «Алкон Фармацевтика»
Тел.: (495) 258 52 78. Факс: (495) 258 52 79

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Alcon®
a Novartis company

сентябрь 2013 N051370003



Рис. 1. Наложение провизорного роговичного шва (викрил 7-0). Этап прошивания роговицы



Рис. 3. Рабочая часть конъюнктивального пинцета по Фехтнеру

Техника наложения провизорного шва на прямую мышцу следующая. Рабочим концом мышечного крючка осуществляют компрессию в области нижнего конъюнктивального свода, достигая таким образом ротации глазного яблока книзу и максимальной визуализации зоны прикрепления верхней прямой мышцы. Зубчатым хирургическим пинцетом захватывают тело мышцы, ставя его перпендикулярно к поверхности глаза, при необходимости сперва заведя его в верхний свод. Мышца прошивается шелковым швом 4-0 и крепится хирургическим зажимом типа «москит» к материалу, покрывающему поле операции.



Рис. 4. Конъюнктивальный разрез основанием к лимбу (повторная операция). Вскрытие слоя субконъюнктивы



Рис. 6. Взятие лимбальной конъюнктивы в складку на 12 часах с дальним рассечением



Рис. 8. Формирование конъюнктивального разреза основанием к своду. Оттягивание свободного края конъюнктивы для визуализации теновой капсулы

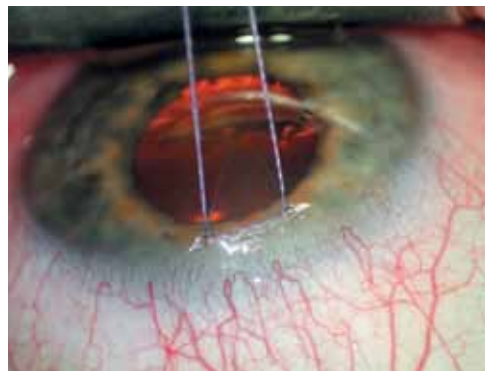


Рис. 2. Наложение провизорного роговичного шва (викрил 7-0). Вид готового шва

Роговичный фиксационный шов, несмотря на свою популярность за рубежом, также обладает рядом отрицательных особенностей — возможность прорезывания в процессе операции и перфорации передней камеры.

Техника наложения роговичного шва проста: пациента просят посмотреть вниз, после чего, как правило, без дополнительной фиксации глазного яблока викрилом 7-0 прошивают верхнюю прозрачную часть роговицы ориентировочно на половину ее толщины (рис. 1). Концы шва также фиксируют зажимом к покрывным тканям, но уже не операционного поля (рис. 2).

В случае слишком поверхностного наложения шва действительно возможно его прорезывание. Поэтому в таких случаях рекомендуется переложить шов сразу, поскольку дислокация глазного яблока при прорезывании в самый неподходящий момент может осложнить ход вмешательства, а попытки повторного наложения шва в условиях гипотонии будут и затруднительны, и травматичны.

Однозначная необходимость перекладывания шва при перфорации передней камеры провизорным швом несколько diskutabelna. Как правило, очень быстрой

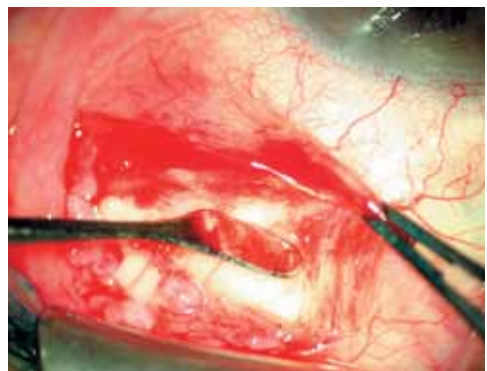


Рис. 5. Конъюнктивальный разрез основанием к лимбу (повторная операция). Отсепаровка теновой капсулы от склеры скребцом-расплаивателем



Рис. 7. Рассечение конъюнктивы сначала в одну сторону



Рис. 9. Формирование конъюнктивального разреза основанием к своду. Рассечение теновой капсулы

потери внутриглазной жидкости не происходит даже при сильной тракции за шов вниз. Но некоторая гипотония через какое-то время возможна. Поэтому если в процессе операции хирург планирует страховочное наполнение передней камеры вискоэластичным материалом, то перфорация роговицы будет сигналом к проведению парацентеза и досрочному введению вискоэластика. Восстановление офтальмотонуса аналогами физиологического раствора в этом случае нельзя считать успешным, поскольку раствор, как и внутриглазная жидкость, покинет переднюю камеру по ходу роговичного шва. Возможно наполнение камеры стерильным воздухом, однако в зарубежной практике данную методику практически больше не используют, отдавая предпочтение вискоэластикам. Таким образом, при потере жидкости через перфорацию при наложении провизорного шва вопрос о повторном выполнении этого этапа операции решается хирургом индивидуально в зависимости от его предпочтений и патофизиологических особенностей глаза в процессе операции. Следует отметить, что при частом использовании техники роговичного шва случаи его поверхностного или излишне глубокого наложения крайне редки.

Достоинством роговичного шва можно считать возможность его наложения в любом месте роговицы, что бывает продиктовано необходимостью выполнения операции в отличном от вертикального меридиана месте в ряде клинических ситуаций, например, при повторных вмешательствах.

Выбор места операции. Классическим местом проведения первой глаукомной операции служит перилимбальный участок склеры на 12 часах. Эта зона прикрывается верхним веком, а также обладает наиболее плотной конъюнктивой и субконъюнктивальной тканью. Иногда при неудачной локализации венозных выпускников, перерезав которые при формировании склерального лоскута хирург вынужден терять время в ожидании гемостаза, зона операции может быть несколько смещена в ту или иную сторону от вертикального меридиана.

Выбор места для проведения повторной операции продиктован видом первого вмешательства, состоянием тканей глаза и непосредственно типом самой повторной операции. Повторную фистулизирующую операцию при наличии слабовыраженного рубцевания конъюнктивы в верхнем своде чаще выполняют рядом по косому меридиану (на 10-30 или 1-30 часах). Нередко хирург принимает решение о выборе места вмешательства непосредственно на операционном столе, оценивая подвижность конъюнктивы неострым пинцетом. При смещении операционного поля к горизонтальному меридиану следует иметь в виду, что конъюнктива на 9-00 и 3-00 часах максимально тонкая, легко рвется, что делает ее герметизацию весьма проблематичной.

В ряде случаев для проведения фистулизирующего вмешательства выбирают нижний сегмент (6-00). Такой выбор делается крайне редко по ряду причин: в нижнем своде собирается основная масса конъюнктивального отделяемого, она плохо прикрывается нижним веком, а также проведение операции в нижнем сегменте само по себе затруднительно для хирурга. Тем не менее, не имея в своем распоряжении иных свободных подвижных участков конъюнктивы, не обладая клапанными и прочими современными дренажными системами, а также исходя из личного опыта и предпочтения, в ряде случаев СТЭ вполне успешно выполняют и в нижнем секторе.

Конъюнктивальный лоскут. Формируют конъюнктивальный лоскут с основанием к лимбу или с основанием к своду с различными модификациями. Первый вариант, предложенный почти 150 лет назад, несколько утратил свою популярность в мировой практике, уступая свои позиции менее травматичному подходу.

Впрочем, каждый вариант имеет свои преимущества и недостатки. Первый, как уже писалось выше, позволяет получить хороший доступ к склере, освободив ее от теновой капсулы. Также если хирург принимает решение о необходимости иссечения излишней субконъюнктивы, то это очевидно легче сделать при дальнем конъюнктивальном разрезе. Этот же разрез позволяет более уверенно герметизировать конъюнктивальную рану, что является немаловажным залогом успешного исхода фистулизирующей операции.

Основное преимущество лоскута с разрезом по лимбу — его низкая травматичность. Хирургическое вмешательство является, по сути, асептической травмой, вызывающей каскад компонентов аутоиммунной воспалительной реакции, цель которой — образование рубца в зоне операции. Именно это лежит в основе принципа минимальной травматизации тканей при выполнении гипотензивных вмешательств. Пересечение же сосудисто-нервных пучков при формировании дальнего разреза конъюнктивы с последующим формированием плотного субконъюнктивального рубца, естественного ограничителя оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ) в дистальном направлении, препятствует формированию разлитой фильтрационной подушки (ФП) и снижает отдаленную гипотензивную эффективность операции. Впрочем, данные международных сравнительных исследований эффекта фистулизирующих вмешательств с применением данных разрезов различны.

Формирование конъюнктивального лоскута основанием к лимбу начинают с определения расстояния конъюнктивального разреза от роговицы. Учитывая факт возможного рубцевания в зоне шва, оно должно быть максимальным, не менее 10 мм. Причем эту величину следует соблюдать в процессе формирования всего разреза.

При манипуляциях на конъюнктиве важно использовать пинцеты с плоскими браншами без острых элементов во избежание ее перфорации. Идеально для этого подходят конъюнктивальный пинцет по Фехтнеру, рабочая часть которого представлена двумя микроскопическими плоскими кольцами, позволяющими прочно фиксировать ткань без излишней ее компрессии или повреждения (рис. 3).

Подобным пинцетом конъюнктиву захватывают в складку посередине предполагаемого разреза, и, оттягивая ее кпереди, рассекают конъюнктивальными ножницами и расширяют разрез в обе стороны до общей длины 10-15 мм, сохраняя расстояние от лимба. Далее выполняют такой же разрез субконъюнктивальной ткани и теновой оболочки до склеры, оголяя и отсепарировав ее до лимба тупым путем с помощью склерального ножа типа «скреб-расплаиватель» (рис. 4, 5). Обнажение склеры непосредственно в области лимба следует проводить под постоянным визуальным контролем, периодически складывая лоскут обратно для оценки оставшейся толщины ткани во избежание ее перфорации.

Формирование конъюнктивального лоскута основанием к своду начинают с захвата тонкой прозрачной конъюнктивальной ткани у лимба и ее рассечения в обе стороны ножницами на общую длину 6-8 мм (рис. 6, 7). Как правило, при этом у роговицы остается очень тонкий пояс конъюнктивы шириной менее 1 мм, достаточный для надежного формирования рубца при хорошей адаптации краев конъюнктивы. Свободный край конъюнктивы поднимают вверх и кзади, натягивая тем самым начало теновой капсулы, которую, в свою очередь, также приподнимают и рассекают вдоль всего разреза параллельно лимбу (рис. 8, 9). Скребец-расплаиватель вводят между склерой и теновой капсулой дистально назад и в стороны, формируя пространство для будущей фильтрационной подушки.

В целом ткани конъюнктивы и теновой капсулы обладают эластичностью, поэтому если сразу после выполнения разреза может сложиться впечатление, что данной протяженности недостаточно для формирования склерального лоскута полноценной длины, то в процессе подготовки склеры часто удается растянуть ткани до необходимых размеров. Одним из ключевых моментов может послужить достаточная отсепаровка склеры в зоне боковых карманов разреза у лимба с обеспечением хорошей подвижности конъюнктивы.

Ряд хирургов, не ограничиваясь лимбальным разрезом, продолжают одну из его сторон дистально и перпендикулярно лимбу, превращая разрез в подобие буквы «Г». При выполнении повторного вмешательства он может оказаться весьма практичен. Как писалось выше, лимбальная конъюнктивальная зона горизонтального меридиана очень тонка и легко рвется при дистальной тракции конъюнктивы в процессе формирования склерального лоскута, доставляя позже немало хлопот при попытках ее герметизации. Проведение заранее в этой зоне

перпендикулярного разреза небольшой продолжительности может предупредить подобные неприятности. Такой же короткий перпендикулярный разрез может оказаться полезным и с другой стороны лимбального разреза, поскольку именно эта сторона будет соседствовать с рубцово-измененными тканями вследствие первого вмешательства, что также может осложнить процесс ушивания грубой конъюнктивы в этой зоне.

Впрочем, следует еще раз подчеркнуть, что при первом фистулизирующем вмешательстве чаще ограничиваются одним разрезом по лимбу протяженностью не более 8 мм. Широкий же лимбальный разрез, заканчивающийся 1-2 перпендикулярными разрезами, характерен либо при проведении повторных вмешательств, либо (с еще более длинными разрезами) для имплантации массивных клапанных систем типа Ahmed или Molteno, которые, впрочем, чаще применяются именно при повторных операциях.

Гемостаз. Очевидно удобство выполнения хирургических манипуляций в бессосудистой зоне. Однако на практике чаще приходится сталкиваться с обратным. Кровотечения возникают из перерезанных конъюнктивальных сосудов, из эписклеральных венозных сосудов при формировании границ склерального лоскута, из зияющих венозных выпускников под склеральным лоскутом, при атрогенном повреждении цилиарного тела, из сосудов радужки при выполнении базальной иридэктомии и вновь из эписклеральных вен при ушивании склерального лоскута. В большинстве случаев конъюнктивальные и эписклеральные сосуды удается коагулировать. Однако следует избегать активного коагулирования, поскольку следствием любого прижигания будет избыточная воспалительная реакция тканей с последующим активным рубцовым процессом. Желательно минимальная по протяженности точечная коагуляция места повреждения сосуда, визуализировать которое достаточно легко, орошая место коагуляции физиологическим раствором.

Некоторые хирурги в целях местного гемостаза применяют инстилляции ампулированного раствора адреналина. Адреналин через несколько минут, вызывая спазм мелких сосудов, значительно уменьшает кровотечение. Однако при хорошей всасываемости препарата его избыток может способствовать как изменению артериального давления, так и локальному мидриазу в зоне операции, что может затруднить выполнение иридэктомии.

Иссечение субконъюнктивы или эписклеры как источника пролиферирующей фибробластов предлагалось многими хирургами. Чаще к ней прибегают при таких рисках по избыточному рубцеванию, как повторные операции, молодой возраст, различные виды вторичных глауком. Ряд американских хирургов удаляют избыточную субконъюнктивальную ткань в том случае, если она будет мешать свободной визуализации склерального лоскута. Это не только предупреждает рубцевание, но и облегчает проведение субконъюнктивального и субсклерального нидлинга в случае необходимости.

Удаление субконъюнктивальной ткани существенно проще осуществляется при конъюнктивальном лоскуте основанием к лимбу. Избегать следует только двух потенциальных рисков: при иссечении дистальной части эписклеры возможно повреждение глазных мышц и, что особенно важно, связанных с ними крупных сосудистых пучков. Остановка такого кровотечения бывает достаточно затруднительна. В этом случае можно порекомендовать временную тампонаду зоны кровотечения кусочками гемостатической губки. Энергичное же иссечение эписклеры в сторону лимба чревато перфорацией конъюнктивы, поскольку к роговице субконъюнктивальная ткань значительно истончается.

Иссечение же эписклеры при формировании конъюнктивального разреза по лимбу и сложнее, и опаснее. Если хирург видит массивную субконъюнктивальную ткань, которая с его точки зрения может снизить гипотензивный эффект операции, то в первую очередь следует отслоить конъюнктиву от подлежащей ткани, при этом адекватно оценив ее толщину и прочность, имея в виду возможность достижения герметизации. С помощью скребца-расплаивателя конъюнктиву дистально отслаивают от эписклеры, которую затем аккуратно иссекают ножницами, начиная с одного из краев.

В процессе этого также возможны кровоподтеки из перерезанных сосудов, однако добраться до них в этом случае еще сложнее, чем при дальнем разрезе. Если надеяться на скорую самостоятельную остановку кровотечения, то возможно развитие следующего патологического сценария: субконъюнктивальное кровотечение будет продолжаться, в то время как край конъюнктивы, прижатый к склере, ограничит выход крови наружу, способствуя ее накоплению и имbibции субконъюнктивальной ткани. Валек отека оттянет конъюнктиву от лимба, что в конце операции усложнит попытки адаптировать края раны для герметизации. Поэтому для скорой эвакуации крови с ее остановкой также следует применять кусочки гемостатической губки с их периодической заменой.

Склеральный лоскут. Размер и форма склерального лоскута весьма вариabельны. Чаще формируют лоскуты треугольной, прямоугольной или округлой формы. Размеры лоскута редко превышают 4×4 мм. На практике форма лоскута обычно бывает продиктована не только предпочтением хирурга, но и эластичностью конъюнктивы, открывающей участок склеры, а также часто — локализацией венозных выпускников, вскрытия которых желательно избежать.

В последние годы хирурги одного из ведущих центров хирургии глаукомы — Муфилдской глазной клиники — активно позиционируют необходимость формирования широкого и относительно узкого лоскута склеры, вытянутого вдоль лимба. Смысл методики заключается в том, что лоскуты с большой удаленностью от лимба стимулируют отток жидкости в обе стороны параллельно лимбу, что может ограничить формирование фильтрационной подушки. Идея в формировании широкого лоскута состоит в оттоке ВГЖ не в стороны, а дистально от лимба, что морфологически обосновано.

Толщина склерального лоскута варьирует от 1/3 до 2/3 толщины склеры. После формирования лезвием границ лоскута (рис. 10) и местного гемостаза, один из краев лоскута приподнимают зубчатым пинцетом для оценки толщины склеры и формирования первого надреза. Отсепаровку лоскута удобнее осуществлять плоским полукруглым ножом-расплаивателем, что позволяет сформировать лоскут с ровной и гладкой поверхностью, в отличие от работы острым лезвием, оставляющим на внутренней поверхности лоскута регулярные насечки. Лоскут формируют обычно до уровня, пока в его основании не покажется зона прозрачной роговичной ткани (рис. 11).

Часто при расслаивании тканевой склеры нож идет не параллельно ее поверхности, а глубже или поверхностнее. Во избежание данных ошибок рекомендуется постоянно откидывать лоскут, контролируя его толщину. Слишком тонкий лоскут имеет тенденцию к сокращению, что приведет к гиперфильтрации (рис. 12). Слишком толстый лоскут, напротив, плотно ляжет в свое ложе, препятствуя дальнейшему оттоку жидкости.

При коагуляции поверхностных сосудов, поврежденных в процессе формирования границ лоскута, рекомендуется с профилактической целью коагулировать и сосуды, лежащие в местах будущего наложения склеральных швов.

Венозные выпускники, пересекаемые при расслаивании склеры, часто носят зияющий характер, что делает их коагуляцию практически невозможной. В редких случаях, если часть выпускника проходит в толще склерального ложа, его прижатие будет успешным, в противном случае часто придется прижимать лоскут к ложу, ожидая самопроизвольного гемостаза. Так или иначе, как описывалось выше, желательно формировать лоскут с учетом обхождения подобных перфорантов, поскольку они не только осложняют ход операции, но и могут быть причиной субсклерального кровоизлияния с развитием гифемы и закупорки тромбом трабекулоэктомической фистулы.

Заканчивая формирование склерального лоскута пригодно наложением одного из швов на его угол для возможности быстрого ушивания в случае появления такой необходимости.

Парацентез при синусотрабекулоэктомии имеет несколько значений. При невозможности снизить слишком высокое ВГД непосредственно до вмешательства, для профилактики резкого перепада давления возможно формирование парацентеза после наложения провизорного шва с периодическим плавным сдвиганием внутри-

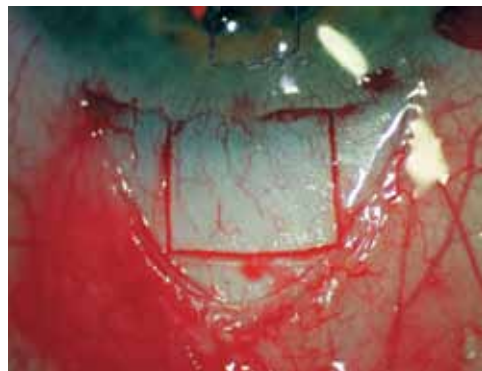


Рис. 10. Прямоугольный склеральный лоскут. Этап формирования границ

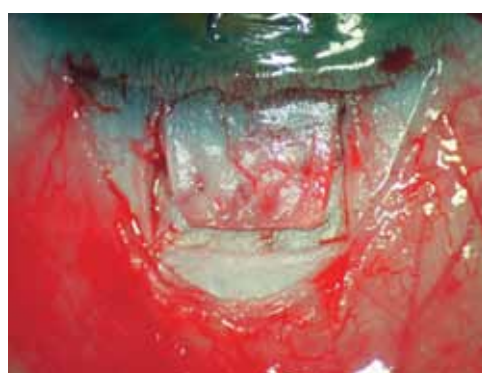


Рис. 12. Прямоугольный склеральный лоскут. Сокращение лоскута спустя некоторое время

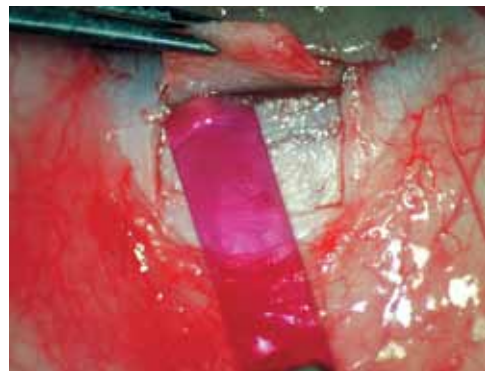


Рис. 11. Прямоугольный склеральный лоскут. Этап расслаивания до прозрачной ткани



Рис. 13. Выполнение парацентеза

камерной влаги. Классический парацентез, выполненный после отсепаровки склерального лоскута, также направлен на снижение ВГД непосредственно перед субсклеральным входом в переднюю камеру. Он также является важнейшим порталом для контроля глубины передней камеры как на операционном столе, так и в раннем послеоперационном периоде. В редких случаях при невозможности восстановления правильной формы зрачка после выпадения радужки в фистулу возможно использование парацентеза для ее репозиции к центру крючком или шпателью.

Самогерметизирующий парацентез выполняют лезвием или острым ножом в стороне от операции с учетом дальнейшего удобного пользования им при восстановлении камеры (рис. 13). Лезвием скальвают в прозрачной части роговицы у лимба строго параллельно радужке и входят в переднюю камеру, формируя внутреннее отверстие достаточной ширины для ввода канюли среднего диаметра. Глазное яблоко при этом удерживается хирургическим зубчатым пинцетом за край склерального лоскута.

Продолжение следует

Неосинефрин-ПОС® капли глазные
5 и 10%

- быстрое наступление мидриаза
- лекарственное средство десятилетиями применяемое для диагностики в офтальмологии
- низкое содержание консервантов
- превосходная переносимость, гарантированная физиологическим уровнем pH



В.И. Баранов, А.Ю. Брежнев

Курский государственный медицинский университет

1 декабря 2013 года исполнилось 90 лет со дня рождения профессора, доктора медицинских наук Даниила Соломоновича Кроля.

После окончания в 1946 году Куйбышевского медицинского института Д.С. Кроль был принят в ординатуру при кафедре глазных болезней, закончив которую, стал работать ассистентом кафедры глазных болезней этого учебного заведения. В 1950 году им была защищена кандидатская диссертация «Исследование фотоофтальмометрического метода и материала о хрусталиковом астигматизме».

В период с 1953 по 1965 гг. Д.С. Кроль руководил крупными глазными отделениями в Чапаевске и Куйбышеве, а в 1966 году возглавил вновь созданную проблемную научно-исследовательскую лабораторию по изучению глаукомы при кафедре глазных болезней Куйбышевского мединститута. Глубокие научные исследования, проведенные в лаборатории, позволили Д.С. Кролю выступить в качестве основного докладчика по проблеме вторичной глаукомы на II Всероссийском съезде офтальмологов (1968), а в 1970 году защитить докторскую диссертацию на тему «Стевоэкзофалиативный синдром и экзофалиативная глаукома».

В 1971 году профессор Даниил Соломонович Кроль возглавил кафедру КГМИ (1923-1996). Придя на смену профессору А.Г. Кролю, Даниил Соломонович продолжил развивать основное научное направление кафедры — глазной травматизм. Работы кафедры по проблеме повреждений органа зрения имели большую практическую направленность. Благодаря изучению химических ожогов глаз у работников сельского хозяйства (нашедшему отражение в кандидатской диссертации В.Я. Кишкиной «Хирургическое лечение ожогов глаз амниотической водой в эксперименте и их профилактика у работников сельского хозяйства», 1973) были разработаны рациональные пути лечения и профилактики этой тяжелой патологии. Комплекс исследований по реабилитации больных



Консультация больной профессором Д.С. Кролем

с производственными повреждениями органа зрения (Д.С. Кроль, Н.Е. Ключева, Т.Ф. Анненкова, Н.В. Голубицкая) позволил значительно снизить первичную инвалидность в этой группе пострадавших и наметить пути их ранней реабилитации.

Важное значение профессор Д.С. Кроль придавал совместной работе с органами здравоохранения. Под его руководством глазная клиника была хорошо оснащена современной диагностической и лечебной аппаратурой, а также микрохирургическим инструментарием и оборудованием. Клиника в числе первых в стране стала осваивать микрохирургическую технику, а затем и полностью перешла на нее (1972-1975 гг.). В этот период приходилось самим изготавливать и переделывать микрохирургические инструменты, иглы, шовный материал (лавсан «Химволокно», Курск).

В лечебную деятельность глазной клиники были внедрены сложные методы диагностики офтальмопатологии (контактная биомикроскопия глазного дна и стекловидного тела, флюоресцентная ангиография глазного дна и переднего отрезка глаза, статическая и квантитативная периметрия, ультразвуковая диагностика и др.). Обладая всем объемом офтальмохирургических операций, Д.С. Кроль не только много оперировал сам, но и внедрял их в практику работы, обучая

врачей клиники. В этот же период клиника перешла вначале на криоэкстракцию, а затем на ЭЭК с имплантацией искусственного хрусталика, проводились все виды пересадок роговицы, операции при опухолях органа зрения и его придатков (блоэксия, наружная орбитомия, экзентерация орбиты), операции при птозе, косоглазии, риностомии, на стекловидном теле — «открытое небо», витреоектомии, реконструктивные операции при травмах орбиты и глазного блока. Широко стали применяться хирургические операции при глаукоме, ультразвуковая факофрагментация и передняя витрэктомия аппаратом Коссовского и др.

Развивалась консультативная офтальмологическая служба, консультационный кабинет стал межобластным центром, охватывая регион Курской, Орловской, Белгородской и Брянской областей, где еженедельно Д.С. Кроль проводил консультации больных вместе с врачами. На клинической базе кафедры были организованы региональные микрохирургический и глаукомный центры, открылась лаборатория контактной коррекции.

Д.С. Кроль очень много внимания уделял организации и совершенствованию офтальмологической помощи детям. Им вместе с детским офтальмологом А.З. Шпак был открыт один из первых в СССР специализированный детский сад, ежегодно в период летних каникул в одном из пионерских лагерей целая смена была отдана детям с миопией и косоглазием, было открыто круглогодичное глазное отделение в детском санатории «Гайдаровец».

Обладая широкими познаниями в медицине (терапия, хирургия, эндокринология, физиотерапия), Д.С. Кроль очень тонко чувствовал перспективные направления развития офтальмологии и активно участвовал в разработке и внедрении новых методов диагностики и лечения в клиническую практику.

Д.С. Кроль вместе с практическим врачом-офтальмологом Л.Е. Каган одним из первых в стране изучил возможности контактной биомикроскопии глаза в исследовании крайней периферии сетчатки. На основе полученных данных в соавторстве с Д.С. Кролем издано методическое руководство «Контактная биомикроскопия глазного дна» (Курск, 1980), а в 1982 году защищена кандидатская диссертация «Клинические особенности периферии глазного дна в норме и при некоторых патологических состояниях глаза».

Комплексная работа, выполненная совместно с кафедрами нервных болезней и госпитальной терапии, по изучению возможностей флюоресцентной ангиографии



Профессор Д.С. Кроль в операционной



Заседание сотрудников кафедры (отчет ординатора)

глазного дна при заболеваниях головного мозга (В.И. Баранов, Д.С. Кроль, Б.И. Ласков, Б.М. Голиков) позволила с новых позиций осветить расстройства микроциркуляции, наблюдающиеся при этих заболеваниях, а также разработать экспресс-диагностику зстойного диска зрительного нерва.

В 1982 году В.И. Барановым защищена кандидатская диссертация «Особенности гемодинамики сетчатки и зрительного нерва у больных с некоторыми заболеваниями нервной системы и их значение в нейроофтальмологических исследованиях».

Еще одним направлением научных разработок кафедры явилось изучение гемодинамики переднего отрезка глаза. Результаты исследований были обобщены в кандидатской диссертации аспиранта (в последующем ассистента кафедры, а затем главного врача областной офтальмологической клинической больницы) В.М. Шелудченко «Состояние гемодинамики переднего отдела глаза при тупой травме», защищенной в 1985 году.

Являясь одним из крупнейших в стране специалистов, занимающихся вопросами глаукомы, профессор Д.С. Кроль предложил классификацию вторичных глауком, нашедшую широкое распространение. Результаты проведенных под его руководством исследований представлены в кандидатской диссертации аспиранта кафедры Т.А. Мясниковой «Некоторые особенности вторичной

контузионной глаукомы» (1989) и «Методических рекомендаций по клинической диагностике патогенетических механизмов контузионной глаукомы» (Д.С. Кроль, Т.А. Мясникова, 1989).

Широкое признание отечественных и зарубежных офтальмологов получили разработанные на кафедре методы длительной катеризации ретробульбарного пространства и электрофармакостимуляции зрительного нерва, что позволило получить благоприятные результаты при лечении тяжелых и малоперспективных заболеваний органа зрения. Подтверждением этого является полученная на Всемирной выставке «Eureka'96» в Брюсселе (Бельгия) золотая медаль за предложенный способ лечения атрофии зрительного нерва. Данные методы терапии глазных заболеваний легли в основу диссертационных исследований ассистента кафедры А.И. Березникова («Возможности применения методов различительной кампиметрии и электрофармакостимуляции в диагностике и лечении некоторых видов атрофий зрительного нерва», 2001).

Большое внимание уделялось в этот период повышению эффективности учебного процесса, внедрению новых форм обучения. Кафедра одной из первых в ВУЗе перешла на использование тестовой системы контроля знаний студентов, в том числе с использованием компьютерной техники. Были переработаны и осовременены практические



Встреча сотрудников Курской глазной клиники с профессором Э.С. Аветисовым в Курске

рекомендации для студентов и преподавателей. Активную работу продолжал студенческий научный кружок. Профессор Д.С. Кроль является автором двух глав в учебнике «Глазные болезни» для студентов медицинских ВУЗов под редакцией Т.И. Ерошевского и А.А. Бочкаревой (главы «Функции зрительного анализатора и методика их исследования» и «Физиологическая оптика»). Было защищено 5 кандидатских диссертаций, коллектив кафедры дважды признавался победителем «Социалистического соревнования». Профессор Д.С. Кроль — автор 90 научных работ (более 40 — по глаукоме, около 20 — по физиологическим методам исследования, более 10 — по травмам органа зрения, столько же — по совершенствованию хирургической техники), 9 авторских свидетельств на изобретения, удостоверений на распространения.

Среди учеников Д.С. Кроля, закончивших в разные годы интернатуру, ординатуру и аспирантуру на кафедре глазных болезней Курского медуниверситета, д.м.н., профессор, зав. отделением лазерной хирургии в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» В.Я. Кишкина; д.м.н., профессор, зав. отделом клинико-функциональной диагностики ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» А.А. Шпак; д.м.н., профессор, член-корр. РАЕН, академик ЛАН, член Американского и Европейского обществ офтальмологов, зав.

отделением ФГБУ «НИИГБ» РАМН В.М. Шелудченко; д.м.н., профессор, зав. кафедрой офтальмологии КГМУ В.И. Баранов. Многие возглавляют клиники, заведуют отделениями, являются высококвалифицированными специалистами как в России, так в ближнем и дальнем зарубежье.

Многогранный талант Д.С. Кроля не ограничивался только медициной: он профессионально разбирался в спорте, искусстве, любил и знал литературу, поэзию (В. Высоцкого), был заядлым театралом.

Мы, его ученики, сохраним и передаем память об Учителе и продолжаем традиции, заложенные им. ■



Примечание. Убедительная просьба всем, кто знал, встречался или работал с Д.С. Кролем, прислать свои воспоминания по адресу: DrBaranov@mail.ru



Уважаемые коллеги!

26-27 сентября 2014 г. в г. Астрахань состоится научно-практическая конференция офтальмологов Южного федерального округа

«Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов»

Основные направления работы конференции:

1. Рефракционные нарушения и патология оптических сред глаза.
2. Глаукома: патогенез, ранняя диагностика, лечение и мониторинг.
3. Дистрофические и сосудистые заболевания органа зрения.
4. Травмы органа зрения. Реконструктивные и пластические вмешательства.
5. Инфекционные и паразитарные заболевания глаза.
6. Социальные вопросы офтальмологии.

Организация офтальмологической помощи.

Оргкомитет: тел.: 8 (8512) 210268, факс: 8 (8512) 256138; сайт: www.minzdrav.ru

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в IV Всероссийской научной конференции с международным участием на тему

«Фармакотерапия в современной офтальмологической практике»,

которая состоится 27-28 ноября 2014 года в гостинице «Парк Инн Пулковская»

(Санкт-Петербург, пл. Победы, 1).

Темы для обсуждения и дискуссии:

- Медикаментозное сопровождение хирургических вмешательств на органе зрения.
- Гипотензивная терапия в лечении больных, страдающих первичной глаукомой.
- Антибиотики и антисептики в курации больных с воспалительными заболеваниями глаз.
- Диабетическая витреоретинопатия и современные способы ее лечения.
- Аллергические заболевания глаз и современные методы их лечения.
- Медикаментозное лечение больных с дистрофическими заболеваниями хрусталика и сетчатки.
- Лекарственная терапия больных с различными этиологическими формами синдрома «сухого глаза».
- «Живая» инновационная хирургия.

Официальные языки конференции: русский и английский.

Материалы конференции будут выпущены в виде сборника статей. Статьи, которые по своему уровню соответствуют требованиям ВАК, будут опубликованы в специальном номере журнала «Офтальмохирургия».

Правила оформления статьи:

- объем до 5 страниц формата А4 (поля сверху и снизу – 2 см, слева – 3 см, справа – 1,5 см);
- шрифт Times New Roman, 14, полнотонный интервал, без переносов, формат MS Word с расширением doc;
- рисунки в пригодном для печати виде – в формате jpg;
- графики – в формате Excel или Word;
- таблицы – в формате MC Word, шрифт Times New Roman, 14.

Структура статьи:

- название работы заглавными буквами;
- инициалы и фамилия автора (авторов) маленькими буквами;
- название организации, города, страны;
- текст статьи с выделением разделов: актуальность, цель, материал и методы, результаты, выводы (заключение);
- список литературы.

Работы принимаются до 01.09.2014 г. по электронной почте: org2014@mntk.spb.ru (для д.м.н. Гацу Марины Васильевны).

Участие в конференции и сборнике научных работ бесплатное. Для участия в конференции Вы можете предварительно зарегистрироваться на нашем сайте. Адрес нашего сайта: www.mntk.spb.ru

Телефоны для связи: 8 (812) 771-34-20, профессор Сомов Евгений Евгеньевич.

Для проживания в Санкт-Петербурге Вы можете заказать место в гостинице «Парк Инн Пулковская» в качестве участника конференции на специальных условиях.



Первый коллектив проблемной научно-исследовательской лаборатории по изучению глаукомы. В первом ряду — член-корр. АМН СССР, д.м.н., профессор Т.И. Ерошевский и заведующий лабораторией Д.С. Кроль



Коллектив глазной клиники и кафедры в 90-е годы

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОНОМЕТРИИ, ИЗМЕРЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ИНДИКАТОРА ИГД-03, ТОНОМЕТРА МАКЛАКОВА И МЕТОДА ДВУНАПРАВЛЕННОЙ АПЛАНАЦИИ РОГОВИЦЫ

С.Э. Аветисов, В.П. Еричев, А.А. Антонов

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

Внутриглазное давление (ВГД) является основным скрининговым критерием для выявления глаукомы — заболевания, приводящего к необратимой слепоте [3]. Наиболее распространенный на постсоветском пространстве метод измерения по Маклакову является трудоемким, требует применения местного анестетика, красителя, что ограничивает его использование. Современные бесконтактные тонометры, помимо высокой стоимости, имеют недостаток, связанный с влиянием свойств роговицы на точность определения ВГД [2]. В этих условиях открываются перспективы для широкого распространения новых портативных приборов, измеряющих офальмотонус путем воздействия на склеру в проекции цилиарного тела через верхнее веко [5].

Транспальпебральное измерение ВГД не требует применения анестезии, выполняется быстро с помощью компактного прибора, что делает эту методику доступной и расширяет круг использования офальмотонометров [1, 4]. Помимо перечисленных преимуществ, в индикаторе внутриглазного давления ИГД-03 баллистический принцип измерения заменен на динамическое воздействие на глаз с определенной

кинетической энергией через веко в области склеры. Это упрощает методику определения ВГД за счет меньшей зависимости от вертикального положения и однократной постановки прибора на веко, что позволяет рекомендовать ИГД-03 для использования не только офтальмологами, но и врачами общей практики, неврологами, а также пациентами и их родственниками.

Принцип действия индикатора ИГД-03 основан на магнитодинамическом способе формирования дозированного импульса движения подвижному штоку, взаимодействующему с упругой поверхностью глаза через веко, и последующей обработке функции его скорости. Прибор откалиброван по шкале тонометрического внутриглазного давления, измеряемого по методу Маклакова грузом массой 10 грамм. Производители прибора заявляют о его высокой точности и сопоставимости результатов с доступными тонометрами.

Целью нашей работы явилось сравнение показателей тонометрии с помощью индикатора ИГД-03, тонометра Маклакова и метода двунаправленной апланации роговицы у пациентов с глаукомой и подозрением на данное заболевание.

Материалы и методы

Исследование проведено в группе из 70 пациентов (140 глаз) в возрасте от 41 до 89 лет (средний возраст — 70±10 лет), среди них было 20 мужчин (28,6%) и 50 женщин

Таблица 1. Средние значения показателей тонометрии

Показатель	Среднее значение (М±σ)
Роговично-компенсированное ВГД (IOPcc)	18,5±5,7
Показатель тонометрии по Гольдману (IOPg)	17,5±5,5
Тонометрическое давление по Маклакову, измеренное грузом 10 грамм (M10)	22,2±4,3
Показатель тонометрического давления, измеренный ИГД-03	20,9±4,2

Таблица 2. Корреляционные взаимоотношения показателя тонометрического ВГД, измеренного с помощью ИГД-03 (приведены значения коэффициента корреляции – r)

	IOPcc	IOPg	M10
ИГД-03	0,77	0,80	0,88

Таблица 3. Сравнение показателей тонометрии, измеренных с помощью ИГД-03 и тонометра Маклакова, в различных диапазонах значений

Диапазон значений	Показатель тонометрии, мм рт.ст.			
	результат измерения с помощью ИГД-03		тонометрическое давление по Маклакову	
	медиана	межквартильный диапазон	медиана	межквартильный диапазон
Менее 20	18	16+19	18	17+19
20-26	21	20+22	22	20+23
Более 26	27	25+32	29	28+35

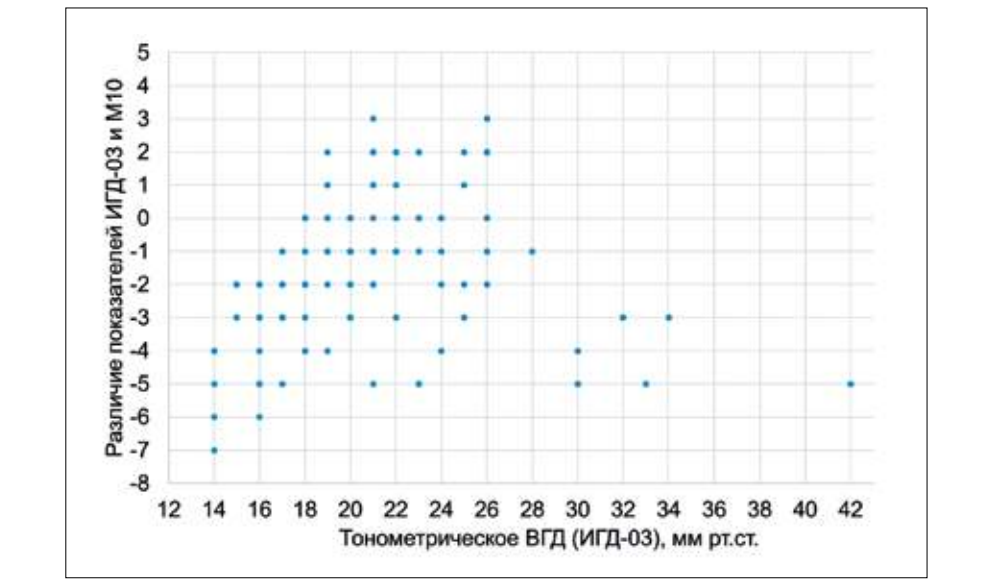


Рис. 1. Зависимость разности показателей ВГД, измеренных с помощью ИГД-03 и тонометра Маклакова, от уровня офальмотонуса

(71,4%). Отбор пациентов выполняли на основании критериев включения и исключения. В группу исследования вошли пациенты с первичной открытоугольной глаукомой или подозрением на данное заболевание. Все пациенты находились под наблюдением в отделе глаукомы, им были выполнены по показаниям, помимо стандартных методик (визометрии, биомикроскопии, гониоскопии и офальмоскопии), статическая периметрия и конфокальная лазерная офальмоскопия. Среди пациентов с глаукомой большая часть (92 глаза) обследованы на фоне применения гипотензивной инстилляционной терапии. Распределение по стадиям глаукомы было следующим: I стадия — 8 глаз; II — 77; III — 9; IV — 3.

В исследование включали пациентов без офтальмохирургических операций в анамнезе, с прозрачными оптическими средами (допускалось помутнение хрусталика вследствие начальной возрастной катаракты). Критериями исключения были: дистрофические изменения и отек роговицы, патология век и придаточного аппарата глаза, аллергические реакции на применение местноанестезирующих средств, нистагм.

Всем пациентам проводили последовательные измерения внутриглазного давления с помощью двунаправленной пневмоапланации роговицы, транспальпебральной тонометрии по Маклакову. Последние два метода использовали при горизонтальном положении пациента. Исследование с помощью двунаправленной пневмоапланации роговицы выполняли на приборе Ocular Response Analyzer (Reichert, США)

Результаты

После проведения тонометрических исследований были рассчитаны средние значения показателей для используемых приборов. Сопоставление тонометрического ВГД, определяемого ИГД-03 и тонометром Маклакова, с «истинными» значениями, измеренными с помощью двунаправленной апланации роговицы, возможно с использованием таблиц Нестерова-Вургафта. Показатели тонометрии ИГД-03 в среднем сравнимы с данными тонометрии по Маклакову и Гольдману (табл. 1).

Стоит отметить, что результаты измерения роговично-компенсированного ВГД и тонометрии по Маклакову в некоторых случаях различались существенно, но на это могло влиять положение тела. Однако единичные результаты не

сказались на средней тенденции. Анализ корреляционных связей между показателями тонометрии выявил, что максимальная взаимосвязь наблюдается у транспальпебрального индикатора и тонометра Маклакова (табл. 2).

Важно, что все показатели тонометрии имели сильную корреляционную связь ($r>0,7$) между собой.

При анализе различия показателей, измеряемых с помощью ИГД-03 и тонометра Маклакова, мы выявили, что в среднем диапазоне значений совпадение результатов тонометрии было хорошим (рис. 1).

Следует отметить тенденцию к занижению результатов при высоких и низких цифрах ВГД. Однако медианы значений показателей тонометрического офальмотонуса, измеренного тонометром Маклакова и ИГД-03, в диапазонах низкой (до 20

мм рт.ст.), средней и высокой нормы (от 20 до 26 мм рт.ст.) и повышенных цифр (более 26 мм рт.ст.) достоверно не отличались (табл. 3).

Выводы

Таким образом, по результатам систематизации и статистической обработки результатов измерений, тонометрическое ВГД, измеренное индикатором ИГД-03, хорошо коррелирует с данными тонометрии по Маклакову и Гольдману. Использование прибора стало удобнее из-за автоматического перевода в рабочее положение и однократной постановки на веко. Точность измерения внутриглазного давления достаточная, что позволяет рекомендовать прибор для широкого применения не только офтальмологами, но и врачами общей практики, неврологами.

Литература

- Аветисов С.Э., Еричев В.П., Антонов А.А. Транспальпебральная тонометрия: сравнительная оценка // Глаукома. - 2010. - № 3. - С. 45-48.
- Антонов А.А. Офтальмотонометрия: пособие для врачей, интернов, клинических ординаторов / Под ред. В.П. Еричева. - М., 2009. - 30 с.
- Глаукома. Национальное руководство / Под ред. Е.А. Егорова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 824 с.
- Колесникова М.А., Кунин В.Д., Мироненко Л.В. и др. Оценка достоверности показаний транспальпебрального индикатора внутриглазного давления ИГД-02 «ПРА» // Офтальмохирургия. - 2002. - № 3. - С. 45-47.
- Филиппова О.М. Транспальпебральная тонометрия: новые возможности регистрации внутриглазного давления // Глаукома. - 2004. - № 1. - С. 35-38.

Контактные линзы Biotrue® ONEday вошли в число 100 наиболее технологически значимых продуктов 2013 года

Новейшая линза компании Bausch + Lomb получила престижную награду R&D Magazine за революционную технологию

Контактные линзы премиум-класса Biotrue® ONEday названы журналом R&D Magazine в числе 100 наиболее технологически значимых продуктов, появившихся на рынке в минувшем году. Вручавшаяся в 51-й раз Премия R&D 100 признает достоинства новейших продуктов, включая средства телекоммуникаций, оптики, физики высоких энергий, достижения в области материаловедения, химии и биотехнологии. Компания Bausch + Lomb вошла в число лауреатов вместе с другими известными победителями, среди которых Lincoln Laboratory Массачусетского Технологического Института, компании General Motors и NASA.

Контактные линзы Biotrue® ONEday были отмечены журналом R&D Magazine за технологические характеристики, вдохновленные природой. Это первые однодневные линзы, которые отличают 3 подсказанных природой особенности: материал линз Biotrue® ONEday содержит 78% воды (что равно влагосодержанию роговицы глаза), обеспечивает пропускание кислорода, оптимальное для сохранения здоровья глаза в течение дня (при открытом глазе), имитирует действие липидного слоя слезной пленки за счет сурфактанта, интегрированного в материал, препятствуя дегидратации. Линзы Biotrue® ONEday обеспечивают максимальную увлажненность

глаза для достижения отличного комфорта*, а также сохраняют увлажненность и свою форму лучше наиболее известных однодневных линз¹.

В ходе недавнего исследования 9 из 10 респондентов заявили, что линзы Biotrue® ONEday обеспечивают постоянное, четкое и комфортное зрение в течение всего дня.

80% опрошенных заявили, что будут рекомендовать родственникам и знакомым поинтересоваться у их докторов контактными линзами Biotrue® ONEday².

Вошедшие в список Top 100 наиболее технологически значимые продукты 2013 года были выбраны независимым жюри и редакторами журнала R&D Magazine.

С момента основания в 1959 году данный журнал (а позднее и его онлайн-версия) помогает ученым-исследователям, инженерам, техническому персоналу высокотехнологичных компаний, частным лабораториям и населению во всем мире.

Полный список победителей этого года доступен по ссылке: <http://www.rdmag.com/award-winners/2013/07/2013-r-d-100-award-winners>.

¹ Результаты рандомизированного двойного слепого многоцентрового исследования линз Biotrue® ONEday, проведенного компанией Bausch + Lomb в 2012 году в США с целью оценки скорости потери влаги контактными линзами Biotrue® ONEday, 1Day Acuvue Moist, 1Day Acuvue TruEye. / ² Результаты внутреннего исследования компании Bausch + Lomb, проведенного в 2012 году в США, в ходе которого контактные линзы Biotrue® ONEday, 1-Day Acuvue Moist, AquaComfort Plus и 1-Day Acuvue TruEye были подвержены дегидратации при одинаковых условиях окружающей среды. / ³ Статистические данные, полученные при обработке результатов онлайн-опроса 5 474 участников, проведенного компанией MMR Research Worldwide Ltd (www.mmr-research.com) по заказу Bausch + Lomb.



Приборы для измерения внутриглазного давления через веко: **ТГДц-01** (истинное ВГД) **ИГД-02, ИГД-03** (тонометрическое ВГД)

- Без контакта с роговицей глаза
- Без риска инфицирования
- Без анестезии
- Без стерилизации

Прибор для лечения глазных заболеваний **АМТО-01**

- Комплексное воздействие магнитного поля
- Высокая эффективность
- Широкий спектр применения

390000, Россия, г. Рязань, ул. Семинарская, 32 тел.: (4912) 29-84-53 (многоканальный) факс: (4912) 29-85-16 www.grpz.ru, e-mail: info@grpz.ru

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЯЗАНСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД

ПРЕДЛОЖИТЕ ВАШИМ ПАЦИЕНТАМ АБСОЛЮТНО НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА МИР

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

Контактные линзы Biotrue® ONEday, из нового материала HyperGel™ созданы, чтобы работать подобно глазу.

- Обеспечивают необходимое количество кислорода для открытых глаз
- Соответствуют влажностному содержанию роговицы, 78%
- Благодаря поверхностно-активному веществу имитируют действие липидного слоя слезной пленки



BAUSCH + LOMB See better. Live better.



Вторая молодость профессора М.Т. Азнабаева

На покой уходить не собираюсь!

С профессором, д.м.н. М.Т. Азнабаевым мы встретились в его рабочем кабинете в Уфимском научно-исследовательском институте глазных болезней.

Марат Талгатович гостеприимно наливает чай и предлагает попробовать душистого башкирского мёда. «Мёд не покупной. Его производят на пасеке мои родственники... Во многих башкирских семьях мёд «свой». Этот продукт, также как и народный музыкальный инструмент «курай», стал символом Башкортостана, олицетворением башкирской души... Когда я пью чай с мёдом, то чувствую связь с родной землёй, с малой родиной. Большинство гостей нашей республики увозит мёд с собой в качестве сувенира. В аэропорту Уфы в каждый самолёт загружаются десятки и сотни килограммов мёда. А значит, эти люди сохраняют о Башкортостане в прямом смысле слова сладкие воспоминания».

1 февраля 2014 года Марату Талгатовичу Азнабаеву исполнилось 75 лет. С 1980 года по 2006 год профессор Азнабаев возглавлял Институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан. В настоящее время он является главным научным консультантом этого авторитетного научно-методического и лечебного офтальмологического центра. С 1987 года по 2011 год М.Т. Азнабаев занимал пост заведующего кафедрой офтальмологии Башкирского государственного медицинского университета. Сложив с себя полномочия руководителя кафедры, он продолжает оставаться её профессором.

В течение многих лет Марат Талгатович исполнял обязанности главного офтальмолога Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, президента Ассоциации офтальмологов Республики Башкортостан. Он — автор около 600 научных работ, в том числе 17 монографий, 130 изобретений, защищённых патентами России и зарубежных стран.

Среди наиболее известных работ М.Т. Азнабаева: монографии «Аденовирусные и хламидийные заболевания глаз», «Пластическая хирургия радужки», «Демодекоз глаз», «Редкие случаи в клинической офтальмологии», «Лазерная трансканаликулярная дакриоцисториностомия», «Атлас глазной патологии», а также «Русско-башкирский толковый словарь медицинских терминов» и «Русско-башкирский толковый словарь офтальмологических терминов».

Профессор Азнабаев входит в состав редакционного совета журналов «Вестник офтальмологии» (г. Москва), «Проблемы рефракционной хирургии» (г. Москва), «Казахстанский офтальмологический журнал» (г. Алматы), а также редакционного совета издательства «Энциклопедия Башкортостана» (г. Уфа).

Его научная, педагогическая, лечебная, организационная и общественная деятельность получила признание в профессиональном сообществе. Многолетний творческий, добросовестный труд Марата Талгатовича отмечен высшими наградами и почётными званиями.

Он является академиком и членом президиума Академии наук Республики Башкортостан, членом правления и президиума Всероссийского общества офтальмологов, заслуженным врачом России и Республики Башкортостан, лауреатом премии Академии наук Республики Башкортостан им. Г.Х. Кудоярова и Государственной премии Республики Башкортостан,

действительным членом Российской академии медико-технических наук. В 2010 году Всероссийское общество офтальмологов избрало профессора Азнабаева своим почётным членом с вручением диплома и медали.

Марат Талгатович — кавалер российского ордена Почёта и высшего ордена Республики Башкортостан — Салавата Юлаева. Он также награждён орденом Республики Абхазия — Чести и Славы.

Учёный из Башкортостана поддерживает обширные международные контакты. Он является членом Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов, почётным членом Научного общества имплантологов Канады, почётным членом Совета научно-исследовательского

института Барракера в испанском городе Барселона.

В юбилейные дни учёному предстоит услышать много поздравлений и тёплых пожеланий. А что учёный хотел бы пожелать сам себе?

— *Моё самое большое желание — это процветание родного Института глазных болезней и родной кафедры офтальмологии. Институт и кафедра — это мой родной дом. И хочется, чтобы в этом доме царили мир, гармония и благополучие. Лично для себя, своих родных и близких желаю здоровья и ещё раз здоровья. Разумеется, для меня очень важно иметь возможность в ближайшие годы продолжать научную и педагогическую работу. На покой уходить не собираюсь!*

Марат Азнабаев: учёный, врач, педагог, администратор

М.Т. Азнабаев родился 1 февраля 1939 года в селе Якимбетово Кумертауского района Республики Башкортостан. Он и сейчас много времени проводит в отцовском доме, с удовольствием общается с земляками в родном селе. Учился в сельской средней школе. Затем в течение года работал в колхозе «Искра». В 1956 году поступил в Башкирский государственный медицинский институт. После окончания лечебного факультета в 1962 году молодому врачу предложено продолжить учёбу в клинической ординатуре. В 1964 году Марат Азнабаев становится аспирантом. В 1969 году он защищает кандидатскую диссертацию по теме «Материалы к клинике и хирургии блефароптоза».

— *Мне очень повезло, что на моём жизненном пути встретился выдающийся учёный-офтальмолог и замечательный человек, профессор, д.м.н., заслуженный деятель науки РСФСР и БАССР, почётный гражданин города Уфы Габдулла Хабирович Кудояров (1899-1984). Он стал научным руководителем моей кандидатской диссертации. Его я могу назвать своим главным учителем в офтальмологии. С 1955 года по 1975 год Габдулла Хабирович возглавлял кафедру офтальмологии Башкирского медицинского института. С 1945 года по 1954 год он был директором уфимского Института глазных болезней.*

После защиты кандидатской диссертации М.Т. Азнабаева избирают доцентом родной кафедры офтальмологии. Одновременно он становится научным сотрудником Института глазных болезней. Крут научных интересов Марата Талгатовича очень широк. Он занимается вопросами пластической офтальмохирургии, изучает механизмы возникновения и развития блефароптоза, предлагает принципиально новые методы восстановительных операций при этой патологии.

Основным направлением научной деятельности М.Т. Азнабаева становится разработка системы комплексного лечения патологий глаз у детей. Впервые в стране он доказал эффективность микрохирургического вмешательства при врождённых катарактах у детей с первых недель жизни, возможность одномоментных операций на обоих глазах и применения контактных линз на шестой-седьмой день после операции у новорожденных.

С 1972 года М.Т. Азнабаев впервые в уральском регионе стал проводить детские операции под микроскопом. Он предложил несколько оригинальных способов операций и создал серию инструментов и устройств для детской



Академик С.Н. Фёдоров и академик М.Т. Азнабаев



В институте Х. Барракера



М.Т. Азнабаев

офтальмохирургии. В последующие годы Марат Талгатович активно занимался внедрением микрохирургического направления в детской офтальмохирургии. Он считал принципиально важным проводить операции через микроразрезы с применением оригинальных инструментов и устройств.

«Свою главную задачу я видел в том, чтобы существенно снизить травматичность вмешательства и расширить показания к хирургическому лечению, начиная с первых дней жизни маленького пациента», — подчёркивает учёный. Под его руководством в Институте глазных болезней была реорганизована и усовершенствована реанимационно-анестезиологическая служба, разработана система ранней контактной коррекции афакии и последующей зрительной реабилитации оперированных детей.

Марат Талгатович проявил себя в НИИ глазных болезней и как успешный изобретатель. По его проектам созданы операционный стол и кресло хирурга, щелевой осветитель к операционному микроскопу, целый ряд микроинструментов для хирургии катаракты и блефароптоза.

В 1987 году в МНТК «Микрохирургия глаза» М.Т. Азнабаев защитил докторскую диссертацию на тему «Новые методы и эффективность микрохирургии катаракт у детей». В том же году он становится профессором и заведующим кафедрой офтальмологии Башкирского государственного медицинского института (в последующие годы преобразованного в Башкирский государственный медицинский университет).

М.Т. Азнабаев понимал, что новые технологии в офтальмологии нередко рождаются на стыке различных наук: медицины, биологии, иммунологии, электроники, биохимии и т.д. Поэтому в роли директора и заведующего кафедрой он активно способствовал научным контактам со специалистами различных областей знаний.

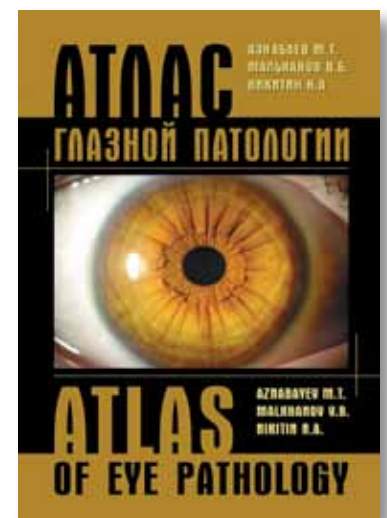
Под руководством профессора М.Т. Азнабаева подготовлено 43 кандидата медицинских наук и 7 докторов медицинских наук. С именем Азнабаева связано возникновение нового направления в офтальмологии — «Ранняя хирургия врождённой и приобретённой офтальмопатологии».

Под руководством и при активном участии М.Т. Азнабаева в Институте глазных болезней и на кафедре офтальмологии медицинского университета проводились исследования по диагностике и лечению инфекционных заболеваний глаз, травм органа зрения и их последствий, ранней диагностике врождённой офтальмопатологии, в том числе ретинопатии недоношенных, витреоретинальной хирургии.

Большое внимание Марат Талгатович всегда уделял и решению хозяйственных вопросов деятельности Института. В 1986 году



М.Т. Азнабаев со своими учениками



было введено в строй два современных корпуса Института общей площадью 9800 м². После ввода в эксплуатацию этих объектов Институт смог проводить более 70 000 амбулаторных консультаций в год и более 7000 операций. На базе Института были созданы научно-производственные лаборатории по выпуску интраокулярных линз (искусственных хрусталиков), контактных линз, вискоэластиков и аллотрансплантатов для офтальмохирургии.

Одно из достижений профессора Азнабаева — создание микрохирургических офтальмологических центров на базе шести районных и городских больниц республики: в городах Янаул, Сибай, Учалы, Туймазы, Кумертау, а также в районном центре — селе Малояз.

Слово об Учителе

При подготовке статьи о М.Т. Азнабаеве невозможно было не побеседовать с его учениками. А.Ф. Габдрахманова является доктором

медицинских наук, профессором кафедры офтальмологии Башкирского государственного медицинского университета. С начала девяностых годов до 2011 года она совмещала преподавательскую деятельность на кафедре с работой в НИИ глазных болезней.

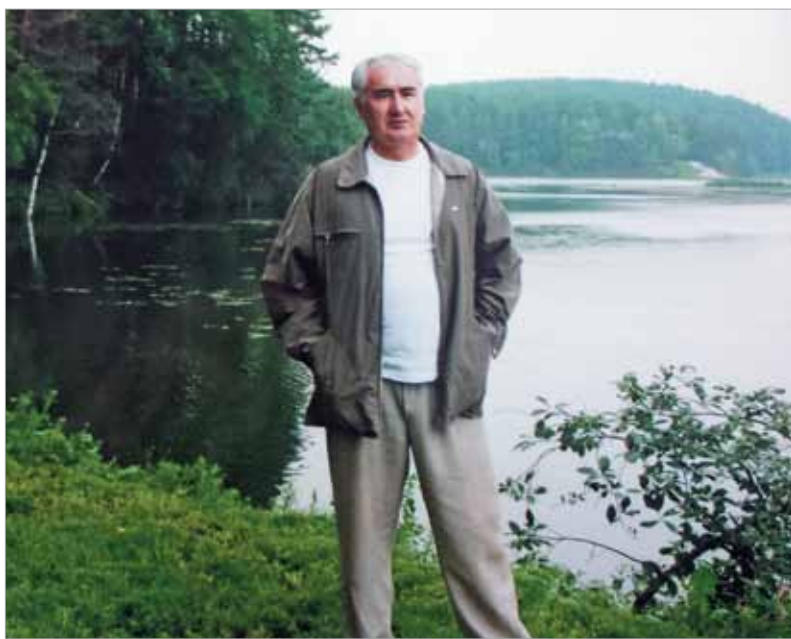
«Марат Талгатович являлся научным руководителем моей кандидатской диссертации «Ультразвуковая диагностика и комбинированное лечение гемангиомы век у детей», защищённой в 1998 году, и научным консультантом докторской диссертации «Ультразвуковая диагностика опухолей орбиты», защищённой в 2005 году, — рассказывает Алия Фавзиевна. — В настоящее время мы вместе работаем на кафедре офтальмологии, и мне искреннее хочется надеяться, что эта работа продлится ещё долгие годы».

А.Ф. Габдрахманова отмечает такие качества профессора Азнабаева, как чуткость, доброжелательность, уважительное отношение к людям, неустанную готовность передавать

свой опыт студентам, аспирантам и молодым коллегам. «У меня есть для Марата Талгатовича и личные пожелания к юбилею. Полтора года назад он стал дедушкой. Я желаю своему учителю крепкого здоровья и долголетия! Пусть он в течение многих лет наслаждается общением со своей семьёй, воспитывает внуку Кариночку! Марат Талгатович должен знать, что тысячи людей во всех концах мира и в родном Башкортостане любят, ценят и уважают его», — подчеркнула профессор Габдрахманова.

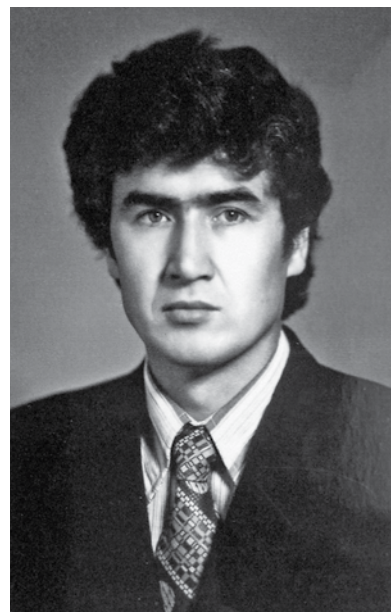
Заведующая учебной частью, доцент кафедры офтальмологии Башкирского государственного медицинского университета, к.м.н. Светлана Рудольфовна Авхадеева обратила внимание на педагогические таланты М.Т. Азнабаева: «Марат Талгатович сочетает требовательность и доброжелательность. Он всегда находит время, чтобы поговорить со студентами и аспирантами на житейские темы, приборить их, помочь поверить в себя... Лекции профессора Азнабаева всегда очень интересные и насыщенные. Марат Талгатович заряжает своей энергией и увлечённостью всех, кому довелось с ним общаться. Он по-настоящему болеет за дело! Жизнь и деятельность кафедры офтальмологии немалыми без его активного участия».

Издательство «Апрель» и редакция газеты «Поле зрения» сердечно поздравляют академика М.Т. Азнабаева с юбилеем! Искренне желаем уважаемому Марату Талгатовичу крепкого здоровья, душевной гармонии и новых творческих успехов на благо отечественного здравоохранения и медицинской науки!



Илья Бруштейн

При подготовке статьи использовались материалы, предоставленные профессором М.Т. Азнабаевым. Фотографии из архива М.Т. Азнабаева.



Марат Талгатович Азнабаев



М.Т. Азнабаев в операционной



Три поколения офтальмологов. Профессор Г.Х. Кудояров и его ассистенты

МЕХАНИЗМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИПЕРМЕТРОПИИ ПОСЛЕ РАДИАЛЬНОЙ КЕРАТОТОМИИ*

«Гипотезы — это леса, которые возводят перед зданием и сносят, когда здание готово»

И.В. фон ГЕТЕ

С.Э. Аветисов,
А.А. Антонов,
С.В. Вострухин

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

Передняя радиальная кератотомия (РК) — кераторефракционная операция, предусматривающая нанесение на роговицу передних неперфорированных надрезов, направление которых совпадает с воображаемыми радиусами условной окружности роговицы при интактной центральной зоне диаметром не менее 3,0 мм. В 70-80-е годы прошлого столетия РК широко применяли в клинической практике для хирургической коррекции сферической миопии и астигматизма. По примерным оценкам в России только в системе МНТК «Микрохирургия глаза» к 2000 году было выполнено свыше 600000 РК, а в США к 1995 году — более 1 миллиона.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что некоторые негативные проявления (последствия) РК могут манифестировать в отдаленные сроки после операции (рис. 1). К отдаленным последствиям РК можно отнести повышенную «чувствительность» роговицы к контузионным травмам, недостоверность показателей тонометрии, рефракционные ошибки при расчете оптической силы интраокулярной линзы и, наконец, прогрессирующую гиперметропию (англ. progressive hyperopia). Прогрессирующая гиперметропия проявляется сдвигом рефракции в сторону гиперметропии, появлением или усилением роговичного астигматизма. Как правило, такие изменения рефракции после РК начинаются в отдаленные сроки после операции у пациентов старше 45-50 лет, у которых в результате проведения РК была достигнута рефракция, близкая к эметропической.

К основным составляющим «уплощения» (увеличения радиуса кривизны) центральной зоны роговицы после РК относят непосредственно надрезы, силы внутриглазного давления (ВГД) и исходные биомеханические параметры роговицы, конкретно устойчивость к воздействию, изменяющему ее форму (жесткость). Клиническими признаками снижения жесткости роговицы после РК являются флюктуация остроты зрения, повышенная чувствительность роговицы к контузионным травмам, возможность расхождения рубцов во время операции факосмульсификации катаракты и существенная зависимость рефракционного эффекта операции от типа заживления

эффекта, главным образом, вследствие повышения жесткости роговицы. Вероятность контузионных разрывов роговицы в зоне надрезов возрастает именно при заживлении I типа. Морфологические исследования энуклеированных в результате тяжелых контузионных повреждений глаз после РК позволили И.П. Хорошиловой-Масловой сделать вывод о целесообразности «...рассматривать заживление роговичных насечек не как замедленный годами длившийся процесс, а как незавершенный процесс рубцевания (выделено авторами), связанный ... с ингибцией клеточной регрессом рефракционного

Сдвиг рефракции в сторону гиперметропии в отдаленные сроки после операции следует рассматривать как усиление рефракционного эффекта за счет дальнейшего «уплощения» роговицы в центральной зоне. Исходя из механизма изменения кривизны роговицы после РК, можно предположить, что возможными причинами таких изменений рефракции может быть повышение ВГД и/или возрастное снижение жесткости роговицы. Так, при сравнении биомеханических параметров роговицы у пациентов различных возрастных групп (18-45 и 60-75 лет соответственно) выявлено среднее снижение фактора резистентности

роговицы и роговичного гистерезиса на 1,3 и 1,1 мм рт.ст. соответственно на фоне среднего уменьшения толщины роговицы в центральной зоне на 22 мкм (рис. 2).

Общая характеристика материала и методов исследования представлены на рис. 3. Настоящее сообщение базируется на материале обследования 33 пациентов (64 глаза), которым ранее была выполнена РК (все пациенты были направлены для обследования в связи с подозрением на глаукому). В зависимости от наличия прогрессирующего изменения рефракции в сторону гиперметропии пациенты были разделены на 2 группы:



Рис. 1.

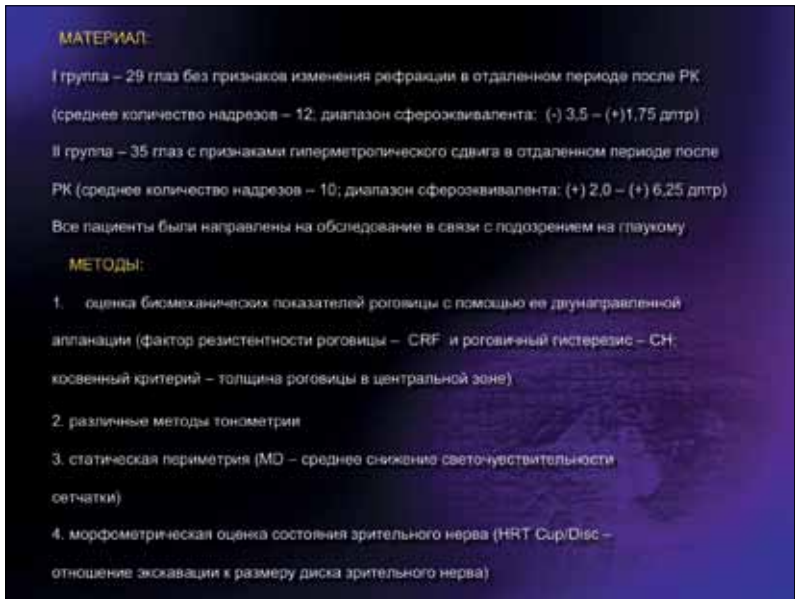


Рис. 3.

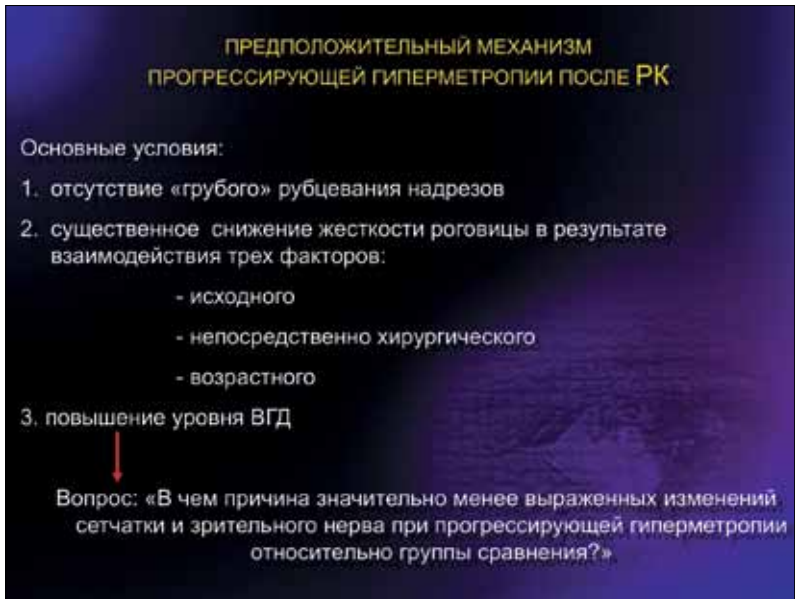


Рис. 5.



Рис. 2.



Рис. 4.

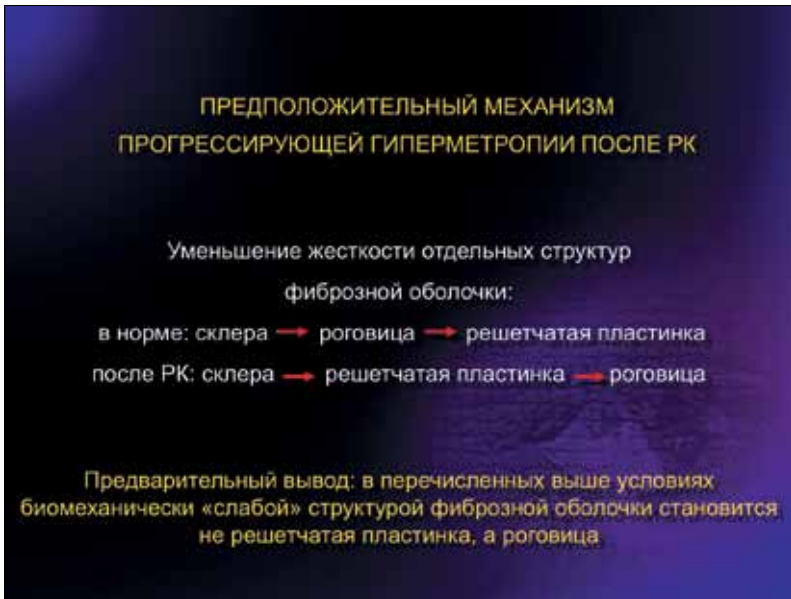


Рис. 6.

• I группа (сравнения) — 15 пациентов (29 глаз без признаков изменения рефракции в отдаленном периоде после РК);

• II группа (основная) — 18 пациентов (35 глаз с признаками гиперметропического сдвига в отдаленном периоде после РК).

Количество радиальных надрезов в I и II группах отличалось незначительно (медианы 12 и 10 соответственно). Сферический эквивалент рефракции в I группе в среднем составил 0 дптр, во II — (+) 3,5 дптр.

Пациенты были обследованы с применением базовых офтальмологических и специальных офтальмологических методов. Оценку биомеханических показателей роговицы выполняли с помощью ее двунаправленной аplanation на приборе Ocular Response Analyzer (ORA) (Reichert, США). Оценивали фактор резистентности роговицы (CRF), роговичный гистерезис (CH) и толщину роговицы в центральной зоне с помощью встроенного в прибор пахиметра. Для оценки внутриглазного давления использовали различные неаplanationные методы тонометрии: динамическую контурную (тонометр Pascal, Zeimer, Швейцария), «отскоковую» (ICare Pro, Tiolat, Финляндия) и трансальберальную тонометрию (ТГЦЦ-01 diaton, Россия).

Обследование на глаукому, помимо тонометрии, гониоскопии, офтальмоскопии, включало компьютерную статическую периметрию (прибор Humphrey Field Analyzer i750, Carl Zeiss Meditec, Германия) по протоколу SITA-Standard (центральный пороговый тест 30-2) и конфокальную офтальмоскопию сетчатки и зрительного нерва с помощью ретинального томографа HRT III (Heidelberg Engineering, Германия). На основании указанных методов оценивали среднее снижение светочувствительности сетчатки (MD) и стереопараметры диска зрительного нерва (в первую очередь, соотношение экскавация/диск).

Выявлено достоверное различие показателей толщины роговицы в центральной зоне: медиана значения во II (основной) группе была меньше на 56 мкм (p<0,05). Этот факт косвенно указывает на возможность исходных отличий биомеханических параметров роговицы в исследуемых группах, в частности, на меньшую исходную жесткость роговицы у пациентов II группы.

Следует отметить, что трактовка результатов оценки биомеханических показателей роговицы с помощью ее двунаправленной аplanation после РК затруднена вследствие «атипичности» конфигурации корнеограмм, в основном за счет изменения формы аplanationной деформации роговицы в центральной зоне. Поэтому для анализа использовали только те корнеограммы, конфигурация которых была приближена к условно типичной. При гиперметропическом сдвиге после РК значения CRF и CH в основной группе были меньше на 2,4 и 1,6 мм рт.ст. соответственно по отношению к аналогичным данным, полученным в группе сравнения.

Выявленное уменьшение биомеханических показателей в совокупности с существенно меньшей толщиной роговицы в центральной зоне позволяет предположить, что гиперметропический сдвиг после РК происходит на фоне снижения устойчивости роговицы (жесткости) к воздействию, изменяющему ее форму. Вероятнее всего, это связано с исходными и возрастными

особенностями «биомеханики» фиброзной оболочки глаза в целом и роговицы в частности.

Показатели ВГД в группе с признаками гиперметропического сдвига и в группе сравнения находились в зоне пограничных значений на фоне общей тенденции к повышению ВГД. Более выраженные изменения светочувствительности сетчатки и стереопараметров диска зрительного нерва выявлены в группе сравнения.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что основными условиями для развития прогрессирующей гиперметропии в отдаленные сроки после РК являются: отсутствие «грубого» рубцевания надрезов, снижение жесткости роговицы и повышение уровня ВГД. Снижение жесткости роговицы, по-видимому, происходит в результате взаимодействия трех факторов: исходного, непосредственно хирургического (нанесение надрезов) и возрастного (рис. 5).

В данной ситуации возникает закономерный вопрос: «В чем причина значительно менее выраженных изменений сетчатки и зрительного нерва на фоне тенденции к повышению ВГД при прогрессирующей гиперметропии после РК относительно группы сравнения?» Считаем возможным высказать предположение, в основе которого лежат представления о жесткости различных компонентов фиброзной оболочки глаза (рис. 6). В условно нормальном глазу структурой, наиболее устойчивой к деформации, является склера, самым же слабым звеном, склонным к пластической деформации, является решетчатая пластинка. Иными словами, уменьшение жесткости отдельных структур фиброзной оболочки происходит в следующей последовательности: склера — роговица — решетчатая пластинка. Эта закономерность после РК может быть нарушена из-за существенного снижения жесткости роговицы в силу комплекса указанных выше причин.

В результате нанесения надрезов и их неполноценного рубцевания биомеханически «слабой» структурой фиброзной оболочки становится уже не решетчатая пластинка, а роговица. Под действием повышенного ВГД на роговицу и, возможно, возрастных изменений «биомеханики» со временем происходит ее деформация, которая, по сути, проявляется усилением эффекта РК — уплощением центральной зоны роговицы, что в результате и приводит к гиперметропическому сдвигу. Одновременно воздействие на решетчатую пластинку в таких глазах уменьшается, что, вероятно, и обеспечивает временное замедление процесса развития и прогрессирования глаукомной оптической нейропатии.

Таким образом, в механизме сдвига рефракции в сторону гиперметропии в отдаленном после РК периоде предположительно можно выделить две составляющих: повышение ВГД и снижение жесткости роговицы. Проявление указанного сдвига только у части пациентов после РК на фоне повышения ВГД возможно связано с исходно сниженной жесткостью роговицы. В указанных условиях именно роговица, а не решетчатая пластинка, становится «мишенью» биомеханических изменений при глаукоме. С практической точки зрения пациентов с гиперметропическим сдвигом рефракции в отдаленном после РК периоде следует относить к группе риска развития глаукомы. ■



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

5-6 июня 2014 г.

в Уфе состоится научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием «ВОСТОК-ЗАПАД – 2014»

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

1. Организация офтальмологической помощи
2. Патология роговицы и рефракционная хирургия
3. Диагностика и лечение глаукомы
4. Воспалительные заболевания глаз
5. Детская офтальмопатология
6. Новые технологии факосмульсификации катаракт
7. Лечение заболеваний стекловидного тела и сетчатки
8. Травмы органа зрения.

Реконструктивные и пластические операции

Официальные языки конференции: русский, английский.

Материалы конференции будут изданы бесплатно в виде периодического издания сборника научных трудов.

ВОСТОК-ЗАПАД

● точка зрения ●

Требования к публикациям на сайте института: www.ufaeyeinstitute.ru

Статьи принимаются до 15 апреля 2014 г.

в электронном виде по адресам: east-west-ufa@yandex.ru, east-west-ufa@yandex.ru, ufaeyenauka@mail.ru

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ БУДУТ ПРОВЕДЕНЫ:

- сессии российских и зарубежных научных обществ;
- «живая хирургия»;
- спутниковые симпозиумы;
- постерная сессия с проведением конкурса на лучшие стендовые доклады;
- выставка офтальмологического оборудования и инструментария, научной литературы.

Пройти предварительную регистрацию можно на сайте института: www.ufaeyeinstitute.ru

ОРГКОМИТЕТ:

тел.: (347) 273-51-08; 272-67-22;

факс: (347) 272-08-52;

сайт: www.ufaeyeinstitute.ru

e-mail: east-west-ufa@yandex.ru, ufaeyenauka@mail.ru



* Полный вариант настоящего исследования будет представлен в одном из ближайших номеров журнала «Вестник офтальмологии».

БИОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУР ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА ПРИ ГИПЕРМЕТРОПИИ

К.С. Аветисов,
А.Р. Амбарцумян,
И.А. Бубнова

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

Биометрия (греч. bios — жизнь, metreo — измеряю) предполагает возможность прижизненного определения размеров анатомических структур и образований. Настоящее сообщение посвящено биометрическим особенностям структур переднего отрезка глаза при гиперметропии и условно может быть разделено на два основных фрагмента. Первый из них посвящен возможностям и информативности современных методов биометрии в офтальмологии, а второй — непосредственно вопросам зависимости биометрических параметров структур переднего отрезка глаза от размеров переднезадней оси.

Как известно, основным анатомическим субстратом формирования гиперметропической рефракции являются «уменьшенные» по сравнению с эмметропическими и, тем более, миопическими глазами размеры переднезадней оси глаза. Одновременно могут иметь место выраженные в различной степени линейные и объемные изменения структур переднего отрезка (передней камеры и ее угла, хрусталика). С клинической точки зрения такие изменения потенциально опасны в плане нарушения гидродинамики, технических осложнений при проведении современной микроинвазивной факохирургии и, наконец, ограничений применения интраокулярных методов рефракционной хирургии (рис. 1).



Рис. 1.

Хотелось бы напомнить, что впервые заключение о зависимости клинической рефракции от величины переднезадней оси было сделано профессором М.И. Авербахом еще в 1900 году. Не имея возможности произвести прижизненные измерения размеров глаза, автор в качестве доказательств этого заключения представил слепки энуклеированных в силу различных причин глаз с различной рефракцией (рис. 2).

В зависимости от принципа измерения применяемые в офтальмологии методы биометрии можно условно разделить на волновые и оптические (рис. 3). К волновым методам можно отнести ультразвуковую биометрию, ультразвуковую биомикроскопию и лазерную или когерентную биометрию. К оптическим — фотоофтальмометрию, принцип разделения оптических срезов с помощью призмы (эти методы в настоящее время практически не используют)

и методы, основанные на принципе Шаймфлюга.

Одномерная эхография (т.н. А-режим) была внедрена в клиническую практику в середине прошлого столетия. Методика позволяет проводить линейные измерения различных структур глазного яблока. Развитие эхобиометрии связано с внедрением в клиническую практику комбинированного ультразвукового исследования, позволяющего определять и объемные размеры анатомических образований. Применение высокочастотного сканирования (в диапазоне 35-50 МГц), заложенное в основу т.н. ультразвуковой биомикроскопии, обеспечивает возможность биометрии структур переднего отрезка глаза. Принцип Шаймфлюга основан на получении полноценного изображения объектов, расположенных на различном расстоянии друг от друга, и реализован в серийно выпускаемых multifunctional устройствах.



Рис. 2.

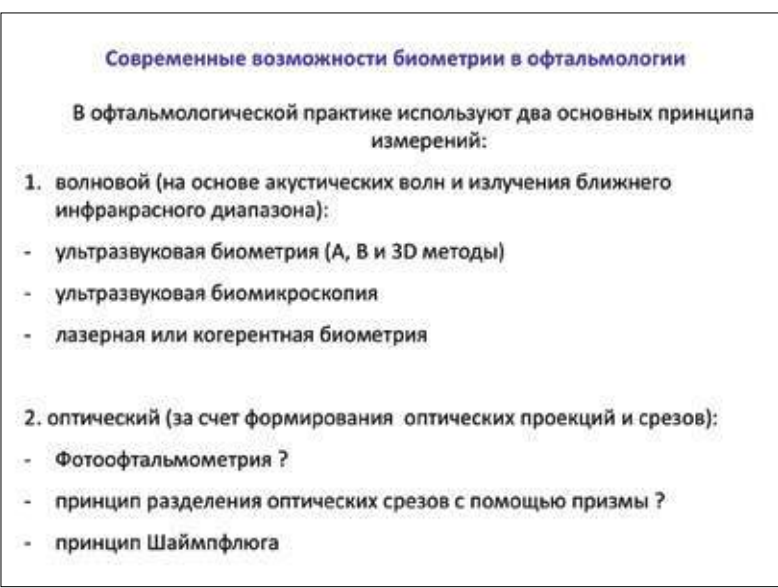


Рис. 3.

Тенденция развития современных методов биометрии в офтальмологии связана с переходом от линейных измерений к объемным. Правомерность такого перехода обусловлена тем, что ни одна структура глазного яблока не является правильной геометрической фигурой. Так, А.И. Дашевский в 1950 году на основе метода фотоофтальмометрии попытался рассчитать путем определить объем хрусталика, не совсем корректно считая форму передней и задней поверхности хрусталика сферической. Между тем задняя поверхность хрусталика является асферической и соответствует геометрической фигуре параболоида вращения.

Основными биометрическими характеристиками структур переднего отрезка глаза являются глубина, объем и ширина угла передней камеры, толщина и объем хрусталика. Какова же информативность применяемых на сегодняшний день в клинической практике методов биометрии (комбинированного ультразвукового исследования, ультразвуковой биомикроскопии и оптического способа, основанного на принципе Шаймфлюга, рис. 4) в плане измерения линейных и объемных показателей указанных структур?

Рис. 5 и 6 иллюстрируют возможности и результаты измерения различных показателей структур переднего отрезка глаза с помощью каждого из указанных методов. Измерение максимального количества биометрических показателей обеспечивает комбинированное ультразвуковое исследование.

Ультразвуковая биомикроскопия (УБМ) позволяет проводить только линейные измерения, а при применении метода формирования оптических срезов не представляется возможным определить объем хрусталика (рис. 5).

Биометрические данные (глубина и объем передней камеры, ширина угла передней камеры, толщина и объем хрусталика), полученные с помощью различных методов сопоставимы (коэффициент корреляции 0,93-0,97), за исключением одного показателя — толщины хрусталика, измеренной с помощью метода формирования оптических срезов (рис. 6). Указанный показатель оказался существенно меньшим по сравнению с аналогичными параметрами, полученными с помощью различных вариантов ультразвуковой биометрии. Вероятнее всего, указанное расхождение объясняется невозможностью в силу ряда причин достижения четкого оптического среза задней капсулы хрусталика.

Таким образом, комбинированное ультразвуковое исследование является оптимальным методом биометрии структур переднего отрезка глаза (рис. 7), поскольку обладает универсальностью (возможность определения всех параметров), исключительностью (единственный метод, который позволяет определить объем хрусталика) и информативностью (измеренные показатели сопоставимы с данными других методов).

Второй фрагмент настоящего сообщения касается сравнительной оценки параметров структур

переднего отрезка глаз с различной величиной переднезадней оси (рис. 8). В материал исследования были включены условно 36 «коротких», 86 «нормальных» и 67 «длинных» глаз. Следует отметить, что в привычном и обычно употребляемом термине «короткий (или «длинный») глаз» заложено некоторое противоречие, поскольку глаз геометрически является объемной структурой, а параметр «короткий» — линейной характеристикой.

Структурные особенности переднего отрезка в «коротких» глазах, как правило, характеризуются следующим образом: «большой хрусталик», мелкая передняя камера, узкий угол передней камеры. Полученные в представленном исследовании данные можно обобщить в виде следующих основных положений:

1) объем хрусталика практически не зависит от величины переднезадней оси, в то время как глубина, объем и ширина угла передней камеры закономерно нарастают по мере увеличения продольного размера глаза;

2) несмотря на практически идентичный объем, толщина хрусталика в «коротких» глазах превышает аналогичный показатель в «нормальных» и «длинных» глазах в среднем на 0,53 мм;

3) выявленная «диссоциация» объемных и линейных показателей хрусталика в «коротких» глазах может быть объяснена особенностями конфигурации хрусталика, например, его меньшей толщиной на периферии.

Проиллюстрировать представленные заключения можно с помощью таблицы на рис. 9, в которой представлены данные биометрических показателей структур переднего отрезка «коротких» и «нормальных» глаз. Уменьшение глубины, объема и ширины угла передней камеры в «коротких» глазах составляет 22-29%. В то же время увеличение толщины хрусталика составляет 12%, а увеличение объема хрусталика — всего 4%, что статистически недостоверно.

На наш взгляд, представленные в настоящем сообщении результаты позволяют уточнить биометрические характеристики хрусталика в «коротких» глазах. В этих случаях корректнее говорить не просто о «большом хрусталике», а об «относительно большом хрусталике», имея в виду размеры глазного яблока в целом.



Рис. 4.

Биометрия структур переднего отдела глаза: результаты сравнительных исследований (материал: 40 глаз 20-и пациентов свободной выборки)

Средние биометрические параметры структур переднего отрезка глаза по данным различных методов

Метод	Глубина передней камеры (мм)	Объем передней камеры (мм куб.)	Ширина угла передней камеры (градусы)	Толщина хрусталика (мм)	Объем хрусталика (мм куб.)
УЗИ	2,6	164	30,9	4,6	260
Формирование оптических срезов	2,6	165	30,9	2,6	-
УБМ	2,7	-	29,8	4,5	-

Рис. 6.



Рис. 8.

Биометрия структур переднего отдела глаза: результаты сравнительных исследований

Возможности различных методов биометрии структур переднего отрезка глаза *

Параметр	Метод измерения		
	УЗИ	УБМ	Формирование оптических срезов
глубина передней камеры	+	+	+
объем передней камеры	+	-	+
ширина угла передней камеры	+	+	+
толщина хрусталика	+	+	+
объем хрусталика	+	-	-

* «+» - измерение возможно, «-» - измерение невозможно

Рис. 5.

Биометрия структур переднего отдела глаза: результаты сравнительных исследований

Выявлены следующие преимущества комбинированного УЗИ:

универсальность = возможность определения всех изучаемых параметров

исключительность = единственный метод, позволяющий определить объем хрусталика (в среднем 260 мм куб.)

информативность = высокая корреляция (коэффициент R в пределах 0,93-0,97) биометрических показателей комбинированного УЗИ и ряда параметров, определение которых возможно с помощью ультразвуковой биомикроскопии и метода оптических срезов.

Рис. 7.

Биометрия структур переднего отдела глаза: зависимость показателей от величины переднезадней оси

Средние биометрические показатели «коротких» (n=36) и «нормальных» (n=86) глаз:

ПЗО (мм)	21,8	23,4
Толщина хрусталика (мм)	4,79	4,26 (+ 12%)
Объем хрусталика (мм куб.)	240	230 (+ 4%)
Глубина п/камеры (мм)	1,94	2,57 (- 25%)
Объем п/камеры (мм куб.)	120	170 (- 29%)
Ширина угла п/камеры (град)	22,68	29,01 (- 22%)

Рис. 9.

ОКОМИСТИН®

современный эффективный препарат в офтальмологии

ПОКАЗАНИЯ

- Инфекционно-воспалительные заболевания (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, кератouveиты)
- Травмы глаза
- Ожоги глаза (термические и химические)
- Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений в пред- и послеоперационном периоде

СВОЙСТВА

- Действующее вещество бензилдиметил [3 - (миристоиламино) пропил] аммоний хлорид моногидрат.
- Активен в отношении бактерий, грибов, вирусов и простейших.
- Оказывает противовоспалительное действие и ускоряет регенерацию.
- Стимулирует местные защитные реакции.
- Не всасывается через слизистые оболочки глаз, слезных путей и носа.
- Не содержит консервантов.

Производитель - Компания ИНФАМЕД

115522, г. Москва, Пролетарский проспект 19, корп. 3

Тел.: (495) 775-83-22, 775-83-23

e-mail: infamed@infamed.ru

www.okomistin.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Книги от издательства «Апрель»

Ультразвуковое исследование глаза и тканей орбиты при саркоидозе

С.Э. Аветисов, К.С. Аветисов, Э.А. Васькулатова, Т.Н. Сафонова, С.И. Харлап, О.В. Эксаренко

В данной работе приведены результаты акустического анализа состояния тканей глаза и орбиты у 35 пациентов (70 орбит) с верифицированным диагнозом системного саркоидоза. Кроме того, по результатам анализа современных источников литературы, посвященных этому вопросу, подробно охарактеризовано влияние специфических локальных изменений на состояние глаза и тканей орбиты.

Впервые предложен новый метод оценки клинического состояния этих анатомических структур, основанный на использовании комбинации ряда режимов современных цифровых ультразвуковых технологий. Получена и проанализирована новая диагностическая информация о прижизненных изменениях тканей у пациентов, страдающих саркоидозом, которые ранее нельзя было определить при помощи стандартных методов исследования. Выявлены диагностические признаки деформации акустического изображения глазного яблока, слезной железы, стекловидного тела, зрительного нерва и глазной артерии. В сочетании с клинической картиной, данными лабораторных и инструментальных исследований эти признаки могут быть рекомендованы специалистам, изучающим саркоидоз, и офтальмологам для оценки изменений глаза и орбиты.

ISBN 978-5-905212-38-3

Анализ рекомендаций выбора антибиотиков в практическом руководстве ESCRS издания 2013 года по профилактике и терапии эндофтальмитов

Д.Ю. Майчук

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

Успех результатов хирургии катаракты основывается не только на применении самых современных и безопасных технологий интраоперационного этапа, но и во многом зависит от внедрения рациональных схем медикаментозного сопровождения как до, так и после хирургии катаракты. Стандартизация подходов к фармакологическому сопровождению современной хирургии катаракты дает возможность избежать ряда осложнений и закрепить успех интраоперационных высокотехнологичных манипуляций.

Выбор режима дозирования инстилляций в рекомендациях ESCRS 2007 года

Однако четкой и единой позиции по данным современным исследованиям в вопросе периперационной фармакотерапии нет.



Рис. 1. Рекомендации Европейского Общества катарактальных и рефракционных хирургов по профилактике и лечению эндофтальмитов после хирургии катаракты

В недавнем прошлом единственным опубликованным и принятым к повседневной практике руководством являлись «Рекомендации Европейского Общества катарактальных

и рефракционных хирургов по профилактике, изучению и ведению послеоперационных эндофтальмитов» (ESCRS Guidelines on prevention, investigation and management of post-operative endophthalmitis. Version 2. 2007).

В данных рекомендациях указывалась следующая схема ведения пациентов, поступающих на хирургию катаракты:

До операции: 1 капля 4 раза в день за 24-48 часов до операции или 1 капля за 1 час и за 30 минут до операции;

Сразу после операции: 1 капля сразу после операции, спустя 5 минут и еще спустя 5 минут;

В послеоперационном периоде: 1 капля каждые 1-2 часа в день операции и начиная со следующего дня: 1 капля 4 раза в день в течение 1-2 недель.

Выбор антибиотика для инстилляций в рекомендациях ESCRS 2007 года

При этом выбор антибиотика был отдан в пользу фторхинолонов 2 и 3-го поколений: левофлоксацин (торговое наименование в РФ —

офтаквикс, глазные капли 0,5% «Сантэн», Финляндия) и офлоксацин (торговое наименование в РФ — флоксал, глазные капли 0,3%). Обоснование этого выбора связано было, прежде всего, с особенностями профилактической местной антибиотикотерапии в офтальмологии — необходимостью применения антибиотиков с минимальной резистентностью, хорошей переносимостью и быстрым набором минимальной ингибирующей концентрации (ESCRS Endophthalmitis Study Group: Prophylaxis of post-operative endophthalmitis following cataract surgery: results of the ESCRS multicentre study and identification of risk factors // J. Cataract Refract Surg. — 2007. — V. 33. — P. 978-988).

Однако для профилактической местной антибиотикотерапии в офтальмологии наиболее важное значение имеет широкий спектр эффективности, т.е. равноценная эффективность в отношении как грам(+), так и грам(-) микрофлоры. При этом отдельное место занимает так называемая «внутрибольничная инфекция», представленная синегнойной палочкой (Pseudomonas aeruginosa) (табл. 1). Особое внимание эффективности антибиотика в отношении именно Pseudomonas aeruginosa обусловлено, прежде всего, крайней агрессивностью этого возбудителя и очень быстрым развитием воспалительного процесса, способного привести к тяжелому эндофтальмиту менее чем за сутки. В начале 90-х годов фторхинолоны 2-го поколения (такие как офлоксацин) именно из-за своей способности активно подавлять рост синегнойной палочки и одновременно имеющие сбалансированный спектр активности как в отношении грам(+), так и грам(-) штаммов, заняли одно из основных мест в профилактике эндофтальмитов. Появление фторхинолонов 3-го поколения, левофлоксацин (офтаквикс, АО «Сантэн», Финляндия), не уступало по спектру активности 2-му, естественно предопределило их использование для профилактики эндофтальмитов (Seal D.V., Barry P., Gettinby G. et al. ESCRS study of prophylaxis of post-operative endophthalmitis after cataract surgery: Case for a European multi-centre study // J. Cataract Refract Surg. — 2006. — V. 32. — P. 396-406).

Почему в Европе не получили приоритетность фторхинолоны 4-го поколения?

Следующее, 4-е поколение, фторхинолонов создавалось для оптимизации борьбы с антибиотикорезистентными грам(+) штаммами, и они оптимальны в лечении уже возникших инфекционных заболеваний переднего отрезка глаза преимущественно в условиях амбулаторного приема. Это достигается присутствием метокси-группы в положении 8, что способствует повышению активности и снижению возникновения резистентных мутантных штаммов грамположительных бактерий. А также присоединение дополнительного кольца в 7 положении предупреждает активный выброс (эфлюкс) фторхинолонов из клетки, связанный с генами NorA или pmrA, наблюдаемый у определенных грамположительных бактерий. 4-е поколение

фторхинолонов активно используется в профилактике эндофтальмитов в катарактальной хирургии преимущественно в Северной Америке. Подобное географическое предубеждение определяется значительно большим, в сравнении с другими странами, количеством амбулаторной хирургии и соответственно большим риском возникновения стафилококковой контаминации, т.е. заражением «бытовой» микрофлорой (Moshirfar M., Feiz V., Vitale A.T et al. ESCRS Endophthalmitis after uncomplicated cataract surgery with the use of fourth-generation fluoroquinolones — a retrospective observational case series // Ophthalmology. — 2007. — V. 114. — P. 686-691).

Издание руководства ESCRS 2013 года — приоритет левофлоксацина

Однако вступившее в силу в 2013 году новое практическое руководство ESCRS по профилактике эндофтальмитов еще раз подняло проблему неоднозначности периперационного ведения пациентов, поступающих на хирургию катаракты. Эта неоднозначность отражена в статусе руководства, где оговаривается его рекомендательный характер («Данные, дилеммы и выводы») в отличие от предыдущего Руководства 2007 года (рис. 1). При этом выбор инстилляционного антибиотика остался неизменным в пользу фторхинолона 3-го поколения — левофлоксацина (офтаквикс). Отсутствие в новой версии руководства офлоксацина основано на данных исследований, где было доказано его более медленное достижение минимальной ингибирующей концентрации во влаге передней камеры глаза по сравнению с левофлоксацином (Holland E.J. New Options for Preventing Infection // Ocular Surgery News. — Sept., 2002. — P. 5-6) (рис. 2). Помимо спектра антимикробного воздействия, необходимо учитывать возможность быстрого достижения эффективной концентрации препарата в роговице, т.е. минимальной ингибирующей концентрации, не вызывая при этом токсической реакции и в без того подвергшихся хирургической травме тканей глаза. Так, концентрация левофлоксацина при однократной инстиляции значительно превосходит минимальную ингибирующую концентрацию для большинства микроорганизмов, вызывающих инфекционное поражение глаза (Healy D.P., Holland E.J., Nordlund M.L. et al. Concentrations of levofloxacin, ofloxacin, and ciprofloxacin in human corneal stromal tissue and aqueous humor after topical administration // Cornea. — Apr., 2004. — V. 23. — No. 3. — P. 255-263). Наравне с этим большую роль играет не только достижение, но и длительное поддержание минимальной ингибирующей концентрации в слезе. Так в случае левофлоксацина минимальная ингибирующая концентрация для большинства микроорганизмов сохраняется в течение 6 часов после инстиляции. В том числе и в отношении синегнойной палочки (Sundelin K., Seal D., Gardner S. et al. Increased anterior chamber penetration of topical levofloxacin 0.5% after pulsed dosing in cataract patients // Acta Ophthalmol. — 2009. — V. 87. — No. 2. — P. 160-165).

Таблица 1. Наиболее часто определяемые микроорганизмы, вызывающие послеоперационные эндофтальмиты. Сводный анализ Руководства ESCRS 2013 г.

Частота (%)	Возбудитель
33-77 (%)	CNS (coagulase-negative staphylococci)
10-21 %	Staphylococcus aureus
9-19 %	BHS (β-haemolytic streptococci, S.pneumoniae, δ-haemolytic streptococci including S.mitis and S.salivaris)
6-22 %	Gram-negative bacteria including Ps.aeruginosa
до 8 %	Fungi (Candida sp., Aspergillus sp., Fusarium sp.)

Обоснование введения цефуроксима в переднюю камеру — основная тенденция руководства 2013 года

Принципиальное отличие содержания нового издания руководства заключается в настойчивой рекомендации введения цефуроксима в переднюю камеру глаза. Подобная рекомендация основывается на результатах исследования ESCRS, включавшего 16000 пациентов, в 23 центрах 9 стран Европы. Были сформированы следующие группы пациентов:

- А — инстиляции плацебо;
- В — инстиляции плацебо + интракамеральное введение цефуроксима;
- С — инстиляции левофлоксацина;
- Д — инстиляции левофлоксацина + интракамеральное введение цефуроксима.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы: в группе D уровень доказанных

эндофтальмитов составил 0,025%, в группе С — 0,176%, в группе В — 0,049%, в группе А — 0,247% (рис. 3).

Однако применение интракамерального введения цефуроксима в Российской Федерации остается под вопросом в связи с 2-мя факторами. Во-первых, на дату написания работы в аннотации к препарату показаний к его применению для профилактики эндофтальмитов нет, и препарат не разрешен для введения интракамерально на территории Российской Федерации. Во-вторых, к цефуроксиму не чувствительны Pseudomonas spp, вызывающие особенно агрессивные и тяжелые эндофтальмиты. Кроме того, введение дополнительного ингредиента в переднюю камеру, особенно в конце операции, может потенцировать развитие токсико-аллергического синдрома. Соответственно при условии стационарного ведения пациентов с катарактами в России использование его как монотерапии опасно.

Применение других антибиотиков для введения в переднюю камеру

Применение других антибиотиков для введения в переднюю камеру также описано в литературе, однако для большинства из них существуют ограничивающие факторы. Ванкомицин является высокоэффективным против грамположительной, но весьма слабоэффективным против грамотрицательной инфекции. Соответственно данный антибиотик следует применять в случаях резистентной грамположительной микрофлоры, такой как стафилококковая инфекция, резистентная к фторхинолонам. Гентамицин в свою очередь обладает слабой эффективностью против P.acnes и стрептококков.

Опрос ESCRS, опубликованный в 2011 году, показал, что 66,3% опрошенных европейских хирургов практикуют введение антибиотиков в переднюю камеру. Из них 80,3% использовали цефуроксим, 12,9% — ванкомицин и 6,8% — моксифлоксацин.

Вывод

На основании анализа особенностей катарактальной хирургии в Российской практике и в соответствии с рекомендациями ESCRS логичным выбором местного инстилляционного антибиотика представляется применение глазных капель левофлоксацина (офтаквикс) по указанной выше схеме инстилляций до и после операции.

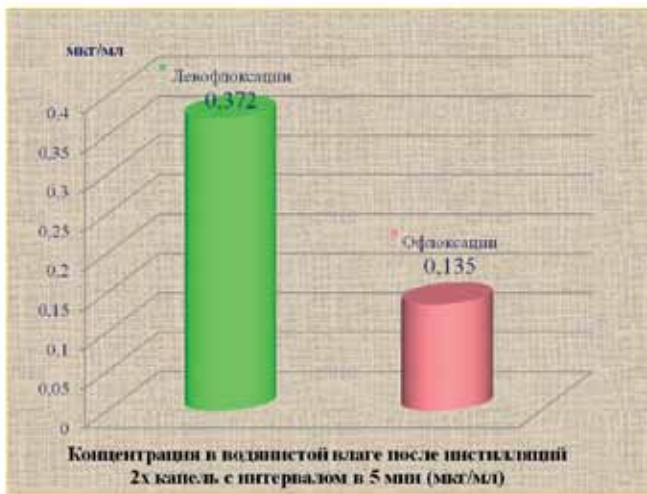


Рис. 2. Концентрации левофлоксацина и офлоксацина в воднистой влаге (Holland E.J. New Options for Preventing Infection // Ocular Surgery News. — Sept., 2002. — P. 5-6)

Group A Placebo vehicle drops x 5* No intracameral injection 2 Streptococcus pneumoniae 1 Streptococcus salivarius 1 Streptococcus suis 1 Streptococcus mitis, Staphylococcus epidermidis 1 Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Propionibacterium acnes 3 Staphylococcus epidermidis* 1 Propionibacterium acnes *One removed for PP analysis	Group B Placebo vehicle drops x 5* Intracameral cefuroxime injection 2 Staphylococcus epidermidis
Group C Levofloxacin drops 0.5% x 5* No intracameral injection 1 Streptococcus salivarius 1 Streptococcus sanguinis 1 Streptococcus oralis 1 Staphylococcus aureus 2 Staphylococcus epidermidis 1 Staphylococcus hominis/haemolyticus	Group D Levofloxacin drops 0.5% x 5* Intracameral cefuroxime injection 1 Staphylococcus warnei

Рис. 3. Количество и возбудители эндофтальмитов в группах исследования ESCRS

Системный подход к лечению больных с заболеванием сетчатки на фоне тяжелой соматической патологии

С.В. Сдобникова

ФГБУ «НИИГБ» РАМН

Из наиболее часто встречающихся вариантов витреоретинальной патологии, пожалуй, только регматогенная отслойка сетчатки и тракционный макулярный синдром являются состояниями, не сопровождающимися выраженной системной патологией. Остальные, представляющие на сегодняшний день основную удельный вес в структуре заболеваемости, представляют состояния, которые протекают на фоне выраженной соматической патологии. Поэтому целесообразность системного подхода к лечению заболеваний сетчатки не вызывает сомнений, и разработка новых путей совместного лечения с участием специалистов различного профиля также чрезвычайно актуальна.

Классификация системного подхода включает: 1) витреоретинальную хирургию и/или лазеркоагуляцию сетчатки; 2) местную фармакотерапию (интравитреальные инъекции); 3) системную фармакотерапию местных проявлений системной патологии; 4) фармакологическую коррекцию самих системных нарушений.

Дискутабельным может показаться вопрос о классификации парабольбальных и субконъюнктивных инъекций. Тем не менее, несмотря на локальное применение, их воздействие правомерно отнести к системному, поскольку

на сегодняшний день доказана возможность системного влияния даже при инстиляциях в конъюнктивальную полость и интравитреальных инъекциях.

Если говорить о первом варианте лечения, о витректомии, то ее успехи достаточно хорошо известны. В настоящее время список заболеваний сетчатки, при которых витректомия является основным способом лечения, значительно расширился, данный метод демонстрирует высокую эффективность не только при помутнениях стекловидного тела различной этиологии, а часто является методом выбора при лечении диффузного макулярного отека, в том числе диабетического, и при тромбозах центральной вены сетчатки, увеитах различной этиологии, пролиферативных заболеваниях сетчатки. При ряде заболеваний, таких как тракционный макулярный синдром, идиопатическое макулярное отверстие, тракционные отслойки сетчатки, витректомия является единственным эффективным методом лечения. Успехи витреоретинальной хирургии при лечении пациентов с сосудистой патологией сетчатки достаточно впечатляющие. Использование же современных технологий бесшовной хирургии малого калибра (25, 27 G) позволило сократить время операций, например при макулярном отеке до 20 минут, соответственно с минимальным риском послеоперационных осложнений. И несмотря на то что появились альтернативные варианты лечения диффузного макулярного отека (лазеркоагуляция

при фокальном макулярном отеке, безусловно, остается лидирующим методом), в последнее время предпочтение мы вновь отдаем витректомии, т.к. интравитреальное введение стероидов и ингибиторов ангиогенеза дает нестойкий эффект и имеет специфические системные и местные осложнения, особенно при многократном воздействии, которое, к сожалению, неизбежно. Основным преимуществом витректоми при лечении макулярных отеков различной этиологии с применением пилланта внутренней пограничной мембраны является стойкий эффект, который сохраняется в течение многих лет, а риск системных осложнений является минимальным.

Следует отметить, что в нашем отделении в последние годы наблюдается тенденция возрастания обращения пациентов с макулярной патологией. Если 20 лет назад 60% прооперированных были пациенты с пролиферативной диабетической ретинопатией, то сейчас они составляют менее 10%. Причины связаны со многими факторами. Во-первых — это высокие функциональные и анатомические результаты макулярной хирургии. Конечно, это — лучшая диагностика макулярной патологии в связи с появлением оптической когерентной томографии. Возможно, большая частота ее встречаемости. Хочется думать, что это и лучшая коррекция системных нарушений пациентов с сахарным диабетом, скрининг пациентов группы риска. Отказ от применяемых ранее вазодилататоров при лечении



Рис. 1.



Рис. 2.

диабетической ретинопатии. Широкое внедрение и своевременное выполнение панретинальной лазеркоагуляции не только в специализированных офтальмологических заведениях, но и эндокринологических диспансерах.

Основным методом профилактики и лечения диабетической ретинопатии остается компенсация основного состояния, прежде всего — компенсация гликемии. В настоящее время огромное значение имеют исследования, проведенные еще в 80-90-х годах, которые показали, что при сахарном диабете I типа при интенсивной инсулинотерапии (гликизированный Hb 7,0-7,5%) без применения других вмешательств риск развития диабетической ретинопатии снизился на 76% (Diabetes Control Complication Trial, 1985-1993); при сахарном диабете II типа (United Kingdom Prospective Diabetes Study, 1986-1998) при интенсивной терапии с применением различных сахароснижающих препаратов и инсулина в зависимости от стажа заболевания риск прогрессирования диабетической ретинопатии снижался на 53-64%.

Очень важным моментом в лечении диабетической ретинопатии (и больше всего это касается применения системных препаратов как для лечения самого сахарного диабета, так и для попыток лечения диабетической ретинопатии) является, на наш взгляд, необоснованное большое внимание в течении диабетической ретинопатии, уделяемое гипоксии. При далеко зашедших стадиях ДР гипоксия, конечно, имеется в связи с наличием обширных зон капиллярной окклюзии. Однако всем хорошо известен факт отсутствия влияния лазеркоагуляции зон ишемии на течение диабетической ретинопатии. Только коагуляция сетчатки в панретинальном объеме способствует регрессу основных признаков диабетического поражения сетчатки: микроаневризм, интравитреальных кровоизлияний и новообразованных сосудов. Важнейшим аргументом против значимости гипоксии в течении ДР является возможность спонтанной ремиссии заболевания на любой стадии процесса, включая пролиферативные.

Спонтанная ремиссия пролиферативной диабетической ретинопатии встречается достаточно часто — по данным разных авторов в 7-20% случаев. Это состояние стойкого запустевания новообразованных сосудов без какой бы то ни было офтальмологической помощи и обратного развития основных признаков ДР: сужения ретинальных сосудов, уменьшения количества капиллярных микроаневризм и кровоизлияний. Спонтанная ремиссия может возникать на фоне нормализации системных диабетических нарушений. Однако «старые» авторы отмечали, что возникновение спонтанной ремиссии бывает напрямую не связано с компенсацией гликемии, и это лишний раз свидетельствует о том, что мы не все знаем о течении сахарного диабета. Конечно, спонтанная ремиссия не гарантирует отсутствие рецидивов васкуляризации впоследствии и требует контроля гликемии, состояния артериального давления, свертываемости крови, но не требует местного лечения (лазеркоагуляции или витрэктомии) при удовлетворительных функциях (в том числе при наличии внемакулярных тракционных отслоек сетчатки) (рис. 1).

Исследования, начатые Евой Конер в 60-е годы прошлого столетия, показали, что до клинической манифестации диабетической ретинопатии основным нарушением в ее гемодинамическом русле является его гиперперфузия (Kohner E.M., 1971-1975).

Впоследствии многие ведущие офтальмологи (L'Esperance F.A., 1971; Глуходен С.В. 1980-1984; Zatz R., Brenner B.M., 1986) показали, что на более поздних стадиях развития диабетической ретинопатии именно гемодинамические нарушения являются основной причиной прогрессирования всех признаков диабетической ретинопатии: активная, ремиссия, либо начинающаяся ремиссия. Начинающаяся ремиссия также имеет свои признаки, и у такого пациента мы можем надеяться, что при коррекции гликемии (и других системных факторов риска) сможем добиться этой самой спонтанной ремиссии, вернее ремиссии, сопряженной с улучшением соматического состояния пациента даже при далеко зашедших стадиях диабетической ретинопатии.

Gress T., Nieto F., Shahar E. et al. Hypertension and antihypertensive therapy as risk factors for type 2 diabetes mellitus. N Engl J Med 2000;342:905—912 Риск развития сахарного диабета 2-го типа в зависимости от типа антигипертензивной терапии		
Антигипертензивные препараты	Относительный риск (95% доверительный интервал)	
Без препаратов	1,00	
Диуретики	0,91	0,73—1,13
В-Адреноблокаторы	1,28	1,04—1,57*
Ингибиторы АПФ	0,98	0,72—1,34
Антагонисты кальция	1,17	0,83—1,66

Рис. 3.

вазодилаторов у пациентов с диабетической ретинопатией.

На рис. 2 представлен пример оперированного и неоперированного глаз пациента с ПДР. На правом глазу — спонтанная ремиссия, в большой пролиферативной мембране нет ни одного новообразованного сосуда. Зона фовеа прилежит, глаза видят одинаково, хотя, казалось бы, оперированный левый глаз должен видеть гораздо лучше. Поэтому, прежде всего, когда мы решаемся на витреоретинальное вмешательство, необходимо оценивать стадию развития диабетической ретинопатии: активная, ремиссия, либо начинающаяся ремиссия. Начинающаяся ремиссия также имеет свои признаки, и у такого пациента мы можем надеяться, что при коррекции гликемии (и других системных факторов риска) сможем добиться этой самой спонтанной ремиссии, вернее ремиссии, сопряженной с улучшением соматического состояния пациента даже при далеко зашедших стадиях диабетической ретинопатии.

Как было отмечено, в нашем отделении наблюдается резкое сокращение числа обращений и снижение количества витреоретинальных вмешательств в связи с тяжелой диабетической ретинопатией. На это есть свои причины. Тем не менее, по данным мировой статистики, мы наблюдаем неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом и проявлений метаболического синдрома. Очевидное противоречие этих двух постулатов свидетельствует о том, что мы имеем дело с разными причинами возникновения этих тенденций. Если говорить о второй тенденции, она очень тревожна.

Под метаболическим синдромом понимают сочетание по крайней мере двух из пяти нарушений: резистентность к инсулину и гиперинсулинемия, дислипидемия, склонность к тромбообразованию и повышение в плазме крови уровня ингибитора активатора плазминогена, артериальная гипертензия, генерализованное ожирение (Agesen, 1992).

Согласно данным ВОЗ, в индустриальных странах распространенность метаболического синдрома составляет до 20%, в США — 25%, каждый четвертый американец страдает метаболическим синдромом. Чаше всего метаболический синдром вопреки представлениям встречается у мужчин, у женщин частота возрастает к менопаузе. Данный синдром, безусловно, генетически детерминирован, но его развитию способствует избыточное питание, гиподинамия, некоторые заболевания и прием препаратов — антагонистов инсулина.

Метаболический синдром — это часто артериальная гипертензия, сахарный диабет — это тоже артериальная гипертензия, которая также является фактором риска развития ретинопатии. Многие наши пациенты принимают ингибиторы АПФ, многие из них — в сочетании с НПВС, что на самом деле является противопоказанием к совместному применению. Все ингибиторы АПФ имеют достаточно сложный каскад влияний, что в конечном итоге приводит к системной артериальной вазодилатации, причем достаточно выраженной.

Препараты, которые используются в лечении метаболического синдрома, блокирующие Са-каналы (верапамил, нифедипин), стимулирующие гипокалиемию

(диуретики), α-адренергические средства, β-блокаторы, феноптизины, трициклические антидепрессанты, нейролитики и др., могут вызывать инсулинорезистентность и ингибирование секреции инсулина.

Анализ частоты развития сахарного диабета 2-го типа в зависимости от антигипертензивной терапии показывает связь заболеваемости с применением β-адреноблокаторов и антагонистов кальция (рис. 3).

Два препарата, которыми часто лечат в нашей стране пациентов с патологией заднего отдела глаза (и прежде всего с диабетической ретинопатией) — милдронат и мексидол.

Мексидол. (Психофармакологические препараты, разрешенные к применению в России. С.Н. Мосолов, Москва, 2004). Групповая принадлежность: нейрометаболический стимулятор с транквилизирующим действием. Транквилизирующая активность мексидола аналогична седуксену. В большинстве стран мира, включая США и страны Западной Европы, ноотропы не зарегистрированы в качестве лекарственных препаратов, так как их эффективность не была доказана в контролируемых исследованиях. По результатам ультразвуковой доплерографии магистральных сосудов мозга объемных кровотоков в магистральных артериях головы после введения мексидола увеличивается на 25-40%. Мексидол оказывает церебральный вазодилатационный эффект, снижает показатели мозгового сосудистого сопротивления, существенно увеличивает пульсовые колебания мозговых сосудов и способствует гемодинамическим сдвигам, обеспечивающим отток крови в мозговые вены.

То же самое можно сказать о милдронате, который является, с одной стороны, метаболическим средством, с другой стороны — оказывает выраженное влияние на увеличение кровообращения в головном мозге.

Таким образом, мы бы хотели обратить внимание на то, что учитывая недоказанное положительное влияние многих фармакологических препаратов и тем более их комбинаций на течение заболеваний сетчатки, целесообразно резко ограничить их системное применение. При системной коррекции метаболического синдрома необходимо учитывать, что в настоящий момент неизвестно, насколько ятрогенные влияния фармакологических препаратов, особенно их комбинаций, доминируют над терапевтическим эффектом в отдаленном периоде. Витреоретинальная хирургия и лазеркоагуляция сетчатки при сосудистых заболеваниях, в том числе при тромбозах центральной вены сетчатки и диабетическом ее поражении, демонстрирует высокую эффективность, отсутствие системного ятрогенного влияния и более стабильный результат, чем интравитреальные инъекции кортикостероидов и ингибиторов ангиогенеза.

Мы считаем, что накоплено достаточно большое количество клинических наблюдений и данных в отношении механизмов действия фармакологических препаратов. Мы достигли некоего порога осознания того, что, когда, зачем, в каком случае вводим. Наверное, если мы не очень понимаем эффекта какого-то препарата, лучше ограничить системное его применение, учитывая, что чего-то мы можем еще не знать. ■



— Татьяна Юрьевна, закончился 2013 год. Какие события, произошедшие в жизни «Клиники профессиональной офтальмологии доктора Шиловой» в этом году, Вы хотели бы отметить особо?

— Мне очень приятно, что профессиональная газета «Поле зрения» проявила интерес к деятельности офтальмологического коммерческого центра. И я с удовольствием расскажу уважаемым читателям о новостях нашей лечебной и научной деятельности.

Самым знаковым событием стало создание на базе одного из наших отделений офтальмологического референтного центра «ОПТЭК» — эксклюзивного дистрибьютора компании Carl Zeiss. Нас в течение нескольких лет связывали хорошие партнерские взаимоотношения, которые трансформировались в этот интересный проект. Став экспертом в области офтальмологии по оборудованию и продуктам с высочайшим немецким качеством, мы с большим удовольствием делимся с коллегами опытом работы с диагностическим и хирургическим оборудованием, своими наработками в использовании интраокулярных линз. Мировой известный бренд Carl Zeiss предлагает сегодня не только высококлассную оптику, известную более полутора века, но и другие высокотехнологичные продукты, связанные в единую платформу, на которой мы сейчас имеем удовольствие работать.

Второе событие — это открытие в начале 2013 года отделения в Ново-Переделкино. Этот район, будущий исторический Московый, но не связанный до сегодняшнего дня линией метрополитена со столицей, со своими вечными «пробками», встретил появление нашего офтальмологического центра дружелюбно.

И третье событие — мы стали официальными партнерами лабораторных служб «Хеликс» и ЦМД, выполняющими весь спектр медицинских анализов по международным стандартам качества. Это важно для нашей сети клиник еще и потому, что всем своим хирургическим и терапевтическим пациентам мы можем обеспечить точность анализа, быстроту его выполнения и высокий уровень комфорта.

— Не могли бы Вы подробнее рассказать об оборудовании клиники?

— У нас несколько отделений, одно из них находится в Московской области. Они оснащены оборудованием разных производителей. Одно из отделений в Москве полностью оснащено оборудованием производства Carl Zeiss: в нашем арсенале микроскоп Lumera с оптической системой Resight, позволяющей делать витреоретинальные операции. Мы имеем высокотехнологичную комбинированную систему Visalis V500 для операций на переднем и заднем отрезках глазного яблока. При этом модуль для переднего отрезка позволяет выполнять эти операции с самым минимальным на сегодняшний день проколом — в 1,7 мм. Под эту технологию разработана и успешно используется новейшая насосная система. Работая

на Visalis 500, хирург получает много преимуществ: уменьшение площади операционной травмы, улучшение визуализации, увеличение рабочего пространства и маневренности факоиглы. Известно, что когда мы уменьшаем разрез, увеличивается герметичность, но потенциально снижается эффективность работы. Но эта машина позволяет работать эффективно и с микропроколами. Кроме того, в комплекте предусмотрены различные модели игл, которые позволяют успешно оперировать в самых сложных случаях: при подвывихах хрусталика, на узких зрачках. При этом сохраняется стабильность системы гидродинамики глаза, и хирург не испытывает затруднений при работе, сводится к минимуму риск осложнений. Все продумано и оптимизировано.

В нашей практической работе значительный процент составляют линзы премиум-класса, для которых расчет оптической силы имеет большое значение, а прибор IOL Master, производства Carl Zeiss, позволяет нам с высокой точностью проводить расчеты линз. Кроме того, это бесконтактный прибор, и он очень удобен в измерении длины глаза у детей.

Есть в нашем арсенале и оптический когерентный сканирующий томограф Carl Zeiss, который с высокой степенью разрешения позволяет визуализировать все внутриглазные структуры в переднем и заднем отрезках глазного яблока.

В других отделениях мы имеем микроскопы Leica с замечательной оптикой, факоэмульсификаторы Infinité — «золотой стандарт» в хирургии катаракты. Так что хирургу в наших операционных работать комфортно и приятно.

Все диагностические отделения оснащены оптическими когерентными томографами, кератотопографами либо современными кератотопографическими системами с Шаймпфлюг-камерой. В арсенале врача есть УБМ-система и сложная ЭФИ-диагностика. Последнее приобретение — 3D-томограф Optovue. В общем, работать у нас интересно.

— Чтобы стать референтной компанией, надо было пройти конкурс, отбор? Наверное, не вы одни претендовали?

— Вы правы. Но это скорее вопрос к компаниям «Оптэк» как представителю Carl Zeiss. Я полагаю, что такой серьезной организации важным условием была перспектива дальнейшего роста компании. Возможно, привлекло то, что мы давно работаем на оборудовании Carl Zeiss, знаем и любим его и не ставим во главу угла финансовые вопросы. Для нас важно, прежде всего, то, что мы работаем с высококлассными продуктами и с готовностью популяризируем их положительные качества. Может быть, это и сыграло решающую роль.

— В последние годы рынок частной медицины в России активно развивается и уже в состоянии оказывать конкуренцию государственному сектору. Каковы перспективы рынка частной медицины?

— Так сложилось в России, что клиники делают не на «хорошие» и «плохие», а на «государственные» и «частные». Вместо критерия качества на первое место выступает критерий формы собственности. Что касается конкуренции с госсектором, то мы не конкурируем, мы развиваемся, ищем свои ниши. Встречаясь с докторами из бюджетных медицинских учреждений, я всячески пытаюсь донести мысль о том, что мы делаем одно дело, что делить нам нечего. У пациента есть право выбора, и для каждого из нас работа будет.

— Частная клиника и система ОМС — есть ли перспективы?

— Перспективы есть, если тарифы ОМС будут экономически обоснованы. Первое — необходимо учитывать затраты, связанные с инвестициями в развитие предприятия, с арендой помещения. Второе — если будут понятны и прозрачны условия работы в системе ОМС. Работать ли на тех условиях, которые предлагают нам сегодня — каждая клиника решает сама. Прежде всего, это связано с тарифами. Частные клиники несут большие затраты на оборудование, аренду помещений, зарплату сотрудникам. Но предшественники частных клиник не входили в тарифную комиссию (исключение составляет Санкт-Петербург, где впервые представители частной клиники вошли в тарифную комиссию). Третье — это финансирование. Сейчас финансирование, например московских бюджетных клиник, идет по многим каналам: отдельно оплачивается ОМС, отдельно финансируется программа технического переснащения клиники, какие-то дотации поступают из бюджета Москвы и т.д. То есть в результате формируется очень приличный бюджет. У частных клиник только один канал финансирования — в системе ОМС.

— Берете ли Вы на работу молодых специалистов, недавних выпускников медицинских вузов или стараетесь привлекать более опытный медицинский персонал?

— Штат наших сотрудников — это в основном молодые специалисты. Могу сказать, что я одна из самых старших среди всего врачебного персонала. Мне очень нравится молодежь, она трудолюбива, любознательна, легко осваивает новые технологии, новейшее медицинское оборудование. А доктор после 40 лет (казалось бы, активный трудоспособный возраст) часто с трудом и большой неохотой обучаются новым технологиям, а доучивать и перечувствовать все сложнее. Клиническое мышление формируется на этапе «ординатура — аспирантура» — первые годы самостоятельной работы. Потом становится все труднее закладывать какие-то навыки. Необходимо, чтобы у самого человека возникло сильное желание это делать. Иногда даже финансовая мотивация не спасает — человек просто не хочет учиться новому. Многие мои ровесники так и не научились управляться с компьютером. А молодые ребята охотно воспринимают все новое, с удовольствием осваивают сложную технику, их даже не надо подталкивать.

— Ваше поколение отличается от нынешних ребят, которые только начинают свой путь в медицине?

— Одно могу сказать точно: мы готовы были работать даже бесплатно, только бы подышать воздухом операционной. Теперешняя молодежь, конечно, больше нацелена на финансовое благополучие. Но я их понимаю, мы говорим на одном языке, и каждый сотрудник знает, что может рассчитывать на помощь, в том числе и материальную. Наши молодые врачи — умницы, глаза светятся, на лету хватают все новое. Среди них трудно найти ленивых.

— Как Вы считаете, существуют ли для молодых врачей «маяки», на которых они могли бы ориентироваться? В свое время примерами для подражания служили Т.И. Ерошевский, М.М. Краснов, С.Н. Федоров. Люди приезжали из других городов в Москву на заседания Московского научного общества офтальмологов, чтобы услышать дискуссию по поводу радиальной кератотомии между Э.С. Аветисовым и С.Н. Федоровым.

— Мне повезло — я знакома и общалась со многими коллегами-офтальмологами. У меня много друзей-офтальмологов. Среди них много талантливых и замечательных хирургов. Внешняя легкость и полеты фантазии сочетаются у них с умением мгновенно принять решение в сложной, непредвиденной ситуации. Молодежь должна хотеть «быть как они». Замечательная карьера, прекрасные профессиональные навыки, творческий потенциал. Для меня еще очень важна порядочность человека. Позвольте мне не называть отдельные фамилии, чтобы кого-то не обидеть.

— Какие программы повышения квалификации проходят сотрудники? Как часто проводится обучение?

— Два-три раза в год каждый сотрудник посещает курсы повышения квалификации, различные тренинги, особенно при приобретении нового оборудования. Мы постоянно модернизируем технологическую базу, что требует новых знаний, навыков в работе на сложных приборах. Внутренними стандартами нашей клиники установлено, что каждый доктор должен владеть всеми диагностическими методами — от подбора очков до интерпретации данных компьютерных томограмм, электрофизиологии, УБМ, ангиографии и т.д. Как говорят: «Хирург ходит в штанах терапевта». В штате нашей клиники есть узкие специалисты, такие как офтальмолог-онколог, офтальмолог-окулопластик, офтальмолог-невролог, офтальмолог-педиатр. Но большую часть информации пациент, приходящий на диагностику, получает от одного доктора, который при необходимости может сделать ОСТ, УЗИ глаза, провести исследование на Шаймпфлюг-камере, после чего направить пациента уже к более узкому специалисту.



— В некоторых частных клиниках, кроме лечения пациентов, довольно успешно ведется и научная работа. Как обстоят дела у Вас?

— Мы активно занимаемся научной работой, наши сотрудники участвуют в работе российских и зарубежных конференций. Молодые специалисты трудятся над кандидатскими диссертациями. Будучи референтным центром, мы обучаем отечественных хирургов работать на оборудовании компании Carl Zeiss, проводим научно-практические вебинары (дистанционное обучение) с докторами из других российских городов, организуем трансляции «живой хирургии» из своей операционной. Мы можем проконсультировать всех заинтересованных докторов по любому продукту компании Zeiss. Я участвую в «живой хирургии» на выездных конференциях.

Интересна и перспективна для нас нейроофтальмология, в этом году мы приобрели сложное электрофизиологическое оборудование и планируем сделать это направление одним из приоритетных терапевтических направлений в одном из отделений. Тем более что в будущем мы планируем организовать клиническую базу кафедры неврологии одного из московских ВУЗов. Это направление интересует меня давно — почти 10 лет. Моя докторская диссертация охватывала две специальности — неврологию и офтальмологию, и имеющееся у нас высокотехнологичное оборудование позволяет продолжить научные исследования на очень высоком уровне. Но, честно говоря, это некоммерческий проект. Но не все же делается ради денег, что-то можно делать и ради удовольствия. По-другому начинаешь себя оценивать, если понимаешь, что ты — не ремесленник, ты — ученый.

— Не продается вдохновение, но можно рукописи продать?...

— Именно так.

— Татьяна Юрьевна, каковы самые востребованные услуги, за которыми обращаются пациенты в Вашу клинику?

— Спектр услуг нашей клиники широкий. Мы делаем весь комплекс медицинских анализов, есть консультативные приемы неврологов, кардиологов, эндокринологов. В каждой клинике есть оптика. Основное, конечно, офтальмология. К нам обращаются как с традиционными, так и со сложными случаями. Мы являемся сетью клиник с офтальмологической хирургической направленностью. Мы делаем все операции на переднем и заднем отрезках глаза, хирургию придаточного аппарата глаза, слезных путей — т.е. практически все, что возможно выполнить в амбулаторных условиях, мы можем предложить пациенту на самом высоком уровне. Если технологически операцию можно выполнить, при этом рассчитывая на положительный результат, мы никому не отказываем. Залог успеха часто

— Татьяна Юрьевна, когда Вы создавали клинику, разрабатывали внутренние стандарты, перед Вами был конкретный пример, подсмотренный где-нибудь у нас в стране или за границей? Или клиника и существующие в ней порядки — это исключительно Ваша креатура?

— У меня есть опыт работы в коммерческих клиниках. Я работала и в государственных учреждениях, ведомственных клиниках, в системе Министерства обороны... Нет, пожалуй, я не создавала копию чего-либо. Скорее всего, я пыталась не повторять чьих-то ошибок, обращала внимание на то, чего я ни в коем случае не хотела бы видеть у себя в клинике.

Вообще, создание любого бизнеса — это сложная задача, а в начале особенно. Двойное сложно для врача, не обладающего профессиональными управленческими навыками. Да и медицина — это деятельность, которая не живет по стандартным законам бизнеса. И, наконец, хочется не забывать о том, что ты женщина.

Первое отделение нашей клиники было открыто в 2009 году — с тех пор многое изменилось. Не только в количественном плане —



зависит от того, насколько ты можешь донести до пациента возможные результаты вмешательства, даже если они и минимальны. Но если ты пообещал пациенту хоть немного, но помочь, он должен эту помощь обязательно получить.

Самые востребованные операции — это операции при катаракте, глаукоме, аномалиях рефракции, патологии сетчатки. Возраст наших пациентов — от периода новорожденности до глубоких старцев. Мы не оперируем детей, пациентов с онкологией. У нас есть хирург-онколог, он проводит консультации, но таких больных мы отправляем в профильные учреждения.

— Как бы Вы оценили преимущества «Клиники доктора Шиловой» перед конкурентами?

— Основные преимущества — широкий спектр, высокое качество и оптимальные сроки оказания медицинской услуги. Каждый пациент для самого себя — единственный и неповторимый. И для нас он — индивидуальный подход касается всего: подбора линз, выбора тактики лечения и т.д. Оборудование, которым мы располагаем, открывает нам широчайшие возможности в диагностике и лечении, и мы из этого разнообразия вариантов должны сделать оптимальный выбор. Второе — это внутренняя стандартизация качества оказания медицинской услуги. Стандарты касаются не только диагностики, лечения, но и общения с пациентом. Я всегда была отличницей в школе, в институте, и «синдром отличницы» во мне присутствует до сих пор. Соответствующий подход у меня и к подбору персонала — остаются единомышленники, несогласные с существующими правилами ухода. У нас очень сплоченный и дружный коллектив профессионалов, и, главное, пациенты это видят и ценят.

— В основном — «сарафанное радио» и Интернет. Штатного «пиарщика» у нас нет.

— «Сарафанное радио» — едва ли не самое мощное средство продвижения подобных услуг...

Принимаете ли Вы маленьких пациентов? Какого возраста? С какими заболеваниями?

— Мы принимаем пациентов даже грудного возраста, зондируем слезные пути, смотрим глазное дно. Много приходят детишек дошкольного, школьного возраста, они занимаются в кабинете охраны зрения. Лечим консервативно самые разные заболевания: проблемы рефракции, косоглазие, амблиопию — практически все. Потребность в детских кабинетах очень высокая. Детские заболевания — это, как правило, неинтересные направления. На общем приеме в нашей клинике врач должен грамотно посмотреть и взрослого и ребенка. Те, кому не хватает знаний в области детской офтальмологии, изучают работу специальных приборов и осваивают методы диагностики детских глазных заболеваний. Врач на приеме должен уметь рассказать о тактике лечения при косоглазии, слабовидении, амблиопии. Конечно, можно этим и не заниматься, но мы занимаемся. Для сложных случаев у нас есть детский офтальмолог.

— В заключение расскажите немного о себе.

— Родилась в Монголии, отец был военным врачом-хирургом. Мы много ездили, несколько раз его отправляли на работу за границу. Мы с мамой перемещались вместе с ним. В Монголии в общей сложности я прожила 10 лет. В последнем классе школы я училась в Западной Украине. Окончила школу с отличием, поступила в Тернопольский медицинский институт, который тоже окончила с отличием. Училась и работала в МНТК «Микрохирургия глаза», занималась в ординатуре на базе Института повышения квалификации ФМБА России, какое-то время работала в системе ФМБА. В 2004 году защитила кандидатскую диссертацию. Несколько лет работала в системе Министерства обороны. Там довольно часто возникали ситуации, когда приобреталось новейшее оборудование, а работать на нем никто не умел. Предлагали мне его осваивать, а потом уже обучать других врачей. С удовольствием этим занималась... Имею медицинский сертификат одной из европейских стран, уезжать не собираюсь, но планируем открыть там клинику. В 2012 году защитила докторскую диссертацию, а в 2013-м — защитила ее еще раз.

Я — очень счастливый человек. У меня замечательная семья — муж, две взрослые дочки, жива мама, у меня много хороших друзей, замечательная любимая работа и столько еще планов!

Желаю здоровья и творческих успехов Вам и читателям Вашей интересной газеты!

— Благодарю Вас, Татьяна Юрьевна, за честное интервью.

Интервью подготовил
Сергей Тумар



Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов» по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс: **15392**

Лидерство

Что такое лидерство? Кто такой лидер? Лидерство — это дар или приобретенный навык? Лидерами рождаются или становятся? Возможно ли научиться лидерству? Насколько важно иметь талантливых лидеров для процветания бизнеса? Эти вопросы, находящиеся под пристальным вниманием общества, остаются не до конца изученными и раскрытыми.

профессиональных сотрудников, но не имея хорошего лидера, компания теряет многое, а именно — эффективность команды. Может быть, это происходит из-за того, что человечество еще не придумало, как языком цифр продемонстрировать, что доверие, уважение, взаимопонимание являются не только приятными, но обязательными добродетелями, но и мощными инструментами для повышения эффективности организации. До сих пор морально-психологический климат коллектива сотрудников воспринимается со стороны руководства как что-то эфемерное, нематериальное, неизмеримое. Собственники бизнеса, инвесторы не видят в нем фактор экономической эффективности — вполне материальной и количественно измеримой. Автор книги «Скорость доверия» Стивен Кови-младший утверждает: «...нет экономики более прибыльной, чем экономика доверия». И не только утверждает, а доказывает на собственном опыте и на примере достижений многих выдающихся людей в мире бизнеса и политики. Учитывая, что в каждой организации именно руководитель создает атмосферу взаимоотношений, то в целом эффективность всей компании зависит во многом от личности лидера. Ценности и мотивы управленческих решений, корпоративная этика, философия и миссия учреждения — есть производная от ценностной структуры личности управленцев.

В современных экономических условиях жесткой конкуренции вопрос эффективного управления является одной из наиболее актуальных проблем. Личностные ценности лидера не только влияют на уровень профессионализма коллектива, но и определяют мотивы, намерения и степень самоотдачи сотрудников. Вот почему развитие лидерских качеств руководителей является одной из важных и приоритетных задач больших и маленьких организаций.

Но, де взяв такого лидера для ваших сотрудников, чтобы за ним подчиненные шли в огонь и в воду, если нужно, работали без выходных, праздников и зарплат, бомбардировали идеями, повышающими прибыль в десятки раз? Как зажечь огонь в сердцах сотрудников, вдохновлять и запустить процесс внутренней мотивации? Великий скульптор Микеланджело утверждал, что он вовсе не создавал свои знаменитые статуи, а просто открывал их. Он говорил, что его единственный талант — это умение увидеть статую, заключенную внутри камня. После этого ему требовалось просто отсечь от статуи все лишнее, чтобы она открылась глазу.

Можно ли сделать то же самое со своим характером: раскрыть талант лидерства, устранив мешающие препятствия, и еще добавить открытость ума, уважение к окружающим, вдохновляющую энергию и харизму?! Если бы все было так просто...

Лидеры — это люди, одаренные необычайной силой, ярким интеллектом, харизмой, возможностью менять окружающий мир и вести за собой массу людей. Социологический опрос, который проводила Гарвардская школа бизнеса, показал, что общество отмечает три важных характеристики современного лидера, позволившие сформулировать его портрет: лидер — это человек, который вдохновляет, которого уважают и которому доверяют.

Самое главное в бизнесе — уметь «вести людей за собой», пишет Дэвид Новак в своей книге о лидерстве. Дэвид Новак является председателем совета директоров ресторанной сети — 38 тыс. ресторанов в 117 странах под брендами «KFC», «Pizza Нит».

Дэвид ежегодно обучает управленцев своей корпорации согласно лично разработанной программе обучения лидерству. Он утверждает, «если вы великий лидер, то и бизнес

ваш будет великим, потому что я еще ни разу не видел великого бизнеса без великого лидера».

Лидер вдохновляет, ему доверяют, его любят и хотят за ним идти! Он никого не заставляет, люди сами хотят идти за ним!

А что заставляет людей идти вслед за лидером? Где источник энергии и вдохновения? Почему у одних получается вести собой целую группу, команду, общество и массу людей, другие же только влатат свое жалкое существование?

Вопрос очень интересный... Несмотря на то что ответ неоднозначный, есть очень важная характеристика, которая присуща всем вдохновленным лидерам. То, чем занимается вдохновленный лидер — это дело его жизни, его призвание, его миссия, это то, зачем, как он считает, родился на этой земле, и он твердо верит в это. Лидер точно знает ответ на вопрос: зачем он занят именно этим делом? Почему это важно для него? Он понимает глубокий смысл своих действий, вдохновляется идеей и ведет за собой единомышленников. Лидером движет глубокий мотив, который является смыслом его существования.

Писатель Марк Твен сказал: «Есть два важных дня в вашей жизни: один день, когда вы родились, а второй, когда вы выяснили — зачем?» Хочу отметить, что второй день по своей важности ничуть не уступает первому. Второй день говорит об осознании своего существования, которая в состоянии поменять жизнь, судьбу и одарить великим смыслом бытие. И насколько глубоко понимание важности этого дела, настолько больше энтузиазма и энергии у человека. Насколько эта энергия может возвышать и совершать невероятные вещи, а иногда даже чудеса. Мощный поток энергии обеспечивает соединение разума и души. Если цель, миссия человека согласуется с его внутренним миром, если она берет начало от глубины души, являющейся вечным источником мудрости, то энтузиазма и энергии достаточно для достижения любых целей. И чем сильнее эта взаимосвязь, тем сильнее мощь и вдохновение лидера.

Возьмем для примера профессию врача. Разницу вы обязательно почувствуете, если попали к врачу, для которого врачевание — это всего лишь способ зарабатывания денег, или к другому врачу, который вдохновлен своей профессией и считает помощь людям своим призванием. Каждый день, выполняя свою работу, он следует своему призванию и приближается к заветной цели — помочь людям.

История знает немало примеров, когда врачи, которые считали помощь людям своим призванием, превращались в обыкновенного лекаря в исцеляющей чудотворцы и даже были причислены к лику святых. Канонизация Джузеппе Москати, итальянского врача, научного сотрудника, профессора университета, стала примером того, как святости может достигнуть современный человек, избравший профессию, которая была профессией жизни, целью существования. В речи, посвященной канонизации Джузеппе Москати, Иоанн Павел II сказал: «Ставя перед нашими очами человека, признанного святым, Церковь говорит всем мирянам: «Размышляйте о своем призвании!»

Все определяется уровнем вовлеченности личности, что может проявиться от простой симпатии к своей работе до безудержной страсти, которая может разжечь огонь в сердцах многих.

Факт остается фактом: если дело, которым занят человек, отождествляется с личной миссией, то это придает ему крылья, мощную энергию, дает возможность вести за собой людей и целое общество. Не сомневайтесь,

что тот продавец в магазине одежды, который подходит к своей работе с позиции — я помогаю людям красиво выглядеть — скоро станет директором салона или дизайнером. Здесь также кроется и большой секрет успешности, потому что та работа, которая пронизана смыслом, любовью и осознанием, не может быть выполнена посредственно.

Как выразился наш великий современник, «отец цифровой революции», пионер эры IT-технологий Стив Джобс: «Есть только один способ преодолеть большую работу — полюбить ее!»

Великие люди — это те, которые способны удовлетворять не только свои потребности, но и потребности окружающих с более высокого уровня духовности при помощи творческого начала и ощущения единства с теми, кем они руководят.

Сила лидера в осознании важности его самореализации для служения другим. Это доказывает жизнь великих лидеров. Стив Джобс говорил: «Мы находимся здесь, чтобы внести свой вклад в этот мир. Иначе, зачем мы здесь?»

Мартин Лютер Кинг имел духовную мотивацию достигнуть расового примирения. Чешский президент Вацлав Гавел считал делом своей жизни удовлетворить основную потребность своего народа в безопасности, в единстве и самоуважении, подавлявшихся на протяжении многих десятилетий.

Союз разума и души, рационального и интуитивного, составляет огромную силу. Успех лидера во многом зависит от его целостности как личности, полное соответствия, гармонии внутреннего содержания с внешним проявлением «Я». Жизнь у таких людей течет изнутри наружу, а не наоборот. Целые люди невероятно притягательны, даже если они посредственные ораторы.

Наш современник, философ, врач Дипак Чопра сказал: «Движущая сила эволюции прокладывает дорогу в будущее благодаря заявке «Я хочу». Такие люди «подгоняют восход солнца, чтобы скорее встать и заняться любимым делом». Потому что это важно, это дело их Жизни!

Резюмируя, можно отметить, что один из важных факторов для лидера — это понимание и осознание своей жизненной миссии и отождествление ее с миссией компании.

Работа не приносит удовольствия, если лишена смысла, но если мы живем и работаем для чего-то более, чем только для удовлетворения собственного ego, тогда работа превращается в любимое дело жизни.

Но кроме энтузиазма и вдохновения, лидер должен вызывать доверие и уважение окружающих. Как можно добиться уважения и доверия окружающих? Доверие помогает нам быстрее идти вперед. Оно увеличивает темп везде. Когда его нет, тратится больше времени на проверки, контроль и разбирательства. Это и есть проявления бюрократизма и неэффективности командной работы.

Люди хотят доверять своим лидерам, быть уверенными в том, что ими не будут манипулировать. Доверие — это невидимая связь между людьми, которая в состоянии создавать отношения на основании уважения и взаимопонимания. Многие руководители говорят: «Я не могу доверять своему персоналу, так как...» Если вы не можете создавать доверительную атмосферу в организации по каким-то причинам, то или вы выбрали не тот персонал или что-то с вами не так. Доверие основывается на честности, искренности и компетентности.

Дэвид Новак по этому поводу сказал: «Но вы должны помнить, что вы руководитель и все начинается с вас. Если вы не будете доверять людям, тогда почему они должны доверять вам? Одно скажу вам наверняка: я сам никогда не доверял тому, кто не доверял мне... И уверяю вас, это всегда взаимно».

Да на самом деле нет другого способа завоевать уважение и доверие окружающих. Ведь доверие не купишь, и уважать не заставишь. Если вы не уважаете и не доверяете людям, то и люди не будут уважать и доверять вам, в то время как эти качества не только вас могут сделать человечным и уважаемым лидером, но и помогут быть успешным и эффективным в бизнесе.

Сейчас имеется много публикаций и социологических исследований, которые показывают, что есть явная взаимосвязь между личными качествами лидера и успехом компании в долгосрочной перспективе. Отношения строятся и крепятся на доверии, и его отсутствие их разрушает. Как вы себя почувствуете, зная, что компанию, в которой вы работаете, возглавляет человек, не считающий честность важным качеством, а манипуляции людьми воспринимаются им как обычное дело. Кови-младший в своей книге «Скорость доверия» говорит: «Когда уровень доверия низок, скорость снижается, а затраты растут. Когда доверие высокое, скорость повышается, а затраты сокращаются». Высокое доверие ощутимо влияет на коммуникации, сотрудничество, исполнение, инновации, стратегию, вовлеченность, лояльность сотрудников.

Лидер, который вызывает доверие у своей команды, имеет высокую эффективность. Многие исследования в области лидерства показывают и доказывают, что такие черты характера личности, как доверие, уважение, отзывчивость, открытость, не пустые и не обязательные проявления характера, а они также являются мощными инструментами в достижении успеха лидера в области

создания эффективной команды, повышения мотивации, лояльности сотрудников и не только (заказчики, партнеры).

Еще один немаловажный фактор — когда вы становитесь лидером, все меняется радикально. До того момента, пока вы не стали лидером, ваш успех — это ваши личные достижения, но после того как вы стали им, ваш успех — это рост и продвижение ваших сотрудников. Это о том, как поддержать команду, как сделать сотрудников более смелыми, умными и значимыми.

Мощь лидера измеряется силой и эффективностью команды!
Короля делает свита!

Так что, вы готовы отбросить все ненужное и становиться на путь развития лидерских качеств? Этот вопрос отзовется у разных людей по-разному, но одно очевидно — лидерство начинается с личности, и никто не может вас сделать истинным лидером, только вы, но только если захотите и начнете избавляться от ненужной ноши и добавлять недостающие качества в свою копилку личности. А для этого сначала необходимо заглянуть в себя, начинать строить внутренний диалог, понять свои мотивы, честно оценить себя, познакомиться с самим собой. А после начинать работать над собой, а это непросто и бесконечная работа...

Так как нет предела совершенству!
«Основные усилия мы должны направлять на развитие собственного характера, который подобно корням, поддерживающим огромное дерево, часто бывает невидим для других. Но именно благодаря уходу за корнями, мы в итоге видим плоды».
(Стивен Р. Кови). ■

Уважаемые коллеги!

Тамбовский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» приглашает Вас принять участие в работе Всероссийской научно-практической конференции

«Современные достижения региональной офтальмологии»,

которая состоится 10 октября 2014 года.

Обсуждаемые вопросы:

- витреоретинальная хирургия
- хирургия глаукомы
- рефракционная хирургия
- лазерная хирургия
- хирургия катаракты
- детская офтальмопатология

Официальный язык конференции: русский.

Статьи будут изданы в «Вестнике» Тамбовского государственного университета имени Г.Р. Державина (журнал ВАК).

Работы принимаются до 1 марта 2014 года по E-mail: naukatmb@mail.ru. В адрес оргкомитета должно быть направлено сопроводительное письмо, заверенное подписью руководителя и печатью организации с пометкой названия конференции.

Адрес оргкомитета: 392000, г. Тамбов, Рассказовское шоссе, д. 1. Тамбовский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, научный отдел. Тел.: +7-(4752) 72-24-78, факс: +7-(4752) 71-51-65



Илья Бруштейн

В Республике Башкортостан работает тридцать восемь коррекционных общеобразовательных школ, предназначенных для обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Из них всего одно учебное заведение ориентировано на незрячих и слабовидящих учащихся. В 2014 году Уфимской школе-интернату № 28 исполняется пятьдесят лет. Среди её выпускников: тринадцатикратная паралимпийская чемпионка по лёгкой атлетике и депутат Государственной Думы Рима Баталова, композитор Салават Низаметдинов, учёный-тифолог Венера Денискина и много других ярких личностей, нашедших своё место в жизни, несмотря на тяжёлую инвалидность.

В учебной программе школы наряду с общеобразовательными предметами значительное место уделяется адаптивной физической культуре и спорту, музыкальному и художественному воспитанию, социально-бытовым навыкам. Не забывают здесь и о региональном компоненте образования. Учащиеся с удовольствием осваивают премудрости башкирского языка, учатся играть на национальных музыкальных инструментах курае и кубызе, успешно осваивают народные танцы.

Поддержать беседу на башкирском языке

Преподаватель башкирского языка Г.Ш. Вильданова детство и юность провела в селе Канлы-Туркеево Буздякского района Башкортостана. «В отличие от Уфы, где на улице преобладает русская речь, в нашем селе все говорят по-башкирски. С детства мне хотелось глубже разобраться в родном языке и литературе. Поэтому я выбрала эту профессию», — рассказывает Галия Шамсуновна.

После окончания факультета башкирского языка Башкирского государственного университета в 1997 году молодой преподаватель стала работать в лицее-интернате города Нефтекамска. В 2002 году она переехала в Уфу и стала преподавателем школы-интерната № 28.

«Работа в этой школе имеет много особенностей, — делится своим опытом педагог. — Во-первых, обучение в классах незрячих детей происходит с использованием рельефно-точечного (брайлевского) шрифта. Разумеется, мне как учителю необходимо было освоить эту систему, чтобы проверять домашние задания, готовить для детей учебные материалы и т.д. Во-вторых, к огромному сожалению, рельефно-точечным шрифтом выпускается не так много литературы на башкирском языке. В-третьих, уровень знаний учащихся очень различается. Для некоторых школьников башкирский — родной язык. А другие дети привыкли дома говорить по-русски или, например, по-татарски... Во многих школах Башкортостана классы разделяют, т.е. башкирский преподаётся и как родной, и как иностранный. А у нас занятия проходят в одном потоке».

Несмотря на объективные трудности, Галия Шамсуновна утверждает, что получает большое удовольствие от своей работы, от возможности передать учащимся свою любовь к родному языку и литературе. А необходимо ли в обязательном порядке изучать языки народов России в средней школе? Зачем нужен башкирский язык учащимся, которые принадлежат к другим национальностям? Может быть, достаточно освоить русский и какой-нибудь иностранный?

«Не нужно забывать, что в Башкортостане два государственных языка — русский и башкирский. Они имеют равноправный статус. Поэтому совершенно естественно, что во всех школах республики, вне зависимости от национального состава учащихся, эти языки преподаются», — подчёркивает преподаватель.

Видеть сердцем, танцевать с душой



Директор школы Л.Ф. Амекачева и преподаватель башкирского языка Г.Ш. Вильданова с учащимися

«Для меня важно, чтобы все дети овладели языком хотя бы на элементарном, бытовом уровне, — формулирует Галия Шамсуновна одну из важнейших целей проводимых ею занятий. — Очень приятно, когда выпускник школы может поддержать на башкирском языке дружескую беседу, потренироваться на рынке, поздравить молодёжь с бракосочетанием, понять содержание народной песни, рассказать анекдот или какой-нибудь забавный случай... Русско-башкирское двуязычие — основа межнационального согласия. Изучая местный язык, человек привязывается к родной земле, начинает её больше любить и ценить».

Предками данная, мудрость народная...

Галия Шамсуновна видит в своём предмете один из инструментов патристического воспитания подрастающего поколения: «Мне бы хотелось, чтобы мальчишки и девочки выросли патриотами России и патриотами Башкортостана, чтобы они осознали «предками данную, мудрость народную», о которой сказано в российском гимне. Выполнению этой миссии в равной мере способствуют и уроки русского языка, и мои занятия».

Большое место на уроках башкирского языка уделяется фольклору. Одно из самых важных произведений, с которым знакомятся учащиеся — народный эпос «Урал-Батыр». «Значение эпоса «Урал-Батыр» для башкирской литературы можно сравнить со «Словом о Полку Игореве» для русской литературы, — вступает в разговор директор школы, почётный работник общего образования России Л.Ф. Амекачева. — Эпос состоит из 4576 поэтических и 19 прозаических строк. Он был записан в 1910 году башкирским поэтом и фольклористом Мухаметшей Абдрахмановичем Бурангуловым. До этого времени произведение распространялось народными сказителями — сэсэнами. Нередко они сопровождали себя на курае (открытой продольной флейте, изготавливаемой из одноименного тростника) или кубызе (национальном язычковом инструменте)».

Лилия Фаилова отметила, что среди сэсэнов было и немало незрячих. Отрадно, что эти традиции продолжают жить в современном Башкортостане, в том числе и в уфимской школе-интернате № 28. Во всех районах республики и в её столице проходят конкурсы и фестивали сэсэнов. В этих смотрах принимают участие и опытные сказители, и юные таланты.

На уроках башкирского языка Галия Шамсуновна тоже предлагает учащимся попробовать себя в роли сэсэнов. «Многие занятия проходят у нас в игровой, театрализованной форме. Мне хочется, чтобы дети погрузились в атмосферу народного праздника. Курай и кубыз тоже звучат на наших занятиях».

Разумеется, на занятиях изучается не только фольклор. Большое внимание также уделяется произведениям классиков башкирской литературы Мустая Карима, Мажита Гафури, Рами Гарипова, Зайнаб Бишиевой. Не забывает Г.Ш. Вильданова и о современной литературе: «С учащимися, хорошо владеющими башкирским языком, мы часто обсуждаем книжные новинки и произведения, опубликованные в литературно-художественных журналах. Большой интерес у старшеклассников вызывают фантастические повести Фаниды Исхаковой и проникновенная военная проза Талии Гиниятуллина. Этому писателю 88 лет. Он — ветеран Великой Отечественной войны. И не смотря на почтенный возраст, продолжает свой творческий путь, создаёт новые литературные произведения».

Развивать коммуникативные способности

Во время посещения школы мне довелось познакомиться с Алиной Ахметшиной, одной из лучших учениц, виртуозно освоивших за несколько лет премудрости башкирского языка. Впрочем, и в других предметах девушка достигла значительных успехов. Своё умение красиво и ярко говорить по-башкирски Алина недавно продемонстрировала во время одной из передач «Башкирского спутникового телевидения», посвящённой проблемам инвалидов по зрению.

«Этот телеканал с удовольствием смотрят башкиры всего мира. Поэтому мне очень приятно, что наша ученица смогла там блеснуть», — с гордостью говорит Галия Шамсуновна. Алина родом из Чекмагушевского района. С детства у неё было плохое зрение. Несмотря на это, первые четыре года она училась в обычной деревенской школе.

«Даже сидя за первой партой, я не могла разглядеть то, что написано на доске. Поэтому учительница всегда распечатывала мне на принтере все задания и учебные материалы крупным шрифтом... Когда мне исполнилось одиннадцать лет, я стала учиться в Уфимской школе-интернате № 28. Сначала меня определили в класс для слабовидящих учащихся. Но вскоре я полностью потеряла зрение, и меня перевели в класс для слепых. Одновременно стала учиться в музыкальной школе по классу баяна».

Алина признаётся, что в своей душе она ещё не смогла до конца смириться с обрушившейся на неё слепотой: «Несмотря на плохое зрение, я всегда была очень шустрой и подвижной девочкой. Много бегала, любила играть в футбол и даже хоккей. Конечно, сейчас, когда я стала totally слепой, возможности для физической активности существенно сократились... Но я рада, что в нашей школе физкультуре и спорту уделяется большое внимание. Мы ходим в бассейн, проводятся занятия по гольболу (футболу для слепых), гимнастике, дзюдо.



Концерт в актовом зале школы-интерната

По моему мнению, чем больше незрячий человек двигается, чем больше его физическая нагрузка, тем легче ему преодолеть слепоту».

Почему Алину заинтересовали уроки башкирского языка? «До поступления в школу-интернат № 28 башкирского языка я практически не знала. В нашем селе и в моей семье говорят по-русски и по-татарски. Уроки башкирского в начальной школе особо меня не заинтересовали... Галия Шамсуновна смогла «зажечь» своим предметом, показала красоту

AT LISA® tri 839MP - первая трифокальная линза интраокулярная линза от Carl Zeiss

Искусственный хрусталик AT® LISA 839MP обеспечивает прекрасное зрение на близком, среднем и дальнем расстоянии.

Оптимальное распределение света

Малоинвазивный хирургический разрез

Оптические свойства линзы не зависят от размера зрачка

Аддация для зрения: на близком расстоянии +3,33 D; на среднем - +1,66 D

Концепция AT® LISA:
L (Light distributed asymmetrically)
Асимметрическое распределение света между дальним (65 %) и ближним (35 %) фокусами обеспечивает лучшее зрение и уменьшенное количество ореолов и бликов.

I (Independency from pupil size) - Не зависит от размера зрачка благодаря высококачественной дифракционно-рефракционной микроструктуре, покрывающей практически всю поверхность 6 мм оптики.

S SMP (smooth micro phase) – технология на поверхности линзы, исключая остроты углы, позволяет избежать рассеивания света для получения оптического изображения идеального качества.

A (Aberration correcting optimized aspheric optic) - оптимизированная асферическая оптика, корректирующая aberrации для лучшей контрастной чувствительности, глубины поля и улучшения остроты зрения.

Более подробную информацию о продукции Вы можете получить на сайте компании

ООО «ОПТЭК»

www.optecgroup.com



ОПТЭК
Объединяя решения

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

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

ACRYSTYLE
Мягкие интраокулярные линзы

КСЕНОПЛАСТ
Коллагеновый антиглаукоматозный дренаж и материалы для склеропластики

ОКВИС
Протектор твёрдый глаза – глазные капли

ЛОКОЛИНК
Аппарат для фототерапии роговицы методом локального криохирургии

★ БИОСОВМЕСТИМОСТЬ
★ БЕЗОПАСНОСТЬ
★ ЭФФЕКТИВНОСТЬ



Четвероклассница Дилара Ямансарина



На занятии в классе информационных технологий



На уроке математики



Директор школы-интерната Л.Ф. Амекачева



Преподаватель математики Д.М. Батраченко и её собака-поводырь Марта



Под руководством преподавателя физкультуры О.Ю. Бердышевой незрячие пятиклассницы Настя Горбова и Эвелина Вахидова осваивают езду на трёхколёсном велосипеде



Шестиклассники Диана Галимова и Рияс Абдураимов осваивают грациозные движения башкирских народных танцев

и гармонию государственного языка Башкортостана... Меня интересует не только башкирский. С наименьшим интересом я совершенствую русский и татарский языки, изучаю английский».

Освоение языков девушка рассматривает как часть реабилитационного процесса, наряду с занятиями музыкой, пространственной ориентировкой и адаптивной физической культурой: «Незрячие люди лишены возможности зрительного контакта со своими согражданами. Тем важнее для них обладать развитыми коммуникативными способностями. На уроках русского, башкирского, английского языков нас учат не только грамматике и фонетике, но и культуре речи, умению чётко и ясно выражать свои мысли, отстаивать свои позиции в споре, не обижая собеседника... Все эти навыки очень помогут во взрослой жизни».

После окончания школы Алина собирается одновременно поступить в два учебных заведения: на филологический факультет университета и в музыкальное училище по классу баяна. «Я уверена, что у меня хватит сил, чтобы учиться сразу в двух местах. Музыка и Слово очень связаны между собой и дополняют друг друга...», — делится своими планами трудолюбивая девушка.

Душа народа — в танце

Р.А. Кинзиев преподаёт в школе ритмику, а также руководит работой танцевального кружка. По профессии он — танцор и балетмейстер, выпускник Казанского государственного института культуры. Рифу Ахтямовичу довелось в качестве танцора выступать в прославленном коллективе — Государственном академическом ансамбле народного танца Республики Башкортостан имени Файзы Гаскарова. Впоследствии в качестве балетмейстера он работал с популярным ансамблем «Булгары» из города Набережные Челны.

«Все учащиеся школы разделены у нас на два потока, — рассказывает об особенностях учебного процесса Р.А. Кинзиев. — В «А»-классах обучаются незрячие дети. В «Б»-классах — слабовидящие. Эти отличия в зрительных возможностях играют существенную роль при обучении ритмике и танцу. Тотально незрячие дети тоже могут научиться хорошо танцевать, но им существенно труднее ориентироваться на сцене, у них обострено чутье координация движений, менее развито пространственное

воображение, часто присутствует страх и неуверенность... Эти факторы преподавателю необходимо учитывать».

Риф Ахтямович обращает внимание, что некоторые танцы особенно подходят для людей, лишенных зрения. К ним относятся, например, степ и ча-ча-ча. «Прекрасно рекомендуются все танцы, которые можно танцевать на месте или перемещаясь на расстоянии вытянутой руки. Сначала можно осваивать эти танцы, а уже потом переходить к танцевальным жанрам, предполагающим перемещения по сцене».

Как преодолеть страх слепого ребёнка, который боится двигаться по сцене? «На начальном этапе обучения незрячие дети либо танцуют на месте, либо занимаются парными танцами. При парных танцах «тотальник» всегда может рассчитывать на страховку своего зрячего или слабовидящего партнера. Это придаёт чувство уверенности и безопасности. Ничто не мешает наслаждаться танцевальным процессом!»

Со временем и при условии регулярных занятий страх перед сценой уходит сам собой. И человек, лишённый зрения, способен танцевать так, что зрители даже не догадываются о его особенностях. «Опыт показывает, что те незрячие, которые научились хорошо танцевать, обычно не испытывают особых сложностей при пространственной ориентировке с белой тростью, — дополняет свой рассказ балетмейстер. — Они обладают большой мобильностью, легко осваивают новые маршруты передвижения в городе и в сельской местности. Танцоры приобретают не только красивую осанку, но и уверенность в себе».

Важное место в программе занятий занимают башкирские народные танцы. Любимый танец самого Рифа Ахтямовича — гульзира. «Душа народа, его мудрость, его философия, его поэзия выражена в танце, — подчёркивает преподаватель. — Мужчины-танцоры в башкирских танцах представляют образы джигитов, охотников, воинов, защитников. Каждое их движение символизирует мужественность, силу, выносливость, решительность, отвагу... Женские движения — плавные, нежные и грациозные. Они олицетворяют такие качества, как скромность, верность, непорочность. Не случайно во время танца башкирская девушка опускает глаза и закрывает ладонью лицо. Тем самым она выражает традиционные народные представления о девичьей чести и гордости».



Преподаватель баяна Зүлейха Хамзиевна Ассадүллина с учениками



Школьная секция дзюдо популярна и у незрячих, и у слабовидящих детей

В конце нашей беседы я обращаю внимание на стоящий в кабинете почётный кубок и висящий на стене диплом лауреата премии «Герой нашего времени», учреждённой телекомпанией «Вся Уфа». Несколько лет назад преподаватель математики стала лауреатом в номинации «Сильные духом». Сама Дамира Минишевна «героем нашего времени» себя не считает: «Я просто делаю свою работу... Хочется быть для учеников не только учителем, но и старшим другом. Тогда работа приносит радость».

Такие же дети, как и все остальные

Посещение школы невозможно представить без подробного общения с её директором. Хотелось не только услышать мнение Л.Ф. Амекачевой об учебном заведении, которое она возглавляет, но и поближе познакомиться с ней как с человеком, узнать о её жизненном и профессиональном пути.

По своему первому образованию Лилия Фаиловна — баянист. Разумеется, когда в 1980 году шестнадцатилетней девочкой она стала студенткой Уфимского музыкального училища, то не могла догадываться о том, что через много лет судьба сделает её директором специализированной школы для слепых и слабовидящих. «Баян был и остаётся любимейшим инструментом незрячих музыкантов. В здании нашей школы располагается филиал музыкальной школы №1 имени Н.Г. Сабитова. Баян там успешно преподаётся. Мне как профессиональному баянисту легко устанавливать контакт с детьми, которые тоже увлечены миром звуков».

После окончания училища девушку направили в деревню Мурапталово Куорганского района. Она стала работать в деревенском филиале музыкальной школы. Преподавала баян, сольфеджио, музыкальную литературу. Кроме того, стала старшей пионервожатой в сельской школе.

В Куорганском районе Лилия нашла и своё личное счастье. Познакомилась с Юлаем, парнем из соседней деревни Павловка. В то время её будущий супруг был студентом исторического факультета Башкирского государственного университета. Девушка решила тоже поступить на исторический факультет университета. «С Юлаем Камиловичем мы поженились в 1986 году. Я переехала в его родную деревню. Стали вместе работать в школе: я преподавала музыку, а он — историю и физкультуру. В 1991 году я окончила университет, получила диплом историка».

Вскоре супруга назначили директором сельской школы, где они вместе работали. В 1994 году Юлай Камилович стал директором Башкирской республиканской гимназии-интерната №3, расположенной в городе Кумертау. «В Кумертау мы прожили 15 лет, до 2009 года. В течение десяти лет я работала учителем истории в одной из городских школ. А в 2004 году мне предложили стать директором Республиканского политехнического лицея-интерната. Таким образом, в нашей семье стало два директора школ-интернатов».

Пост директора Республиканского политехнического лицея-интерната сразу сделал Л.Ф. Амекачеву человеком известным в педагогическом мире Башкортостана. Эта школа была создана в 1997 году по решению Республиканского Кабинета министров. Она изначально задумывалась как учебное заведение для одарённых детей, как кузница технической интеллигенции.

«В данном случае интернат является единственно возможной формой школьного обучения. Перед нами ставилась цель дать качественное образование детям из всех районов Южного Башкортостана, в том числе жителям села. Необходимо было подготовить сельских школьников для последующего обучения на инженерных и физико-математических факультетах ведущих российских вузов».

Работа руководителя элитной школы Лилия Фаиловна восприняла как дело её жизни. Но в 2009 году она была вынуждена оставить этот пост. «Моего супруга назначили директором специальной (коррекционной) школы для детей с нарушениями умственного и психического развития в Уфе. Мы переехали в столицу республики. С 2009 года по 2011 год я работала в отделе специальных школ республиканского Министерства образования. Потом стала директором уфимской школы-интерната №28».

— **Лилия Фаиловна, в течение пяти лет Вы возглавляли известное в республике и за её пределами учебное заведение для одарённых детей. А сейчас Вы работаете в школе для детей с ограниченными возможностями здоровья. Вы не жалеете о своей прошлой работе?**

— Нет, не жалею. Для меня большая честь и большая ответственность быть директором единственной в Башкортостане специальной (коррекционной) школы для незрячих и слабовидящих детей. Ни один здравомыслящий человек, а тем более учитель не станет делить детей на одарённых и бездарных.

Каждый ребёнок по-своему талантлив. Задача учителя и директора школы состоит в том, чтобы раскрыть эти таланты. В нашей школе учатся не менее яркие и способные дети, чем в Республиканском политехническом лицее. Просто у этих заведений разные цели и задачи. Лицей в Кумертау призван подготовить детей для обучения в технических вузах. Задача нашей школы состоит в том, чтобы в максимальной степени преодолеть последствия инвалидности по зрению.

— **По Вашему мнению, школы для незрячих и слабовидящих детей имеют какие-то свои особенности, свою специфику?**

— Преподавателям необходимо учитывать зрительные возможности учащихся при подготовке к занятиям, при изложении материала. При работе со слабовидящими школьниками мы стараемся максимально задействовать имеющийся остаток зрения. При обучении незрячих особую роль играет восприятие на слух, тактильное знакомство с предметами, овладение рельефно-точечной системой письма и чтения.

Но сами незрячие и слабовидящие дети ничем не отличаются от своих ровесников. Разумеется, даже первоклассники прекрасно понимают, что их инвалидность создаёт дополнительные трудности и проблемы в жизни. Но при этом наши мальчишки и девочки умеют радоваться жизни. Они тянутся к знаниям. У них счастливое детство. Они учатся и играют, соревнуются и мирятся также как и зрячие дети.

— **Расскажите, пожалуйста, подробнее о Вашей школе.**

— В 1929 году в городе Бирске была открыта первая и единственная в Башкортостане школа-интернат для незрячих и слабовидящих детей. Это школу можно назвать нашей предшественницей. Но она давала только неполное среднее образование.

Для получения школьного аттестата учащимся приходилось ехать в другие города, например, в Свердловск или в Казань. А многие инвалиды по зрению, вообще, отказывались от идеи получения полного среднего образования.

В 1964 году в Уфе на улице Степана Злобина появилось наша школа. Таким образом, этому зданию, как и самой школе, уже пятьдесят лет. Техническое состояние сооружения соответствует всем нормам, но сама постройка середины шестидесятых годов уже морально устарела. Разумеется, и учителям, и ученикам хотелось бы, чтобы было возведено новое, современное школьное здание.

В настоящее время у нас проходит обучение 181 учащийся с нарушением зрения в возрасте от 7 до 20 лет. Из них 88 человек — незрячие, 93 человека — слабовидящие. 161 ребёнок обучается по обычной программе средней школы. После завершения школьного курса выпускники сдают Единый Государственный Экзамен (ЕГЭ) и могут поступать в вузы. Единственное отличие состоит в том, что школьная программа изучается не 11, а 12 лет.

Кроме этого, у нас работают три класса для детей с сочетанной патологией. В них обучаются, в общей сложности, 20 ребят. К сожалению, из-за состояния здоровья они не могут освоить школьную программу и впоследствии сдать ЕГЭ. У этих детей проблемы со зрением сочетаются с глубокими умственными и психическими нарушениями. Но наши сотрудники прилагают все возможные усилия, чтобы учащиеся этих классов не чувствовали себя «на отшибе», участвовали во всех школьных мероприятиях и получали максимальное развитие, которое только возможно.

— **Сколько детей живёт в интернате?**

— В интернате проживают 120 человек, т.е. треть наших учащихся. У подавляющего большинства школьников — хорошие семьи. Родители о них заботятся, навещают... К сожалению, у 21 ребёнка семей нет. Это дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. С юридической точки зрения опекунами этих мальчишек и девочек

являются руководители детских домов, где они находились до поступления в школу. Но значительную часть времени они проводят именно у нас, а в детские дома возвращаются только на каникулы.

— **Наверное, детям-сиротам обидно, что на каникулы их соученики едут домой, а они должны отправиться в детский дом...**

— Такая проблема действительно существует. Но дети-сироты никогда не проводят все каникулы в детских домах. Они ежегодно обеспечиваются путёвками в санатории, дома отдыха и детские оздоровительные центры. Учителя школы стараются уделить им особое внимание. И к себе домой приглашают.

Кстати, в этом вопросе большую помощь оказывают волонтеры — студенты педагогических вузов. Они регулярно к нам приходят, участвуют в организации различных мероприятий, становятся старшими друзьями для наших детей, в том числе детей-сирот. Конечно, друзья не могут в полной мере заменить семью. Но, во всяком случае, дети видят, что о них заботятся, что взрослые к ним неравнодушны. Можно только надеяться, что нынешние дети-сироты в будущем создадут крепкие семьи, станут достойными родителями и не бросят собственных детей на произвол судьбы.

— **Что Вы считаете главными успехами школы? А в чём состоят трудности?**

— Мне не хотелось бы говорить об успехах, т.к. это выглядит несерьёзно. Но самое главное, что в школе-интернате работает коллектив единомышленников, состоящий из 112 сотрудников. Это люди, любящие детей, отдающие им душу.

Трудности связаны с тем, что всем нам не хватает специальных знаний. Это общая проблема всех специальных (коррекционных) школ для слепых и слабовидящих детей. Педагогов-тифологов (специалистов по обучению инвалидов по зрению) готовят только в Москве и Санкт-Петербурге. Разумеется, подобных специалистов в Уфе очень не хватает.

Наши учителя прекрасно понимают, что им необходимо постоянно повышать свой профессиональный уровень. И мои коллеги используют для этого все возможности: читают специальные журналы, посещают семинары и образовательные курсы и т.д.

— **Лилия Фаиловна, что Вы считаете самым главным в работе директора школы?**

— Думаю, что директор школы не может и не должен становиться «чистым» администратором, управленцем, хозяйственником... Ему нужно, в первую очередь, быть учителем и воспитателем. Необходимо лично знать каждого ребёнка, чувствовать его психологическое состояние. Для меня очень важно, что дети любят приходить ко мне в кабинет, чтобы поделиться своими радостями и огорчениями, о чём-то посоветоваться, поделиться новостями.

Фотографии Илвы Бруштейна и из архива Уфимской специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната №28 для слепых и слабовидящих детей



Концерт в актовом зале школы-интерната



Женщина

К Богу явился мужчина и заявил о своей скуке. Бог задумался: «Из чего сделать женщину, если весь материал ушел на мужчину?» Но, не желая отказывать в просьбе мужчине, после крепкого раздумья, Бог сотворил женщину, на что затратил: несколько ярких лучей солнца, все чарующие краски зари, задумчивую грусть луны, красоту лебедя, игривость котёнка, грациозность стрекозы, ласковое тепло меха, притягательную силу магнита и всё это слепил вместе.

Затем, для предупреждения приторности добавил: холодное мерцание звёзд, непоостоянство ветра, слезоточивость облаков, хитрость лисы, назойливость мухи, алчность акулы, ревность тигрицы, мстительность осы, кровожадность пиявки, дурман опиума и вдохнул в неё жизнь. В результате появилась настоящая женщина.

Бог подарил эту женщину мужчине, сказав при этом:

— Бери её такой, какая она получилась и не пытайся её переделывать.

* * *

Он залатан,
Мой косматый парус,
Но исправно служит кораблю.
Я тебя люблю.
При чем тут старость,
Если я тебя люблю!

Может быть,
Обоим и осталось
В самом деле только это нам,—
Я тебя люблю, чтоб волновалось
Море, тихое по временам.

И на небе тучи,
И скрипучи
Снасти.
Но хозяйка кораблю —
Только ты.
И ничего нет лучше
Этого, что я тебя люблю!

Леонид Мартинов



Она

Есть что-то в ней, что красоты прекрасней,
Что говорит не с чувствами — с душой;
Есть что-то в ней над сердцем самовластной
Земной любви и предести земной.

Как сладкое душе воспоминанье,
Как милый свет родной звезды твоей,
Какое-то влечет очарованье
К ее ногам и под защиту к ней.

Когда ты с ней, мечты твоей неясной
Неясною владычицей она:
Не мыслишь ты — и только лишь прекрасной
Присутствием душа твоя полна.

Бредешь ль ты дорогою возвратной,
С ней разлучась, в пустынный угол твой —
Ты полон весь мечтою необъятной,
Ты полон весь таинственной тоской.

Евгений Баратынский

* * *

Я подарю тебе
Платье из бабочек
Белых и пестрых,
Я подарю тебе зонтик
Из ласточек —
Мне это просто.

Я подарю тебе
Домик из музыки
Самой красивой,
Будет в нем мебель
Из солнечных лучиков,
Мебель на диво.

Я подарю тебе
Песню из жемчуга
И изумрудов...
Ты навсегда моя
Вечная Женщина,
Вечное чудо.

Зельвин Гофи



Картины Пино Даени (Италия, 1939 - 2010)



К теории флирта

Итак, дама не должна приходить первая. Кроме того случая, когда она желает устроить сцену ревности. Тогда это не только разрешается, но даже вменяется в обязанность. — А я уже хотела уходить... — Боже мой! Отчего же? — Я ждала вас почти полчаса. — Но ведь вы назначили в три, а теперь еще без пяти минут... — Конечно, вы всегда окажетесь правы... — Но ведь часы... — Часы здесь ни при чем...

Вот прекрасная интродукция, которая рекомендуется всем в подобных случаях. Дальше уже легко. Можно прямо сказать: — Ах да... Между прочим, я хотела у вас спросить, кто та дама... и т. д. Это выходит очень хорошо.

Еще одно важное замечание: сцены ревности всегда устраиваются в Таврическом саду. Отнюдь не в Летнем. Почему? А я почему знаю — потому! Так уж принято. Не нами заведено, не нами и кончится.

Да, кроме того, — попробуйте-ка в Летнем! Ничего не выйдет. Таврический специально приноровлен. Там и печальные дорожки, и тихие пруды («Я желаю только покоя!...»), и вид на Государственную Думу («...и я еще мог надеяться!...»).

Да, вообще, лучше Таврического сада на этот предмет не выдумашь. Одно плохо: в Таврическом саду всегда страшно хочется спать. Для бурной сцены это условие малоподходящее. Для меланхолической — великолепно.

Если вам удастся зевнуть совершенно незаметно, то вы можете поднять на «него» или на «нее» свои «изумленные глаза, полные слез», и посмотреть с упреком.

Если же вы ненароком зевнете слишком уж откровенно, то вы можете, скорбно и кротко улынувшись, сказать: «Это нервное».

Вообще, флиртующим рекомендуется к самым неэстетическим явлениям своего обихода приурочивать слово «нervное». Это всегда очень облагораживает.

У вас, например, сильный насморк, и вы чихаете, как кошка на лежанке. Чиханье, не правда ли, всегда почему-то принимается как явление очень комического разряда. Даже сам чихнувший всегда смущенно улыбается, точно хочет сказать: «Вот видите, я смеюсь, я понимаю, что это очень смешно, и вовсе не требую от вас уважения к моему поступку!»

Чиханье для флирта было бы гибельным. Но вот тут-то и может спасти вовремя сказанное: «Ах! Это нервное!»

В некоторых случаях особо интенсивного флирта даже флюс можно отнести к разряду нервных заболеваний. И вам поверят. Добросовестный флиртер непременно поверит.

Ликвидировать флирты мертвого сезона можно двояко. И в Летнем саду, и в Таврическом. В Летнем проще и изящнее. В Таврическом нуднее, затяжнее, но эффективнее. Можно и поплакать, «поднять глаза, полные слез»...

При прощании в Летнем саду очень рекомендуется остановиться около урны и, обернувшись, окинуть последний раз грустным взором заветную аллею. Это выходит очень хорошо. Урна, смерть, вечность, умирающая любовь, и вы в полуобороте, шляпа в ракурсе... Этот момент не скоро забудется. Затем быстро повернитесь к выходу и смешайтесь с толпой.

Не вздумайте только, Бога ради, торговаться с извозчиком. Помните, что вам глядеть вслед. Уж лучше, понутив голову, идите через цепной мост (ах, он также сбросил свои сладкие цепи!...). Идите, не оборачиваясь, вплоть до Пантелеймоновской. Там уже можете купить Гала Петера и откусить кусочек.



И.И. Шишкин «Аллея Летнего сада» (1869)

Считаю нужным прибавить к сведению господ флиртеров, что теперь совсем вышло из моды при каждой встрече говорить: — Ах! Это вы?

Теперь уже все понимают, что раз условлено встретиться, то ничего нет и удивительного, что человек пришел в назначенное время в назначенное место.

Кроме того, если в разгар флирта вы неожиданно натолкнетесь на какого-нибудь старого приятеля, то вовсе не обязательно при этом восклицание:

— Ах! Сегодня день неожиданных встреч. Только что встретила с... (имярек софлиртующего), а теперь вот с вами!

Когда-то это было очень ловко и тонко. Теперь никуда не годится.

Старо и глупо.

Надежда Тэффи

Русская писательница, поэтесса, мемуарист, переводчик (1872-1952)

Правила, принципы и «эвелинизмы» от Эвелины Хромченко*

Правило №1. Не афишировать свой возраст. Возраст — это не страшно, это просто возможность надеть то, что раньше вам было не по карману.

Правило №2. Не прятать от посторонних взглядов красивые ноги. Мужчины — парадоксальные существа. Как только женщина надевает мини-юбку, они почему-то говорят, что в ней появилась тайна.

Правило №3. Не увлекаться чрезмерно большими сумками. Счастливые женщины больших сумок не носят.

Правило №4. Корректировать свой рост. Как только девушка становится на каблук, у нее тут же случается счастье в личной жизни. Это закон.

Правило №5. Носить правильные джинсы. Джинсы не бывают актуальными, джинсы бывают только хорошо сидящими.

Правило №6. Иметь базовый гардероб. «Каждая женщина — актриса. Каждое новое платье — как новая роль: женщина надевает его и начинает играть по новому сценарию».

Правило №7. Не увлекаться нейл-артом. Не злоупотреблять макияжем. Если женщина хочет выглядеть недоступной, но привлекать всеобщее внимание, ей достаточно накрасить губы классической красной помадой. Вас все заметят, но подойти испугаются».

Правило №8. Не стараться угнаться за модой и не опускаться до вульгарности. Ходить на работу с голым животом — если вы, конечно, не работаете в стриптизе, — это как вредная детская привычка, крайне неприятная для окружающих. Это как в носу ковыряться».

Правило №9. Любить себя. В каждом человеке есть что-то, что может превратить его в звезду.

И еще эвелинизмы...

В жизни женщины должно быть место шпилькам, в которых сложно ходить, но на которые легко нанизываются мужские сердца. Не спрашивайте рецептов успеха. Успех — как прическа или идеальная длина юбки, — очень индивидуальная история.

То, что для одного просто жена, для другого — безумная страсть. Мужчины свойственно тратить деньги на женщин. Жене нужно изловчиться, чтобы этой женщиной была только она! Возьмите деньги, отложенные на черный день, и купите себе новые туфли. И, возможно, черный день так никогда и не наступит.

Какие сапоги — такая и жизнь. Жены президентов коленок не показывают. Бог дал нам вкус, чтобы мы смогли сэкономить.

Нет некрасивых женщин, есть плохие парикмахеры. Красное платье — это крик, бордовое платье — это точка зрения, черное платье — это жизненная позиция.



Быть красивой — это обязанность женщины. И девочка, не успев родиться, каким-то непостижимым образом это понимает.

Для любого нормального мужчины важен не столько борщ, сколько женщина, которая его приготовила.

Женщины любят ушами, а уши любят бриллианты.

Идеальное платье — это то, которое вам не хочется снимать, а вот вашему мужчине как раз напротив...

Каблук придает женщине некоторую неустойчивость, а значит, непременно найдется мужчина, который захочет ее поддержать.

Женщина не может расцвести на пустом месте. Должен найтись садовник.

evelinakhromchenko.com

* Эвелина Хромченко, одна из самых влиятельных персон в мире моды, журналист, телеведущая и известная в Америке и Европе писательница. Ежедневно ведет программу «Модный приговор» на Первом канале и входит в рейтинг ТНС Россия 25 самых популярных телеведущих российского ТВ. В настоящий момент Эвелина — международный редакционный директор Les Editions Jalou Paris, она отвечает за содержание и PR изданий Les Editions Jalou в более чем 20 странах мира.

ПРЕДСТАВЛЯЮТ

ЯПОНСКОЕ КАЧЕСТВО



Устройство для интраокулярной коррекции зрения *iSert* модель 251

- в инжекторе для имплантации
- идеальная оптика
- самый острый край
- реальный разрез 2,2 мм и менее



www.surgix.ru

info@surgix.ru