

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№1(33) ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2016

ISSN 2221-7746

ДОСЬЕ

Профессору В.В. Волкову, выдающемуся офтальмологу современности, яркому, одаренному человеку, истинному патриоту России — 95 лет

Вениамин Васильевич Волков родился 20 января 1921 г. в г. Ташкенте. В 1938 г. с золотым аттестатом окончил 17-ю специальную среднюю школу в Ленинграде. В мае 1942 г. окончил Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова, эвакуированную в Самарканд. Во время учебы был Сталинским стипендиатом. С 1942 по 1945 гг. на фронтах Великой Отечественной войны был последовательно врачом парашютно-десантного батальона, старшим врачом стрелкового полка, командиром медико-санитарного батальона 34 ГВСД.

С 1946 по 1948 гг. обучался на лечебно-профилактическом факультете Военно-медицинской академии по специальности «глазные болезни». По окончании факультета был оставлен в академии на должности старшего ординатора клиники глазных болезней при кафедре офтальмологии.

В мае 1955 г. после успешной защиты диссертации «О действии фурамона, метамона и бензамона на орган зрения животных и здоровых людей, а также на течение глаукоматозного процесса» В.В. Волкову присвоена ученая степень кандидата медицинских наук, в звании доцента утвержден в 1959 г. В 1965 г. В.В. Волков защитил докторскую диссертацию «Действие на глаз бета-излучения и возможность использования его в офтальмологии с целью диагностики и лечения», ученая степень «доктор медицинских наук» — 1966 г., через год, в 1967 г., вручен диплом профессора.

С 1967 по 1989 гг. профессор В.В. Волков занимал должность начальника кафедры офтальмологии ВМА им. С.М. Кирова и одновременно главного офтальмолога Министерства обороны СССР. В 1989 г. по возрасту уволен в отставку в звании генерал-майора медицинской службы. В настоящее время — профессор кафедры офтальмологии ВМА им. С.М. Кирова.

...После окончания Великой Отечественной войны, пройдя нелегкую школу войскового врача в организации помощи раненым на фронтах, добился приема на усовершенствование в родную ВМА им. С.М. Кирова, чтобы стать специалистом-лечебником. Волею судеб это оказалась кафедра офтальмологии с замечательным ее начальником Борисом Львовичем Поляком, которому хотелось подражать во всем.

С интересом откликнулся на задание изучить эффективность новых отечественных препаратов для лечения глаукомы. Этому была посвящена кандидатская диссертация, а затем совместно



Волков Вениамин Васильевич

**Герой Социалистического Труда,
заслуженный деятель науки РСФСР,
генерал-майор в отставке,
лауреат Государственной премии СССР,
доктор медицинских наук, профессор**

Кавалер ордена Ленина и Золотой медали «Серп и молот» (1982), ордена Отечественной войны II степени (1945), ордена Отечественной войны I степени (1985), ордена Красной Звезды (1943, 1967, 1978), ордена «За заслуги перед Отечеством» IV степени (2011), ордена Красного Знамени (Болгария, 1985), ордена «За достижения в жизни» (Кембридж, Великобритания, 2010)

с профессором Б.Л. Поляком были подготовлены публикации в отечественном руководстве по глазным болезням. В ходе выполнения данной работы В.В. Волков увлекся физиологической оптикой и, в частности, диагностикой астигматизма. Видимо, как вспоминает В.В. Волков, «сказалось уважение к одному из преподавателей кафедры И.П. Кричагину, прекрасно владевшему данной методикой. Не случайно именно ему была посвящена моя с соавторами монография «Клиническая визо- и рефрактометрия» (1976).

Еще за 5 лет до этого с теми же соавторами, друзьями и коллегами по кафедре А.И. Горбанем и О.А. Джалиашивили, была опубликована монография о новейших методах исследования структур глаза «Клиническое исследование глаза с помощью приборов» (1971). Она была посвящена учителю — профессору Б.Л. Поляку.

В те годы потребность в указанных руководствах как учебных пособиях была очень высока. «Монографии готовились как бы между делом, которое заключалось в текущей лечебной, учебной и плановой научной работе. Немало времени и сил занимала также необходимость после кончины Бориса Львовича выполнять обязанности главного специалиста МО СССР. Требовалось рационально распределять обязанности подчиненных не только по кафедре, но и в округах, а также на флотах».

В глазной клинике в тот период активизировались исследования в области офтальмоонкологии как в плане радиоизотопной диагностики злокачественности опухолей, так и в их радикальном удалении либо хирургическим путем, либо с помощью стронциевого бета-апликатора, созданного при личном участии В.В. Волкова в Радиевом институте АН СССР.

Заинтересовавшись этим, кафедру посетил известный офтальмоонколог из ГДР, профессор П. Ломмач, который в качестве вице-президента 1-го Всемирного конгресса офтальмоонкологов пригласил В.В. Волкова принять участие в работе конгресса, проводимого в Шверине (1976).

Эти работы отнюдь не помешали активной разработке основной для кафедры научной проблемы: усовершенствованию диагностики и лечения травм глазного яблока. Более того, на рубеже 60-70-х гг. кафедра явилась инициатором использования во многих случаях вместо традиционного, диасклерального, предложенного В.В. Волковым трансквитреального подхода к инородным телам в труднодоступной зоне полости глаза. Как вскоре выяснилось, и эти работы заинтересовали немецких коллег. Клинику посетил ведущий офтальмотравматолог ГДР, профессор Х. Нойбауэр и пригласил В.В. Волкова и ряд российских коллег участвовать в работе немецкого офтальмологического общества, посвященного глазной травме. В.В. Волков посетил клинику Х. Нойбауэра и выступил с докладом на заседании общества.

В те же годы состоялось знакомство В.В. Волкова с Р. Махемером (США), который начал разработку специального прибора (витреотома) для интраокулярной хирургии. Прибор вскоре прочно вошел в практику офтальмохирургов мира. В 1974 г. на 25-м Международном конгрессе офтальмологов в Париже В.В. Волков представил кинофильм о первой в мировой практике успешной витреопуэктомии с использованием трансквитреального подхода, названного «открытым небом».

«Даже в кратком изложении невозможно представить мой дальнейший, более чем 40-летний, путь в офтальмологической науке», — говорит В.В. Волков. — Следует лишь отметить, что в 80-е гг. в ГОИ им. Вавилова под руководством профессора А.А. Мака была создана серия новых ИК-лазеров, которые под моим руководством прошли клинические испытания на кафедре офтальмологии ВМА. В испытаниях приняли участие Я.Л. Кулаков, А.Ф. Гацу, Д.В. Ганин. Об этих лазерах, применявшихся главным образом в интересах офтальмоонкологии мною были сделаны доклады на Международной конференции «Cleo-88» в США (Анахейм), во Франции, в Италии, Испании (Пальма-де-Майорка), Словакии (Братислава).

..... > стр. 3

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

О динамике воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза в Республике Башкортостан > стр. 18

Значение мультидисциплинарного подхода в лечении окклюзий вен сетчатки > стр. 22

Псевдоэкзофолиативный синдром > стр. 24

ЛЕКЦИИ

Изменения анатомо-оптических элементов глаза в авитреальных глазах > стр. 21

ОБЗОР

Лечение регматогенной отслойки сетчатки с помощью современных хирургических техник > стр. 28

ОПТОМЕТРИЯ

Ноуа Faculty продолжает работу в Будапеште > стр. 30

ИСТОРИЯ БРЕНДА

История успеха компании Accutome > стр. 34

ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ



Частные клиники — неотъемлемая составная часть отечественного здравоохранения > стр. 36
Интервью с профессором С.Н. Басинским

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Простые ответы на непростые вопросы > стр. 46
Интервью с Еленой Филатовой

Также в номере:

Конференции > стр. 10, 13, 16, 17

В помощь практикующему врачу > стр. 25

Событие в поле зрения > стр. 31

Офтальмология в лицах > стр. 32

Психология личности > стр. 41

К незримому солнцу > стр. 42



Милые, очаровательные дамы, коллеги-друзья!

В этот праздничный день примите наши искренние поздравления и слова благодарности за то, что вы есть.

Пусть этот весенний день озаряет лучезарными улыбками ваши лица, каждый день дарит добро, заботу, нежность и ласку.

Пусть мир улыбается вам, а сердца наполняются любовью родных и друзей.

Не нужно вспоминать дни, которые были недостаточно солнечными.

Стоит помнить только то, что согревает душу и ради чего нужно жить.

Не забывайте, что даже после самой темной ночи наступает солнечное утро.

С праздником весны, красоты и любви — с днем 8 Марта!

Ваш главный редактор Сергей Аветисов

Николай Рубцов

Улетели листья

Улетели листья

с тополя —

Повторилась в мире неизбежность...
Не жалея ты листья, не жалея,
А жалея любовь мою и нежность!
Пусть деревья голые стоят,
Не кляни ты шумные метели!
Разве в этом кто-то виноват,
Что с деревьев листья
улетели?

1970

Николай Заболоцкий

**Кто мне откликнулся
в чаще лесной?...**

Кто мне откликнулся в чаще лесной?
Старый ли дуб зашептал с сосной,
Или вдали закричала рябина,
Или запела щегла окарина,
Или малиновка, маленький друг,
Мне на закате ответила вдруг?

Кто мне откликнулся в чаще лесной?
Ты ли, которая снова весной
Вспомнила наши прошедшие годы,
Наши заботы и наши невзгоды,
Наши скитания в далеком краю,—
Ты, оставшая душу мою?

Кто мне откликнулся в чаще лесной?
Утром и вечером, в холод и зной,
Вечно мне слышится отзвук невнятный,
Словно дыханье любви необъятной,
Ради которой мой трепетный стих
Рвался к тебе из ладоней моих...

1957

Борис Пастернак

Никого не будет в доме

Никого не будет в доме,
Кроме сумерек. Один
Зимний день в сквозном проеме
Незадернутых гардин.

Только белых мокрых комьев
Быстрый промельк моховой,
Только крыши, снег, и, кроме
Крыш и снега, никого.

И опять зачертит иней,
И опять завертит мной
Прошлогодне унынье
И дела зимы иной.

И опять кольнут донья
Неотпущенной виной,
И окно по крестовине
Сдавит голод дровяной.

Но нежданно по портьере
Пробежит сомненная дрожь, —
Тишину шагами дрожь,
Ты, как будущность, войдешь.

Ты появишься из двери
В чем-то белом, без причуд,
В чем-то, впрямь из тех материй,
Из которых хлопья шьют.

1931

Владимир Набоков

**Мечтал я о тебе так часто,
так давно...**

Мечтал я о тебе так часто, так давно,
за много лет до нашей встречи,
когда сидел один, и красалась ночь в окно,
и перемигивались свечи.

И книгу о любви, о дымке над Невой,
о неге роз и море мгlistом
я перелистывал, и чуял образ твой
в стихе восторженном и чистом.

Дни юности моей, хмельные сны земли,
за много лет до нашей встречи,
когда сидел один, и красалась ночь в окно,
и перемигивались свечи.

Я звал тебя, я ждал. Шли годы. Я бродил
по склонам жизни каменитым
и в горькие часы твой образ находил
в стихе восторженном и чистом.

И ныне, наяву, ты легкая пришла,
и вспоминаю суверено,
как те глубоко созвучья-зеркала
тебя предсказывали верно.

1921

**Иеромонах Роман
(Матюшин)**

**Не случайно природа
страдает...**

Не случайно природа страдает —
У дорог догорают кусты.
О, земля! Что тебе не хватает?
Чистоты...чистоты...чистоты.

Каждый плачет, когда потеряет,
Поминая былые мечты...
О, душа! Что тебе не хватает?
Чистоты! Чистоты! Чистоты!

2002

**О доброте бессмысленны
слова...**

О доброте бессмысленны слова,
Коль дальше слов не двинулся ни рау.
А ветерок, меня поцеловав,
Целует где-то хворого проказой.

Природа и зверей и птиц роднит,
И людям о любви своей напоминает.
Один и тот же пилигрим-родник
И праведника, и меня напоит.

Березы плачут от людей лихих,
О людях добрых думая, наверно.
Но нет берез и для сажавших их,
И для того, кто им же режет вены.

А птицы, птицы, только прочь зима,
Уже летят, кричат в полете быстром.
Тому, кто смотрит, шапки понимаю,
Тому, кто подпускает их на выстрел.

Природа-мать, прими меня к себе,
Готов тебе я послужить с любовью.
Но не звездой, глядящей с небес,
Глотком воды для путника любого.

1980

Евгений Евтушенко

Благодарность

М.В.

Она сказала: «Он уже уснул!», —
задернув полог над кроватью сына,
и верхний свет неловко погасила,
и, съжившись, халат упал на стул.

Мы с ней не говорили про любовь,
Она шептала что-то, чуть картавя,
звук «р», как виноградину, катая
за белою оградой зубов.

«А знаешь: я ведь плюнула давно
на жизнь свою... И вдруг так огоршить!
Мужчина в юбке. Ломовая лошадь.
И вдруг — я снова женщина... Смешно?»

Быть благодарным — это мой был долг.
Ища защиту в беззащитном теле,
зарылся я, зафлаженный, как волк,
в доверчивый сугроб ее постели.

Но, как волчонок загнанный, одна,
она в слезах мне щеки обшпала.
и то, что благодарна мне она,
меня стыдом студеным обжигало.

Мне б окружить ее блокадой рифм,
теряться то, бледнея, то краснея,
но женщина! меня! благодарит!
за то, что я! мужчина! нежен с нею!

Как получить в мире так могло?
Забыв про смысл ее первопричинный,
мы женщину сместили. Мы ее
уносили до равенства с мужчиной.

Какой занятный общества этап,
коварно подготовленный веками:
мужчины стали чем-то вроде баб,
а женщины — почти что мужиками.

О, господи, как стиб ее плеча
мне вмялся в пальцы голодно и голо
и как глаза неведомого пола
преображались в женские, крича!

Потом их сумрак полузаволок.
Они мерцали тихими свечами...
Как мало надо женщине — мой Бог! —
чтобы ее за женщину считали.

1968

Булат Окуджава

**Не сольются никогда зимы
долгие и лета...**

Не сольются никогда зимы долгие и лета:
у них разные привычки и совсем несхожий вид.
Не случайны на земле две дороги — та и эта,
та натруживает ноги, эта душу бередит.

Эта женщина в окне в платье розового цвета
утверждает, что в разлуке невозможно жить без слез,
потому что перед ней две дороги — та и эта,
та прекрасна, но напрасна, эта, видимо, всерьез.

Хоть разбейся, хоть умри — не найти верней ответа,
и куда бы наши страсти нас с тобой не завели,
неизменно впереди две дороги — та и эта,
без которых невозможно, как без неба и земли.

1989

Иван Тургенев

**Заметила ли ты, о друг мой
молчаливый...**

Заметила ли ты, о друг мой молчаливый,
О мой забытый друг, о друг моей весны,
Что в каждом дне есть миг глубокой, боязливой,
Почти внезапной тишины?

И в этой тишине есть что-то неземное,
Невыразимое... душа молчит и ждет:
Как будто в этот миг все страстное, живое
О смерти вспомнит и замрет.

О, если в этот миг невольною тоскою
Стеснитесь грудь твою и выступит слеза...
Подумай, что стою я вновь перед тобою,
Что я гляжу тебе в глаза.

Любовь погибшую ты вспомни без печали;
Прошедшему, мой друг, предаться не стыдись...
Мы жизни хоть на миг друг другу руки дали,
Мы хоть на миг с тобой сошлись.

1842

Елена Филатова

Старым друзьям

Мелькают по кругу то дом, то работа.
Живём мы по миру взвзрос.
Но прочно меж нами любви и заботы
Натянут страхомочный трос.

Тут ставим вопрос, там решаем задачу.
Года — как сквозь пальцы вода.
Бывает, что кони безудержно скачут,
И избы горят иногда.

Не важно, что нам гороскопы пророчат —
Дорожек пуд соли давно.
«Чем дольше живём мы, тем годы короче»,
Но тем драгоценней вино.

Влекума аллюзией неудержимой,
В конце я на стиль наплюю:
Пусть вечно живёт наш союз нерушимый!
Я так вас, девочки, люблю!

2016

Любовь

Любовь имеет свойство прорываться,
Сметать любых сомнений рубежи.
Дождём златым на смертных проливаться
И преступать сословные межы.

Так прут былинки через слой асфальта,
Свет солнца — через слой тяжёлых снегов.
Так точит капля цитадель базальта,
Так истина срывает лжи покров.

Так бешеной весной воды мчатся,
Освобождаясь от ледяных оков...
И радо сердце с облегченьем садится
На милость её яростных полков!

2016



Профессору В.В. Волкову — 95 лет

< стр. 1

Однако наиболее резонансными оказались другие наши работы 70-х гг. (совместно с Р.И. Короленковым) об измерении в эксперименте ликворного давления в зрительном нерве у кролика (по методике, рекомендованной нам академиком Самойловым Владимиром Олеговичем). Моим ставшим докладом на эту тему в Иерусалиме (1998) очень заинтересовался немецкий ученый J. Jonas (Германия), а несколько позже — ученый из США J. Berdahl et al. и Китай N. Wong, которые до сих пор, т.е. 40 лет спустя, ссылаются на наш приоритет. Причем именно эти исследования структуры ДЗН лежат сейчас в основе так называемого «золотого стандарта» диагноза глаукомы (R. Weinreb, 2003). Варианты нашей вакуум-периметрической пробы на устойчивость решетчатой мембраны диска зрительного нерва к компрессии уже на протяжении многих лет используются не только в нашей клинике, но и в клиниках Волгограда, Челябинска, Санкт-Петербурга. Остаются, однако, потребность в разработке промышленных образцов аппаратуры, необходимой для пробы.

О моем участии в совершенствовании методики исследования зрительных функций и в изучении эргономики зрительного труда можно судить по двум монографиям: «Эргономика зрительной деятельности человека» в соавторстве с А.В. Луизовым и Б.В. Овчинниковым, изд-во «Машиностроение» (1981) и «Функциональные методы исследования в офтальмологии» в соавторстве с А.М. Шамшиновой, изд-во «Медицина» (1988, 2004).

Не менее важным было создание и внедрение в практику первого в стране «Атласа по визоконстрастметрии» (изд. ЦВМУ МО, в соавторстве с Ю.Е. Шелениным и Л.Н. Колесниковой), набора оригинальных тестов для исследования порогов цветоразличения отдельно на каждый из трех основных цветопримесных глаза (в соавторстве с Е.Н. Юстовой и др.), аккомодометров по А.Б. Парпарову, а также внедрение метода измерения тонической аккомодации с помощью кобальтового стекла по Л.Н. Колесниковой, путем предельного черно-белых решеток, варьируемых по частоте и контрасту,

В 1982 г. за организацию лечения пострадавших при боевых действиях в Афганистане указом Президиума Верховного Совета СССР профессор В.В. Волков удостоен звания Героя Социалистического Труда. В 1986 г. за работы по созданию банков тканей для их хранения удостоен Государственной премии СССР.

За период работы в действующей армии в годы Великой Отечественной войны (1941-1945) награжден орденами Отечественной войны I и II степени, тремя орденами Красной Звезды, болгарским орденом «Червоно знамя», медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За оборону Ленинграда», «За оборону Сталинграда», «За взятие Буржуевых» по частоте и контрасту,

Уважаемый Вениамин Васильевич!

Редакция газеты «Поле зрения» и издательство «АПРЕЛЬ» сердечно поздравляют Вас с 95-летним юбилеем!

Вы внесли значимый личный вклад в развитие современной офтальмологии, в полной мере реализовав свой богатый творческий потенциал. На протяжении своей профессиональной деятельности Вы ярко проявили себя на научном и лечебном поприще. Особенно важно, что Вы не только продолжаете плодотворную творческую деятельность, но и щедро делитесь своим бесценным опытом. Вы бесспорно завоевали искреннюю любовь коллег и пациентов. Такое признание — большая, заслуженная награда за Ваш щедрый, многогранный талант, профессиональное мастерство, верность избранному пути. В самые сложные, драматические периоды Вы преданно служили и служите Отечеству. Ваше неустанное внимание воспитанию подрастающего поколения на высоких идеалах гуманизма, справедливости и добра вызывает чувство глубокого уважения. Мы высоко ценим Ваше заинтересованное отношение к газете «Поле зрения». Надеемся на дальнейшее продолжение плодотворного сотрудничества.

Желаем крепкого здоровья, долголетия и творческих успехов!

В 2005 г. награжден большой золотой медалью им. Н.И. Пирогова; в 2006 г. решением Международного биографического центра (Кембридж) награжден серебряной медалью им. Марии Склодовской-Кюри, в 2007 — «Бриллиантом Да Винчи». В 2011 г. Президент РФ вручил орден «За заслуги перед Отечеством IV степени». В 2010 г. В.В. Волков был награжден медалью «За достижения в офтальмологии» (Distinguished Service Gold Medal in Ophthalmology), присуждаемой Международной академией достижений в офтальмологии (International Academy for Advances in Ophthalmology), а в России Президиума Верховного Совета СССР профессор В.В. Волков удостоен звания Героя Социалистического Труда. В 1986 г. за работы по созданию банков тканей для их хранения удостоен Государственной премии СССР.

В 1982 г. за организацию лечения пострадавших при боевых действиях в Афганистане указом Президиума Верховного Совета СССР профессор В.В. Волков удостоен звания Героя Социалистического Труда. В 1986 г. за работы по созданию банков тканей для их хранения удостоен Государственной премии СССР.

За период работы в действующей армии в годы Великой Отечественной войны (1941-1945) награжден орденами Отечественной войны I и II степени, тремя орденами Красной Звезды, болгарским орденом «Червоно знамя», медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За оборону Ленинграда», «За оборону Сталинграда», «За взятие Буржуевых» по частоте и контрасту,

В 2005 г. награжден большой золотой медалью им. Н.И. Пирогова; в 2006 г. решением Международного биографического центра (Кембридж) награжден серебряной медалью им. Марии Склодовской-Кюри, в 2007 — «Бриллиантом Да Винчи». В 2011 г. Президент РФ вручил орден «За заслуги перед Отечеством IV степени». В 2010 г. В.В. Волков был награжден медалью «За достижения в офтальмологии» (Distinguished Service Gold Medal in Ophthalmology), присуждаемой Международной академией достижений в офтальмологии (International Academy for Advances in Ophthalmology), а в России Президиума Верховного Совета СССР профессор В.В. Волков удостоен звания Героя Социалистического Труда. В 1986 г. за работы по созданию банков тканей для их хранения удостоен Государственной премии СССР.

В 1982 г. за организацию лечения пострадавших при боевых действиях в Афганистане указом Президиума Верховного Совета СССР профессор В.В. Волков удостоен звания Героя Социалистического Труда. В 1986 г. за работы по созданию банков тканей для их хранения удостоен Государственной премии СССР.

За период работы в действующей армии в годы Великой Отечественной войны (1941-1945) награжден орденами Отечественной войны I и II степени, тремя орденами Красной Звезды, болгарским орденом «Червоно знамя», медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За оборону Ленинграда», «За оборону Сталинграда», «За взятие Буржуевых» по частоте и контрасту,

В 2005 г. награжден большой золотой медалью им. Н.И. Пирогова; в 2006 г. решением Международного биографического центра (Кембридж) награжден серебряной медалью им. Марии Склодовской-Кюри, в 2007 — «Бриллиантом Да Винчи». В 2011 г. Президент РФ вручил орден «За заслуги перед Отечеством IV степени». В 2010 г. В.В. Волков был награжден медалью «За достижения в офтальмологии» (Distinguished Service Gold Medal in Ophthalmology), присуждаемой Международной академией достижений в офтальмологии (International Academy for Advances in Ophthalmology), а в России Президиума Верховного Совета СССР профессор В.В. Волков удостоен звания Героя Социалистического Труда. В 1986 г. за работы по созданию банков тканей для их хранения удостоен Государственной премии СССР.

В 1982 г. за организацию лечения пострадавших при боевых действиях в Афганистане указом Президиума Верховного Совета СССР профессор В.В. Волков удостоен звания Героя Социалистического Труда. В 1986 г. за работы по созданию банков тканей для их хранения удостоен Государственной премии СССР.

За период работы в действующей армии в годы Великой Отечественной войны (1941-1945) награжден орденами Отечественной войны I и II степени, тремя орденами Красной Звезды, болгарским орденом «Червоно знамя», медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За оборону Ленинграда», «За оборону Сталинграда», «За взятие Буржуевых» по частоте и контрасту,

Работы по физиологии зрения, в том числе физиологической оптике, зрительному утомлению, коррекции зрения и экспрессивности составили 17%. В стране по нашей инициативе введена визоконстрастметрия.

15% всех научных работ были посвящены проблеме глаукомы, включая все ее аспекты (от патогенеза, диагностики до лечения). Наша концепция глаукомы псевдонормального давления поддержана учеными из Германии (J. Jonas), из США (C.J. Berdahl) и из Китая (N. Wang).

17% работ посвящены использованию отечественных лазеров в офтальмологии, главным образом, в лечении внутриглазных опухолей. Среди прочих следует упомянуть работы по биомеханике глаза, в том числе по исследованию фотоупругости; работы в области устранения патологии слезоотведения; учебники, инструкции и справочная литература.

На 30 работ имеются авторские свидетельства и патенты на изобретения.

В перечень работ, представленных ниже, включены (под №№ 12, 14, 15, 17, 22) уникальный учебник «Общая и военная офтальмология» и учебные пособия для студентов, готовящихся быть военными врачами, работы под №№ 5, 10, 24, 25, 26 представляют собой учебные пособия для врачей, повышающих свою квалификацию в области офтальмологии.

Среди опубликованных работ 30 носят монографический характер. Перечень этих работ в хронологическом порядке:

1. «Основные понятия учения об астигматизме и комплексная методика исследования его по И.П. Кричагину», 1958 — 23 с. (лекция для слушателей ВМА), а также глава в книге Галкина Н.И. «Пособие по подбору очков», 1960 — 21 с.

2. «Принципы организации офтальмологической помощи в СА и ВМФ в военное время» (в соавторстве), 1968 — 50 с.

3. «Глазная симптоматика в эпохи» (справочник в соавторстве с И.Н. Никитиным), Изд-во «Медицина», 1972 — 175 с.

4. «Бета-лучевые повреждения», Изд. ВМА, 1970 — 160 с.

5. «Клиническое исследование глаза с помощью приборов» (в соавторстве с А.И. Горбанем и О.А. Джалнашвили), Изд-во «Медицина», 1971 — 325 с.

HAAG-STREIT SURGICAL

СОБЕРИ СВОЙ МИКРОСКОП!

• ВПЕЧАТЛЯЮЩЕЕ КАЧЕСТВО ОПТИКИ HAAG-STREIT • УНИКАЛЬНЫЕ РАЗРАБОТКИ: ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ОКТ, 3D МИКРОСКОП • ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ



Stormoff®
group of companies

г. МОСКВА, УЛ. ПАСКОВОЙ 11А; ТЕЛ.: (495) 780 7691; +7 (916) 647-69-35

OKO@STORMOFF.COM

6. «Изотоподиагностика внутриглазных опухолей» (глава в монографии Э.О. Котелянского «Внутриглазные опухоли»), М., Медицина, 1974 – 12 с.

7. «Операции при заболеваниях сетчатой оболочки». Глава в книге «Руководство по глазной хирургии», М., Медицина, 1976 – 35 с.

8. «Боевые повреждения глаз». Статья в БМЭ, 1977, т. 6 – 10 с.

9. «Наружная дакриоцисторинотомия» (в соавторстве с М. Султановым), Изд-во «Медицина», 1975 – 102 с.

10. «Клиническая визометрия и рефрактометрия (в соавторстве с А.И. Горбанем и О.А. Джалишвили), Изд-во «Медицина», 1976 – 215 с.

11. «Комбинированные поражения глаз» (совместно с В.Г. Шилевым), Изд-во «Медицина», 1976 – 160 с.

12. «Офтальмология в работе войскового (корабельного) врача» (в соавторстве с В.С. Красновиловым), Изд. ВМА, 1974 – 64 с.

13. «Применение УЗ- и радиометрических (РЗ) исследований в комплексной диагностике внутриглазных опухолей» – Метод. рекомендации МЗ СССР, 1975 – 12 с.

14. «Заболевания и поражения глаз». Раздел в «Руководстве по военно-полевой терапии» (для стран СЭВ), 1986 – 25 с.

15. «Общая и военная офтальмология». Учебник (в соавторстве с В.Г. Шилевым), Л., 1980 – 384 с.

16. «Глаукома, преглаукома, офтальмогипертензия» (в соавторстве) – Л., Медицина, 1985 – 220 с.

17. «Поражения органа зрения ионизирующим излучением» (учебное пособие), Изд. ВМА, 1981 – 50 с.

18. «Диагностика и хирургическое лечение заболеваний слезотводящих путей в военных госпиталях» – Метод. рекоменд., М., Воениздат, 1980 – 28 с.

19. «Методы исследования и дифференциальная диагностика при экзофтальмах» (в соавторстве с В.Г. Шилевым) – Учебное пособие, Изд. ВМА, 1986 – 65 с.

20. «Эргономика зрительной деятельности человека» (в соавторстве с А.В. Луизовым и др.), Изд-во «Машиностроение», 1989 – 111 с.

21. «Криоконсервация и трансплантация роговицы» (в соавторстве), Киев, АН УССР, Изд-во «Наукова думка», 1986 – 150 с.

22. «Оказание помощи при сочетанных повреждениях средней зоны лица и глаз» (в соавторстве) – Учебное пособие, Изд. ВМА, 1989 – 38 с.

23. «Гемофтальм» (в соавторстве с А.В. Даниловым и Е.Г. Рапис) – Учебное пособие, Изд. ВМА, 1990 – 62 с.

24. «Физиологические основы цветового зрения и его нарушений» (в соавторстве с Е.Н. Юстиной и др.) – Сб. науч. трудов, Изд. АО «Русмед», М., 1993 – 36 с.

25. «Пособие по визоконтрастметрии». Методические рекомендации и атлас (в соавторстве с Ю.Е. Шелепиным), Изд-во ЦВМУ МО, 1988 – 13 с.

26. «Функциональные методы исследования в офтальмологии» (соавтор А.М. Шамшинова), Изд-во «Медицина», 1998, 2004 – 420 с.

27. «Глаукома при псевдонормальном давлении», Изд-во «Медицина», М., 2001 – 350 с.

28. «Офтальмохирургия с использованием полимеров» (в соавторстве), научный редактор В.В. Волков, Изд-во «Гиппократ», Санкт-Петербург, 2003, 2009 – 561 с.

29. «Глаукома открытоугольная», Медицинское информационное агентство, М., 2008 – 348 с.

30. «Интраокулярная офтальмогипертензия» – Пособие для интернов, Изд-во «Апрель», М., 2012 – 38 с.

31. «Простая глаукома» – Пособие в форме лекции для врачей-интернов, Изд-во «Апрель», М., 2011 – 72 с.

32. «Об электромагнитных излучениях, вредных здоровью, но порочных полезным глазам» (В исследованиях кафедры офтальмологии ВМА за период второй половины XX века), Изд. ВМА, 2013 – 40 с.

33. «Ocular traumatology» (автор F. Kuhn, научный редактор В.В. Волков), М., «Медицина», 2011 – 555 с.

Среди учеников профессора В.В. Волкова — 13 докторов медицинских наук (из них 11 профессоров), 46 кандидатов медицинских наук.

Дочери В.В. Волкова, Мария и Ирина, а также внучка Екатерина — врачи-офтальмологи, кандидаты медицинских наук. Врачи-офтальмологами работают также два племянника, В.И. Матвеев и Д.В. Ганин (оба кандидаты медицинских наук).

Дочь, Волкова Мария Вениаминовна, врач-офтальмолог. Родилась 4 октября 1948 г. в Ленинграде,

окончила 1-й Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова в 1972 г. по специальности «лечебное дело». Училась в клинической ординатуре и заочной аспирантуре по офтальмологии. Кандидат медицинских наук (1980), тема диссертации «Статистическая периметрия в зоне Бьеррума в диагностике первичной глаукомы». Занимает должность ассистента кафедры офтальмологии 1-го СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Является автором 20 научных работ.

Дочь, Рубцова (Волкова) Ирина Вениаминовна, врач-офтальмолог. Родилась 16 сентября 1958 г. в Ленинграде, в 1982 г. окончила 1-й Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова по специальности «лечебное дело». В 1992-1995 гг. училась в аспирантуре на кафедре офтальмологии 1-го ЛМИ, в 1996 г. стажировалась по нейроофтальмологии в США. Кандидат медицинских наук (1995), тема диссертации «Ранняя диагностика начальных нарушений прозрачности хрусталика». Занимает должность ассистента кафедры офтальмологии 1-го СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Член Санкт-Петербургского городского научного общества офтальмологов. Автор 25 научных работ.

Внучка, Краснощекова Екатерина Евгеньевна, врач-офтальмолог. Родилась 4 апреля 1979 г. в Ленинграде, в 2002 г. окончила 1-й СПбГМУ им. И.П. Павлова по специальности «лечебное дело». Кандидат медицинских наук (2009), тема диссертации «Периферические

витреохориоретинальные дистрофии и отслойка сетчатки у беременных: диагностика, лечение, выбор метода родоразрешения». В настоящее время работает врачом-офтальмологом в СПб ГБУЗ «Санкт-Петербургский городской консультативно-диагностический центр № 1», а также в территориальном диабетологическом центре. Автор 7 научных работ.

«Профессор В.В. Волков живет активной творческой жизнью, поражая нас, современников, необычайной работоспособностью, великодушием, эрудицией, доброжелательностью.

Вся жизнь Вениамина Васильевича посвящена служению Родине: в годы Великой Отечественной войны он защищал ее на полях сражений, в дальнейшем более 60 лет отдал кафедре офтальмологии Военно-медицинской академии, воспитав целую плеяду блестящих офтальмологов.

Фундаментальные исследования в таких разделах офтальмологии, как организация специализированной помощи в Вооруженных Силах, травматология, ожоги глаз, витреоретинальная патология, глаукома, онкология, физиология зрения, эргономика, патология слезоотведения, применение лазеров, сделали его одним из авторитетнейших офтальмологов в отечественной и мировой офтальмологии».

Материал подготовил почетный доктор Военно-медицинской академии, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор В.О. Самойлов

ФОТОРЕПОРТАЖ

Патриарху отечественной офтальмологии посвящается

Глава 1. Начало пути



В.Ф. Волков, отец В.В. Волкова



Маленький Венья с отцом



Одноклассники. 5 класс



С сестрой Таисией



Практические занятия ведет профессор В.Н. Долганов



Курсанты ВМА перед экскурсией в музей

Глава 2. Фронтовые будни



Участники боев за освобождение Украины — старший и младший врачи 103 гв. ст. полка, капитан Волков и ст. л-т. Романов. На левом снимке в 1944 г. на правом — 40 лет спустя



Медицинское хозяйство Волкова



Победный Май 45-го. Вена



Капитан медицинской службы В.В. Волков после награждения первым орденом «Красной Звезды»



Совещание военных медиков 34 гв. ст. дивизии перед Будапештской операцией. Конец 1944 г.



Глава 3. Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова



Кафедра офтальмологии ВМА им. С.М. Кирова. 1948 г.



Б.Л. Поляк в учебной операционной



Начальник кафедры офтальмологии ВМА им. С.М. Кирова Б.Л. Поляк



Б.Л. Поляк в перевязочной



М.Б. Чутко



И.П. Кричагин

Глава 4. Руководство кафедрой офтальмологии ВМА им. С.М. Кирова (1967–1989 гг.), работа заведующим межотраслевой НИЛ (1990-1999 гг.), профессором кафедры офтальмологии ВМА



Профессор В.В. Волков — начальник кафедры офтальмологии в 1967–1989 гг.



Сотрудники кафедры. 1975 г.



Преподаватели кафедры и слушатели факультета руководящего состава. Середина 1980-х годов



Сборы главных офтальмологов округов и флотов МО СССР. Львов, 1989 г.



Конференция офтальмологов, посвященная 60-летию профессора В.В. Волкова. Великий Новгород, 1981 г.



В.В. Волков проводит занятия со слушателями кружка



А.А. Куглеев, О.А. Джалишвили, М.М. Шишкин, В.В. Волков, В.Ф. Даниличев, Э.В. Бойко, Ю.А. Щербук. 2003 г.



Преемственность поколений: ученики проф. В.В. Волкова — начальники кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии. Слева направо: М.М. Шишкин, В.В. Волков, В.Ф. Даниличев, Э.В. Бойко. 2002 г.

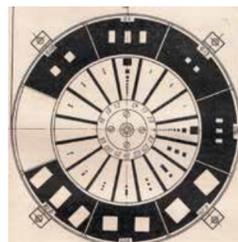
Глава 5. Вклад в науку

Физиология органа зрения

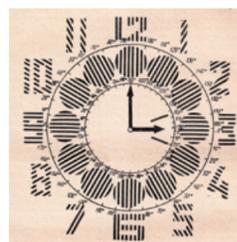
В.В. Волков участвовал в работе по автоматизации субъективных методов исследования астигматизма (созданы астигмоптомметр и астигмовизометр); в создании приемов регистрации аккомодации на близкие и далекие расстояния; в создании таблиц для визоконтрастометрии, пороговых таблиц для исследования цветоощущения, простейших устройств для статической периметрии центрального поля зрения.



В.В. Волков демонстрирует работу механизированного астигмоптомметра. 1961 г.



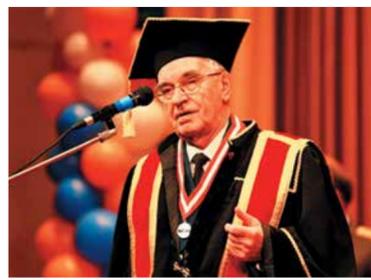
Визометр с оптотипами В.В. Волкова



Комбинированная астигматическая фигура Н.А. Кривенковой



Профессором В.В. Волковым была создана научно-исследовательская лаборатория специальных средств коррекции



Почетный доктор Военно-медицинской академии. 2006 г.



Профессор В.В. Волков – автор более 800 публикаций, из них – 37 монографий (глав), учебников, учебных пособий



Сотрудник Института физиологии им. акад. И.П. Павлова РАН Ю.Е. Шелепин, профессор В.В. Волков, Н. Павлов, доцент Л.Н. Колесникова в кабинете офтальмоэргоники



1989



1998, 2004



2003, 2009



В.В. Волков у профессора А.М. Шамшиновой в МНИИ ГБ им. Гельмгольца. Сотрудники чествуют профессора Ю.З. Розенблюма по случаю его юбилея

Исследование глаукомы

При непосредственном участии В.В. Волкова создана оригинальная концепция патогенеза этой клинической формы заболевания, учитывающая системное артериальное давление и тканеликворное давление в зрительном нерве; разработана прогностическая вакуум-периметрическая проба для оценки стабилизации процесса.



Профессор J.E. Grunwald (Германия) и профессор В.В. Волков в президиуме Международной конференции «Глаукома и псевдоэкзофилиативный синдром». Польша, 1999 г.



1985



2001



2008



Профессор В.В. Волков в президиуме Международной конференции «Проблемные вопросы глаукомы». 2014 г.

Монографии по глаукоме. В настоящее время прогиб решетчатой мембраны признан «золотым стандартом» диагностики. Классификация глаукомы, предложенная В.В. Волковым, близка к международной

Внедрение лазеров в офтальмологию

В.В. Волков участвовал в разработке лазерных установок с использованием серии излучателей из ИК-области спектра; в создании корнео-склерального коагулятора; в разработке принципов выбора оптимальных параметров лазерного излучения с учетом особенностей офтальмохирургической задачи.



Профессор В.В. Волков и академик АМН М.М. Краснов — пионеры внедрения лазеров в офтальмологию. 1982 г.

Слева: Один из первых офтальмологических лазеров, разработанных на кафедре совместно с ГОИ им. С.И. Вавилова. 1984 г.



Профессор В.В. Волков на Международной конференции по лазерной и электронной оптике. Анахайм, США, 1988 г.



Член-корреспондент РАН, профессор М.М. Мирошников, профессор Ю.Е. Шелепин, профессор В.В. Волков. 2009 г.

Онкология

При участии В.В. Волкова совместно с Радиевым институтом АН СССР создан первый в стране офтальмологический бета-аппликатор на основе Sr90 (докторская диссертация В.В. Волкова «Действие на глаз бета-излучения и возможности использования его в офтальмологии с целью диагностики и лечения», 1965 г.). Совместно с ГОИ (Ю.Д. Березиним, Я.Л. Кулаковым) при участии В.В. Волкова создан первый лазерный офтальмоонкокоагулятор «Ладога-Неодим».



Президиум первого Международного симпозиума, посвященного внутриглазным опухолям. Слева направо: профессор М. Zaksenveger (ГДР), профессор В.В. Волков, профессор F.C. Blodi (США). 1981 г.



Монография В.В. Волкова в соавторстве с В.Г. Шилиевым. 1986 г.



В кулуарах съезда в Волгограде. В.В. Волков, Н.А. Пучковская, О.А. Джалишвили, Б.И. Вайнштейн. 1966 г.



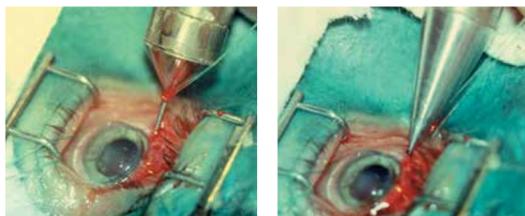
Монография, 1970 г.

Ожоги

Создана клиническая классификация ожогов глаз (1972). Внедрены в клиническую практику urgentные и отсроченные оптико-реконструктивные операции при тяжелых ожогах глаз (совместно с В.Ф. Даниличевым, Н.А. Ушаковым). Детально изучены комбинированные (многофакторные) поражения глаз (совместно с В.Г. Шиляевым). Изучен раневой процесс при загрязнении радиоактивными веществами, СВЧ-поражениях глаз.

Вклад в исследование проблемы механической травмы глаза

В.В. Волков обосновал, разработал и внедрил трансквитреальный метод извлечения осколков из труднодоступных зон глазного яблока (1968); метод радикальной витреопуэктомии при гнойных посттравматических эндофтальмитах (1979); создал и апробировал первые в мире офтальмоэндоскопы на гибком стержне (в соавторстве с А.В. Даниловым); доказал необходимость оказания высокотехнологичной помощи при боевой офтальмологической травме, минуя многоэтапность.



Удаление металлического осколка через плоскую часть цилиарного тела с помощью магнита — прототип закрытой витрэктомии. Технологии были разработаны одновременно с ведущим офтальмотравматологом мира Н. Neubauer. 1968 г.



Профессоры И.Э. Темиров, Н.А. Юшко, В.В. Волков в президиуме конференции. Ростов-на-Дону, 1988 г.



К.м.н. О.В. Шиловских, профессор В.В. Волков, профессор Х.П. Тахчиди



Слева направо:
В фундаментальном труде «Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане 1979-1989 гг.» (2004 г.) отражен мировой приоритет сотрудников кафедры в оказании витреального пособия раненым.
Первые публикации в отечественной литературе новой классификации механической травмы глазного яблока.
Монография Ф. Куна под научной редакцией В.В. Волкова (2010 г.) способствовала переходу на международную классификацию механической травмы глаза.
Монография В.В. Волкова, изданная в 2016 г., демонстрирует силу духа юбиляра.

Глава 6. Научная школа В.В. Волкова

Профессор В.В. Волков был консультантом и научным руководителем 13 докторских и 47 кандидатских диссертаций.



В.В. Волков со своими учениками. Слева направо: профессора — Е.Е. Сомов, Л.И. Балашевич, Э.В. Бойко, Р.Л. Трояновский, М.М. Шишкин, А.И. Журавлев



Проф. Р.Л. Трояновский, В.Д. Лугина, проф. Т.А. Имшенецкая, доцент Р.И. Коровенков, проф. М.М. Дронов. За проф. В.В. Волковым — член-корр. РАН Е.И. Сидоренко



Сотрудники кафедры офтальмологии. 2013 г.

Глава 7. Общественное признание



Д.А. Медведев вручает В.В. Волкову орден «За заслуги перед Отечеством IV степени». 2011 г.



Поздравления от сотрудников МНТК и его филиалов. 2016 г.



Патриарх отечественной офтальмологии — профессор В.В. Волков



В.В. Волков стреляет из гаубицы в день своего 90-летия. 20 января 2011 г.



Поздравления от председателя Законодательного собрания Санкт-Петербурга В.С. Макарова

Глава 8. Семья



С женой Верой Васильевной



С женой и дочерью Марией



В день юбилея в окружении родных людей

Современные направления диагностики и коррекции рефракционных нарушений

«Осенние рефракционные чтения» — VI Симпозиум с международным участием

20-21 ноября 2015 года, Москва

Организаторами симпозиума выступили: Российская академия наук, ФГБНУ «НИИГБ», Академия медицинской оптики и оптометрии.

В работе VI Симпозиума «Осенние рефракционные чтения – 2015» приняли участие более 700 человек. Темы, вынесенные на обсуждение, были подготовлены, исходя из последних современных тенденций, и представлены ведущими специалистами в области офтальмологии и оптометрии. Первый день симпозиума был посвящен темам: «Рефракционные нарушения: анатомо-функциональное состояние глаза по данным современных методов исследования», «Современные возможности коррекции рефракционных нарушений». Во второй день симпозиума обсуждались вопросы по контактной коррекции зрения и проблемной контактологии.

С вступительным словом выступил директор ФГБНУ «НИИГБ», академик РАН, профессор С.Э. Аветисов, обозначивший главные вопросы, которые предстояло обсудить в ходе симпозиума. В настоящее время наблюдается повышенный интерес к проблеме распространенности рефракционных нарушений. «Этот отдел офтальмологии оказывает человечеству больше услуг (численно), чем вся офтальмология; нет в мире человека, который хотя бы однажды в жизни не прибег к помощи оптики», — писал М.И. Авербах.

Модератором по первому блоку вопросов выступил заместитель директора по научным вопросам, профессор В.Р. Мамиконян.

Интерес к проблеме обусловлен не только широким распространением рефракционных нарушений, но и значением в первичной (дифференциальной) диагностике причин зрительных расстройств; наличием методов выбора коррекции, обеспечивающих практически 100% «курабельность» рефракционных нарушений. Внимание к вопросу также продиктовано исторической дискутабельностью правомерности внедрения в клиническую практику принципиально новых методов хирургической коррекции (например, интраокулярной коррекции афакии, радиальной кератотомии и т.д.).

«Рефракционные нарушения — дефекты оптической системы глаза, которые проявляются в различной степени дефокусировки лучей света относительно сетчатки вследствие определенного сочетания анатомо-оптических элементов глаза в результате рефрактогенеза и/или их изменений в результате заболеваний и различных методов лечения», — с этой формулировкой академик РАН С.Э. Аветисов начал краткий экскурс в существующие проблемы, позволяющее получить основные представления о рассматриваемом вопросе.

Современные тенденции развития технологий диагностики и мониторинга рефракционных нарушений представлены комплексом, включающим топографическую керато- и пахиметрию; ОКТ переднего отрезка, конфокальную микроскопию; «фискационную» авторефрактометрию «открытого поля»; 3D УЗ-исследование, УЗ-биомикроскопию, формирование оптических срезов; объективную



Директор ФГБНУ «НИИГБ», академик РАН, профессор С.Э. Аветисов



Заместитель директора по научным вопросам ФГБНУ «НИИГБ», профессор В.Р. Мамиконян (справа), к.м.н. А.А. Антонов (ФГБНУ «НИИГБ»)



Профессор Е.П. Тарутта (ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца»)



Профессор В.М. Шелудченко, И.А. Новиков (ФГБНУ «НИИГБ»)



Профессор Н.Н. Пивоваров (Италия), директор Академии медицинской оптики и оптометрии, профессор А.В. Мягков (Москва)



К.м.н. А.Р. Хурай (РНИМУ им. Н.И. Пирогова), к.м.н. Н.П. Парфенова (Академия медицинской оптики и оптометрии)



Профессор В.Р. Мамиконян, академик РАН, профессор С.Э. Аветисов, профессор В.П. Еричев (ФГБНУ «НИИГБ»)

аккомодацию; двунаправленную пневмоапланацию роговицы и эластотометрию. Критерии оценки методов коррекции рефракционных нарушений базируются на возможности точного дозирования и изменения силы коррекции, на степени влияния на величину ретинального изображения; возможности достижения призматического эффекта и эффекта мультифокальности; «качестве» поверхности, изменяющей рефракцию глаза; потенциальной опасности возникновения побочных симптомов и осложнений; доступности и «эргономичности». Докладчик остановился как на традиционных методах коррекции рефракционных нарушений, так и на хирургических методах коррекции,

наиболее значимых научно-практических достижений последних лет. Принципиальная последовательность применения различных методов коррекции для достижения стратегического эффекта: очковые линзы, контактные линзы, кератокоррекция, на степени влияния на величину ретинального изображения; возможность достижения призматического эффекта и эффекта мультифокальности; «качестве» поверхности, изменяющей рефракцию глаза; потенциальной опасности возникновения побочных симптомов и осложнений; доступности и «эргономичности». Докладчик остановился как на традиционных методах коррекции рефракционных нарушений, так и на хирургических методах коррекции,

правомерность применения кератокоррекции хирургических вмешательств у детей. Далее докладчик подробно остановился на вопросе, связанном с осевыми «экстремальными» аметропиями, структурными нарушениями изза существенных изменений размеров переднезадней оси. Академик РАН С.Э. Аветисов коснулся вопроса терминологии и предложил варианты на обсуждение: гиперактивный глазной синдром, связанный с миопией высокой степени (прогрессирующей), макулопатией, ПВХРД ... + сопутствующие заболевания. И гипоксимальный глазной синдром: гиперметропия высокой степени, макрофакция, микрокорея, закрытоугольная глаукома ... + сопутствующие заболевания.

В докладе профессора Е.П. Тарутты (Москва) «Объективная аккомодация и ее клиническое значение» была представлена методика объективной оценки тонуса покоя аккомодации по ее «темновому фокусу». В ходе разработки методики объективной проверки записов относительной аккомодации (ЗОА) было установлено, что субъективно определенные ЗОА нередко бывают завышены вследствие чтения в условиях дефокуса, а также выключения парного глаза из зрительного акта. Разработанный способ объективной одновременной регистрации прямой и содружественной аккомодации парных глаз помог объективно установить факт содружественной аккомодации нефизирующего глаза. Было

подтверждено отставание прямой аккомодации (аккомодационного ответа) к объекту, расположенному на расстоянии 33 см, и выявлено синхронное с ним отставание содружественной аккомодации. Впервые была проведена объективная аккомодометрия при содружественном косоглазии. При всех формах косоглазия, как при наличии амблиопии, так и при ее отсутствии, выявлены изменения аккомодационного ответа, содружественной аккомодации, тонуса покоя аккомодации, не свойственные ортоотропии при любых видах рефракции.

О рефракционных нарушениях и биомеханических свойствах фиброзной оболочки рассказала И.А. Бубнова (Москва). Биомеханические показатели фиброзной оболочки глаза зависят от биометрических параметров глаза. При ранней диагностике экзатических заболеваний роговицы биомеханические показатели могут находиться в пределах нормальных значений. Для корректной оценки показателей ВГД следует учитывать биомеханические свойства фиброзной оболочки глаза, особенно у пациентов, ранее перенесших кератокоррекционные вмешательства.

С.В. Милаш (Москва) дал сравнительную оценку периферической рефракции после эксимерлазерной и ортокератологической коррекции миопии. При эксимерлазерной коррекции миопии максимальные значения дефокуса наблюдаются в крайней периферической зоне (30° к носу и виску от центра fovea), а при ортокератологической коррекции миопии — на средней периферии, в 15° к носу и виску от центра. В интактных глазах с миопией результаты периферической рефрактометрии и частично когерентной интерферометрии совпадают и в равной мере позволяют судить о контуре сетчатки в заднем полюсе глаза. После эксимерлазерной и ортокератологической коррекции миопии результаты периферической рефрактометрии и частично когерентной интерферометрии расходятся. Первая выявляет выраженный периферический миопический дефокус, индуцированный измененной топографией роговицы, в то время как вторая — гиперметропический дефокус, свойственный интактным глазам с миопией.

М.В. Епишина (Москва) обозначила состояние периферических отделов сетчатки и глазного кровотока на фоне ортокератологической коррекции миопии. Использование ОКЛ в ночном режиме не оказывает отрицательного влияния на состояние глазного дна у детей с миопией. Появление ПВХРД отмечено в 8,1% глаз у 9,1% пациентов, в группе сравнения — в 23,3% глаз у 30% пациентов. Прогрессирование дистрофического процесса в глазах с ПВХРД на фоне ночной ортокератологии отмечено в 19,3% случаев. Аксиальные и горизонтальные размеры глаз с ПВХРД достоверно больше, чем при несложной миопии. Подтверждена неравномерная динамика биометрических параметров глаза на фоне ОКЛ: увеличение ПД в 2,7 раза превышает рост ПЗО: 1,36 и 0,5 мм соответственно. Впервые проведенное исследование глазного кровотока на фоне использования ночных ОКЛ-линз не выявило его существенных изменений. В ранние сроки от начала ОК-коррекции отмечено незначительное снижение максимальной систолической скорости кровотока в глазничной артерии, тенденция к снижению этого показателя в центральной артерии сетчатки (ЦАС) и медиальных задних коротких цилиарных артериях (ЗКЦА) и незначительное повышение — в латеральных ЗКЦА. Через год использования ОКЛ-линз все исследованные показатели



Директор Академии медицинской оптики и оптометрии, профессор А.В. Мягков (Москва)



К.м.н. Е.И. Демина



Д.м.н. С.И. Харлап (ФГБНУ «НИИГБ»)



Д.м.н. О.В. Проскурна (ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца»)



И.А. Бубнова (ФГБНУ «НИИГБ»)



К.м.н. Н.В. Майчук (ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»)



гемодинамики возвращаются к исходному уровню, а Vyst в ЦАС незначительно превышает последний.

В своем выступлении А.А. Антонов (Москва) дал практические рекомендации повышения точности тонометрии: тщательное соблюдение методики измерения; использование доступного метода исследования биомеханических свойств фиброзной оболочки или определенные роговично-компенсированного ВГД; контроль состояния роговицы и слезной пленки; при рубцах роговицы использование неапланационных методов тонометрии; регистрация суточных колебаний офтальмотонуса; измерение толщины роговицы и величины переднезадней оси глаза; применение неапланационных методов тонометрии.

Второй блок вопросов обсуждался под руководством профессора В.М. Шелудченко.

С докладом «Современные возможности улучшения переносимости контактных линз» выступила профессор Г.Б. Егорова (Москва), «Переносимость» контактных линз включает в себя не только субъективные ощущения пациента, но главным образом комплекс изменений глазной поверхности, возникающих в результате непосредственного контакта линзы с поверхностью роговицы и конъюнктивы.

Степень данных изменений и характеризует переносимость КЛ (устойчивость к воздействию линзы), что во многом зависит от индивидуальных особенностей физиологических механизмов адаптации.

Существуют возможности повышения переносимости КЛ: это совершенствование конструкции КЛ, которое сопряжено с достижением максимального соответствия внутренней поверхности линзы и поверхности роговицы и конъюнктивы; усовершенствование дизайна края КЛ, уменьшение толщины; синтезирование новых материалов с целью повышения газопроницаемости и улучшения качества поверхности, достижения оптимального модуля упругости.

При ношении КЛ необходимо использование слезозаместителей, стимуляторов репаративной регенерации, которые позволяют

уменьшить воздействие линз на глазную поверхность и повысить их переносимость. Тактика действий должна сводиться к стабилизации слезной пленки; увеличению обмена слезы в подлинзовом пространстве; восстановлению эпителиального слоя роговицы и конъюнктивы. Использование препаратов на основе гиалуроновой кислоты стимулируют процесс регенерации.

З.В. Сурина (Москва) выступила с предварительным сообщением «Состояние нервных волокон роговицы после операции LASIK». Основной вывод сводится к следующему постулату: предлагаемый алгоритм можно рассматривать в качестве метода объективной количественной прижизненной оценки НВР. После перенесенной операции LASIK у пациентов отмечается регенерация НВР, которая может длиться от 2 месяцев до двух-трех лет. Чем более поверхность расположена НВР, тем большее количество новообразованных отростков

можно визуализировать. Обычно регенерация таких отростков происходит в более ранние сроки, нежели регенерация глубже лежащих НВР.

Перспективы применения методики оценки состояния НВР на основе лазерной конфокальной биомикроскопии с помощью разработанного алгоритма имеют научную направленность: метод оценки состояния НВР при изменениях роговицы различного генеза (возможное препятствие — снижение прозрачности роговицы); возможность использования НВР в качестве маркера в диагностике и мониторинге полнейропатии различного генеза (онкология, СД, неврологические заболевания, гипотиреоз).

О перспективности разработки методов прямой оценки чувствительности роговицы рассказал И.А. Новиков (Москва).

Предварительные результаты, сделанные на основании использования виртуальных акустических моделей при анализе различных

вариантов клинических проявлений аметропии, были представлены д.м.н. С.И. Харлапом (Москва). Полученные данные указывают на существование возможности прижизненной морфологической и, вероятно, функциональной оценки состояния глаза, которая может быть представлена в виде его пространственного (объемного) «изображения», воссозданного при помощи цифрового акустического сканирования.

Витректомию получила широкое распространение в офтальмохирургии, и в настоящее время можно говорить о формировании достаточно объемного блока пациентов с авитректальными глазами. Об изменении анатомо-оптических элементов глаза в авитректальных глазах доложила С.В. Асатрян (Москва). После витректомии отмечен достоверный сдвиг клинической рефракции в сторону миопии, вероятно, обусловленный увеличением ПЗО и изменениями хрусталика. Данные ультразвуковой

«макула»
2016

20-22 мая 2016
РОСТОВ-НА-ДОНУ

VII ВСЕРОССИЙСКИЙ (И ЗАРУБЕЖЬЯ) СЕМИНАР
(«Круглые столы», кулуары и «подковырье»)

«Шульц» - в лазерной микрохирургии - 40 лет ростовской школе лазерной микрохирургии глаза. 12 лет нашим «МАКУЛАМ»

НАУЧНАЯ ТЕМАТИКА. Тематика и акценты на «круглом столе», в целом, прежние: абсолютно все, что имеет отношение любым заболеваниям макулы, фoveа, фoveолы - патогенез, клиника, лечение, систематизация и т.д.

- Выдержки из фундаментальных работ по (пато-) морфологии и (пато-) физиологии макулы.
- Точные методы оценки функций макулы. Проблемы достоверного и корректного прогноза зрительных функций после лечения.
- ЦСХРПатия - оптимальное лечение? Макулопатии: миопическая, диабетическая, возрастная. Принципы и методы лечения. Хирургическое лечение патологии макулы.
- Роль, место и тенденции развития «классической» лазеркоагуляции: принципы, тактика. Другие принципы лазерного лечения.
- Медикаментозное лечение (antiVEGF-и другие препараты): принципы, эффективность, проблемы, осложнения. AntiVEGF-терапия: перспективы монотерапии? Альтернативы?
- Макулопатии (или их рецидивы), вызванные хирургическим вмешательством - после рефракционной, катарактальной, витреоретинальной и других типов хирургии.
- Отдельные клинические наблюдения (демонстрации, парад мнений), «релакс-разминки» и «релаксы ретинолога». Видеосеминар «Фовеа-на-Дону-2016».

В рамках 7-ми «Круглых столов» предлагается 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; тел. оргкомитета: +7(863) 292-44-33; факс: +7(863) 295-03-86.



Профессор Jaime Paune Fabre (Испания)



Мастер-класс президента British Contact Lens Association (BCLA), профессора Brian Tompkins (Великобритания)



Профессор Martin Conway (Великобритания)

биомикроскопии указывают на увеличение параметров структур переднего отрезка глаза после витректоми. Это — трабекулоцикулярная дистанция, максимальная глубина презоулярного пространства задней камеры, объем презоулярного пространства задней камеры и длина волокон цинновой связи. По данным сканирующей проекционной топографии в отдаленные сроки после операции выявлено достоверное увеличение глубины передней камеры (в среднем на 0,5 мм). Данные 3D-ультразвукового сканирования свидетельствуют о достоверном увеличении переднезадней оси и объема хрусталика (на 0,61% и 14,77% соответственно).

Третий блок вопросов был представлен модератором, профессором Е.Н. Таруттой (Москва).

Открыл заседание, организатор конференции, директор Академии медицинской оптики и оптометрии (НОЧУ ДПО АМОиО), профессор А.В. Мягков (Москва). Тема доклада — «Тенденции развития контактной коррекции рефракционных нарушений».

В настоящее время практика подбора контактных линз ориентирована на линзы плановой замены. Частая замена линзы снижает вероятность возникновения осложнений. Использование специальных и кастомизированных КЛ позволяет специалистам корректировать зрение с максимальной возможной остротой. Кроме того, эти линзы значительно улучшают комфорт ношения КЛ при минимальной ответной реакции глаза. Специальные и кастомизированные КЛ могут быть использованы как для стандартных глаз, так и для сложных глаз, в том числе и с индуцированными аметропиями. Применяя в своей практике кастомизированные линзы, офтальмолог повышает свой профессиональный авторитет, становится более конкурентоспособным по отношению к специалистам, подбирающим только стандартные КЛ. Кастомизированные линзы расширяют границы пользователей КЛ, привлекают пациентов с нестандартными параметрами и/или отказавшихся от использования КЛ.

О роли методов прижизненной визуализации роговицы в определении тактики коррекции индуцированных рефракционных нарушений доложила Н.В. Майчук (Москва). Докладчик перечислила проблемы коррекции индуцированных рефракционных нарушений (ИРН): затруднение в оценке зрительных функций и состоянии глаза; отсутствие обобщения тактики коррекции; высокая частота интра- и послеоперационных осложнений; низкая предсказуемость рефракционного результата. В число особенностей ИРН входят: иррегулярный астигматизм, высокие значения аберраций высших порядков, наличие локального или тотального истончения роговицы,

нарушение метаболических процессов в роговице, специфические изменения фибро-целлюлярного каркаса роговицы, нарушение качества, количества СЖ и ее динамика, а также стабильности СП. Автором был проведен анализ фометрических параметров in vivo, а также коррекция ИРН с учетом особенностей роговицы. Применение методов прижизненной визуализации роговицы у пациентов с индуцированными рефракционными нарушениями является необходимым этапом в определении тактики коррекции и позволяет повысить безопасность хирургических вмешательств у пациентов с морфо-структурными изменениями роговицы.

Профессор В.М. Шелудченко (Москва) дал оценку современным способам определения качества зрения в рефракционной хирургии, используя субъективные и объективные методы. На основании анализа пришел к выводу, что величина качества зрения коррелирует с величинами остроты зрения, контрастной чувствительности и аберраций. По мнению докладчика, не следует забывать, что окончательно зрительный перцепт психологически обрабатывается. Клиническое применение методов оценки качества зрения в настоящее время переходит из состояния «идентификации» в состояние «клинических характеристик».

Новый подход к хирургическому лечению кератэктазии представила В.Р. Осипян (Москва). Бандажная лечебно-оптическая кератопластика (БЛОК) может применяться при начальных стадиях кератэктазии для восстановления толщины в истонченной зоне роговицы и остановки дальнейшего прогрессирования заболевания. Операция позволяет существенно повысить некорригированную остроту зрения и качество жизни пациентов. К преимуществам данного подхода следует отнести малоинвазивность и относительную безопасность метода, а также возможность предотвращения в дальнейшем применения радикальных видов кератопластики.

Академик РАН С.Э. Аветисов завершил пленарную часть первого дня конференции, представив 2 доклада: «Коррекция нарушений рефракции, индуцированных изменениями хрусталика при синдроме Марфана, возможно использование как традиционных, так и хирургических методов. Выбор метода коррекции зависит от нескольких факторов: степени эктопии хрусталика; величины миопии и наличия хрусталикового астигматизма; риска формирования амблиопии. Возможность полноценной

хирургической коррекции (в частности, репозиции капсульного мешка и эндокапсулярной фиксации ИОЛ) существенно зависит от сохранности цинновой связи. Во втором докладе «Компромиссный выбор оптической силы ИОЛ при односторонней афакии после ранней хирургии врожденных катаракт» докладчик выделил основное преимущество, которое сводится к потенциальной возможности применения переносимой очковой коррекции анизотропии. Недостатками принято считать возможные погрешности в расчете оптической силы «соразмерной» ИОЛ; эмпиричность выбора оптической силы стандартной ИОЛ; наличие непосредственно после операции гиперметропической рефракции. К противопоказаниям относятся микрофтальм или существенно меньшие размеры ПЗО по сравнению со «здоровым» глазом.

Вечернее заседание было посвящено теме «Рецепты успешной практики контактной коррекции зрения». Президент British Contact Lens Association (BCLA) Brian Tompkins (Великобритания) поделился со слушателями опытом успешной практики контактной коррекции зрения. Выступил профессор В. Tompkins очень откровенно от того, что принято считать традиционным. Во время его выступления не покидала мысль, что представление материала больше похоже не на «высокохудожественную литературу», а на «комиксы».

Вот, что сказал профессор Н.Н. Пивоваров (Италия): «Очень трудно выступать после Брайана, но просто метеор на наших посиделках. Вчера я испытал легкое потрясение (прим. ред. — Николай Николаевич дает комментарии по поводу выступления Брайана Томпкинса во второй день симпозиума). Представитель, взлетает Боинг-777, взрывает турбины, но вдруг включается микрофон: «Говорит команда корабля, сейчас я вам спую свою любимую песню «Лучше нету того свету». Примерно те же чувства я испытал вчера. Сегодня такого шока не было, или он поспирней стал, или я попривык. Прав Эйнштейн, который сказал, что каждый ученый, в конце концов, художник. Однако для меня все-таки «социалистический реализм» в науке — это абсолютная догма. Я понимаю «кубизм», «модернизм». Но как бы то ни было, Брайан — талантливый человек, и свою задачу — рекламы, пропаганды — он, конечно, выполнил. Это — забавно, но запоминается».

Во второй день конференции в программе было представлено на обсуждение 2 блока вопросов. Утреннее заседание возглавил модератор конференции, директор Академии медицинской оптики и оптометрии, профессор А.В. Мягков.

О полной коррекции зрения при ее «полной непереносимости» доложила Н.П. Парфенова (Москва).

Полная коррекция зрения необходима для достижения наилучших зрительных функций и качества жизни. В случаях неполной коррекции миопии создаются оптические предпосылки для формирования слабого аккомодационного рефлекса и слабости аккомодации; избыточной величины оптических аберраций внутри глаза, нарушающих работу центральных, парacentральных и периферических отделов сетчатки; излишнего рассеивания световых фотонов по рецепторному полю периферических отделов сетчатки, их стимулирующему влиянию на ее митогенетическое поле и рост заднего отрезка глаза. Гиперметропия после естественного процесса эмметропизации глаза (после 6-8 лет) должна быть скорректирована наиболее полно. К диагностическим возможностям относятся исследования: состояния бинокулярного зрения, корреспонденции сетчатки по Баголини, фузии и фузионных резервов, фузии, абсолютной аккомодации, относительной аккомодации и при его коррекции, связи аккомодации и конвергенции (АК/А), остроты зрения для близи. Лечебные возможности характеризуются восстановлением бинокулярного зрения методом разобщения аккомодации и конвергенции (аккомодационная нагрузка и релаксация), диплоптическим лечением. Лечение должно быть направлено на восстановление бинокулярного зрения при совмещении диплоптического способа лечения аппарата глаз спекл-структурной лазерного излучения — лазердиплоптическое лечение, а также стимуляция при пороговых значениях КЧСМ. Необходимо развивать фузионные резервы, тренировать относительную и абсолютную аккомодацию.

О концепции виртуальной диафрагмы и ее клиническом значении в офтальмологии доложил профессор Н.Н. Пивоваров (Италия). При коррекции рефракционных нарушений следует учитывать психофизиологические аспекты зрения. Глаз человека имеет эволюционно адаптированную оптику с допустимыми аберрациями и «думают» фотоленку. Предложенная монофакторная оптика с виртуальной диафрагмой открывает возможности использования в лечении пресбиопии, астигматизма, усиления контрастной чувствительности при глаукоме, амблиопии.

Jaime Paune Fabre (Испания) выступил с докладом «Индивидуальные линзы — основа профилактики осложнений». Нельзя не отметить лекцию Martin Conway (Великобритания) «Материалы контактной линзы: дизайн и перспективы развития».

Т.С. Митичкина (Москва) представила исследование слезной пленки на поверхности контактных линз.

«Рефракционные ошибки у пациентов с макулярной патологией» — тема доклада М.М. Архиповой (Москва). Врач-оптометрист нередко является первым и единственным врачом, к которому обращается пациент, носящий очки, при возникновении жалоб.

Многообразие, сложность и дороговизна современной очковой коррекции требует от врача предельной точности при оценке клинической рефракции. Информированность пациента о причинах его возможных проблем с очками и качеством зрения в них позволяет избежать материальных и моральных проблем у врача. Практически все заболевания макулярной области на ранних стадиях хорошо корригируются очковой коррекцией и дают высокую (нередко 100%) остроту зрения. Ранее выявление начальных стадий заболеваний макулы и своевременное лечение дает возможность сохранить центральное зрение. Рефракционные ошибки при макулярной патологии — это гиперметропические сферические аберрации, астигматизм, аберрации высшего порядка. Заболевания макулы могут приводить к гиперметропизации глаза. Клиническая рефракция пациента может меняться в соответствии с изменениями в макуле. Оптометрист может заподозрить патологию макулярной зоны и своевременно направить на полное офтальмологическое обследование. Ранее выявление и лечение макулярной патологии — залог сохранения центрального зрения. Ранее назначение врачом нитрициевых с лутенином снижает риск возникновения и прогрессирование заболевания макулы на 57%.

О выборе тактики индуцированных аметропий сообщила Е.С. Блинова (Волгоград). Факорефракционная хирургия методами ФЭК и ФПХ позволяет проводить коррекцию индуцированных аметропий после ПДКТ и ЛАЗИК. Имплантация торической ИОЛ является методом выбора у пациентов с астигматизмом, позволяет достичь высоких рефракционных и функциональных результатов. В случаях гиперметропической рефракции после ПДКТ предпочтительнее факорефракционная хирургия с имплантацией ИОЛ. Методика ЛАЗИК позволяет проводить коррекцию аметропий после факорефракционной хирургии с имплантацией различных ИОЛ, в том числе мультифокальных и отрицательных ИОЛ, с высоким функциональным результатом. Методика ЛАЗИК позволяет проводить коррекцию индуцированных аметропий, развившихся после выполнения ПДКТ, в случаях мультиочковой рефракции.

Е.И. Демина (Москва) рассказала о возможных и обязательных методах контроля посадки мягких контактных линз. Для достижения комфортного и безопасного использования МКЛ необходимо комплексно оценить их посадку. На посадку влияют не только ВС и диаметр МКЛ, но и материал, модуль упругости и форма края. Необходимо: исправить ошибки первого подбора. Отказаться от ношения при неудовлетворительной посадке. Изменить посадку — сделать ее оптически корректной. При этом число успешных подборов возрастает до 100%.

В процессе обсуждения докладов было рассмотрено множество клинических случаев, что, безусловно, обогатило опыт специалистов.

В рамках симпозиума работала выставка современного диагностического оборудования, средств оптической коррекции и инновационных технологий.

Предварительная тема «Осенние рефракционные чтения — 2016» — «Осевые «экстремальные» аметропии».

Материал подготовила Лариса Тумар

Реабилитация пациентов с далеко зашедшей пролиферативной ретинопатией

Межрегиональная научно-практическая конференция

26 ноября 2015 года, Москва

26 ноября 2015 года в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Реабилитация пациентов с далеко зашедшей пролиферативной ретинопатией». В конференции приняли участие более 130 офтальмологов из различных регионов России: Белгорода, Владивостока, Волгограда, Кемерово, Москвы, Пензы, Рязани, Санкт-Петербурга, Саратова, Твери, Томска, Тулы, Уфы.

В приветственном слове генеральный директор НМХЦ им. Н.И. Пирогова, профессор О.Э. Карпов отметил, что офтальмологическая служба Центра находится на высоком уровне, отвечает всем современным требованиям, и выразил уверенность, что конференция станет очередным шагом в дальнейшем развитии офтальмологии в НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

С приветствиями к участникам конференции обратились также директор Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор Э.В. Бойко и ученый секретарь ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца», кандидат медицинских наук Е.Н. Орлова, которая от имени главного специалиста офтальмолога Минздрава России, директора ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», профессора В.В. Нероева пожелала успеха в работе конференции.

Научную часть конференции открыл доклад главного офтальмолога НМХЦ им. Н.И. Пирогова, заведующего кафедрой офтальмологии института усовершенствования врачей НМХЦ им. Н.И. Пирогова, профессора М.М. Шишкина на тему «Возможности и проблемы оказания помощи пациентам с тяжелыми формами пролиферативной диабетической ретинопатии». Докладчик обратил внимание, что в клинику Центра в основном поступают пациенты с запущенными формами, и роль хирурга в реабилитации пациента велика: исследование, проведенные в клинике, показывают, что выживаемость у пациентов, которым удалось сохранить или вернуть зрение, значительно выше. Остановившись на вопросе организации офтальмологической клиники Пироговского центра, профессор М.М. Шишкин отметил, что наличие в штате терапевта и постоянной анестезиологической бригады позволяет намного быстрее решать вопросы оказания помощи тяжелым больным. С каждым годом становится больше пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией, которые в основном поступают по бесплатным каналам: квоты по линии ВМП и региональных ОМС. Однако существуют проблемы, в частности, касающиеся оплаты выполнения гемодиализа.

Современная витреоретинальная хирургия позволяет реабилитировать пациентов с далеко зашедшей ПДР, в том числе находящихся в 2,5-3 раза выше. Более 60% больных СД 1 типа и 55% больных СД 2 типа имеют различные осложнения. Диабетическая нейропатия встречается у 40% больных СД 1 типа, диабетическая ретинопатия



Профессора П.С. Ветшев, М.М. Шишкин, О.Э. Карпов, Э.В. Бойко, к.м.н. С.В. Сдобникова



К.м.н. Е.Н. Орлова (Москва)



Профессор Н.И. Курешева (Москва)



Профессор А.Н. Куликов (Санкт-Петербург)



Профессор Т.Н. Киселева (Москва)



Д.м.н. Л.М. Балашова (Москва)



Д.м.н. Д.В. Липатов (Москва)

офтальмохирургическом лечении. Основная проблема реабилитации пациентов — это проблема максимально быстрого поступления тащиваемых в витреоретинальный центр для лечения, однако ее решение в значительной мере зависит от организаторов здравоохранения. Доктор медицинских наук Д.В. Липатов (Москва) в своем докладе остановился на современном состоянии диабетической ретинопатии в России. Сахарный диабет (СД) за последние время приобрел характер пандемии. По данным Международной федерации диабета (IDF), на сегодняшний день в мире насчитывается 387 млн больных сахарным диабетом, к 2035 году ожидается увеличение количества заболевших на 205 млн человек. В официальном регистре РФ на 1 января 2015 года в России было зарегистрировано немного более 4 млн больных СД, однако реальная численность в 2,5-3 раза выше. Более 60% больных СД 1 типа и 55% больных СД 2 типа имеют различные осложнения. Диабетическая нейропатия встречается у 40% больных СД 1 типа, диабетическая ретинопатия

(ДР) — у 35%. Среди больных СД 2 типа диабетическая ретинопатия встречается в 15% случаев. Всего на сегодняшний день в России насчитывается более 630 тыс. больных СД с симптомами ДР, при этом результаты скрининговых исследований показывают, что реальное количество пациентов минимум в 1,5 раза превышает данные официального регистра. По данным Государственного регистра, 58 тыс. получили инвалидность по утрате зрения по причине СД. На долю диабетической ретинопатии приходится 70-80% глазных осложнений, 20-30% — на другие проявления диабета: осложненная диабетическая катаракта, неоваскулярная глаукома, различные дистрофии роговицы, транзиторные нарушения зрения и т.д. Д.В. Липатов обратил внимание на важность профилактики диабетической ретинопатии. По данным UKPDS, снижение на 1% уровня гликированного гемоглобина уменьшает частоту проведения лазерной коагуляции на 29%, снижает прогрессирование ретинопатии на 17%, потребность в удалении катаракты — на 24%,

частоту кровоизлияний в стекловидное тело — на 23%, развитие слепоты на один глаз — на 16%. С докладом от группы авторов на тему «Чисто» лимбальная факорефракционная техника, предполагающая одновременное нанесение нескольких лазеркоагулятов; компьютерная навигация благодаря системе трекинга положения глаза позволяет сделать лазеркоагуляцию глаза весьма прецизионной; технология «быстрой коагуляции» сокращает длительность самого импульса, длительность интервала между импульсами. В процессе исследования были отмечены следующие трудности: узкий зрачок; фиброзные изменения хрусталиковой сумки; децентрированный узкий передний капсулорексис; переднее смещение пломбы; резидуальная отслойка сетчатки; мениск раздела сред; потеря трекинга. Результаты работы позволили сделать вывод о том, что применение паттерн-сканирующей навигационной лазерной ретинопексии в условиях тампонады стекловидной камеры глаза силиконовым маслом у пациентов, перенесших операцию по поводу отслойки сетчатки, снижает

Аргументы против: ограничение объема хирургических манипуляций на макуле, на периферии глазного дна; сложности с системой визуализации; сложности в связи с деформацией роговицы; травма радужки. Эти недостатки могут быть устранены путем создания удлиненных инструментов, использования поддожигателей оптических систем. На сегодняшний день «чистотой» роговичной факорефракции с задним капсулорексисом и имплантацией ИОЛ может быть с успехом использована для лечения пока СЕЛЕКТИВНЫХ случаев ПДР, может успешно применяться не только при ПДР, но и в сочетании с катарактой, при внутриглазных инородных телах, в онкологии и т.д. Как отметил в заключение профессор Э.В. Бойко, необходимо работать над созданием специальных инструментов и усовершенствованием хирургических приемов.

«Возможности паттерн-сканирующей навигационной лазерной ретинопексии в условиях тампонады стекловидной камеры глаза силиконовым маслом у пациентов, оперированных по поводу отслойки сетчатки при ПДР» — тема доклада профессора А.Н. Куликова (Санкт-Петербург). В рамках противотелескопической витреоретинальной хирургии лазерная ретинопексия является одним из основных компонентов, наиболее часто выполняется в варианте эндолазерной коагуляции на заключительном этапе операции. В наиболее сложных клинических ситуациях, осложненных пролиферативным процессом, применяется тампонада стекловидной камеры глаза силиконовым маслом. В предоперационный период лазерная ретинопексия выполняется для ограничения ишемии сетчатки, вызванной диабетом; в после- и интраоперационном периодах лазерная коагуляция преследует также цель создания хориоретинальной спайки для снижения риска отслойки сетчатки и рецидива отслойки сетчатки при удалении силиконового масла. Существующие способы доставки излучения к сетчатке далеко не идеальны.

В последние годы появились технологии, позволяющие выполнить лазеркоагуляцию в ближайшем после операции дни: паттерн-сканирующая техника, предполагающая одновременное нанесение нескольких лазеркоагулятов; компьютерная навигация благодаря системе трекинга положения глаза позволяет сделать лазеркоагуляцию глаза весьма прецизионной; технология «быстрой коагуляции» сокращает длительность самого импульса, длительность интервала между импульсами. В процессе исследования были отмечены следующие трудности: узкий зрачок; фиброзные изменения хрусталиковой сумки; децентрированный узкий передний капсулорексис; переднее смещение пломбы; резидуальная отслойка сетчатки; мениск раздела сред; потеря трекинга. Результаты работы позволили сделать вывод о том, что применение паттерн-сканирующей навигационной лазерной ретинопексии в условиях тампонады стекловидной камеры глаза силиконовым маслом у пациентов, перенесших операцию по поводу отслойки сетчатки, снижает



Д.м.н. М.В. Будзинская (Москва)



К.м.н. О.И. Кривошеина (Томск)



Д.м.н. Н.А. Ермакова (Москва)



К.м.н. П.В. Лыскин (Москва)



К.м.н. С.В. Сдобникова (Москва)

интенсивность болевых ощущений; увеличивает скорость выполнения процедуры; увеличивает количество коагулятов, выполненных за один сеанс; позволяет выполнять ЛРП в ближайшем послеоперационном периоде.

С.В. Сдобникова (Москва) представила доклад «Современный подход к лечению диабетической ретинопатии». Докладчик отметила, что результаты лечения диабетической ретинопатии значительно улучшились в результате применения тампонады перфтордекалином без силиконового масла. Тампонада перфтордекалином на пять дней позволяет между этапами операции промывать полости стекловидного тела геммазой, что позволяет ко второму этапу операции полностью лиризовать крововизия. Перфтордекалин обладает способностью разглаживать сетчатку, в результате чего лазеркоагуляция на втором этапе вмешательства становится более эффективной. Остановившись на применении ингибиторов VEGF при сахарном диабете, С.В. Сдобникова обратила

внимание, что интравитреальное введение анти-VEGF препаратов не приносит убедительных результатов, на сегодняшний день имеются множество публикаций, посвященных как интраокулярным, так и системным осложнениям после инъекций ингибиторов ангиогенеза: острые системные сосудистые нарушения, острое поражение почек, желудочно-кишечные кровотечения, эректильная дисфункция, глазной эзмический синдром. Очень часто встречающимися осложнениями являются артралгия, головная боль; часто встречающимися — анемия, острое вирусное инфицирование и психические расстройства (тревожные состояния).

Доктор медицинских наук М.В. Будзинская (Москва) познакомила участников конференции с эволюцией антиангиогенной терапии. П.В. Лыскин (Москва) рассказал о стекловидном теле то, чего нет в учебниках, в частности, что популяция клеток в кортикальном эпиретинальном стекловидном теле относится к фибробластам;

стекловидным телом производится собственный коллаген; коллаген стекловидного тела активно производится фибробластами, находящимися в эпиретинальном стекловидном теле, синтетическая активность фибробластов неоднородна; в зависимости от своей синтетической активности фибробласты могут в широком диапазоне изменять свою форму и размер; размер неактивных фибробластов составляет 3,5–4 мкм, активный фибробласт может достигать 90 мкм. Это, как считает докладчик, позволяет утверждать, что процесс образования эпиретинальных мембран может быть не результатом миграции и последующей трансформации клеток РПЭ, а следствием нарушения синтеза коллагена фибробластами в эпиретинальном слое стекловидного тела. В частности, так называемая «целлофановая» макулопатия, развивающаяся после избыточной травматической лазеркоагуляции сетчатки, — это следствие нарушения синтеза коллагена эпиретинальными фибробластами.

«Диабетические поражения сетчатки. Что мешает победить слепоту?» — с докладом на эту тему выступил Ф.Е. Шадрин (Санкт-Петербург). Несмотря на успехи, достигнутые в области фармакологии, хирургии, лазерных технологий, диабетическая ретинопатия остается основной причиной слепоты у лиц трудоспособного возраста в развитых странах. Распространенность сахарного диабета в России составляет более 4 млн человек. Заболеваемость СД в Санкт-Петербурге с 1970-х годов до 2015 года выросла более чем в 3 раза. Основными ошибками в ведении пациентов с диабетическими поражениями сетчатки, по словам автора, являются: недооценка масштабов проблемы; оценка степени выраженности патологического процесса по остроте зрения; недооценка влияния общего состояния на эффективность лечения (артериальное давление, уровень гликемии); недооценка эффективности фенотибрата как способа профилактики диабетической ретинопатии и макулярного отека; недооценка значения флюоресцентной ангиографии при планировании стратегии лечения;

объема лазерного вмешательства и прогнозирования результатов лечения; использование «фармакологического мусора» в лечении диабетических изменений сетчатки; несвоевременное начало лазерного лечения и его неадекватное проведение; агрессивная тактика (проведение лазерного лечения) при транзиторных изменениях сетчатки; недооценка значения комбинации методов лечения. По мнению докладчика, наиболее эффективна дренажная хирургия, которая должна стать «золотым стандартом» лечения диабетической глаукомы.

О тактике ведения больных глаукомой на фоне сахарного диабета в своем докладе рассказала профессор Н.И. Курышева (Москва). По данным индийских исследований, из 615 больных глаукомой сахарный диабет выявлен у 1/3; в половине случаев отмечена декомпенсация СД; в 15% случаев СД сочетался также с артериальной гипертензией. Данные исследований, проведенных в США, показывают, что частота диабетической ретинопатии среди 5515 обследованных больных глаукомой составляет только 3,9%. Анализ данных обследованных пациентов с СД в Гонконге свидетельствует о том, что сахарный диабет не является фактором риска развития глаукомы. Однако мнения ученых по этому поводу расходятся. Остановившись на методах лечения, профессор Н.И. Курышева обратила внимание, что при определении тактики консервативного лечения больных с сочетанной патологией желательнее назначать препараты, улучшающие гемоперфузию; среди таких препаратов — ингибиторы карбоангидразы и аналоги простакоагулянтов. В качестве выводов Ф.Е. Шадрин отметил, что достижение длительного нормального функционирования органа зрения у больных СД невозможно без максимально стабильной его компенсации, которая должна включать: нормализацию уровня гликемии; нормализацию артериального давления; коррекцию дислипидемии; применение фенотибрата. Основными проблемами эффективной профилактики слепоты вследствие диабетических поражений сетчатки отека являются: большое количество пациентов с неудовлетворительной компенсацией сахарного диабета; отсутствие скрининга диабетической

ретинопатии; использование «фармакологического мусора»; использование доказанных средств профилактики; адекватность лазерного лечения; доступность современной технологии.

Второй доклад д.м.н. Д.В. Липатова был посвящен диабетической глаукомой. Докладчик остановился на новых направлениях в диагностике, лечении и профилактике. По данным авторов, около 0,03% больных сахарным диабетом имеют неоваскулярную глаукому. Вторичная неоваскулярная глаукома у пациентов с СД нередко сопровождается геморрагическим синдромом, рубцовым, передними и задними синехиями, бомбажем радужки, тракционным синдромом отслойки сетчатки, различными дистрофическими процессами в роговице, подвывихом хрусталика, зрелой катарактой. Использование моно-терапии при диабетической глаукоме неэффективно; удовлетворительные результаты приносит использование комбинированной медикаментозной терапии. Неэффективны при неоваскулярной глаукоме лазерные методы лечения (трабекулопластика, иридэктомия и пр.), так как результат объема лазерного вмешательства и прогнозирования результатов лечения; использование «фармакологического мусора» в лечении диабетических изменений сетчатки; несвоевременное начало лазерного лечения и его неадекватное проведение; агрессивная тактика (проведение лазерного лечения) при транзиторных изменениях сетчатки; недооценка значения комбинации методов лечения. По мнению докладчика, наиболее эффективна дренажная хирургия, которая должна стать «золотым стандартом» лечения диабетической глаукомы.

О тактике ведения больных глаукомой на фоне сахарного диабета в своем докладе рассказала профессор Н.И. Курышева (Москва). По данным индийских исследований, из 615 больных глаукомой сахарный диабет выявлен у 1/3; в половине случаев отмечена декомпенсация СД; в 15% случаев СД сочетался также с артериальной гипертензией. Данные исследований, проведенных в США, показывают, что частота диабетической ретинопатии среди 5515 обследованных больных глаукомой составляет только 3,9%. Анализ данных обследованных пациентов с СД в Гонконге свидетельствует о том, что сахарный диабет не является фактором риска развития глаукомы. Однако мнения ученых по этому поводу расходятся. Остановившись на методах лечения, профессор Н.И. Курышева обратила внимание, что при определении тактики консервативного лечения больных с сочетанной патологией желательнее назначать препараты, улучшающие гемоперфузию; среди таких препаратов — ингибиторы карбоангидразы и аналоги простакоагулянтов. При этом необходимо учитывать сопутствующую патологию и ее стадию, а также учитывать прием препаратов для лечения сопутствующей патологии и их совместимость с местно применяемым лечением. При наблюдении за больными глаукомой в сочетании с непролиферативной ретинопатией без макулярного отека необходимо контролировать ВГД, поля зрения и состояние слоя нервных волокон сетчатки, ДЗН и ганглиозных клеток каждые 4–6 месяцев в зависимости от стадии глаукомы; при наличии высокого уровня гликированного гемоглобина, артериальной гипертензии контролировать состояние диабетической

ретинопатии один раз в 4 месяца. Больным глаукомой с макулярным отеком показано интравитреальное введение кортикостероидов или ингибиторов ангиогенеза, проведение факторной лазеркоагуляции сетчатки при ОКТ-контроле, возможно проведение селективной лазерной трабекулопластики. Таким больным, подчеркнула докладчик, следует избегать назначения аналогов простагландинов.

С.Г. Сергушев (Москва) выступил с докладом «Стоит ли обращать внимание на синдром «сухого глаза» при диабетической ретинопатии?». Т.Н. Охочинская (Москва) доложила о диагностических возможностях ОКТ-ангиографии при диабетической ретинопатии. Профессор Т.Н. Киселева (Москва) представила доклад на тему «Современные ультразвуковые методы исследования при витреоретинальной патологии». Появление новых приборов, новых режимов ультразвукового исследования вносит коррективы в алгоритмы использования ультразвука в диагностике витреоретинальной патологии. Помимо традиционных методик (А-и В-сканирование), используется высокочастотное серошальное сканирование стекловидного тела, заднего отдела глазного яблока; цветовой доплеровское картирование для исследования гемодинамики в орбитальных сосудах, сосудах глазного яблока; исследование акустической плотности проводится методом эхосцинтиметрии; в режиме 3D-эхографии осуществляется пространственная визуализация орбиты глаза. Ультразвуковой метод остается одним из важнейших инструментальных методов исследования. Его отличают простота, общедоступность, не требуется подготовка пациента, метод относительно дешевый, однако методика является «операторозависимой» — требует овладения техникой исследования, навыками интерпретации результатов. Эхография используется для диагностики патологии стекловидного тела и сетчатки при непрозрачных оптических средах, для качественной и количественной оценки патологических изменений, мониторинга прогрессирования патологии, определения показаний к витреоретинальной хирургии, оценки прогноза и риска операции. При этом необходимо помнить, что нельзя поставить диагноз только на основании ультразвукового исследования. Ультразвуковое исследование входит в перечень инструментальных методик обследования пациента. При витреоретинальной патологии эхография применяется для диагностики кровоизлияния в стекловидное тело, дифференциальной диагностики интраокулярных мембран, определения ЗОСТ и витреоретинальных тракций, для оценки витреоретинальных изменений до и после хирургических вмешательств. В диагностике кровоизлияний в стекловидное тело эхография используется для подтверждения диагноза, определения типа кровоизлияния, для исключения ретинального разрыва или отслойки сетчатки, определения причины кровоизлияния, для проведения мониторинга. Подводя итог своему выступлению, профессор Т.Н. Киселева напомнила, что современные УЗ-методы исследования позволяют определить витреоретинальные изменения и дают возможность прогноза функциональных результатов оперативного и консервативного лечения.

Профессор М.М. Шишкин в докладе «Лечение заболеваний сетчатки: настоящее и будущее» коснулся таких направлений, как дальнейшее развитие интравитреальных имплантов, применение афлиберцепта и перспектив развития анти-VEGF терапии, лучевая терапия экссудативной

ВМД, использование субпорогового микроимпульсного диодного лазера и т.д.

Доктор медицинских наук Н.А. Ермакова (Москва) выступила с докладом «Факторы риска развития диабетической ретинопатии при сахарном диабете 1 и 2 типа». В развитии диабетической ретинопатии автор выделяет три стадии: непролиферативная диабетическая ретинопатия (изменения на глазном дне при отсутствии ишемических зон и неоваскуляризации), препролиферативная стадия (появление ишемических зон, отсутствие неоваскуляризации), пролиферативная стадия (наличие неоваскуляризации ДЗН и/или сетчатки, утя передней камеры, пролиферация соединительной ткани (глиоз 1–4 ст., витреоретинальные тракции, отслойка сетчатки). Препролиферативная стадия, по словам Н.А. Ермаковой, — «точка невозврата» при диабете. Если на не-пролиферативной стадии еще возможно предотвратить образование ишемических зон, то образование ишемических зон неизбежно приводит к появлению в этих зонах новых образованных сосудов. Задача офтальмолога и эндокринолога — не довести больного до препролиферативной стадии, при этом необходимо проведение флюоресцентной ангиографии с выведением периферических зон. Основным методом исследования при диабетической ретинопатии и последнее время является ОКТ-ангиография. Далее докладчик остановилась на методах лечения диабетической ретинопатии: компенсация СД; лазеркоагуляция; интравитреальное введение ингибиторов фактора роста эндотелия сосудов; витреэктомия с эндолазерной коагуляцией. Особое внимание Н.А. Ермакова обратила на школы диабета, организованные в Санкт-Петербурге и Москве, где больных учат «как договориться с диабетом», как свети к минимуму влияние факторов риска.

«Патогенез диабетической пролиферативной ретинопатии с позиций функциональной морфологии» — тема выступления О.И. Кривошеиной (Томск). Функциональная морфология — одно из направлений гистологии, которое исследует в культуре in vitro и in vivo клетки в их реальном действии и взаимодействии с микроокружением. Применение метода функциональной морфологии позволяет с новых позиций подойти к изучению патогенеза диабетической пролиферативной ретинопатии. В результате проведенного экспериментального моделирования in vitro и in vivo авторы пришли к выводу, что мононуклеары крови при модулирующем влиянии фактов микроокружения (направленное движение жидкости) индуцируют развитие выраженной фиброваскулярной пролиферативной реакции в полости глазного яблока на фоне сахарного диабета. Полученные результаты, по мнению авторов, открывают новые, перспективные подходы к изучению клеточных механизмов развития фиброваскулярной пролиферации в полости глазного яблока.

О необходимости клинико-лабораторного контроля эндотелиальной дисфункции в диагностике и лечении диабетического макулярного отека доложила Т.В. Шелковникова (Кемерово). Цель исследования заключалась в разработке стратегии повышения эффективности и безопасности комплексного лечения макулярного отека у больных сахарным диабетом 2 типа. Авторы пришли к выводу, что при выборе метода лечения необходимо учитывать клинико-лабораторные и морфологические показатели, характеризующие клиническую картину ДМО, с использованием комплексного подхода

с применением сулодексиды, далагрина и лазеркоагуляции сетчатки. Важно проводить тщательный отбор пациентов с ДМО на фоне ДР 2 типа для проведения ЛК сетчатки, обращая особое внимание на исследование гемостаза на ВА. Эффективность лечения ДР значительно снижается по мере ее прогрессирования, в связи с чем проведение диагностических и лечебно-профилактических мероприятий целесообразно начинать с самых ранних стадий ее развития.

По мнению А.Б. Резниковой (Москва), представившей доклад на тему «Вторичная неоваскулярная глаукома, варианты хирургического лечения», комбинированное применение лупецита и криоциклоретинопексина позволяет добиться устойчивого гипотензивного эффекта, достоверно сокращает число осложнений, характерных для такой хирургии. Комбинированная хирургия может быть альтернативой дренажной хирургии на глазах с остаточными зрительными функциями, но сопровождается более выраженной воспалительной реакцией, что требует более длительной и интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

Профессор Э.Н. Эскина (Москва) в докладе «Роль лазеркоагуляции сетчатки в профилактике неоваскулярных осложнений диабетической ретинопатии» подчеркнула важность проведения комплексного лечения ДР, не ограничиваясь лазеркоагуляцией сетчатки. Необходимо, отметила докладчик, «думать о патогенезе в целом».

Д.Б. Бабаева (Москва) от группы авторов выступила с сообщением «Витреопролиферативный тракционный синдром как одна из форм пролиферативной диабетической ретинопатии». Цель исследования заключалась в изучении особенностей клиники ПДР с проявлениями ВПТС, определении показаний для выполнения витреоретинальной хирургии. Предварительные выводы, сделанные авторами, указывают на то, что формирование витреопролиферативных тракций обусловлено анатомо-топографическими особенностями этой зоны, лентикопролиферативного канала; прогрессирование фиброваскулярной пролиферации у данной категории пациентов обусловлено нарастающим тракций (роль биомеханического фактора); кинетическая эхография позволяет своевременно определить наличие изменений по ходу лентикопролиферативного канала, в том числе и при непрозрачных оптических средах; своевременная диагностика, раннее выполнение ВРХ дает больший шанс для улучшения зрительных функций у данной категории пациентов.

Об опыте применения геммазы при диабетическом гематофтальме для создания условий проведения ПРК доложил Т.Г. Сажин (Санкт-Петербург). По мнению авторов, интравитреальное введение геммазы позволяет в более ранние сроки начать панретинальную лазеркоагуляцию, при этом быстрее рассасывается гематофтальм; повторные кровоизлияния и осложнения встречаются не чаще, чем при использовании других методов введения.

Заключительный доклад «Комплексное исследование свертотворения крови и жидкости глазного яблока с применением метода мультисенсорной инверсионной вольтамперометрии» сделала доктор медицинских наук Л.М. Балашова. Подводя итог, профессор М.М. Шишкин отметил, что участие в конференции представителей различных регионов страны подтверждает интерес к вынесенной на обсуждение теме. Он еще раз обратил внимание на значимость организационного аспекта лечения: «Важно не доводить пациентов до стадии пролиферативной диабетической ретинопатии с тракционными отслойками, гемофтальмами. Примерно половина пациентов, поступающих на витреоретинальную хирургию, по каким-то причинам не делали или не успели сделать панретинальную лазеркоагуляцию. Многие пациенты не имеют представления о гликированном гемоглобине, значит, доктора на местах не обращают на это внимания больных, а проблема становится с каждым годом серьезнее. Больные, попадающие к нам, по сути своей, несчастные люди, кто-то уже без ног, кто-то потерял зрение на одном глазу». Необходимо своевременная помощь, подчеркнул профессор, в первую очередь, это лазер, по возможности анти-VEGF терапия. В заключение М.М. Шишкин поблагодарил присутствующих за активную работу.

Материал подготовил
Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара

ХИЛОЗАР-КОМОД®

раствор увлажняющий офтальмологический

Феерия увлажнения и комфорта

ХИЛОЗАР-КОМОД® — эффективная комбинация натрия гиалуроната и декспантенола:

- Увлажняет, смазывает, восстанавливает поверхность роговицы и конъюнктивы
- Приносит быстрое облегчение при сухости и раздражении глаз
- Устраняет дискомфорт при ношении контактных линз (закапывание без снятия линз)
- Снимает усталость при интенсивной зрительной нагрузке
- Не содержит консервантов

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

AquaFree Yellow Preloaded

ЖЕЛТАЯ, ГИЯРОФОРНАЯ, АСФЕРИЧЕСКАЯ ИОЛ, УСТАНОВЛЕННАЯ В ИНЖЕНЕРНУЮ СИСТЕМУ ACCUSJECT® (MEDICEL, ШВЕЙЦАРИЯ) ПОД РАЗРЕЗ МЕНЕЕ 2.2 мм.

РАЗ! ДВА! ТРИ!
С PRELOADED AquaFree

Официальный представитель ООО «Эр Оптик»
123458, г. Москва, ул. Твардовского, д. 8
Тел.: (495) 780-92-55
info@r-optics.ru

www.r-optics.ru

Актуальные вопросы нейроофтальмологии

XVI Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция

22 января 2016 года, Москва

22 января 2016 года в ФГАУ «НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава Российской Федерации состоялась очередная XVI Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция «Актуальные вопросы нейроофтальмологии». В ней приняли участие более 200 офтальмологов из различных городов России. Основной темой конференции была диагностика и дифференциальная диагностика орбитальных и краниоорбитальных процессов.

Конференцию открыл директор Института, академик РАН А.А. Потапов, который подчеркнул актуальность обсуждаемых проблем, научную и практическую значимость конференции для офтальмологов, эндокринологов, неврологов и нейрохирургов и пожелал успеха в работе.

Стало традиционным участие в конференции «Актуальные вопросы нейроофтальмологии» в качестве приглашенных лекторов специалистов смежных разделов медицины. В этом году заведующий ревматологическим отделением клиники им. Тареева Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. П.И. Новиков прочел лекцию на тему «Гранулематоз с полиангитом (Вегенера). Современные возможности диагностики и лечения».

Большой интерес вызвали доклады, посвященные эндокринной офтальмопатии: академик РАН А.Ф. Бровкина «Отечный экзофтальм как клиническая форма эндокринной офтальмопатии и необходимость его дифференциальной диагностики с другими патологическими процессами орбиты», С.А. Еолчиная с соавт. «К вопросу о декомпрессии орбиты при эндокринной офтальмопатии», профессора Я.О. Груши с соавт. «Декомпрессия орбиты при эндокринной офтальмопатии. Опыт 125 операций». Авторы докладов пришли к выводу, что 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. Оживленную дискуссию вызвали вопросы об определении показаний к декомпрессии орбиты при эндокринной офтальмопатии. По мнению С.А. Еолчиной, характер и объем оперативного вмешательства для каждого пациента определяется индивидуально в зависимости от выраженности экзофтальма, тяжести оптической нейропатии.

Целая серия докладов была посвящена метастатическим поражением орбиты: профессора Е.Е. Гришиной с соавт. «Орбитальные метастазы. Трудности диагностики», профессора С.В. Саакян с соавт. «Клинико-инструментальная характеристика метастатических поражений орбиты», Н.Н. Григорьевой с соавт. «Метастатические поражения краниоорбитальной локализации: офтальмологические проявления, результаты лечения». Авторы отметили, что рак молочной железы продолжает занимать ведущее место в развитии метастатических опухолей орбиты. Офтальмологическая симптоматика является ведущей



Профессор С.В. Саакян, академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор Н.К. Серова



Академик РАН А.А. Потапов



Профессор Я.О. Груша



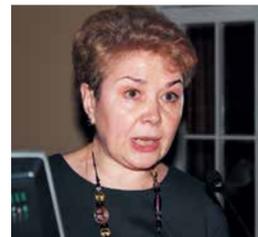
Профессор Е.Е. Гришина



Д.С. Спири



М.Г. Жильцова



Н.Н. Григорьева



П.И. Новиков



Я.Н. Архангельская



С.А. Еолчин

у больных с краниоорбитальными метастазами и проявляется наличием экзофтальма, глазодвигательными и зрительными нарушениями. Данные анамнеза, клиническая картина и результаты инструментальных исследований информативны для предположения злокачественного процесса в орбите, но необходима морфологическая верификация диагноза для определения гистогенеза первичного очага и проведения адекватного лечения.

Высокую оценку участников конференции получили доклады профессора С.В. Саакян с соавт. «Роль вирусов герпеса человека в патогенезе опухолей орбиты» и М.Г. Жильцовой с соавт. «Цитологическое исследование в дифференциальной диагностике злокачественных и псевдоопухолевых поражений орбиты».

Несомненную практическую значимость имел ряд сообщений, посвященных хирургической тактике лечения новообразований орбитальной и краниоорбитальной локализации: профессора С.В. Саакян «Хирургическая тактика при новообразованиях орбиты», профессора В.А. Черкева с соавт. «Хирургическое лечение краниоорбитальных опухолей», Д.С. Спирина с соавт. «Хирургическое лечение злокачественных опухолей околоносовых пазух, поражающих глазницу», С.С. Клеянкиной с соавт. «К вопросу о показаниях для трепанобиопсии новообразований орбиты». Авторы подчеркнули, что сочетание современных хирургических методик и возможностей адьювантного лечения позволяет не только улучшить контроль роста опухолей краниоорбитальной

локализации, но и сохранить высокий уровень качества жизни.

Как всегда большой интерес слушателей вызвали работы Я.Н. Архангельской с соавт., посвященные сосудистой патологии. В докладе «Нейроофтальмологическая симптоматика артериовенозных фистул в кавернозном синусе» автор подчеркнула, что офтальмолог является ведущим звеном в постановке первичного диагноза этих заболеваний; нейроофтальмологическая симптоматика является основной в клинической картине артериовенозных фистул в кавернозном синусе, офтальмологические признаки нарушения венозного оттока из глаза и глазницы, но имеют некоторые особенности в зависимости от источника кровоснабжения соустья.

Вторая часть конференции была посвящена краниоорбитальной травме и была представлена докладами сотрудников «НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» и «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского».

Рассматривались вопросы диагностики и лечения орбито-краниальных ранений неметаллическими инородными телами (академик А.А. Потапов с соавт.), хирургического лечения лобно-орбитальных повреждений, распространяющихся на крышу орбиты (С.А. Еолчин с соавт.), методики эндовидеоассистирования в хирургическом лечении пациентов с переломами верхней стенки глазницы (А.А. Каландари). Доктор медицинских наук И.А. Филатова представила редкое наблюдение гигантского инородного тела орбиты.

Не менее содержательной оказалась заключительная часть конференции. Слушатели с интересом выслушали доклады профессора С.М. Свирдина с соавт. «Оптический шунт на диске зрительного нерва», доктора медицинских наук И.В. Зольниковой с соавт. «Оптическая когерентная томография, макулярная электроретинограмма и световая чувствительность при пигментном ретините с атрофической макулопатией и кистозным макулярным отеком», Ж.Ю. Алябевой с соавт. «Возможности Гейдельбергского ретинального ангиографа для дифференциальной диагностики отека диска зрительного нерва», Е.П. Лантух с соавт. «Визуализация морфологических и микрососудистых изменений сетчатки с помощью ОКТ и ангио-ОКТ и дисфункция зрительных каналов у больных рассеянным склерозом» и «Дисфункция зрительной системы при оптико-нейромиелите», Т.А. Невиницкой с соавт. «Применение митохондриально направленных антиоксидантов в качестве патогенетической терапии наследственных оптических нейропатий».

Среди докладов заключительной части следует отметить работу доктора медицинских наук И.В. Зольниковой с соавт. «Спектр мутаций при болезни Шаргарда в российской популяции». Авторами впервые изучен спектр мутаций в гене AVS4 у пациентов в российской популяции с аутосомно-рецессивной болезнью Шаргарда. Выявлены 45 мутаций. Обнаружены 10 впервые выявленных гетерозиготных мутаций.

После окончания конференции развернулась оживленная дискуссия, в которой принимали участие академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор С.М. Свирдин, профессор Н.К. Серова и др. Участники конференции имели возможность обменяться своими мнениями и опытом с коллегами из различных регионов.

Председатели секций — академик А.Ф. Бровкина, профессор С.В. Саакян, профессор Н.К. Серова, доктор медицинских наук И.В. Зольникова, кандидат медицинской наук С.А. Еолчин — дали высокую оценку конференции. В заключение профессор Н.К. Серова поблагодарила участников конференции и пригласила присутствующих принять участие в следующей XVII конференции «Актуальные вопросы нейроофтальмологии».

Оргкомитет конференции

«Всемирный офтальмологический конгресс – 2016» глазами глаукоматолога

5-9 февраля 2016 года, Гвадалахара (Мексика)

Всемирный офтальмологический конгресс — мероприятие, проводимое каждые два года в столицах или крупных городах в странах на разных континентах. Предыдущий конгресс состоялся в Токио, следующий планируется провести в Барселоне в 2018 году. Гвадалахара — второй по величине город Мексики после столицы Мехико. Международный экономический кризис, а также особенности страны проведения в некоторой степени повлияли на представительность конгресса. Определенный консенсус обеспечило проведение в рамках данного мероприятия XXXII Панамериканского офтальмологического конгресса и XXXIII Конгресса офтальмологов Мексики. Тем не менее подготовка программы и общая организация традиционно соответствовали высоким требованиям мероприятия такого уровня.

Насыщенность программы разнообразными тематиками, симпозиумами, проводимые одновременно во многих залах, постерные и видеосекции не помешали офтальмологам широкого профиля и специалистам сформировать свой индивидуальный рабочий план. Этому способствовали удобная электронная программа конгресса, доступная для установки на мобильные устройства с регулярным онлайн-оповещением об изменениях и новостях, а также бесплатный высокоскоростной беспроводной доступ в интернет на всей территории конгресса.

Симпозиумы по профильным тематикам, состоящие из четырех заседаний, проходили с 8-30 до 17-00. Более насыщенным был «специализированный» день, посвященный той или иной теме. Глаукомы были посвящен первый день конгресса. В программу были включены 4 симпозиума и дополнительное обеденное заседание, в остальные дни глаукомы отводилось в среднем по 2 симпозиума.

Темы подобных мероприятий, с одной стороны, отражают современные тенденции, с другой — потребности региона, где проводится конгресс. Присутствием большого числа офтальмологов стран азиатского региона объясняется значительное количество докладов по закрытоугольной и нормотензивной глаукоме. Тенденции последних лет были представлены исследованиями в области сосудистых факторов риска, состояния ганглиозных клеток, диска зрительного нерва (ДЗН) и микроинвазивной хирургии глаукомы. По указанным выше причинам ряд заявленных европейских докладчиков не посетили мероприятие, и их доклады оперативно заменялись другими с соответствующей тематикой.

Первый утренний глаукомный симпозиум был посвящен диагностике и терапии закрытоугольной глаукомы (ЗУГ). Считается, что в мире число пациентов с данной формой достигает 16 млн человек, а риск слепоты в 2,5 раза превышает таковой при открытоугольной глаукоме. Высокий процент ЗУГ характерен для представителей восточной азиатской расы, эскимосов, индейцев, а также народностей латиноамериканской группы, включая мексиканцев. Основными механизмами закрытия угла передней камеры (УПК) считают зрачковый блок и так называемую «плоскую радужку», а ведущими методами профилактики и терапии — лазерную иридотомию и иридопластику. Определенный интерес вызвало



сообщение А. Castillejos (Мексика) о возможностях ОКТ в визуализации путей оттока внутриглазной жидкости, включая угол передней камеры, трабекулу, шлеммов канал и водяные вены. К прочим обсуждаемым темам стоит отнести механизмы закрытия УПК, показания к иридопластике и возможности профилактической витректомики.

Сообщения по различным темам были сделаны на симпозиуме с общим названием «Горячие вопросы глаукомы – 2016». Первый доклад J. Choi был посвящен вопросам сосудистых факторов в патогенезе нормотензивной глаукомы (НТГ). Ведущими этиологическими механизмами были названы системная гипотония, терапия гипотензивными таблетированными препаратами, ночное снижение артериального давления, нестабильность ауторегуляции системного кровотока и синдром «первичной сосудистой дисрегуляции» (синдром Фламмера). Признаками данного синдрома являются: патологический вазоспазм при изменении температуры и эмоционального статуса, системная гипотония, относительно низкая температура конечностей и высокий процент НТГ.

R. Susanna (Бразилия) рассказал о роли пиковых значений внутриглазного давления (ВГД), значение которых в прогрессировании глаукомы нейропатии особенно велико у пациентов, получающих местные инстилляционные гипотензивные препараты. Для выявления пиков ВГД рекомендовано проводить анализ риковой суточных колебаний тонометрии каждые 2-3 часа, выборочную тонометрию один раз в несколько дней, продолжительный мониторинг ВГД, а также нагрузочную питьевую пробу. Особое значение пробы по Susanna: выпить 800 мл воды в течение 5 минут, измерить ВГД 3 раза с 15-минутными перерывами и зафиксировать максимальное значение офтальмотонуса.

С сообщением по эпидемиологии и этиологическим связям псевдоэксфолиативного синдрома (ПЭС) выступила профессор Морановская глазного центра Университета штата Юта (США) В. Wirostko. На базе университета функционирует клинико-генетический центр, разработавший популяционную базу данных жителей штата. С 1996 года в центре были обследованы 272 тысячи человек, у 2297 из них выявлен ПЭС. По результатам анализа

была установлена корреляция ПЭС с патологией эластана, клинически проявляющаяся пролапсом органов малого таза, суставной патологией, эмфиземой легких, хронической obstructивной болезнью легких, наличием грыж и аневризм.

С внеплановым докладом о целевом ВГД (ЦВГД) выступил R. Susanna. Определил ЦВГД как уровень офтальмотонуса, при котором риск прогрессирования нейропатии балансирует с риском побочных эффектов от лечения, профессор Susanna рекомендовал определять его на основе данных об уровне пиковых значений ВГД, степени нейропатии, скорости ее прогрессирования, статусе парного глаза и ожидаемой продолжительности жизни. Ключевыми позициями для расчета ЦВГД докладчик назвал определение стадии глаукомы по существующей классификации по среднему отклонению светочувствительности (начальная стадия — до -6dB, развитая — до -12dB, далеко зашедшая — свыше -12dB или при наличии хотя бы одной точки в центральной зоне со светочувствительностью менее -10dB), по данным о ЦВГД на основании мультицентровых исследований, а также правило 2 мм рт.ст.: менее 18 мм рт.ст. для начальной стадии, менее 16 — для развитой и менее 14 — для далеко зашедшей.

Так называемые «обеденные» симпозиумы в этом году проводились при поддержке компаний Alcon и Allergan. На секции Alcon вопросы об актуальности терапии фиксированными комбинациями были освещены G. Katz и F. Lerner. На симпозиуме Allergan обсуждали влияние гипотензивной терапии на состояние тканей передней поверхности глаза, основным докладчиком традиционно был С. Baudouin. Среди других сообщений следует отметить доклад одного из патриархов американской офтальмологии R. Ritch с неожиданной темой о роли питания и образа жизни у пациентов с глаукомой. Подобные темы вызывают активные дискуссии по причине низкой доказательной базы предлагаемых методов. Однако профессор сделал вполне аргументированный доклад, перечислив значимые пищевые компоненты, диеты и серий физических упражнений, направленных в первую очередь на улучшение состояния сосудистой системы человека. В заключение докладчик отметил разнообразие

факторов риска развития и прогрессирования глаукомы, значение общей терапии, в особенности при нормотензивной глаукоме, и необходимость в проведении исследуемых методов исследования так называемых «нефармакологических методов» терапии глаукомы.

K. Park сделал сообщение о современных возможностях оценки структур диска зрительного нерва при прогрессирующей нормотензивной глаукоме. Характерными особенностями ДЗН K. Park назвал прогрессирующее углубление решетчатой пластинки, развизуирующиеся в отличие от гипертонзивной формы равномерно по вертикальному и горизонтальному меридиану, а также наличие характерных геморрагий.

Нормотензивной глаукоме в один из дней конгресса был посвящен отдельный симпозиум. Весьма информативным оказался доклад M. Agie по эпидемиологии НТГ. Был приведен подробный анализ существующих популяционных исследований НТГ с заключением о среднем проценте НТГ (среди других форм) у белого населения — 0,3-0,7%, у африканцев — 1,6-2,3%, в Индии и Непале — 0,9-2,9%, в странах Восточной Азии — 1,3-2,1%, в Японии и Корее — 2,7-3,6%, в испанской популяции — 1,6-3,9%. О факторах риска и возможностях ранней диагностики рассказал K. Park, отнес к общим факторам возраст, семейный анамнез, расовую и половую принадлежность; к системным факторам — мигрень, артериальную гипотонию, диабет, патологию сердечно-сосудистой системы, иммунные заболевания, ночное апноэ; к офтальмологическим — уровень ВГД, миопию, центральную толщину роговицы, перипапиллярную атрофию и геморрагии ДЗН. R. Ritch подробно остановился на роли ночного апноэ в развитии НТГ. Описав патофизиологию данного явления, он предостерег анализ исследований, свидетельствующих как о положительной, так и об отрицательной корреляции апноэ и прогрессирования НТГ. T. Yamamoto сделал заключительное сообщение о удаленном прогнозе при НТГ и возможности ее хирургического лечения. Ключевым фактором терапии T. Yamamoto считает снижение ВГД ниже 9-10 мм рт.ст. или на 20-30% от исходного уровня. Операцией выбора, позволяющей стабилизировать нейротрофию при



нормотензивной форме, докладчик считает классическую трабекуломию. В качестве факторов риска, определяющих прогрессирование глаукомы, были названы уровень ВГД и наличие геморрагий ДЗН. Рефракция, возраст и дефекты поля зрения не обнаружили достоверной корреляции с прогрессированием НТГ. В 20-летний срок наблюдения односторонняя слепота развилась в 9,9%, двусторонняя — в 1,5%.

Несмотря на очевидный интерес к хирургическому лечению, это направление не превалировало в тематике глаукомных симпозиумов. Особенностью этого года можно считать большое число докладов по микроинвазивной хирургии, также обсуждались возможности профилактики избыточного рубцевания и нюансов, связанные с использованием трубоччат дренажных систем. Если несколькими годами ранее внимание офтальмологов было сосредоточено на применении минишунтов типа ExPress, то в последние 2 года акцент сделан на микрохирургии шлеммова канала с применением устройств типа Hudra и iStent. В качестве доказательных методов оценки эффективности так называемой «ангулярной хирургии» приводят варианты контрастирования шлеммова канала и водяных вен при постановке дренажей ab interno. P. Palmberg, известный американский офтальмохирург, обсудил перспективы микродренажных систем, соединяющих переднюю камеру с супраорбитальным и субконъюнктивальным пространствами. P. Rojanapornprut описал эффективную комбинацию постановки минишунта и субконъюнктивального коллагенового матрикса с интраоперационным применением цитостатика. Важное сообщение о потенциальном месте миниинвазивной хирургии сделал I. Ahmed. С его точки зрения, данную группу методов следует рассматривать как переходный вариант между гипотензивной терапией и фистулизирующей хирургией, возможно, частично заменяющую лазерную хирургию трабекулы. Впрочем, заключил Ahmed, не следует воспринимать миниинвазивные операции как «миниффективные».

Учитывая 9-часовую разницу во времени, способствующую бескомпромиссной конкуренции между физиологической потребностью во сне и желанием постичь новое, большинство офтальмологов с другого континента уделяло внимание именно симпозиумам, оставляя постерным и видеосессиям лишь остатки времени и сил. Тем не менее именно встречи и живое общение с авторами интересных работ зачастую является наиболее эффективным средством познания новых аспектов в уже казалось бы изученных вопросах глаукомы. Именно ответы на вопросы, новые знания офтальмологией увозит домой, чтобы использовать в своих клиниках применять их на практике. И так каждый раз, до нового симпозиума. До встречи в Барселоне в 2018 году!

С.Ю. Петров
ФГБУ «НИИП»

О динамике воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза в Республике Башкортостан

**М.М. Бикбов,
А.Э. Бабушкин,
Г.Х. Зайнутдинова**

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»

Как известно, воспалительные заболевания глаз часто встречаются в практической деятельности врача-офтальмолога, причем нередко они поражают лиц молодого трудоспособного возраста, бывают контагиозными, носят рецидивирующий характер и являются одной из наиболее распространенных экономических потерь государства во временной нетрудоспособности.

Кроме того, исходы некоторых из них опасны инвалидизирующими последствиями (Майчук Ю.Ф., 2008; Кириченко И.М., 2012; Кочергин С.А. с соавт., 2014; Чернакова Г.М. с соавт., 2014). Поэтому борьба с роговичной слепотой и воспалительной патологией является одной из приоритетных задач российской офтальмологии.

Абсолютное число больных с воспалительными заболеваниями глаз в Российской Федерации насчитывает более 4 миллионов человек. Доля воспалительных заболеваний среди офтальмологических приемов составляет от 27 до 64%. Практически во всех регионах России воспалительная офтальмопатология, по данным амбулатор-

ного приема, занимает 2-е место (от 27 до 64%), уступая лишь аномалиям рефракции.

При этом среди всех нозологических форм преобладают конъюнктивиты (до 60%) и кератиты (10%) (Майчук Ю.Ф., 2006; Ramesh S. et al., 2010). Из кератитов различной этиологии наиболее часто встречаются и являются опасными в плане снижения остроты зрения и рецидивирующего характера течения герпесвирусные поражения роговицы.

По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется до 1,5 миллионов новых случаев кератита, вызванного вирусом простого герпеса (Whitcher J.P. et al., 2001; Looker K.J. et al., 2008). По данным разных источников, герпес роговицы составляет 20-75% от числа всех воспалительных заболеваний роговицы среди взрослых и 70-80% — среди детей, приводя к роговичной слепоте более чем в 60% случаев (Майчук Ю.Ф., 2008; Мальханов В.Б. с соавт., 2001).

Нами был проведен анализ общей офтальмологической заболеваемости по обращаемости в Республике Башкортостан (РБ), в том числе пациентов с конъюнктивитами, кератитами и иридоциклитами с акцентом на их вирусную этиологию поражения. Для этого были использованы годовые статистические отчеты районных и городских офтальмологов республики за 2001-2014 годы.

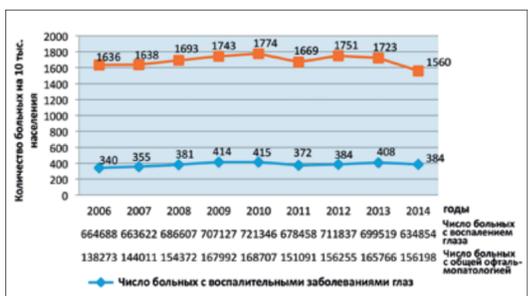


Рис. 1. Динамика общей и воспалительной офтальмологической заболеваемости по обращаемости в Республике Башкортостан за 2006-2014 гг.

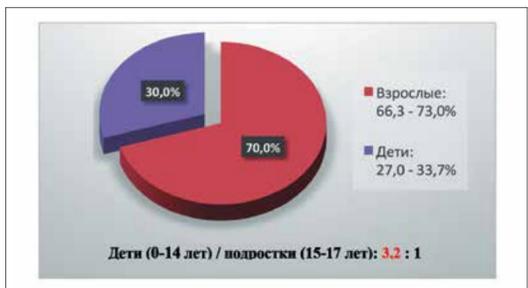


Рис. 2. Средний удельный вес конъюнктивитов у детей (подростков) и взрослых за 2001-2014 гг.

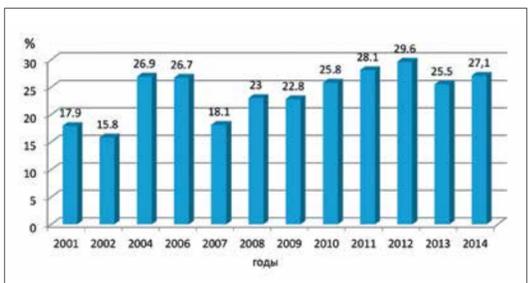


Рис. 4. Частота вирусных поражений в общей структуре конъюнктивитов за 2001-2014 гг.

Доля воспалительных заболеваний в структуре офтальмологической патологии по обращаемости в РБ за 2006-2014 гг.

Офтальмопатология	Ранговое место	Удельный вес
Нарушения рефракции и аккомодации	I	40,0% (38,1-41,5%)
Воспалительные заболевания глаза	II	22,9% (20,8-24,6%)
Катаракта	III	13,1% (11,3-14,5%)
Глаукома	IV	5,2% (4,7-6,6%)



Рис. 3. Доля конъюнктивитов у детей (подростков) и взрослых в 2001-2009 и 2010-2014 гг.



Рис. 5. Средний удельный вес кератита у детей (подростков) и взрослых в 2001-2014 гг.



Рис. 6. Доля кератита у детей (подростков) и взрослых в сравнительном аспекте за 2001-2009 и 2010-2014 гг.

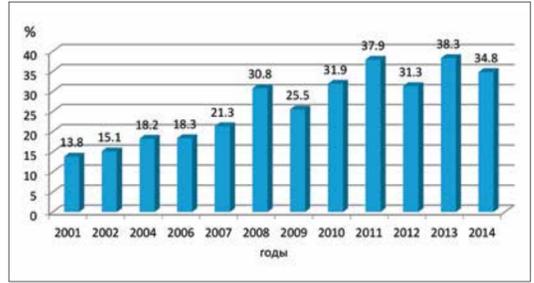


Рис. 7. Доля вирусных поражений роговицы в общей структуре кератитов в 2001-2014 гг.

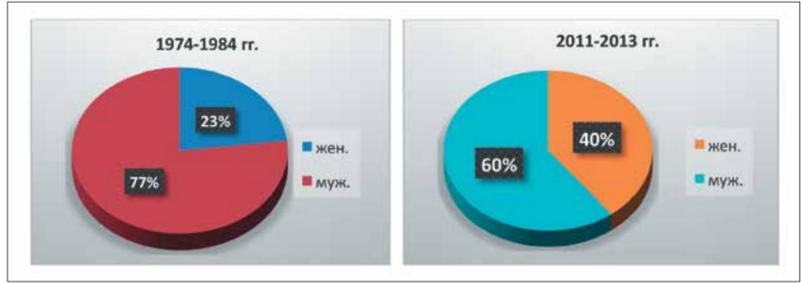


Рис. 8. Распределение пациентов герпетическим кератитом по данным стационара Уфимского НИИ ГБ

Анализ общей глазной заболеваемости по обращаемости за 2006-2014 годы (рис. 1) показал, что с небольшими колебаниями она оставалась примерно на одном уровне (1636-1560 больных на 10 тыс. населения), снизившись к 2014 году по сравнению с 2013 г. на 9,5%.

Максимальный показатель наблюдался в 2010 г. — 1774 пациента на 10 тыс. населения. Заболеваемость воспалительной офтальмопатологией по обращаемости в указанные годы варьировала также незначительно (340-384 больных на 10 тыс. населения), причем синхронно с общей заболеваемостью, за исключением 2014 г., когда на фоне снижения общей заболеваемости воспалительная патология осталась на уровне изученных лет. Следует отметить, что в 2001 году общая и воспалительная офтальмологическая заболеваемость в РБ составляла 1203 и 280 больных на 10 тыс. населения соответственно.

Исследования также свидетельствуют о том, что в нозологической структуре общей офтальмопатологии воспалительные заболевания глаза по обращаемости в РБ (табл. 1) стабильно занимали 2-е место, составляя в среднем 22,9% после нарушений рефракции и аккомодации (40,0%) и опережая катаракту (13,1%) и глаукому (5,2%).

Удельный вес конъюнктивитов в структуре воспалительной патологии глаза в РБ (табл. 2) был наибольшим (в среднем около 52,8%). При этом доля конъюнктивитов у детей за 2001-2014 гг. в среднем составила 30,0%, остальные 70,0% приходились на взрослых

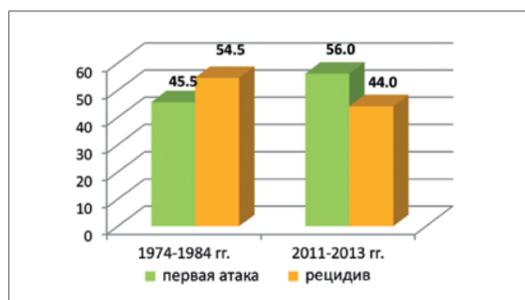


Рис. 9. Распределение больных с первой атакой и рецидивом герпетического кератита по годам

Данные исследования свидетельствуют о том, что частота вирусных поражений конъюнктивы (в подавляющем большинстве случаев аденовирусной этиологии) в их общей структуре за 2001-2014 гг. носила волнообразный и в целом увеличивающийся с годами характер. Так, если в 2001-2002 годы удельный вес вирусных конъюнктивитов не превышал 16-18%, то в 2004-2006 гг. отмечался его существенный подъем — почти 27%. За снижением в 2007 г. отмечалось постепенное увеличение

числа конъюнктивитов, доля которых достигла своего пика в 2012 г. При этом вирусная этиология процесса отмечалась почти в 30% случаев (рис. 4).

В целом доля кератитов у взрослых за 2001-2014 гг. составила в среднем 90,3% (86,1-93,9%), у детей — 9,7% (6,1-13,9%).

Причем дети в возрасте до 14 лет чаще кератитом почти в 2 раза чаще, чем подростки (соотношение 1,8:1). Выявлена тенденция к снижению в 1,5 раза числа заболевших кератитом детей: с 11,1% в 2001-2009 гг. до 7,2% — в 2010-2013 гг. (рис. 5, 6).

В целом же за период 2001-2013 гг. был отмечен постепенный рост (с подъемами в 2008 и 2011 гг.) доли вирусных (в основном герпетических) поражений роговицы в общей структуре кератитов: с 13,8% в 2001 г. до максимального — 38,3% в 2013 г. (рис. 7).

Удельный вес воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза в РБ по обращаемости за 2006-2014 гг.

Нозологическая форма	Удельный вес, %	
	В структуре общей глазной патологии	В структуре воспалительных заболеваний глаза
Конъюнктивит	11,9 (11,2-13,3)	52,8 (48,9-54,8)
Кератит	0,72 (0,34-0,86)	3,2 (1,5-3,8)
Иридоциклит	0,26 (0,23-0,31)	1,1 (1,0-1,4)

Этиологическая структура переднего эндогенного увеита по данным стационара УфНИИ ГБ в 1973-1997 и 2011-2013 гг.

Передний увеит	Показатели в исследуемые годы	
	1973-1997 гг.	2011-2013 гг.
Вирусный	26,9%	33,1%
Системно-синдромальный	16,8%	24,6%
Паразитарный	1,5%	0,8%
На фоне фокальной инфекции	14,1%	5,6%
Невыясненной этиологии	40,7%	35,9%

Структура переднего увеита вирусной этиологии по данным стационара УфНИИ ГБ за 1973-1997 и 2011-2013 гг.

Передний увеит	Показатели в исследуемые годы	
	1973-1997 гг.	2011-2013 гг.
Герпетический	88,9%	91,3%
- с поражением роговицы	67,8%	76,2%
- изолированный	21,1%	15,1%
Аденовирусный	11,1%	8,7%

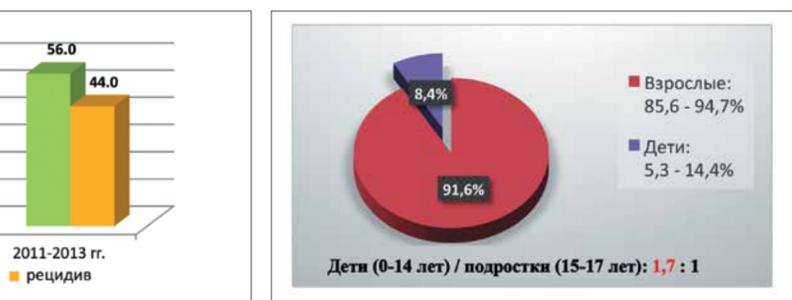


Рис. 10. Средний удельный вес иридоциклитов у детей (подростков) и взрослых за периоды 2001-2014 гг.

Что касается герпетического кератита, то изучение факторов риска его развития, по данным стационара (91 истории болезни) Уфимского НИИ ГБ за 2011-2013 гг., показало, что наиболее частой причиной первой атаки являлись острые респираторные заболевания (ОРЗ) — в 49,0% случаев (для сравнения в 1974-1984 гг. — 22,6%). За 2011-2013 гг. частота заболевания офтальмогерпесом мужчин, в сравнении с женщинами, осталась достаточно высокой (рис. 8), как и по данным ранее проведенных нами исследований (Зайнутдинова Г.Х. с соавт., 2001).

В 2011-2013 гг. чаще (на 10,5%) стали регистрироваться случаи первой атаки герпетического кератита по сравнению с рецидивирующим течением, тогда как ранее преобладало число рецидивирующих форм этого заболевания (рис. 9).

При этом доля впервые заболевших женщин увеличилась в 1,5 раза — с 24,1% до 35,3%. В целом частота рецидивирующих форм герпетического кератита в 2011-2013 годы возросла в 2,1 раза (с 21,3% до 45,0%).

В 2011-2013 гг. удельный вес заболевших герпетическим кератитом мужчин был наиболее высоким в возрастной группе 41-60 лет — 52,7% случаев, и женщин старше 50 лет — 61,1%. У мужчин офтальмогерпес чаще вызывал глубокие поражения, однако наметилась тенденция к росту (в 1,6 раза) доли глубоких форм заболевания и у женщин.

Средний удельный вес переднего увеита у взрослых составил 91,6%, у детей — 8,4%. При этом у детей в возрасте до 14 лет иридоциклит наблюдался почти в 2 раза чаще, чем у подростков

Эффект «Глистининга» существует.

Эффект «Глистининга» характеризуется повышением в оптической части линзы микровакуолей, запорочных микротрещин. Большое количество микровакуолей может отрицательно сказываться на четкости зрения и/или контрастной чувствительности.

Фотография эффекта «Глистининга» другой скривовой ИОЛ

Но не с линзой enVista™

Новый стандарт гидрофобных интраокулярных линз.

- В ходе 2-х летнего проспективного исследования 172 глаз не выявлено случаев появления глистининга^{1,2}
- Улучшенная асферическая оптика Bausch + Lomb
- Имплантация через разрез 2.2 мм
- Минимизация риска развития вторичной катаракты

1. enVista™ Инструкция по применению. 2. Teitz MR, Warner L, Schwahn-Bandig S, Barile JF. Проспективное клиническое исследование количества глистининга в новой гидрофобной скривовой ИОЛ. Представлено на Американском Обществе Катарактальных и Рефракционных хирургов, (ASCRS) Symposium & Congress 3-8 Апрель, 2009; San Francisco, CA.

BAUSCH + LOMB **VALEANT**

enVista™
Glistening-free, hydrophobic acrylic IOL.
Скажите «Нет» Глистинингу.



Рис. 11. Доля иридоциклитов у детей (подростков) и взрослых в сравнительном аспекте за 2001-2009 и 2010-2014 гг.

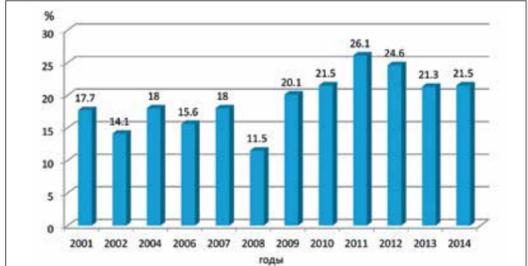


Рис. 12. Динамика удельного веса иридоциклитов вирусной этиологии в общей структуре передних увеитов за 2001-2014 гг.

Таблица 5. Нозологическая структура впервые освидетельствованных инвалидов по зрению в РФ в 1999, 2010 и 2013 гг.

Структура первичной инвалидности по нозологическим формам	Годы								
	1999 (n=1555)		Ранговое место	2010 (n=955)		Ранговое место			
	абс	%		абс	%				
Глаукома	222	14,3	IV	346	36,2	II	334	39,9	I
Заболевания сетчатки и зрительного нерва	270	17,4	III	362	37,9	I	275	32,6	II
Дегенеративная миопия	295	18,9	II	105	11	III	71	8,5	III
Заболевания роговицы	85	5,5	VI	28	3,0	VI	22	2,6	IV
Травмы глаз и их последствия	386	24,8	I	52	5,4	IV	19	2,3	V
Увеиты	45	2,9	VII	10	1,1	VII	14	1,7	VI
Катаракта	167	10,7	V	38	3,9	V	11	1,3	VII

Удобные тубочкапельницы

тафлотан
15 мкг/мл тафлупрост

Первый в мире* простагландин без консерванта

Низкий риск развития гиперемии конъюнктивы (1)

4,1% на фоне доказанной высокой эффективности (2,3)

тафлотан
Простагландин без консерванта.

Сантэн

(соотношение 1,7:1). В 2010-2014 гг. отмечалось снижение в 1,5 раза удельного веса заболевших увеитом детей — до 6,3% (в 2001-2009 гг. — 9,6%) (рис. 10, 11). Изучение 379 историй болезни больных, пролеченных в стационаре ГБУ «ФННИИ ГБ АН РФ» в 2011-2013 гг. показало (табл. 3, 4), что ведущее место в этиологической структуре передних эндогенных увеитов принадлежит вирусным иридоциклитам (33,1%).

При этом наиболее часто диагностируемой клинической формой является герпетический иридоциклит с поражением роговицы (76,2%). В целом изученная нами динамика удельного веса иридоциклитов вирусной этиологии в общей структуре передних увеитов за 2001-2014 гг. имела волнообразный характер с наибольшим снижением в 2002 г. и особенно в 2008 г., а наивысший подъем наблюдали в 2011 году (рис. 12).

Следует также отметить, что по сравнению с изученными ранее показателями в 1973-1997 гг. (Бабушкин А.Э. с соавт., 2005) в 2011-2013 гг. наблюдалось увеличение удельного веса как вирусных иридоциклитов (с 26,9% до 33,1%), так и передних эндогенных увеитов системно-синдромального характера (с 16,8% до 24,6%). В сравнении с предыдущими анализируемыми годами также значительно, в 11 раз, выросло число увеитов, ассоциированных с микст-инфекциями (с 1,1% до 11,0%). Вместе с тем в 2,5 раза уменьшилась доля иридоциклитов, обусловленных факторами инфекцией (острыми или хроническими заболеваниями полости рта или ЛОР-органов): с 14,1% до 5,6% соответственно. Что касается передних увеитов невыясненной этиологии, то если их доля в общей структуре иридоциклитов в 1973-1997 гг. составляла в среднем 40,7%, то к 2011-2013 гг. имела тенденцию к уменьшению, достигнув уровня 35,9%.

По данным Главного бюро медико-социальной экспертизы РФ, в нозологической структуре первичной инвалидности по зрению в РФ в 2013 году заболевания роговицы заняли IV ранговое место после глаукомы, заболеваний сетчатки и зрительного нерва, а также дегенеративной миопии (табл. 5). Следует отметить, что в 1999 и 2010 гг. заболевания роговицы занимали только VI ранговое место. Кроме того, увеиты в структуре первичной инвалидности по зрению в 2013 году впервые оказались на VI месте, тогда как раньше они прочно удерживали 7-ю позицию.

Таким образом, в нозологической структуре общей офтальмопатологии в РФ по обращаемости воспалительные заболевания глаз прочно удерживают второе место, причем наибольший удельный вес приходится на конъюнктивиты (в среднем 52,7%). Анализ заболеваемости в исследуемые годы показывает волнообразный, но в целом увеличивающийся характер вирусных поражений конъюнктивы, радужки и цилиарного тела. Также отмечается существенный рост числа пациентов с кератитами вирусной

этиологии, в том числе лиц с первичной атакой герпетического кератита. У мужчин офтальмогерпес по-прежнему чаще вызывает тяжелые поражения глаза, однако наблюдается тенденция к росту удельного веса глубоких форм данного заболевания и у женщин. Представленные нами данные наглядно демонстрируют рост первичной инвалидности структуре передних воспалительных заболеваний роговицы и сосудистой оболочки глаза.

Литература
1. Кириченко И.М. Фармакотерапия инфекционно-воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза // Офтальмологические ведомости. — 2012, № 4. — С. 63-64.
2. Кочергин С.А., Чернакова Г.Н., Кляшева Е.А., Семенова Т.Б. Современные подходы к терапии вирусных и невирусных конъюнктивитов // Российский офтальмологический журнал. — 2014, № 4. — С. 32-39.
3. Майчук Ю.Ф. Оптимизация фармакотерапии воспалительных болезней глазной поверхности // Российский офтальмологический журнал. — 2008, № 3. — С. 18-25.
4. Чернакова Г.М., Аржиматова Г.Ш., Кляшева Е.А., Семенова Т.Б. Герпес-вирусы в офтальмологии // Вестник офтальмологии. — 2014, № 34. — С. 127-131.
5. Майчук Ю.Ф. Клинические диагностические критерии при выборе эмпирической терапии инфекционных язв роговицы // Современные методы диагностики в офтальмологии. Федоровские чтения: сборник научных статей. М., 2006. — С. 251-255.
6. Ramesh S., Ramakrishnan R., Bhathari M.J., et al. Prevalence of bacterial pathogens causing ocular infections in South India // Indian J. Pathol. Micro-biol. — 2010. — Vol. 53, No. 2. — P. 281-286.
7. Looker K.J., Garnett G.P., Schmid G.P. An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex virus 2 infection // Bull World Health Organ. — 2008. — Vol. 86, No. 10. — P. 805-812.
8. Whitcher J.P., Srinivasan M., Ura-hay M.P. Corneal blindness: a global perspective // Bull World Health Organ. — 2001. — Vol. 79, No. 3. — P. 214-221.
9. Майчук Ю.Ф. Успехи и проблемы фармакотерапии инфекционных и аллергических заболеваний глаз // Русский офтальмологический журнал. — 2000, № 1. — С. 13-25.
10. Мальханов В.В., Кудрявцева Э.Г., Бабушкин А.Э. Изучение динамики некоторых воспалительных заболеваний глаз в Республике Башкортостан // Проблемы офтальмологии: итоги и перспективы развития. — Уфа, 2001. — С. 223-228.
11. Зайнутдинова Г.Х., Марванова З.Р., Мальханов В.В., Шевчук Н.Е. Структура заболеваемости офтальмогерпесом по данным Уф НИИ ГБ за 1998-2000 гг. // Проблемы офтальмологии: итоги и перспективы развития. — Уфа, 2001. — С. 208-211.
12. Бабушкин А.Э., Кагиров И.М., Зайнутдинова Г.Х., Шевчук Н.Е. Сравнительная характеристика этиологической структуры передних эндогенных увеитов за 1973-1997 и 2003-2004 годы // Проблемы офтальмологии. — Уфа, — 2005, № 2. — С. 37-41. ■

Изменения анатомо-оптических элементов глаза в авитреальных глазах

С.В. Асатрян, Т.А. Щеголева, В.К. Сургут
ФГБНУ «НИИГ»

Предпосылки к проведению исследования

- Витректомию получила широкое распространение в офтальмохирургии и в настоящее время можно говорить о формировании достаточно объемного блока пациентов с авитреальными глазами.
- Анатомическая связь передней части стекловидного тела с хрусталиком, волокнами цилиарной связи и сетчаткой (Пивоваров Н.Н., Леонов А.А., 1985)
- Изменение топографических взаимоотношений структур переднего отрезка глаза вследствие отсутствия стекловидного тела (A. Marigo, Zisman M., MB Nehemy, 2006).
- Сдвиг рефракции в сторону миопии в авитреальных глазах (Byrann Ng.J., Hildreth A., Daniloux I.P., Steel D.H., 2008) и изменение оптических параметров переднего отрезка глаза после витректоми (Yanuyaki A. et al., 2005; Okamoto F. et al., 2007; Анкудинова С.В., Балашевич Л.И., Ефимов О.А., 2008; Neoderfer M., Oren N., Barak A. 2011)

Рис. 1.

ретинопатией, артефакцией, отслойкой сетчатки; выполнение трансклиарной витректоми с использованием тампонады силиконовым маслом, выполнение интра- и послеоперационной лазеркоагуляции. Из обследования также исключались пациенты, имеющие астигматизм 3 дптр и более, так как выраженный астигматизм может влиять на биомеханические параметры роговицы. Хирургическое вмешательство включало простую витректомию с удалением задней гиалонидной и внутренней пограничной мембраны и/или эпиретиальной мембраны. У пациентов с макулярным отверстием операционно завершали газовойдушной тампонадой (SF6 30%). У пациентов с эпиретиальным фиброзом после СТ тампонировали или воздухом, или операционно завершали без тампонады, оставляя жидкость (balanced salt solution).

Все больные были обследованы с помощью рутинных методов офтальмологического исследования (визометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, гониоскопия, офтальмоскопия). Помимо стандартного офтальмологического исследования, для определения биомеханических свойств роговицы применялась динамическая двунаправленная пневмоапланация роговицы ORA. Для определения различных биометрических показателей переднего отрезка глаза применялись: сканирующий проекционный топограф Pentacam, ультразвуковой биометрический прибор UBM Hi-scan Ortopcon, многофункциональная ультразвуковая система VOLUSON 730 Pro Kretz. Осмотр пациентов проводился накануне операции, после операции, через 2-3 недели (по мере рассасывания газовойдушной смеси), затем через 6 месяцев.

Материалом для исследования послужило наблюдение за 30 больными в возрасте от 26 до 65 лет с витреоретинальной патологией, в частности, с идиопатическим эпиретиальным фиброзом (37%) и макулярным отверстием (63%). Клиническая рефракция варьировала от (+) 1,25 до (-) 6,0 дптр, а передняя задняя ось глаза — от 21,7 до 27,2 мм. Критериями исключения были операции и травмы глаза в анамнезе или сопутствующие патологии, способные исказить данные исследования, в том числе помутнения и рубцы роговицы, наличие глаукомы. Также в исследование не были включены пациенты с диабетической

Послеоперационные изменения различных биометрических параметров переднего отрезка глаза

Параметры	Непосредственно после операции	Через 6 мес после операции
Длина цилиарного тела, толщина радужки в корневой и зрачковой зонах	не меняется	не меняется
Длина волокон цилиарной связи	0,08 (±0,04) мм	0,26 (±0,1) мм
	17,44 % ↑	61,77 % ↑
Объем задней камеры	не меняется	0,25 (±0,1) мм ³ ↑
		32,5 % ↑

Рис. 4.

Ультразвуковая биометрия включала:

- переднезаднюю ось глаза
- объемы глаза, полости стекловидного тела, хрусталика и передней камеры
- трабекуло-цилиарную дистанцию
- толщину радужки в корневой и зрачковой зонах
- максимальную толщину цилиарного тела
- максимальную глубину задней камеры
- объем задней камеры
- длину волокон цилиарной связи от верхушки цилиарных отростков до экватора хрусталика

Рис. 2.

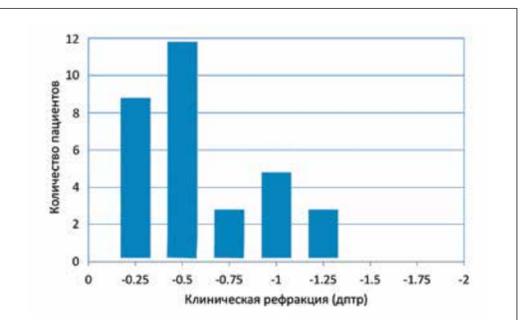


Рис. 3. Распределение пациентов по виду и степени клинической рефракции после витректоми

Послеоперационные изменения различных биометрических параметров переднего отрезка глаза и акустические объемные показатели указаны на рис. 4, 5. По данным сканирующего проекционного топографа отмечается статистически достоверное увеличение глубины передней камеры глаза на 17,06% через 6 мес. после витректоми. По данным ультразвуковой биомикроскопии выявлены незначительные, но статистически значимые увеличения некоторых биометрических параметров переднего отрезка глаза, таких как трабекуло-цилиарная дистанция (на 4,2%), максимальная глубина задней камеры (на 6,2%), объем задней камеры (на 32,5%) и длина волокон цилиарной связи. В отдаленные сроки после операции выявлено достоверное увеличение глубины передней камеры (в среднем на 0,5 мм). Данные 3D-ультразвукового сканирования свидетельствуют о достоверном увеличении переднезадней оси и объема хрусталика (на 0,61% и 14,77% соответственно). ■

Послеоперационные изменения различных акустических объемных показателей глаза

Параметры	Непосредственно после операции	Через 6 мес после операции
Объем глаза, объем полости стекловидного тела	не меняется	не меняется
Объем хрусталика	не меняется	0,03 (±0,01) см ³ ↑
Объем передней камеры	не меняется	14,77% ↑
ПЗО	0,14±0,05 мм	0,16 (±0,05) мм
	0,61% ↑	0,69% ↑

Послеоперационные изменения различных биометрических параметров переднего отрезка глаза

Параметры	Непосредственно после операции	Через 6 мес после операции
Длина цилиарного тела, толщина радужки в корневой и зрачковой зонах	не меняется	не меняется
Длина волокон цилиарной связи	0,08 (±0,04) мм	0,26 (±0,1) мм
	17,44 % ↑	61,77 % ↑
Объем задней камеры	не меняется	0,25 (±0,1) мм ³ ↑
		32,5 % ↑

Рис. 5.

Значение мультидисциплинарного подхода в лечении окклюзий вен сетчатки

Е.А. Дроздова,
Д.Ю. Хохлова

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), первое место среди причин смертности населения занимают сердечно-сосудистые заболевания [4]. В офтальмологии заболевания сосудов сетчатки являются одной из ведущих причин снижения зрения, слепоты и инвалидности, из них 15% — пациенты с окклюзией вен сетчатки. По данным Sugar S с соавт. (2007), 26% пациентов, перенесших ретикулярную венозную окклюзию, умирают от инфаркта миокарда, а 5,3% — от цереброваскулярных заболеваний в течение первых 12 лет от начала заболевания. Полученные данные свидетельствуют о том, что окклюзия вен сетчатки в ряде случаев является предвестником последующих системных тромбозов и сердечно-сосудистых заболеваний, и окклюзий вен сетчатки, исследование данной проблемы является актуальным в плане профилактики их развития и повышения эффективности терапии.

Изучение факторов риска и этиологии выявило, что окклюзия вен сетчатки — полиэтиологичное заболевание [2]. Среди системных факторов первое место занимает артериальная гипертензия (АГ), которая, по данным разных авторов, встречается у 42-62% пациентов с окклюзией ретикулярных вен (рис. 1).

Кроме того, у 37,4% пациентов с ретикулярной венозной окклюзией определяется сочетание различных факторов риска, объединенных

Системные факторы риска окклюзий вен сетчатки

Немодифицируемые:	Модифицируемые:
<ul style="list-style-type: none"> • Возраст 1,2 • Пол 1,2 • Генетические факторы, способствующие возникновению дислипидемии, АГ, толерантности к глюкозе, тромбофилиям, гиперомоцистеинемии 1,2 	<ul style="list-style-type: none"> • Артериальная гипертензия (42-62%) 1,2 • Атеросклероз (60%) 1 • Избыточная масса тела (53-57%) 1,2 • Гиперомоцистеинемия (16-34%) 2 • Сахарный диабет (13-34%) 1,2 • Курение (25%) 1 • Тромбофилии (9-25%) 1,2 • Гиперлипидемия (12-20%) 2,3

Рис. 1. Факторы риска окклюзий вен сетчатки

в понятие «метаболический синдром», включающий избыточную массу тела, гиперлипидемию, гипергликемию и артериальную гипертензию [5].

К основным факторам, predisposing к развитию ретикулярной венозной окклюзии относят атеросклеротическое поражение и ремоделирование сосудов при системных заболеваниях, которые приводят к эндотелиальной дисфункции с повышением секреции провоспалительных, протромботических факторов, факторов роста эндотелия сосудов, в частности VEGF, подавление которых является целью современной антиангиогенной терапии [3, 5] (рис. 2).

На сегодняшний день определена роль нарушений углеводного, липидного обмена, гиперомоцистеинемии, наследственных и приобретенных форм тромбофилии в развитии ретикулярных венозных окклюзий, однако остается неясным влияние системных заболеваний, их сочетание и компенсации на течение макулярного отека при ретикулярной венозной

окклюзии и эффективность антиангиогенной терапии. Значительное место в современных исследованиях по лечению макулярного отека при окклюзии вен сетчатки в офтальмологии принадлежит поиску наиболее эффективных антиангиогенных препаратов локального действия. Однако не следует забывать о необходимости коррекции факторов риска и лечения фоновых заболеваний.

Цель работы — определить значение системных факторов риска в развитии, течении окклюзии вен сетчатки и оценить эффективность антиангиогенной терапии макулярного отека в зависимости от компенсации системных заболеваний.

Материалы и методы

За период с 2010 по 2015 гг. наблюдались 311 пациентов с окклюзией вен сетчатки в офтальмологическом отделении ГБУЗ ОКБ № 3 г. Челябинска. Среди пациентов были: 191 (61%) женщина и 120 (39%) мужчин в возрасте от 38 до 85 лет (средний возраст — 63,1±1,2 года). На основании анамнеза и медицинской



Рис. 2. Патогенез макулярного отека при окклюзии вен сетчатки

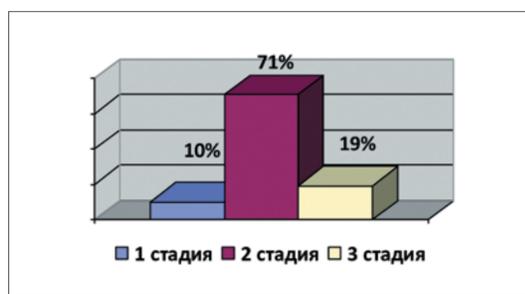


Рис. 3. Распределение пациентов по стадиям ГВ

документации выяснялось наличие системных факторов риска, их длительность, группы лекарственных средств, которые принимали пациенты. Выполнялись общеклинические методы лабораторной диагностики, мониторинг артериального давления (АД), электрокардиография, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) брахиоцефальных сосудов, глаза. Диагноз сопутствующей патологии выставлялся кардиологом, эндокринологом, неврологом. Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое обследование, спектральная оптическая когерентная томография (СОКТ) — RTVue 100/CA (Optovue Inc., USA), в 15% — флюоресцентная ангиография (TRC NWF plus, Торсон, Япония).

Интравитреальное введение (ИВВ) ранибизумаба было выполнено у 60 пациентов с ретикулярной венозной окклюзией. Окклюзия центральной вены сетчатки (ЦВС) диагностирована у 25 (42%) пациентов, окклюзия ветвей ЦВС — у 35 (58%). Неишемический тип выявлен у 38 (63%), ишемический тип — у 22 (37%). ИВВ ранибизумаба проводили в сроки до 3-х месяцев от начала заболевания по стандартной методике в дозе 0,5 мг № 3. При выявлении зон ишемии проводилась лазеркоагуляция сетчатки на периферии. Оценка эффективности терапии осуществлялась через 4 месяца от начала лечения.

Результаты исследований статистически обработаны с применением программы Statistica 10.0 с вычислением средних значений и стандартных отклонений. Для сравнения данных между независимыми выборками использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По результатам анамнеза и данных медицинской документации выявлено, что у 286 (92%) из всех обследуемых пациентов имелась

Исследование брахиоцефальных сосудов при УЗДГ позволило выявить, что у 213 (69%) пациентов имелось атеросклеротическое поражение сонных артерий. У 71% — двустороннее, с преобладанием изменений на стороне возникновения ретикулярной окклюзии. У 29% — одностороннее, среди которых наибольшие изменения локализовались на стороне ОВС. При оценке степени стеноза установлено, что в большинстве случаев процент сужения просвета сосуда, в котором локализовалась атеросклеротическая бляшка, находился на уровне 30% — у 70% пациентов, от 40-70% — у 30%. Кровоток по а. ophthalmica был снижен — в 56%, в 44% — находился в пределах нормы.

По результатам биохимического исследования крови и липидограммы выявлено, что у 7% пациентов уровень холестерина находился в пределах до 5 ммоль/л, у 36% — от 5-6 ммоль/л, выше 6,0 — у 57%. Среди пациентов второй и третьей групп также наблюдалось повышение фракции липопротеидов низкой и очень низкой (ИМТ) находился в пределах нормы лишь у 8% пациентов с окклюзией вен сетчатки. Избыточная масса тела по ИМТ «26-29» определялась у 53%. Ожирение 1, 2 и 3 степени, где ИМТ «30-34», «35-39», «более 40» — у 27%, 8% и 4% пациентов соответственно.

У 37 (12%) пациентов с окклюзией вен сетчатки имел место сахарный диабет (СД), в том числе у 32 (86%) — СД 2 типа, у 5 (14%) — СД 1 типа. При осмотре глазного дна проявления диабетической ретинопатии (ДРП) неапроферативной формы выявлены у 27%, пролиферативная форма — у 5%. Без проявлений ДРП — 68%.

Табачокурение среди обследуемых пациентов выявлено в 24%. Индекс пачка/лет был более 20 у 24%, более 25 — у 76%. Злоупотребление алкоголем выявлено у 8% пациентов.

Для оценки влияния факторов риска на течение макулярного отека пациенты были распределены на группы в зависимости от типа окклюзии, компенсации уровня АД, наличия/отсутствия в схемах антигипертензивной терапии иАПФ как наиболее активного препарата в плане стабилизации эндотелиальной дисфункции (рис. 6).

Среди пациентов, которым было проведено ИВВ ранибизумаба, избыточная масса тела, дислипидемия и АГ были выявлены в 100%. По заключению терапевта, наличие только АГ было определено у 22 (36%) пациентов, сочетание АГ и атеросклеротического поражения сонных артерий по данным УЗДГ — у 19 (32%). Сочетание АГ и СД выявлено у 7 (12%), АГ и ишемической болезни сердца (ИБС) — у 8 (13%), у 4 (7%) пациентов наблюдалось сочетание АГ+СД+ИБС. Компенсация уровня АД была достигнута у 31 (52%) пациентов, причем у 23 (38%) в качестве антигипертензивных препаратов использовались иАПФ, у 8 (14%) — β-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов. Отсутствие компенсации определено у 29 (48%) пациентов.

При оценке динамики остроты зрения на фоне ИВВ ранибизумаба максимальный прирост был зарегистрирован при неишемическом типе окклюзии с компенсированным уровнем АД ингибиторами АПФ: при наличии только АГ — на 0,32±0,1 (от исходной 0,25±0,1 до 0,57±0,2), при сочетании АГ и атеросклероза сонных артерий — на 0,46±0,2 (от исходной 0,17±0,1 до 0,63±0,2), при сочетании АГ и ИБС — на 0,45±0,1 (от исходной 0,1 до 0,55±0,07) ($p < 0,05$). Среди пациентов с ишемическим типом

окклюзии, которые принимали иАПФ в комплексной терапии ГВ, также был отмечен наибольший прирост остроты зрения при наличии только АГ — на 0,18±0,08 (от исходной 0,07±0,02 до 0,25±0,1) ($p < 0,05$) (рис. 7).

У пациентов с отсутствием компенсации уровня АД прирост остроты зрения был незначителен вне зависимости от сочетания факторов риска ($p < 0,05$) (рис. 8).

При оценке динамики толщины сетчатки в макулярной зоне определено, что уменьшение макулярного отека наблюдалось у всех пациентов вне зависимости от типа окклюзии, компенсации уровня АД, без статистически значимой разницы между группами.

При проведении детального анализа данных СОКТ у пациентов с компенсированным уровнем АД установлено, что полная резорбция отека наблюдалась у 72% пациентов, у 20% — сохранялись мелкие кистовидные полости во внутреннем ядерном слое. Отслойка нейрорепителлия (ОНЭ) сохранялась у 8% пациентов, но зарегистрировано уменьшение ее высоты в среднем до 90±12 мкм и протяженности до 1,5±0,9 мм. Среди пациентов с некомпенсированным уровнем АД полная резорбция макулярного отека зарегистрирована у 35% пациентов, у 47% — сохранялись мелкие и средние кистовидные полости во внутреннем ядерном слое. ОНЭ сохранялась у 18% пациентов, но зарегистрировано уменьшение ее высоты в среднем до 110±13 мкм и протяженности до 1,9±1,1 мм с деструкцией слоя фоторецепторов, линии сочленения наружных и внутренних сегментов фоторецепторов.

Также было отмечено, что после трехкратных инъекций ранибизумаба, у 12 (25%) пациентов с достигнутой компенсацией системных заболеваний морфофункциональные параметры оставались стабильными в течение последующих 9 месяцев. У 29 (60%) наблюдался рецидив отека в макуле через 1 месяц после проведенной терапии, у 3 (7%) — через 2 месяца, у 4 (8%) — через 3 месяца, что требовало повторных инъекций (рис. 9).



Рис. 4. Неишемический и ишемический тип окклюзии ствола ЦВС

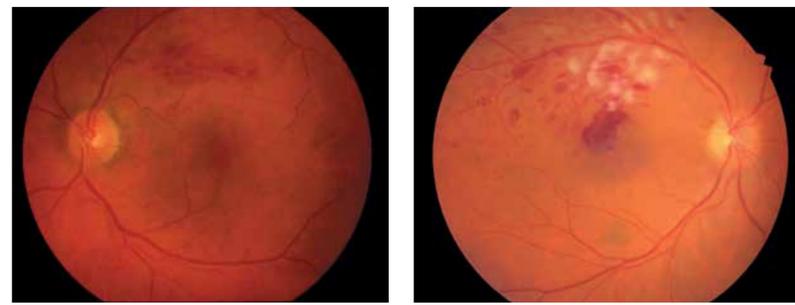


Рис. 5. Неишемический и ишемический тип окклюзии верхне-височной ветви ЦВС

Выводы

У пациентов с окклюзией вен сетчатки ведущее место среди факторов риска занимает артериальная гипертензия (92%) и сахарный диабет (12%). Развитие венозной ретикулярной окклюзии чаще происходит на фоне 2 стадии гипертонической болезни с средним и высоким риском, при длительности заболевания более 10 лет и уровне АД 180 и 110 мм рт.ст.

Эффективность интравитреального введения ранибизумаба повышается при компенсации уровня АД, что показывает важность комплексного подхода к лечению пациентов совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами. Наиболее эффективными в плане стабилизации

эндотелиальной дисфункции являются ингибиторы АПФ, применение которых в качестве антигипертензивных препаратов в комплексной терапии макулярного отека приводит к повышению остроты зрения и уменьшению толщины сетчатки в макулярной зоне вне зависимости от сочетания факторов риска.

Литература

1. Дроздова, Е.А. Анализ эффективности ранибизумаба в лечении макулярного отека при окклюзии вен сетчатки в зависимости от компенсации системных факторов риска / Е.А. Дроздова, Д.Ю. Хохлова // Российский офтальмологический журнал. – 2015. – Т. 8. – № 2. – С. 21-25.
2. Тульцева, С.Н. Роль воспаления в патогенезе посттромботического макулярного отека. Современные направления медикаментозного лечения / С.Н. Тульцева, Ю.С. Астахов // Офтальмологические ведомости. – 2012. – Т. V. – № 4. – С. 35-44.
3. Coscas, G. Macular edema a practical approach / G. Coscas, J. Cunha-Vaz, A. Loewenstein // Developments in ophthalmology. – 2010. – Vol. 47. – P. 34.
4. ESH/ESC 2013 Guidelines for the management of arterial hypertension // Journal of Hypertension. – 2013. – Vol. 31 (7). – P. 1281-1357.
5. Higashi, Y. Endothelial function and oxidative stress in cardiovascular diseases / Y. Higashi, K. Noma, M. Yoshizumi et al. // Circulation Journal. – 2009. – Vol. 3. – P. 411-415.



Рис. 6. Распределение антигипертензивных препаратов по эффективности стабилизации эндотелиальной дисфункции



Рис. 8. Клинический пример пациента с отсутствием компенсации АД

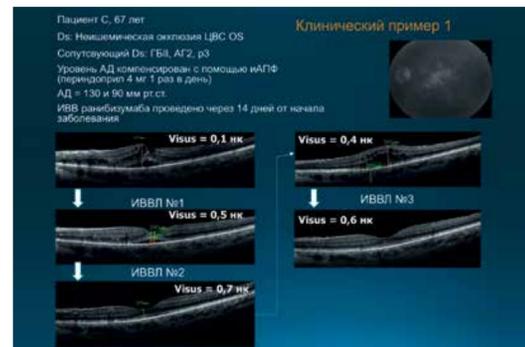


Рис. 7. Клинический пример пациента с компенсированной АД



Рис. 9. Динамика морфологических изменений в макулярной зоне и длительность эффекта ИВВ ранибизумаба

Ксалатамакс®
БЫСТРО И НАДОЛГО
латанопрост 0,005% 2,5 мл

Снижает ВГД на 32% быстро и надолго!

Abbott

Псевдоэксфолиативный синдром

Издательство «АПРЕЛЬ» представляет вниманию читателей газеты «Поле зрения» главы из монографии «Увеопатии: особенности диагностики и течения».

Авторы: Чупров Александр Дмитриевич — д.м.н., врач-офтальмолог высшей категории, главный врач КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница», заведующий кафедрой ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава России; Попова Лариса Ивановна — врач-офтальмолог высшей категории КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница»; Демакова Любовь Васильевна — ассистент кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Кировская ГМА» Минздрава России, врач-офтальмолог КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница».

В монографии представлена подробная систематизированная информация о хронических иридоцилиарных дистрофиях. Материалы собраны на базе КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница», кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, офтальмологической клиники «Созвездие».

Изложенный материал соответствует современным требованиям медицинской науки. Книга снабжена многочисленными фотографиями, рисунками, схемами, таблицами, предназначена для врачей-офтальмологов, ординаторов. Выход книги из печати планируется в 2016 году.

Л.И. Попова¹, А.Д. Чупров^{1,2}, Л.В. Демакова^{1,2}

¹КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница»,
²ГБОУ ВПО «Кировская ГМА»
Минздрава России

При отложении псевдоэксфолиативного материала на эндотелии роговицы (рис. 5), его легко можно принять за преципитаты. Умеренную взвесь из псевдоэксфолиаций обнаруживают и во влаге передней камеры. Но самым распространенным местом для отложения псевдоэксфолиаций является зрачковый край радужки (рис. 1). При трансллюминации радужки выявляют атрофию сфинктера в виде дефектов ткани, «изъеденной молью». Псевдоэксфолиации хорошо различимы на передней капсуле хрусталика, где они часто группируются в виде «колец», повторяя изгиб зрачкового края радужки (рис. 2).

В.С. Журавлев в 1968 году так описывает псевдоэксфолиацию: «Наслоения на передней поверхности радужки выглядят полупрозрачными голубовато-серыми хлопьями, прикрепленными к трабекулам, в лакунах они напоминают втянутые комочки, а на зрачковом крае — короткие щетинки или хлопья ваты. На задней поверхности роговицы эти отложения выглядят как «серые аппликации».

Н.И. Куршьева наблюдала отложение псевдоэксфолиативного материала на цинновых связках (2010). В своей монографии Х.П. Тахчиди и др. (2010) описывают отложения псевдоэксфолиаций на поверхности и в глубоких слоях стекловидного тела. Процесс чаще бывает двусторонним, с различной степенью тяжести и частотой, нарастающей с возрастом пациентов. Нередко встречается асимметричность заболевания. Так, Hansen, Sellwold (1969) описывают заболевание второго глаза в течение



Рис. 1. Псевдоэксфолиативный синдром. Отложение псевдоэксфолиативного материала по зрачковому краю радужки

5 лет у 7-20% пациентов и в последующие 10 лет — у 9-24%. Глаукома развивается обычно на обоих глазах.

С и F, что ведет к развитию глаукомы (42,1%) и более тяжелому ее течению.

По мнению Д.С. Кроля, хроническое течение процесса и изменения угла передней камеры придают развитию псевдоэксфолиативного материала на передней капсуле хрусталика, в том числе и на роговице, где они напоминают вакуум-компрессионная проба Розенгрена у лиц с нормальным тономусом показали раннее снижение оттока. Отсюда вытекает вывод, что гомеостатические механизмы, регулирующие тонус, находятся в такой степени напряжения, что любой провоцирующий фактор может способствовать возникновению глаукомы.

Поэтому неслучайно, что псевдоэксфолиативный синдром часто сочетается с глаукомой (до 85% — Horven, 1936; до 90% — Loewenstein, 1951). В 1969 году Д.С. Кроль предложил диспансерное наблюдение за больными с псевдоэксфолиациями для ранней диагностики глаукомы.



Рис. 2. Псевдоэксфолиативный синдром: отложение псевдоэксфолиативного материала на передней капсуле хрусталика; дефекты сфинктера в виде «ткани, изъеденной молью»

Гониоскопически можно видеть отложения псевдоэксфолиативного материала на структурах угла передней камеры и в самой трабекуле «подобно перхоти» (рис. 3, 4). Д.Д. Кански (2010) считает, что признак гиперпигментации трабекулярной зоны в виде неравномерного распределения пигмента по поверхности трабекулы (рис. 4) может на несколько лет предсказывать развитие псевдоэксфолиативного синдрома.

Причинами развития глаукомы является вторичная блокада трабекулы, «засоренной» псевдоэксфолиативным материалом, и дисфункция трабекулярных эндотелиальных клеток. При открытом угле передней камеры внутриглазное давление может резко повышаться до высоких цифр. Взаимосвязи между изменениями угла передней камеры и тяжестью развития глаукомы нет. Прогноз при псевдоэксфолиативной глаукоме хуже, чем при первичной открытоугольной

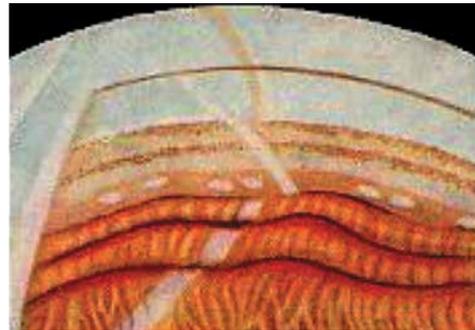


Рис. 3. Гониоскопическая картина угла передней камеры при псевдоэксфолиативном синдроме (схема): отложение псевдоэксфолиаций на структурах угла



Рис. 4. Гониоскопическая картина угла передней камеры при псевдоэксфолиативном синдроме: неравномерная пигментация трабекулярной зоны, отложение псевдоэксфолиаций на структурах угла, передней поверхности радужки и передней капсуле хрусталика

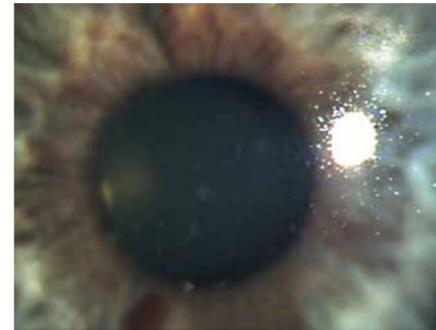


Рис. 5. Биомикроскопия роговицы больной К., 61 года: на эндотелии роговицы хорошо видны псевдоэксфолиации, которые длительное время принимались за преципитаты, что явилось причиной неправильной диагностики

глаукоме, поскольку псевдоэксфолиативной глаукоме свойственен широкий диапазон флюктуаций внутриглазного давления в течение суток, следствием чего является быстрое прогрессирование процесса.

Общезвестно, что хирургическое лечение катаракты, сопровождаемой псевдоэксфолиативным синдромом, сопряжено с высоким риском развития осложнений вследствие ригидности зрачка и слабости связочного аппарата хрусталика. Кроме того, первичное морфологическое повреждение эндотелия роговицы при псевдоэксфолиативном синдроме повышает вероятность развития кератопатии в послеоперационном периоде.

Интересный, но не единственный случай ошибочной диагностики при псевдоэксфолиативном синдроме был рассмотрен в рамках консультативного приема в поликлинике ККОБ, куда была направлена больная К., 61 года, с диагнозом хронического двустороннего увеита. Среди разнообразных жалоб пациентки преобладали

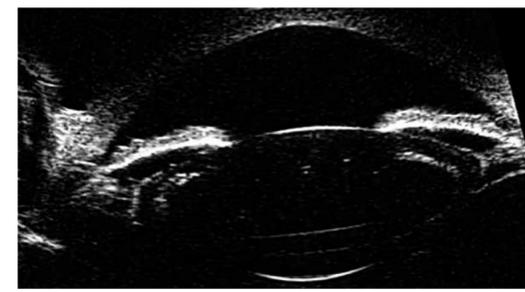


Рис. 6. Данные УБМ больной К. Отложения псевдоэксфолиативного материала на цинновых связках, в открытом углу передней камеры и передней капсуле хрусталика

дискомфортные явления в виде «мушек», «пятен» и «точек» перед глазами. Острота зрения составила 0,5/0,7 без коррекции, внутриглазное давление 20/19 мм рт.ст. по Маклакову. Биомикроскопическая картина переднего отрезка была крайне разнообразной на обоих глазах с небольшой асимметрией

в степени выраженности. Самым бросающимся в глаза симптомом были отложения типичного псевдоэксфолиативного материала на эндотелии роговицы (рис. 5), которые в течение длительного времени принимали за преципитаты, что и послужило причиной неправильной диагностики.

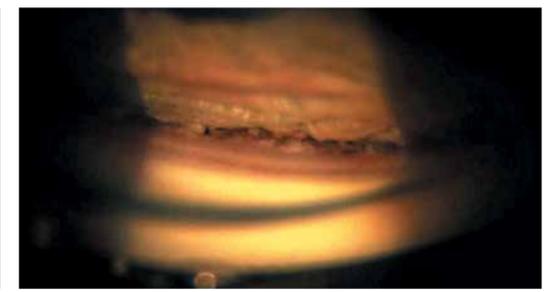


Рис. 7. Гониоскопическая картина угла передней камеры у больной К.: неравномерная экзогенная пигментация и отложения псевдоэксфолиативного материала в углу передней камеры

Кроме эндотелия роговицы, псевдоэксфолиации в меньшей степени присутствовали на зрачковом крае радужки, передней капсуле хрусталика, в углу передней камеры, ретро-лентальном пространстве и на цинновых связках, что было выявлено при помощи ультразвуковой биомикроскопии и гониоскопии (рис. 6, 7).

Повсеместен интерес к изучению ПЭС как среди практикующих клиницистов, так и среди микрохирургов переднего отрезка глаза. Актуальность обусловлена клинической вариабельностью, несмотря на кажущуюся простоту проявлений. ■

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Счастье бывает разного роста...

О.М. Бабайлова,
Ю.С. Клевакина

Ведущие группы психологической коррекции зрения ГБУЗ ОКБ № 3, Челябинск

Печатается в авторской редакции

Авторы выражают благодарность людям, без которых не состоялась бы данная публикация: д.м.н., проф. И.Е. Пановой, к.б.н. А.Р. Шарипову, к.п.н. Н.Н. Мельниковой и к.м.н. И.А. Сироткиной за содействие в нашей работе и поддержку.

Предисловие

Реалии современной медицины таковы, что как никогда становится актуальным лозунг «Спасение утопающих в руках самих утопающих». В современной офтальмологии прослеживается определенный диссонанс между успехами фармакологии, микрохирургии глаза и результатами лечения некоторых глазных заболеваний, например, глаукомы, атрофии зрительного нерва, миопической болезни. Число больных с перечисленной офтальмопатологией продолжает расти,

и очевидно, что те способы и методы лечения, которыми пользуются офтальмологи в настоящее время, недостаточно эффективны, поскольку причина этих заболеваний — многофакторная, и лечение должно быть системным. Здесь уместно было бы начать разговор о системных взаимодействиях, так как наш организм состоит из многих систем, а они влияют друг на друга, помогая или мешая себе в работе. Зрительная система состоит из нескольких элементов, действующих как единое целое в еще большей системе — организме человека. В зрительном восприятии участвуют три внутренних элемента: глазное яблоко, зрительный нерв, зрительная кора и четвертый элемент, внешний — это микросоциум (семья, друзья, коллеги) и весь окружающий мир. Все элементы находятся в тесном взаимодействии друг с другом, и изменение в одном из них влияет на работу всей системы. Основной функцией зрительной системы является «зрение» или «видение». Миопия препятствует нормальному зрению на уровне первого звена (глазное яблоко), глаукома и атрофия — на уровне второго (зрительный нерв), а все вместе

эти нарушения зрения сопровождаются искажением четвертого элемента зрения — взаимодействия с окружающей средой. В процессе коррекции зрения надо помнить, что части сложной динамической зрительной системы взаимосвязаны и работают вместе, а элементы могут вступать между собой в самые разнообразные отношения. Поскольку каждый из них способен пребывать в различных состояниях, то даже при небольшом числе элементов они могут быть соединены несколькими способами. Болезни глаз ведут к нарушению зрительного восприятия на уровне разных элементов или на всех сразу. Офтальмология, в большинстве случаев, успешно занимается лечением зрения на уровне глазного яблока, и работы здесь предостаточно, ведь болезненным изменениям могут быть подвержены конъюнктивита, роговица, хрусталик, стекловидное тело, сетчатка, диск зрительного нерва, мышцы и сосуды глаза. Патологические изменения в зрительных нервах и зрительной коре лечат неврологи, а вот влияние личности человека и его окружения (четвертый элемент системы) на улучшение или ухудшение зрения никто не лечит.



Между тем роль человека в изменении своего зрения велика и видна на таких известных примерах, как истерическая слепота и состояние алкогольного делирия («белая горячка»). В первом случае человек ничего не видит при наличии нормального зрения, во втором слуха, наоборот, видит то, чего нет

в реальности. Именно личность человека — тот ресурс для улучшения зрительного восприятия, на который может рассчитывать организм при нарушении зрения на любом уровне. Мы обобщили наш опыт психофизиологической реабилитации пациентов с нарушением зрения и решили представить некоторые результаты наблюдений и рекомендации по улучшению зрения в этом сборнике в виде двух частей — психологии и физиологии зрения. В первой части мы рассмотрели оптимальные варианты коммуникации с больным, понятия о самооценке и нежелательных реакциях человека на заболевание глаз, а во второй представили практические советы и упражнения, направленные на улучшение работы зрения. Наш рассказ сопровождается жизнеутверждающие стихи Эдуарда Асадова (годы жизни — 1923-2004), который во время войны потерял зрение. Известный поэт был нашим земляком.

Зрение — одна из самых востребованных функций нашего организма, и мы надеемся, что наши истории про зрение вам понравятся, а физиологические методы коррекции помогут получить лечебный результат.

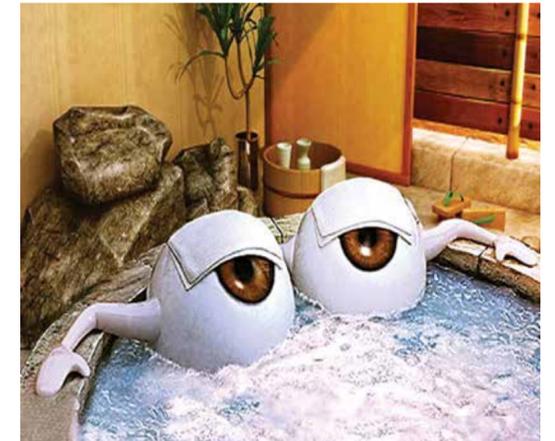
Часть I. Психология зрения

История первая Психологическая защита

Нашей жизнью управляют страхи. Надо отметить, что человек «задуман» природой как существо со зрением — с рассветом жизнь набирает обороты, а в ночное время затихает. Именно поэтому значительное снижение или потеря зрения, зачастую, имеют тяжелые последствия для человека: изменяют его профессиональный статус, социальное положение и отношения в семье. По данным зарубежных исследований, было выявлено, что наличие зрительных расстройств

является одним из основных факторов, снижающих качество жизни, причем его значимость превосходит влияние симптомов ряда сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе представляющих угрозу для жизни. Конечно же, страх оказывается слепым, зависимым и беспомощным возникает в первую очередь, когда речь идет о возможной потере зрения. На нашем тренинге одной из участниц была молодая студентка с миопией высокой степени. Девушка была очень собранной, сосредоточенной, записывала каждое слово ведущего и выполняла четко все инструкции. Она не расслаблялась ни на минуту, хотя тренинг был долгим, в течение двух дней. В своем рисунке о болезни глаз она нарисовала две огромные скалы

в море, которые притягивались друг к другу, стремясь перекрыть узкий проход в открытом море для маленькой лодочки, которой она управляла. Этот рисунок продемонстрировал отчаяние человека, тревогу перед будущим (закроется выход между скалами), страх быть отрезанным от большого мира. Именно это внутреннее напряжение отразилось на лице, в движениях и действиях этой девушки. В заключительной части тренинга было упражнение в парах, когда один человек был в непроницаемой черной маске, с помощью которой искусственно полностью перекрывалось зрение, а другой был его сопровождающим и проводил с ним «экскурсию» по залам и коридорам помещения, где мы занимались.



Во время этой прогулки «невидящий» участ­ник трогал, нюхал, «слушал» окружающее пространство и общался со своим «гидом». После этого упражнения, во время его груп­пового обсуждения, девушка призналась, что уже несколько лет ее мучают приступы стра­ха, когда она думает о перспективе развития своей болезни и возможной слепоте, а сей­час, после этого упражнения, она испытала огромное облегчение, потому что поняла, что «неважно, насколько хорошо или пло­хо буду я видеть, — важно, что я все равно буду жить, любить, страдать, обнимать свою собаку, слушать любимую музыку… С поте­рей зрения моя жизнь не заканчивается». На своем заключительном рисунке о зрении она нарисовала море, маленькую лодочку со своим силуетом на фоне заходящего солн­ца, а позади две угрюмые скалы, символи­зирующие страх, через который прошла эта девушка. Говора о страхах в нашей жизни, невозможно не вспомнить о такой природ­ной способности нашей психики, как психо­логическая защита (ПЗ).

История вторая Адаптация

Пациент Е., 50 лет, два года назад обра­тился в поликлинику для подбора очков.

На приеме у офтальмолога было обнару­жено высокое внутриглазное давление и вы­ставлен диагноз — открытоугольная глаукома обоих глаз в развитой стадии.

Вскоре после этого пациент уволился с ра­боты, стал усиленно заниматься лечением: перестал читать книги и смотреть телеви­зор, часто посещал поликлинику, по минутам от­мечал время закапывания капель и приема таблеток. В связи с высокой внутренней тре­вогой похудел, стал плохо спать, появились головные боли, перепады артериального давления, по поводу чего несколько раз ле­чился у невролога и обращался к психиатру.

На рисунке, на котором надо было пред­ставить образ своего заболевания, он нарисовал большую ядовитую змею в угрожающей позе и пояснил, что болезнь нападает на него, отбирая зрение, а он изо всех сил борется с ней, противопоставляя высокому внутри­глазному давлению строгий аскетический режим и гипотензивные препараты. Психо­логический аспект работы в данной ситуа­ции заключался в коррекции адаптивного поведения пациента. «Адаптация» — озна­чает приспособление, привыкание, комфор­ное (терпимое) существование. «В одну и ту же реку нельзя войти дважды» — лучше и не скажешь о постоянном движении, непрерыв­ных изменениях в нашей жизни. Только все успеется и разложится, как тут же что-то ме­няется или происходит, и надо соответство­вать уже новому раскладу обстоятельств. Механизм, который помогает нам приспоса­бливаться к различным изменениям среды, называется «адаптацией».

Можно выделить адаптацию:
а) к экстремальным (неадекватным) условиям;
б) к изменившимся условиям;
в) к постоянным условиям;
г) к изменяющимся условиям.
В каждом случае предъявляются неодина­ковые требования к человеку, и по-разному разворачивается сам процесс адаптации.

Экстремальные условия

Экстремальные условия — это условия, которые резко отличаются от обычных и имеют негативное влияние на жизнедея­тельность человека. Как правило, длитель­ное нахождение в подобных условиях раз­рушает, а адаптация происходит на пределе физических возможностей и требует больших энергетических затрат. Характер адаптации к экстремальным условиям наиболее точ­но описывается моделью неспецифического адаптационного синдрома Г. Селье: стресс — стадия сопротивления (временная приспо­собленность за счет напряжения жизнен­ных функций) — релаксация (расслабление) или истощение. Такая картина соответст­вует именно экстремальным условиям адап­тации, при этом глубинных, устойчивых изменений человеческой личности не происходит, и при восстановлении первоначальных ус­ловий функции человека нормализуются. При кратковременных изменениях среды сверхна­пряжение жизненных функций играет адап­тивную роль, но в случае длительного со­хранения экстремальных условий приводит к истощению и дезадаптации. Примером эк­стремальных условий на социальном уровне

В книге «Магия мозга» Н.П. Бехтерева пи­шет о том, что «сойти с ума не так-то просто, наш мозг имеет большое количество меха­низмов для защиты душевной жизни чело­века». По данным разных авторов, на нас «работает» несколько десятков механизмов психологической защиты. Доказано научны­ми исследованиями, что у пациентов с он­копатологией наиболее интенсивно включен такой механизм ПЗ, как «отрицание»: чело­век полностью исключает для себя факт не­выздоровления, и, когда все вокруг видят необратимые изменения в теле и психике человека, умирающий верит, что скоро он поправится. Для пациентов с терминальной стадией глаукомы характерным является проявление такого механизма ПЗ, как «ре­грессия», когда взрослые люди используют «детские» формы поведения: капризничают, часто обижаются, демонстрируют полную беспомощность, требуют повышенного внимания к себе. Конечно же, эти механизмы защиты делают все, чтобы нам было легче пережить самые сложные периоды

жизненного пути. Здесь есть только неболь­шой нюанс, роль которого возрастает при наступлении физического нездоровья: стара­ясь стереть информацию о тяжелой болезни, защита не позволяет человеку адекватно реа­гировать на изменившиеся условия жизни.

Так, например, пациенты с глаукомой, брон­хиальной астмой, сахарным диабетом и ги­пертонией часто нарушают режим лечения и поведения, объясняя это забывчивостью или отсутствием симптомов болезни. В какой-то мере парадоксальное явление «не лечиться» при наличии тяжелого заболевания можно объяснить работой механизмов ПЗ: забыв­чивость — действием «вытеснения» (забы­вается, стирается неприятная для человека информация), а отсутствие симптомов («я не болен») — обеспечивает «отрицание» (не до­пускается к восприятию на уровне сознания тревожная информация). Для того чтобы правильно распорядиться своей жизнью, не­обходимо ясное внутреннее зрение, а потому надо всегда помнить о нашей психологиче­ской защите, которая, творя добро, невольно

могут служить экономические кризисы, меж­национальные конфликты, временное пребы­вание в местах лишения свободы, иногда — служба в вооруженных силах. На уровне большого экстремальные условия — это, на­пример, свело ногу судорогой, — и человека извлекли из воды спасатели. В данном слу­чае важна роль адаптивных ресурсов в плане способности к преодолению жизненных трудностей при сохранении целостности личности. К таким ресурсам можно отнести физическое и эмоциональное здоровье (сила духа, мотивация, наличие цели, оптимизма, любимого человека).

Изменившиеся условия жизни (долгосрочные)

Основной характеристикой изменивших­ся условий является длительный, стабиль­ный характер произошедшего изменения. Как примеры адаптации к изменившимся условиям могут выступать: адаптация к но­вой культуре в случае эмиграции, адаптация к новой профессии, адаптация при потере близкого человека, уходе из семьи супру­га (или супруги), взрослых детей, к этому же типу относится адаптация при измене­нии внутренних условий, например, в ре­зультате взросления. Поскольку предпо­лагается, что взаимодействие в новых ус­ловиях будет продолжаться достаточно долго или даже постоянно, условием адаптации к изменившейся среде являются глубинные и устойчивые изменения в личности, что по­зволяет воспринимать среду уже не как но­вую, дискомфортную, а как обычную и есте­ственную. Для кратковременных изменений основная цель заключается в том, чтобы с помощью некоторых компенсаторных механизмов справиться с резко ухудшив­шимися, но временными жизненными ус­ловиями. В случае изменившихся условий, например, при смене профессии или эми­грации, может иметь место восприятие их как временных, что также не приводит к успеху адаптации. Основным препятстви­ем здесь является отсутствие принятия изме­нений, сопровождающееся внутренней при­вязанностью к прежним условиям и убежде­нию, что все может быть по-старому. В этом случае адаптационный процесс разворачи­вается по типу адаптации к временным экстремальным условиям, когда человек посредством напряжения жизненных функ­ций пытается «пережить» сложный времен­ной период. Поскольку обратных измене­ний в условиях существования не происхо­дит, рано или поздно наступает истощение и тяжелая дезадаптация. В этом случае важно осознать и принять изменившиеся условия жизни, понять, что это навсегда и возвра­та к старому уже не будет. Исхода из вышен­зложенного понятно, что пациент Е. в ус­ловиях болезни (глаукома), которая пришла надолго (насовсем) адаптировался к ней по типу адаптации к экстремальным ус­ловиям, что и привело к истощению психо­логической защиты и возникновению сим­птомов нарушения сна, аппетита, душевно­го дисбаланса. На первом этапе встречи с болезнью необходимо принять эту данность и научиться эффективно с ней взаимодей­ствовать. Кстати, в приведенном конкретном случае пациент мог продолжать работать, смотреть телевизор и читать, — на течение глаукомы эти факторы существенного влия­ния не оказывают. Главное, надо понять, что условия жизни изменились и это навсегда, возврата к старому уже не будет.

жизненного пути. Здесь есть только неболь­шой нюанс, роль которого возрастает при наступлении физического нездоровья: стара­ясь стереть информацию о тяжелой болезни, защита не позволяет человеку адекватно реа­гировать на изменившиеся условия жизни.

Так, например, пациенты с глаукомой, брон­хиальной астмой, сахарным диабетом и ги­пертонией часто нарушают режим лечения и поведения, объясняя это забывчивостью или отсутствием симптомов болезни. В какой-то мере парадоксальное явление «не лечиться» при наличии тяжелого заболевания можно объяснить работой механизмов ПЗ: забыв­чивость — действием «вытеснения» (забы­вается, стирается неприятная для человека информация), а отсутствие симптомов («я не болен») — обеспечивает «отрицание» (не до­пускается к восприятию на уровне сознания тревожная информация). Для того чтобы правильно распорядиться своей жизнью, не­обходимо ясное внутреннее зрение, а потому надо всегда помнить о нашей психологиче­ской защите, которая, творя добро, невольно

могут служить экономические кризисы, меж­национальные конфликты, временное пребы­вание в местах лишения свободы, иногда — служба в вооруженных силах. На уровне большого экстремальные условия — это, на­пример, свело ногу судорогой, — и человека извлекли из воды спасатели. В данном слу­чае важна роль адаптивных ресурсов в плане способности к преодолению жизненных трудностей при сохранении целостности личности. К таким ресурсам можно отнести физическое и эмоциональное здоровье (сила духа, мотивация, наличие цели, оптимизма, любимого человека).

Адаптация к постоянным условиям

Адаптация к постоянным условиям, «адаптация к жизни» представляет собой качественно иной тип процессов. Необходи­мость в такой адаптации возникает просто потому, что человек не рождается заранее приспособленным к той среде, в которую он входит. Такая адаптация предполагает постепенное усвоение культурных ценно­стей и социальных норм в процессе социа­лизации, поиск своего места в обществе на определенном историческом этапе и должна иметь, как идеальный конечный результат, самореализацию личности в конкретной социальной среде.

Адаптация к постоянным условиям со­ставляется как бы из мельчайших актов по­вседневной адаптации к конкретным ситуа­циям, которые выстраиваются в закономер­ную линию жизненного пути. Основными проблемами, разрабатываемыми в этом на­правлении, являются проблемы личностной зрелости, конструктивного поведения, поиска смысла жизни и самореализации личности. В данном контексте полезно рассматривать такие глобальные качества, как гибкость и устойчивость. Быстро меняющиеся ус­ловия предъявляют к личности требования одновременного присутствия этих двух качеств, их взаимосочетаемости. «Выживет не тот, кто сильнее, а тот, кто способен изменяться» (*Ч. Дарвин*).

Адаптация к изменяющимся условиям

Такой тип адаптации предъявляет к лич­ности наиболее серьезные требования. Из­меняющейся считается среда, находящаяся в постоянном контакте с человеком, но неустойчивая по своей сути, подверженная колебаниям в достаточно короткие про­межутки времени. Это и есть наша повседнев­ная жизнь со всеми ее неожиданностями и переживаниями. Изменения, происходящие к успеху адаптации. Основным препятстви­ем здесь является отсутствие принятия изме­нений, сопровождающееся внутренней при­вязанностью к прежним условиям и убежде­нию, что все может быть по-старому. В этом случае адаптационный процесс разворачи­вается по типу адаптации к временным экстремальным условиям, когда человек посредством напряжения жизненных функ­ций пытается «пережить» сложный времен­ной период. Поскольку обратных измене­ний в условиях существования не происхо­дит, рано или поздно наступает истощение и тяжелая дезадаптация. В этом случае важно осознать и принять изменившиеся условия жизни, понять, что это навсегда и возвра­та к старому уже не будет. Исхода из вышен­зложенного понятно, что пациент Е. в ус­ловиях болезни (глаукома), которая пришла надолго (насовсем) адаптировался к ней по типу адаптации к экстремальным ус­ловиям, что и привело к истощению психо­логической защиты и возникновению сим­птомов нарушения сна, аппетита, душевно­го дисбаланса. На первом этапе встречи с болезнью необходимо принять эту данность и научиться эффективно с ней взаимодей­ствовать. Кстати, в приведенном конкретном случае пациент мог продолжать работать, смотреть телевизор и читать, — на течение глаукомы эти факторы существенного влия­ния не оказывают. Главное, надо понять, что условия жизни изменились и это навсегда, возврата к старому уже не будет.

По сути, вся наша жизнь — одна большая Адаптация.

Глава 1

Я иду по улице.
На моем пути глубокая яма.
Я падаю в нее.
Я в шоке…
Я беспомощен.
Это не моя вина.
Нужна вечность, чтобы выбраться из нее.

Глава 2

Я иду по той же улице.
На моем пути глубокая яма.
Я стараюсь не замечать ее.
Я опять падаю.
Поверить не могу, но я опять в том же положении.
Но это не моя вина.
Нужно очень много времени, чтобы выбраться из нее.

искажает информацию о нашем душевном и физическом состоянии. Самообразование и самоанализ в этом случае — два важных фактора для исследования своей личности. А противовесом всем нашим прогнозируемым страшилкам может служить принцип жизни — жить здесь и сейчас, жить настоящим.

Дорожите счастьем, дорожите!
Замечайте, радуйтесь, берите
Радуги, рассветы, звезды глаз —
Это все для вас, для вас, для вас…
Услыхали трепетное слово
Радуйтесь. Не требуйте второго.
Не гоните время. Ни к чему.
Радуйтесь вот этому, ему!
Красоту увидите в некрасивом,
Разглядеть в ручьях разливы рек!
Кто умеет в буднях быть счастливым,
Тот и впрямь счастливый человек!
И поют дороги и мосты,
Краски леса и ветра событий,
Звезды, птицы, реки и цветы:
Дорожите счастьем, дорожите!

Э. Асадов

Глава 3

Я иду по той же улице.
На моем пути глубокая яма.
Я вижу ее.
Опять упал… это уже превратилось
в привычку… но глаза мои открыты.
Я знаю, где нахожусь.
Это моя вина.
Я мигом выбираюсь из нее.

Глава 4

Я иду по той же улице.
На моем пути глубокая яма.
Я ее обхожу.

Глава 5

Я стал ходить по другой улице.

П. Нельсон

Стратегии поведения в процессе адаптации к болезни

Когда к человеку приходит болезнь, его жизнь меняется. Каждый из нас в этой ситуации проявляется достаточно индивиду­ально, но существуют и общие для всех людей мысли и чувства, связанные с болез­нью. Стратегии поведения в применении к пациентам с различной патологией изуча­ются сравнительно недавно.

По классификации Э. Хейма существуют следующие варианты реагирования на свое заболевание.

А. Осмысление ситуации

1. Игнорирование — «Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем трудность».

2. Смирение — «Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться».

3. Диссимуляция — «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо».

4. Сохранение самообладания — «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния».

5. Проблемный анализ — «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось».

6. Относительность — «Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей мои — это пустяк».

7. Религиозность — «Если что-то случи­лось, то так угодно Богу».

8. Растерянность — «Я не знаю, что делать, и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей».

9. Придача смысла — «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам».

10. Установка собственной ценности — «В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и я более сложными».

Б. Эмоциональные переживания

1. Протест — «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую».

2. Эмоциональная разрядка — «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу».

3. Подавление эмоций — «Я подавляю эмоции в себе».

4. Оптимизм — «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации».

5. Пассивная кооперация — «Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне».

6. Покорность — «Я впадаю в состояние безнадёжности».

7. Самообвинение — «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам».

8. Агрессивность — «Я впадаю в бешен­ство, становлюсь агрессивным».

В. Поведенческие реакции

1. Отвлечение — «Я погружаюсь в люби­мое дело, стараясь забыть о трудностях».

2. Альтруизм — «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях».

3. Активное избегание — «Стараюсь не думать, всячески избегаю думать о своих неприятностях».

4. Компенсация — «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успо­коительных средств, вкусной еды и т.п.)».

5. Конструктивная активность — «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществле­ние давней мечты (еду путешествовать, по­ступаю на курсы иностранного языка и т.п.)».

6. Отступление — «Я изолируюсь, стара­юсь остаться наедине с собой».

7. Сотрудничество — «Я использую со­трудничества со значимыми мне людьми для преодоления трудностей».

8. Обращение — «Я обываю ишу людей, способных помочь мне советом».

Стратегии поведения были распределены Хеймом на две основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные и неадаптивные.

Адаптивные варианты поведения

А. — «проблемный анализ», «установка собственной ценности», «сохранение само­обладания». Это формы осмысления, направ­ленные на анализ возникших трудностей

История третья Самооценка

Мы несколько раз встречались с молодой мамой, у которой четыре года назад роди­лась слепая девочка. М., 32 года, была очень заботливой и любящей мамой. Замуж она вышла осознанно, будучи уже достаточ­но взрослой, и в 32 года родила желанного ребенка. Вскоре после родов муж М. ушел из семьи, с дочкой занималась бабушка, а после работы и мама проводила все время с малышкой, поставив крест на своей лич­ной жизни. На консультации М. не могла четко сформулировать проблему, только ска­зала: «Когда-то я мечтала о большой и свет­лой любви, о детях, о муже, большом доме… Теперь впереди ничего нет. Кому нужно чер­вое яблоко».

Самооценка

Идеал счастливого человека нам рисуют телевизионные образы, красивые фотогра­фии цветных журналов и словесные штампы — «стройность, красота, обеспеченность, престижная работа, дружная любящая се­мья, прекрасные дети, машина, бриллиан­ты, заграничные поездки…» — и это еще не полный набор для высокой (глянцевой) са­моценки. Если же существует какой-нибудь пробел в этом комплексе: развод, больно­й цикл семьи, отсутствие работы, алкоголь­ная зависимость, нет детей и т.п., то любой из этих общепризнанных факторов в разы мо­жет снижать самооценку человека. Инди­видуально ведь трудно противостоять об­щепринятым стандартам. А правда жизни в том, что в роду каждого из нас (если загля­нуть на 2-3 поколения назад) встречаются все жизненные ситуации и разные судьбы у наших родных — и ограниченные физиче­ские возможности, и разводы, и бесплодие.. и все остальное, то есть М. не хуже и не лучше других, хотя чувствует себя изгоем. В данном случае мы с молодой женщиной разбирались, каким образом неадекватная самооценка влияет на экологию внутренне­го и внешнего состояния человека.

По определению А.В. Антоновского (2000), самооценка — это психологическая защита, основа физического и психического здоровья. Самооценка как качество чело­веческой личности представляет собой «фун­дамент» личности, который закладывается с самого рождения человека «авторитетами» в виде матери, отца, братьев, сестер, бабу­шек и дедушек, учителей, подруг и друзей. Это «авторитетное групповое послание» практически в неизменном виде остается с личностью человека на протяжении всей его жизни и оказывает огромное влия­ние на формирование характера и судьбу. «Надстройка» к «фундаменту» формируется в процессе сознательного общения человека с различными людьми и является пластич­ным образованием, способным к измене­ниям как в лучшую, так и в худшую сторону. Самооценка может быть низкой, высокой, нормальной, очень низкой и очень высокой.

и возможных путей выхода из них, повыше­ние самооценки и самоконтроля, более глу­бокое осознание собственной ценности как личности, наличие веры в собственные ре­сурсы в преодолении трудных ситуаций.

Б. — «протест», «оптимизм» — эмоцио­нальные состояния с активным возмущени­ем и протестом по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любой, даже самой сложной, ситуации.

В. — «сотрудничество», «обращение», «альтруизм» — то есть такое поведение лич­ности, при котором человек вступает в со­трудничество со значимыми (более опытные) людьми, ищет поддержки в ближайшем социальном окружении или сам предлагает ее близким в преодолении трудностей.

Неадаптивные варианты поведения во время болезни

А. — «смирение», «растерянность», «дис­симуляция», «игнорирование» — пассив­ные формы поведения с отказом от преодо­ления трудностей из-за неверия в свои силы и интеллектуальные ресурсы, с умшлением недооценкой неприятности.

Б. — «подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», агрессивность» — вариан­ты поведения, характеризующиеся подавлен­ным эмоциональным состоянием, состоянием безнадёжности, покорности и недопушения других чувств, переживанием злости и воз­ложением вины на себя и других.

Величина самооценки зависит от окружаю­щих тебя людей и от того, как ты сам реа­гируешь на свои удачи и неудачи. Самосто­ятельно определить уровень самооценки непросто, лучше проконсультироваться со специалистом. Существуют некоторые признаки внешнего и внутреннего состоя­ний (с помощью которых можно предполо­жительно определить силу психологической защиты, за которую отвечает самооценка. Здоровая самооценка характеризуется са­моуважением и уважительным отношением к другим людям.

Физические корреляты здоровой самооценки:

— глаза живые и яркие;
— лицо расслабленное, естественное по­ложение подбородка — в «созвучии» со всем телом;

— мышцы нижней челюсти расслаблены;

— плечи держатся прямо, кисти рук рас­слаблены и спокойны;

— поза хорошо сбалансирована, спина прямая и расслабленная;

— походка имеет качество целеустремлен­ности (без агрессивности и властности);

— интенсивность голоса соответствует ситуации, произношение ясное;

— лицо, манера разговора и движения отра­жают удовольствие, получаемое от самой жизни;

— легко, прямо и честно говорит о досто­инствах и недостатках (дружеское отноше­ние к фактам);
— испытывает комфорт, говоря и выслу­шивая комплименты, выражения приязни, одобрения;

— открыт для критики и признает свои ошибки, поскольку самооценка не привяза­на к образу «совершенства»;

— слова и движения обладают качествами легкости и спонтанности (отсутствует борь­ба с самим собой);

— существует гармоничная связь между тем, что человек говорит и делает, и тем, как он выглядит, звучит и движется;

— наблюдается принцип открытости и лю­бопытства по отношению к новым идеям, новому опыту, новым возможностям в жизни;
— наличие способность наслаждаться юмори­стическими аспектами жизни своей и других;
— в реакции на ситуации и задачи прису­ствует гибкость, проявляемая в духе изоб­ретательности и даже игривости, поскольку существует доверие к себе, а жизнь не рассматривается как игрушка рока;

— утверждающее (не агрессивное) по­ведение, свое и других, воспринимается с комфортом;

— есть способность сохранять гармонич­ность и достоинство в условиях стресса.

«Счастливого человека очень просто узнать. Он словно излучает ауру спокойствия и тепла, движется неторопливо, но везде успевает, говорит спокойно, но его все пони­мают. Секрет счастливых людей прост — это отсутствие напряжения».

Конфуций

В. — «активное избегание», «отступле­ние» — поведение, предполагающее избега­ние мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляция, стремление уйти от активных контактов, отказ от ре­шения проблем.

В офтальмологии есть заболевания, вы­зывающие постепенную адаптацию к мед­ленно меняющимся условиям, например, созревание катаракты или постепенная по­теря зрения в связи с прогрессирующей атрофией нерва, глаукомой. Внезапная поте­ря зрения, как, например, при тяжелой трав­ме или ожоге, предполагает более серьезную работу над собой, т.к. адаптация проходит сложнее, и лучше для всех, если в ней бу­дет участвовать психотерапевт. По-разному адаптированы будут те, кто с рождения или с малых лет потеряли зрение, и те, кто поте­рял зрение во взрослом состоянии. В любом случае можно сохранить качество жизни вы­соким, если правильно распределить акцен­ты в связке «здоровье-болезнь».

Нынче век электроники и скоростей. Нынче людям без знаний и делать нечего. Я горжусь озареньем ума человеческого, Эрой смелых шагов и больших идей.

Только, видно, не все идеально в мире, И ничто безнаказано не получается: Если рамки в одном ставятся шире, То в другом непременно, увь, сужаются.

Э. Асадов

Бессмысленно оспаривать общеприня­тые установки социума, они играют важ­ную роль в нашем сознании, определяя тенденции развития общества, однако над­лежащий уровень своей самооценки (пси­хологической защиты, основы физического и психического здоровья) надо охранять и оберегать, с помощью которых можно предполо­жительно определить силу психологической защиты, за которую отвечает самооценка. Здоровая самооценка характеризуется са­моуважением и уважительным отношением к другим людям.

«Если…»

1. Если тебе очень хочется, а человек не находит времени (т.е. желания) поговорить, встретиться, написать, позвонить… пере­ключи свое внимание на кого-нибудь дру­гого, потому что состояние хронической отвержения истощает твою самооценку.
2. Если рядом с тобой есть люди, готовые в любую минуту утешить тебя, поддержать, напомнить о твоей доброте, красоте, уме… береги их, потому что это часть твоего здо­ровья, они укрепляют твою самооценку.
3. Если каждый день тебе плохо от тех, кто рядом, ты делаешь не то, что нужно, и не с теми, с кем надо.

«Один не разберет, чем пахнут розы. Другой из горьких трав добудет мед. Кому-то мелочь дашь, навек запомит. Кому-то жизнь отдашь, а он и не поймет».

О. Хайям

«Ты не обязан…»
От Давида Уильяма

Есть вещи, о которых мы не должны от­читываться и оправдываться. Вопросы и комментарии от окружающих, мнения друз­ей и знакомых о том, как нам жить и что делать часто противоречат тем задачам, которые нам надо решать в этой жизни. Путь каждого индивидуален, и только ты вправе решать, что правильно, а что нет.

1. Ты не обязан никому объяснять свою жизненную ситуацию: гражданский брак, развод или жизнь с родителями… Если это твой сознательный выбор, значит, у тебя есть на то свои собственные причины, а это никого не касается.

2. Ты не обязан объяснять, почему одно­ко, это не должно касаться никого, кроме тебя. Одиночество — не расстройство лич­ности. Ты свободен в выборе того, вступа­ть в отношения или нет. Просто помни: ты — это не твоё семейное положение.

3. Ты не обязан никому объяснять свои предпочтения в еде. Есть определенные про­дукты, которые тебе просто не нравятся по разным причинам — от вкусовых качеств до их влияния на твоё здоровье.

Если кто-то пристаёт к тебе с вопросом, почему ты ешь и пьешь (или не ешь и не пьешь) те или иные продукты, не обращай на это внимание и ответь, что ты чувствуешь себя хорошо, питаешься именно таким образом.

4. Ты не обязан ни перед кем оправды­ваться за отказ от вечеринки. Ты вправе от­менить планы или отказаться от приглаше­ния, если тебе нужно какое-то время побыть наедине с собой. Подобные одноките тай­мауты необходимы большинству из нас для расслабления и «перезагрузки».

Чем глазастей радар, чем хитрей ультразвук И чем больше сверхмощного и сверхдально­го, Тем все меньше чего-то навивно-тайного, Романтически-сказочного вокруг.

Я не знаю, кто прав тут, а кто не прав. Только что-то мы, видно, навек сплутнули. Сказка… ей неуютно в ракетном туле, Сказке нужен скворечник и шум дубрав.

Нужен сказке дурман лугового лета, Стук копья да мороз с бородой седой, Да сверчок, да еще чтоб за печкой где-то Жил хоть кроха, а все-таки домовый…

Ну а мы, будто в вихре хмельного швала, Все стремимся и жить, и любить быстрее. Даже музыка нервной какой-то стала, Что-то слишком визгливое слышится в ней!

Пусть река — не ожившая чья-то лента, И в чащобах не прачутся колдуны

Лечение регматогенной отслойки сетчатки с помощью современных хирургических техник

Д.О. Шкворченко, В.Д. Захаров, С.А. Какунина, Е.В. Белоусова, А.В. Русановская, К.С. Норман, В.А. Письменная

ФГАН «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Москва

Распространенность регматогенной отслойки сетчатки (РОС) в европейских странах составляет 1 на 10000; так, в Германии каждый год выявляется около 8000 новых случаев [2]. В группе высокого риска — пациенты в возрасте от 55 до 70 лет. Вероятность развития отслойки во втором глазу составляет 3,5-5,8% в первый год и 9-10% — в течение 4 лет [1].

Существует множество методов и подходов к лечению регматогенной отслойки сетчатки, сочетающих склеральное пломбирование, коагуляцию и витректомию. С появлением новых операционных микроскопов с безволоконной широкоугольной системой интраоперационной визуализации глазного дна (OFFISS), разработанной инженерами корпорации Торсон, хирургам стали доступны новые малоинвазивные методики, позволяющие улучшить результаты хирургического лечения и сократить продолжительность операции и реабилитационного периода.

Этиология, патогенез и факторы риска РОС

Чаще всего причиной РОС является дегенерация стекловидного тела (СТ). СТ практически полностью (на 98%) состоит из воды, его структура стабилизируется коллагеновыми волокнами, которые продолжают в поверхностные (внутренние) слои сетчатки [1, 2]. Физиологическая дегенерация этого своеобразного «скелета» СТ происходит с первых лет жизни [1, 2]. Со временем коллагеновые нити становятся жестче, что иногда визуально ощущается человеком как подвижные точки и линии, известные как «летающие мушки» [2]. Прогрессирующая потеря эластичности в конечном итоге приводит к отделению СТ от сетчатки, что характеризуется как задняя отслойка стекловидного тела (ЗОСТ).

В данном контексте наибольший риск разрыва сетчатки отмечается в тех случаях, когда СТ остается прикрепленным к сетчатке в одном или нескольких местах и своей «тяжестью» вызывает развитие тракции. Поскольку обычно отслойка СТ начинается на заднем полюсе глаза и распространяется к экватору, тракционное воздействие на сетчатку является особенно интенсивным в области экватора, где периферическая сетчатка переходит в центральную. Сетчатка здесь наиболее тонкая (0,18 мм при 0,23 мм в центральной части) [5], что объясняет предрасположенность к разрывам, связанным с натяжением. У каждого пятого пациента с ЗОСТ обнаруживаются отверстия в сетчатке [2].

К наиболее распространенным факторам риска РОС относят близорукость, операции по поводу катаракты и травмы. Повышенная вероятность отслойки сетчатки у таких пациентов обусловлена наличием мест выраженной адгезии СТ и сетчатки [1].

Наличие близорукости до -3 диоптрий (D) увеличивает риск отслойки сетчатки в 4 раза, а при миопии более чем -3 D вероятность отслойки возрастает в 10 раз. Миопия также приводит к более раннему разрыванию стекловидного тела, что объясняет тот факт, что отслойка сетчатки у пациентов с близорукостью происходит раньше [2].

Другой фактор риска для РОС — операция по установке искусственного хрусталика. Хирургическое лечение катаракты ускоряет «разжижение» стекловидного тела, что увеличивает риск отслойки сетчатки. Вероятность развития отслойки через 6 лет после операции повышена в 7 раз и в дальнейшем

продолжает расти. Риск РОС после неосложненного удаления катаракты составляет приблизительно 1/1000 [5]. Примерно 30% пациентов с отслойкой сетчатки имеют в анамнезе операцию по поводу катаракты [2, 6, 7]. Ожидается, что доля пациентов с такими вмешательствами в анамнезе среди больных с отслойкой сетчатки будет расти [8]. Несмотря на это, благодаря значительному техническому прогрессу в хирургическом лечении катаракты в последние годы, прогнозировать отдаленное влияние данного типа операции в будущем на вероятность развития отслойки трудно. Пациенты с катарактой перед операцией должны быть информированы о возможности повышения риска развития отслойки сетчатки, однако этот риск не должен стать причиной отказа от операции, которая показана пациенту.

Еще одним фактором риска является травма. Резкое смещение стекловидного тела при тулой травме глаза может привести к чрезмерному натяжению сетчатки вокруг основания стекловидного тела на периферии, а также к появлению небольших отверстий на периферии сетчатки. Распространенность травматической отслойки сетчатки сравнительно невелика — 0,2/10000 [2, 9].

В настоящее время проводится исследование влияния орального приема фторхинолонов (в частности, ципрофлоксацина) на риск развития отслойки сетчатки. По результатам канадских исследователей, распространенность отслойки сетчатки у лиц, принимающих препарат, в 5 раз выше, чем в контрольной группе [10].

Тактика хирургического лечения отслойки сетчатки в последние годы

Отслойки сетчатки в последние годы претерпела существенные изменения. В то время как раньше чаще применяли пломбирование склеры, в настоящее время чаще выполняется витректомию [23, 24]. Данные сравнительных исследований подтверждают, что оба типа вмешательств остаются эффективными, каждое имеет свои четкие показания. Эти операции могут комбинироваться и проводиться одновременно или последовательно [13, 16, 23-28]. Помимо персонального опыта хирурга в проведении данных операций, на выбор типа вмешательства оказывают влияние определенные индивидуальные характеристики пациента, выявленные в ходе диагностики [24].

Пломбирование предпочитают в следующих случаях:

- глаз с естественным хрусталиком, перед этим операций не было [14-17, 28-30];
- контур отверстия определяется четко, оно не слишком большое [12];
- отсутствие тракции или ПВР стадия А [12, 16, 31];
- хорошая визуализация места разрыва [12].

Вышеприведенные особенности наблюдаются примерно у половины пациентов с отслойкой сетчатки [12]. Однако примерно у четверти пациентов на момент осмотра имеются те или иные осложняющие факторы, для таких пациентов предпочтительна витректомию, а не пломбирование.

В последние годы благодаря результатам проспективного рандомизированного европейского исследования SPR специалисты получили надежные ориентиры для решения вопроса о выборе метода лечения пациентов после операций по поводу катаракты. Показано, что у большинства больных с отслойкой сетчатки после установки искусственного хрусталика («псевдофакичная» отслойка) витректомию позволяет добиться лучших результатов, чем пломбирование склеры или циркляж [13, 32]. В то же время у пациентов с естественным хрусталиком пломбирование склеры показало более убедительные результаты в отношении снижения частоты выполнения повторных вмешательств. Таким образом, наличие хрусталика оказывает влияние на выбор оперативного лечения.

Сроки проведения хирургического вмешательства являются предметом для обсуждения. Высокая значимость этого фактора для выполнения вмешательства определяется также тем, что чем дольше фоторецепторы отделены от пигментного эпителия, тем сильнее будут структурные изменения сетчатки и потенциальные функциональные нарушения. Средняя острота зрения у пациентов, у которых не было отслойки в области макулы на момент операции, после лечения примерно соответствует исходным значениям; однако, при наличии предшествующей отслойки макулы, в результате операции удается добиться средней остроты зрения лишь от 0,1 до 0,2 [33], поэтому необходимо стараться предотвращать распространение отслойки на область макулы.

На скорость прогрессирования отслойки оказывает влияние множество факторов. Так, отслойка в верхней половине глаза с крупным подковообразным разрывом обычно протекает более агрессивно, чем отслойка в нижней половине глаза с небольшими разрывами и широко прикрепленным стекловидным телом, что часто встречается, например, у молодых пациентов с близорукостью. Последние исследования показали, что хирургическое лечение отслойки сетчатки лучше планировать заранее с учетом индивидуальных особенностей пациента (например, использование антикоагулянтной терапии), потому что экстренные хирургические операции сопряжены с более высоким риском осложнений [33, 34].

Благодаря прогрессу в производстве хирургических инструментов, в настоящий момент при проведении витректомии предпочтение отдается инструментам с калибром менее 20G, использование которых способствует более быстрому восстановлению пациентов после операции [37, 39]. Issa S. et al. (2011) сравнивали в своем исследовании результаты трансконъюнктивальной витректомии с применением инструментов 20 и 25 калибра. По их данным, у пациентов, оперированных инструментами 20 калибра, периферические разрывы сетчатки при склеротомии выявлялись значительно чаще (в 16% случаев), чем у оперированных инструментами 25 калибра (5% случаев) [38].

Показано, что на функциональный результат хирургического лечения РОС влияют как выбор тампонирующего агента, так и техника витректомии. Внедрение в хирургию осветителей, фиксирующихся в склере в качестве порта, фактически ознаменовало начало нового этапа хирургического лечения рассматриваемой патологии — использования бимануальной витректомии [40]. При этом у хирурга появилась возможность осуществления манипуляций одновременно двумя инструментами (витректором и пинцетом, пинцетом и ножницами), исчезла необходимость в ассистенте. Более стабильным стал уровень ВГД при введении тампонирующих веществ, поскольку хирург может аспирировать выдавливающую жидкость свободной рукой. Применение бимануальной хирургии позволило уменьшить время выполнения витректомии и может стать одним из важнейших факторов, влияющих на уровень остроты зрения после операции.

Прогресс витреоретинальной хирургии в течение последних лет характеризуется совершенствованием оборудования, применяемых инструментов 25, 27 G и заместителей стекловидного тела [35, 36]. Появление в арсенале хирурга микроскопов Торсон с широкоугольной безволоконной оптической системой (OFFISS) позволило также применять бимануальную технику, описанную выше, не используя дополнительного эндоскопического. Система OFFISS работает по принципу обратной офтальмоскопии и использует коаксиальный свет микроскопа для визуализации витреальной полости и сетчатки, что делает необязательным использование дополнительного порта для эндоскопического того или иного типа.

Это в свою очередь привело к разработке новых хирургических техник в лечении РОС, одной из которых является, например, однопортовая микроинвазивная 25G витректомию. Техника подразумевает использование одного порта, который устанавливается с удобной для подхода к разрыву стороны, и проведение локальной витректомии, целью которой является удаление тракций, непосредственно вызывающих разрыв. Применение новой техники позволило уменьшить объем и время эндотреальной вмешательства и добиться стойкого анатомического прилегания сетчатки [41].

Заключение

В настоящее время не вызывает сомнений патогенетическая направленность и эффективность витреоретинальной хирургии в лечении отслойки сетчатки. Однако, несмотря на внедрение более совершенных инструментов и пособий, методы хирургического лечения РОС нередко отличаются излишним радикализмом и сопровождаются рядом осложнений, развитие которых удлиняет время вмешательства и требует применения дополнительных пособий, которые не всегда достаточно безопасны для измененных вследствие основного заболевания интраокулярных структур. Осложнения, развивающиеся в послеоперационном периоде, нередко становятся причиной вторичных вмешательств, также влияющих на изменения органа зрения, на функциональные исходы первичного вмешательства и общее соматическое состояние пациентов. В связи с этим необходимо дальнейшее развитие техники минимально инвазивной витреоретинальной хирургии для достижения лучших результатов хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки. Следует отметить, что в доступной литературе отсутствуют исследования по сравнительной оценке эффективности и безопасности различных подходов к хирургическому лечению РОС, в частности, стандартной трехпортовой витректомии, радиального пломбирования и однопортовой витректомии, что свидетельствует о необходимости проведения такого рода исследований.

Литература

1. Mitry D, Fleck BW, Wright AF, Campbell H, Charteris DG: Pathogenesis of rhegmatogenous retinal detachment: predisposing anatomy and cell biology. *Retina* 2010; 30: 1561-72.
2. Mitry D, Charteris DG, Fleck BW, Campbell H, Singh J: The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: geographical variation and clinical associations. *Br J Ophthalmol* 2010; 94: 678-84.
3. Mitry D, Singh J, Yorston D, Siddiqui MAR, Wright A, Fleck BW, et al.: The predisposing pathology and clinical characteristics in the Scottish retinal detachment study. *Ophthalmology* 2011; 118: 1429-34.
4. Morgan IG, Ohno-Matsui K, Saw SM: Myopia. *Lancet* 2012; 379: 1739-48.
5. Feltgen N, Weiss C, Wolf S, Ottenberg D, Heimann H: Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study (SPR Study): recruitment list evaluation. Study report no. 2. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2007; 245: 803-9.
6. Mitry D, Chalmers J, Anderson K, Williams L, Fleck BW, Wright A, et al.: Temporal trends in retinal detachment incidence in Scotland between 1987 and 2006. *Br J Ophthalmol* 2011; 95: 365-9.
7. Herrmann W, Helbig H, Heimann H: Pseudophakieablatio. *Klin Monatsblätter Für Augenheilkd* 2011; 228: 195-200.
8. Wolfram C, Pfeiffer N: Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland. 2012th ed. München 2012.
9. Hart NC, Jünemann AGM, Siemer J, Meurer B, Goecke TW, Schild RL: Geburtsmodus bei präexistenten Augenerkrankungen. *Z Für Geburtshilfe Neonatol* 2007; 211: 139-41.

10. Etninan M, Forooghian F, Brophy JM, Bird ST, Maberley D: Oral fluoroquinolones and the risk of retinal detachment. *JAMA* 2012; 307: 1414-9.

11. D'Amico DJ: Clinical practice. Primary retinal detachment. *N Engl J Med* 2008; 359: 2346-54.

12. Feltgen N, Heimann H, Hoerauf H, Walter P, Hilgers RD, Heussen N: Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study (SPR study): Risk assessment of anatomical outcome. SPR study report no. 7. *Acta Ophthalmol* 2013; 91: 282-7.

13. Heimann H, Bartz-Schmidt KU, Bornfeld N, Weiss C, Hilgers RD, Foerster MH: Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment: a prospective randomized multicenter clinical study. *Ophthalmology* 2007; 114: 2142-54.

14. Hoerauf H, Heimann H, Hansen L, Laqua H: Skleraeindellende Ablatiochirurgie und pneumatische Retinopexie. Techniken, Indikationen und Ergebnisse. *Ophthalmologie* 2008; 105: 7-18.

15. De la Rúa ER, Pastor JC, Fernández I, Sanabria MR, García-Arumí J, Martínez-Castillo V, et al.: Non-complicated retinal detachment management: variations in 4 years. *Retina* 1 project; report 1. *Br J Ophthalmol* 2008; 92: 523-5.

16. Pastor JC, Fernandez I, Rodriguez de la Rúa E, Coco R, Sanabria-Ruiz Colmenares MR, Sanchez-Chicharro D, et al.: Surgical outcomes for primary rhegmatogenous retinal detachments in phakic and pseudophakic patients: the Retina 1 Project-report 2. *Br J Ophthalmol* 2008; 92: 378-82.

17. Haritoglou C, Brandlhuber U, Kampik A, Priglinger SG: Anatomic success of scleral buckling for rhegmatogenous retinal detachment — a retrospective study of 524 cases. *Int J Ophthalmol* 2010; 224: 312-8.

18. Framme C, Roider J, Hoerauf H, Laqua H: Komplikationen nach externer Netzha-utuchirurgie bei Pseudophakieablatio — Sind endellende Operationsverfahren noch aktuell? *Klin Monatsblätter Für Augenheilkd* 2000; 216: 25-32.

19. Silvanus MT, Moldzio P, Bornfeld N, Peters J: Visual loss following intraocular gas injection. *Dtsch Arztebl Int* 2008; 105(6): 108-12.

20. Heimann H, Zou X, Jandek C, Kellner U, Bechrakis NE, Kreusel KM, et al.: Primary vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment: an analysis of 512 cases. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2006; 244: 69-78.

21. Jalil A, Ho WO, Charles S, Dhawahir-Scala F, Patton N: Latrogenic retinal breaks in 20-G versus 23-G pars plana vitrectomy. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2013; 251: 1463-7.

22. Heussen N, Hilgers RD, Heimann H, Collins L, Grisanti S: Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study (SPR study): multiple-event analysis of risk factors for reoperations. SPR Study report no. 4. *Acta Ophthalmol* (Copenh) 2011; 89: 622-8.

23. Arya AV, Emerson JW, Engelbert M, Hagedorn CL, Adelman RA: Surgical management of pseudophakic retinal detachments: a meta-analysis. *Ophthalmology* 2006; 113: 1724-33.

24. Ho JD, Liou SW, Tsai CY, Tsai RJF, Lin HC: Trends and outcomes of treatment for primary rhegmatogenous retinal detachment: a 9-year nationwide population-based study. *Eye Lond Engl* 2009; 23: 669-75.

25. Ahmadieh H, Moradian S, Faghihi H, Parvaresh MM, Ghanbari H, Mehryar M, et al.: Anatomic and visual outcomes of scleral buckling versus primary vitrectomy in pseudophakic and aphakic retinal detachment: six-month follow-up results of a single operation-report no. 1. *Ophthalmology* 2005; 112: 1421-9.

26. Brazitikos PD, Androudi S, Christen WG, Stangos NT: Primary pars plana vitrectomy versus scleral buckle surgery for the treatment of pseudophakic retinal detachment: a randomized clinical trial. *Retina* 2005; 25: 957-64.

27. Adelman RA, Parnes AJ, Ducournau D: Strategy for the Management of Uncomplicated Retinal Detachments: The European Vitreo-Retinal Society Retinal Detachment Study Report 1. *Ophthalmology* 2013; 120: 1804-8.

28. Sun Q, Sun T, Xu Y, Yang X-L, Xu X, Wang BS, et al.: Primary vitrectomy versus scleral buckling for the treatment of rhegmatogenous retinal detachment: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Curr Eye Res* 2012; 37: 492-9.

29. Thelen U, Amler S, Osada N, Gerding H: Outcome of surgery after macula-off retinal detachment — results from MUSTARD, one of the largest databases on buckling surgery in Europe. Results from a large German case series. *Acta Ophthalmol* 2012; 90: 481-6.

30. Kreisig I: View 1: Minimal segmental buckling without drainage. *Br J Ophthalmol* 2003; 87: 782-4.

31. Heussen N, Feltgen N, Walter P, Hoerauf H, Hilgers RD, Heimann H: Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment study (SPR Study): predictive factors for functional outcome. Study report no. 6. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2011; 249: 1129-36.

32. Heimann H, Hellmich M, Bornfeld N, Bartz-Schmidt KU, Hilgers RD, Foerster MH: Scleral buckling versus primary vitrectomy in rhegmatogenous retinal detachment (SPR Study): design issues and implications. SPR Study report no. 1. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2001; 239: 567-74.

33. Diederer RMH, La Heij EC, Kessels AGH, Goezinne F, Liem ATA, Hendrikse F: Scleral buckling surgery after macula-off retinal

detachment: worse visual outcome after more than 6 days. *Ophthalmol* 2007; 114: 705-9.

34. Henrich PB, Priglinger S, Klaessen D, Kono-Kono JO, Maier M, Schötzau A, et al.: Macula-off Ablatio retinae — eine Zeitfrage? *Klin Monatsblätter Für Augenheilkd* 2009; 226: 289-93.

35. Recchia F, Scott I, Brown G, Brown MM, Ho AC, Ip MS, et al. Small-gauge pars plana vitrectomy: a report by the American academy of ophthalmology. *Ophthalmol* 2010; 117: 1851-7.

36. Schwartz S, Flynn H, Mieler W. Update on retinal detachment surgery. *Current Opinion in Ophthalmology* 2013; 24 (3): 255-61.

37. Lee JY, Jeong HS, Lee DY, Sohn HJ, Nam DH, et al. Early postoperative intraocular pressure stability after combined 23-gauge sutureless vitrectomy and cataract surgery in patients with proliferative diabetic retinopathy. *Retina* 2012; 32: 1767-74.

38. Issa SA, Conon A, Habib M, Steel DH. Comparison of retinal breaks observed during 23 gauge transconjunctival vitrectomy versus conventional 20 gauge surgery for proliferative diabetic retinopathy. *Clin Ophthalmol* 2011; 5: 109-14.

39. Sato T, Emi K, Bando H, Ikeda T. Faster recovery after 25-gauge microincision vitrectomy surgery than after 20-gauge vitrectomy in patients with proliferative diabetic retinopathy. *Clin Ophthalmol* 2012; 6: 125-30.

40. Eckardt C. Twin lights: a new chandelier illumination for bimanual surgery. *Retina* 2003; 23: 893-894.

41. Шкворченко Д.О., Какунина С.А., Белоусова Е.В. Лечение свежей регматогенной отслойки сетчатки с использованием техники микроинвазивной однопортовой витректомии. *Практическая медицина* 2012; 2: 151-152.






OMS 800 OFFISS

ПЕРВЫЙ СРЕДИ ЛУЧШИХ

- Бимануальная витреоретинальная хирургия без эндоскопического
- Широчайшее поле зрения
- Четкое стереоскопическое изображение даже в условиях неполного мидриаза
- Снижение интенсивности бликов
- Великолепное качество изображения при комбинированной катарактальной и витреоретинальной хирургии

MS Westfalia GmbH
115114, Москва, ул. Дербеневская
д.1, стр. 5, подъезд 46

Телефон: +7 495 544 54 53
Факс: +7 495 988 91 84
E-mail: rus@mswestfalia.com

www.mswestfalia.com

NOYA Faculty продолжает работу в Будапеште

30 ноября по 3 декабря 2015 года в Будапеште состоялся очередной этап занятий в NOYA Faculty — европейском центре образования компании NOYA Vision Care. В этот раз его участниками стали 16 ведущих специалистов в области офтальмологии из России — сотрудники профильных федеральных медицинских институтов, главные офтальмологи ряда регионов, профессора и заведующие офтальмологическими кафедрами медицинских вузов, владельцы офтальмологических сетей и офтальмологических центров.

Вопросы оптической коррекции становятся чрезвычайно актуальными в наши дни. Быстрое развитие оптической индустрии и создание все более совершенных дизайнов линз, специальных покрытий, новых видов материалов привело к некоторому отставанию знаний в этой отрасли у практикующих офтальмологов. С другой стороны, более современные дизайны линз, требующие более тщательного оптометрического подбора, вскрывают недостатки оптометрического образования при подготовке врачей-офтальмологов. Чтобы показать возможности мирового лидера — компании NOYA — в области создания средств оптической коррекции и привлечь внимание ведущих российских офтальмологов к вопросам оптического образования врачей-офтальмологов, руководством подразделения NOYA в России было принято решение о посещении NOYA Faculty группой российских специалистов.

Открывая сессию, генеральный директор ООО «NOYA Lens Russia» — российский представитель компании NOYA Vision Care — Евгений Шумилов и директор образовательных программ Мария Трубилина тепло приветствовали слушателей и отметили, что на этот раз целью данного этапа занятий является не обучение, а ознакомление специалистов, которых по праву можно назвать лидерами мнений в офтальмологии и оптометрии, с современными подходами к коррекции зрительных функций и тенденциями развития технологии изготовления очковых линз.

В своем первом докладе директор NOYA Faculty, руководитель образовательных программ NOYA Vision

Care Ольга Прена (Olga Prenat) рассказала о сегодняшнем дне компании NOYA, которая существует с 2010 года. За это время в центре образования NOYA Faculty прошли обучение 4000 оптометристов и врачей-офтальмологов, которые получили знания не только о продукции компании NOYA, но и о современных методиках и практических решениях в области коррекции зрения.

Технический эксперт, менеджер образовательных программ NOYA Vision Care Петри Эскола (Petri Eskola) представил доклад «Синий свет: миф или реальность?», в котором рассказал о медицинских аспектах воздействия синего света на организм человека и его влиянии на органы зрения. Он рассмотрел способы защиты от избыточного синего света и рассказал о свойствах покрытия BlueControl. В своем втором докладе «Современные тенденции в коррекции пресбиопии» Ольга Прена рассмотрела особенности образа жизни современных пресбиопов и озвучила рекомендации по проверке рефракции и подбору очковых линз, дизайн которых должен отвечать актуальным потребностям в зрительной активности.

Директор по исследованиям Института оптометрии (Institute of Optometry in London), профессор Городского университета Лондона (City University London) Брюс Эванс (Bruce Evans) представил три доклада: «Непереносимость назочной коррекции», «Аномалии бинокулярного зрения» и «Важность полной коррекции и ее влияние на качество бинокулярного зрения».

В первом докладе профессор Эванс дал классификацию случаев непереносимости очковой коррекции, которая может быть вызвана как неправильным рецептом, так и неверным подбором оправы и изготовлением очков. Он привел данные результатов исследований, проведенных его студентами в Институте оптометрии, согласно которым точность определения субъективной рефракции находится в диапазоне от $\pm 0,75$ до $\pm 0,5$ D; погрешность выписки рецепта при исследовании данных 300 оптометристов — $\pm 0,5$ D, а чувствительность к погрешности при взгляде вдаль у пользователей очковой коррекции составляет 0,25 D. Это объясняет, почему возникновение

некоторых случаев непереносимости назначенной коррекции является неизбежным. Далее были рассмотрены основные причины возникновения проблем с адаптацией и приведены рекомендации для ее предупреждения. Второй доклад профессора был посвящен аномалиям бинокулярного зрения и способам их выявления. В своем третьем докладе Брюс Эванс рассказал о важности полной коррекции миопии, методах ее контроля и дал практические рекомендации по подбору очков для минимизации прогрессирования миопии.

Второй день сессии NOYA Faculty начался с презентации менеджера по новым приборам Феликса Эспанья (Felix Espana): «Путешествие»



Группа по окончании сессии в NOYA Faculty

клиента по оптическому салону; сила цифровых инструментов». Ольга Прена представила доклад «Актуальность назначения прогрессивных линз», а Петри Эскола — «Новые технологии, вдохновленные индивидуальными потребностями пользователей».

Третий день пребывания российских специалистов был посвящен экскурсии на завод компании NOYA Lens Manufacturing Hungary, который находится в городе Матесалька. Завод является ведущим производителем рецептурных очковых линз для европейского оптического рынка и производит широкий ассортимент органических, минеральных очковых линз, в том



На экскурсии по заводу в городе Матесалька

поверхности на генераторе, полирования, нанесения упрочняющих и просветляющих покрытий, окрасивания и до контроля качества и упаковки линз. Было подробно рассказано о том, чем отличается традиционный способ изготовления линз от технологии Free form с демонстрацией рабочих инструментов и оборудования.

В результате поездки ведущими офтальмологами страны было достигнуто понимание уровня современных требований к оптической коррекции с точки зрения определения точных параметров рефракции и необходимости повышения уровня знаний в этой области отечественными специалистами, а также понимание возможностей современной оптики не только по коррекции зрения, но и по профилактике глазных заболеваний, повышению эффективности труда, что сказывается на улучшении параметров качества жизни.

Все российские специалисты за эти насыщенные дни смогли не только получить много новой, полезной информации, но и побывали на экскурсии по Будапешту, попробовали блюда венгерской кухни, продегустировали токийские вина и папинок и получили незабываемые впечатления от Будапешта в рождественском убранстве.

Материал подготовила
М.А. Трубилина,
директор образовательных программ компании NOYA,
доцент кафедры офтальмологии
ФГБОУ ДПО ИИПК ФМБА России
Фото автора

ОКТ-ангиография в диагностике оптических нейропатий

Сателлитный симпозиум компании «Трейдомед Инвест»

4 декабря 2015 года в рамках XIII Международного конгресса Российского глаукомного общества состоялся сателлитный симпозиум на тему «ОКТ-ангиография в диагностике оптических нейропатий», организатором которого выступила компания «Трейдомед Инвест».

Открывая заседание, к.м.н. С.И. Жуклова подчеркнула, что новый оптический когерентный томограф AngioVue с ангиографией без красителя расширяет возможности диагностики и мониторинга заболеваний глаз, позволяет глубже понять патогенез многих патологических процессов и взглянуть на них под другим углом.

С первым докладом от группы авторов из Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца выступила Е.П. Лантух (Москва). Она представила доклад «Топография микрососудистых изменений глазного дна и дисфункция зрительных каналов при демиелинизирующей патологии».

Помимо детальной визуализации морфологических изменений сетчатки и диска зрительного нерва, комплексной биометрической оценки параметров томографы последнего поколения в режиме ангио-ОКТ позволяют проводить оценку микроциркуляции глазного яблока без использования красителя. Метод основан на технологии амплитудной декорреляции с разделением спектра. Прибор проводит серию последовательных измерений в каждой точке сканирования с последующим сравнением разницы амплитуд отраженного луча. Авторами представлены результаты комплексного обследования, включая ангио-ОКТ на ОКТ AngioVue с ангиографией без красителя, пациентов с демиелинизирующим заболеванием — рассеянным склерозом (РС). РС представляет собой серьезную социально-экономическую проблему, основная часть больных — лица молодого трудоспособного возраста. Целью исследования явилось проведение сравнительной оценки морфологических изменений сетчатки, ДЗН, особенностей микроциркуляции и функционирования каналов зрительной системы у пациентов с РС и оптическим невритом в анамнезе. Компьютерная периметрия показала снижение световой чувствительности сетчатки с появлением относительных скотом в темпоральном и парацентральных отделах поля зрения. Томографические изменения заключались в истончении сетчатки в пара- и перифовеальной зонах, снижении макулярного объема, статистически значимом уменьшении толщины комплекса ганглиозных клеток (GCC) в верхнем и нижнем сегментах, увеличении индекса факельных и глобальных потерь. У всех пациентов наблюдалось снижение толщины слоя нервных волокон в верхнем и нижнем сегментах, а также уменьшение площади нейроретинального пояса. С появлением технологии ангио-ОКТ появилась возможность оценки микроциркуляторного русла с выявлением площади аваскулярных зон. У пациентов с РС и оптическим невритом в анамнезе были отмечены: тенденция к увеличению площади центральной аваскулярной зоны сетчатки, уменьшение площади сосудистой сети в парафовеальной

зоне, достоверное снижение плотности сосудов в парафовеальной зоне, снижение показателя средней величины индекса кровотока в среднем на 15%. У некоторых пациентов выявлено резкое снижение плотности капилляров и индекса кровотока в перипапиллярной зоне. Выявлены прямые корреляции между морфометрическими изменениями в сетчатке и микроциркуляторными параметрами. Характер изменений ПЭРГ и ПЗВП на арктичные и хроматические стимулы разной пространственной частоты свидетельствует о вовлечении в патологический процесс всех каналов зрительной системы. Выявленные корреляции между параметрами микроциркуляции и функциональными изменениями в зрительной системе требуют дальнейших углубленных исследований.

Сообщение на тему «Данные ОКТ-ангиографии глаз пациентов с монокулярной глаукомой и здоровых лиц» сделал Н.В. Стрелев (Екатеринбург). Докладчик поздравил слушателей с предварительными результатами сравнительной оценки основных параметров микроциркуляции на двух глазах пациентов с ПОУГ и здоровых лиц с применением прибора ОКТ AngioVue с ангиографией без красителя. Сравнились показатели плотности сосудов Flow Area (FA), плотности сосудов Vessel Density (VD) в поверхностном и глубоком капиллярных сплетениях парафовеальной области, FA в перипапиллярной области. В результате плотного исследования межocularной асимметрии показателей ОКТ-ангиографии выявлена как у пациентов с монокулярной глаукомой, так и у здоровых лиц. Межocularная асимметрия параметров ОКТ-ангиографии оказалась более выражена при монокулярной глаукоме, однако достоверно оказалось только различие показателей плотности сосудов поверхностного капиллярного сплетения перифовеальной области.



О перспективах ОКТ-ангиографии в диагностике глаукомы докладывает профессор Н.И. Куршчева (Москва)



Выступает Е.П. Лантух (Москва)

«ОКТ-ангиография: количественная оценка микроциркуляции диска зрительного нерва у больных первичной открытоугольной глаукомой» — тема доклада, с которым выступила от группы авторов А.Ш. Загидулина (Уфа). Преимуществами ОКТ-ангиографии ДЗН являются независимость, возможность послойной визуализации сосудистого русла. Целью исследования явилось изучение возможности ОКТ-ангиографии в оценке микроциркуляции ДЗН у больных с начальной стадией ПОУГ и лиц с диагнозом «подозрение на глаукому». Оценка нарушений гемоперфузии слоя нервных волокон представляется исключительно актуальной, так как сопряжена с гибелью ганглиозных клеток сетчатки. Исследовалась площадь зон перфузии, плотность микрососудистого рисунка ДЗН, индекс кровотока, площадь дефектов кровенаполнения ДЗН. По мнению авторов, наиболее информативным параметром в оценке гемоперфузии ДЗН при ПОУГ является площадь дефектов циркуляции. Снижение микроциркуляции ДЗН у лиц с «подозрением на глаукому» в сравнении с показателями здоровых людей указывает на дефицит гемоперфузии ДЗН и риск развития ПОУГ.

К.м.н. С.И. Жуклова (Иркутск) от группы авторов выступила с докладом «Хориоретинальный кровоток в условиях гипотонии и офтальмогипертензии». Авторы поставили

перед собой цель — оценить достоверность и информативность гемодинамических изменений по данным ОКТ-ангиографии у больных ПОУГ при колебании ВГД. Оценка перфузии ДЗН является новым словом в диагностике и мониторинге нейродегенеративных заболеваний. Выявлена тесная связь между интенсивностью кровоснабжения ДЗН и тяжестью патологического процесса. Повышение ВГД вызывает снижение градиента давления между внутриглазными артериолами и венулами, что вызывает повышение бокового (растягивающего) давления крови на стенки микрососудов, снижение скорости кровотока. При нормализации ВГД градиент давления между глазной артерией и внутриглазными сосудами увеличивается, снижается сопротивление притоку крови, нарастает объемный кровоток. При снижении ВГД ниже толерантного уровня дальнейшее увеличение градиента давления между глазной артерией и внутриглазными сосудами и снижением градиента давления между вортикозными и глазничными венами ведет к падению объемного кровотока. По мнению авторов, метод ОКТ-ангиографии является перспективным в оценке гемодинамических сдвигов при колебаниях ВГД. Алгоритмы оценки закономерностей гемодинамических и морфофункциональных взаимоотношений ДЗН и перипапиллярной сетчатки при толерантном

и интолерантном ВГД могут быть использованы для прогнозирования функциональных исходов антиглаукомных операций и выбора средств медикаментозной терапии.

На перспективах ОКТ-ангиографии в диагностике глаукомы и ее мониторинге в своем докладе остановилась профессор Н.И. Куршчева (Москва). Вопрос «Является ли снижение глазного кровотока причиной атрофии нервных тканей или ее следствием?», представлял предмет острых дискуссий в течение десятилетий. С 1990 по 2014 гг. за рубежом выполнено более 200 исследований нарушения кровообращения в сосудах глаза при ПОУГ, из них 140 — с использованием цветового доплероскопического картирования (ЦДК). Метод позволяет исследовать только крупные ретробульбарные сосуды, крайне затруднительно визуализировать мелкие сосуды, участвующие в кровоснабжении ретчатчатой мембраны. Метод ОКТ-ангиографии позволяет получать подробную информацию о микроциркуляторном русле глаза. Наиболее важными параметрами, измеренными методом ОКТ-ангиографии, являются плотность сосудов и индекс кровотока. ОКТ-ангиография, в отличие от прочих методов исследования, позволяет дифференцированно оценить кровоток на уровне поверхностного и глубокого капиллярных сплетений. Наибольший интерес представляет оценка кровоснабжения слоя нервных волокон в перипапиллярной области, а также сетчатки в макуле, где расположено более 50% ганглиозных клеток. В результате собственных исследований профессор Н.И. Куршчева высказала предположение, что снижение макулярного кровотока отмечается на самых ранних стадиях глаукомы, коррелирует с дефектами зрительных функций и структурными изменениями. Важнейшим преимуществом метода ОКТ-ангиографии, по мнению докладчика, является возможность получения показателей кровотока по секторам (в-версия). Исследование кровотока методом ОКТ-ангиографии дает возможность не только предвидеть прогрессирование глаукомы, но и четко локализовать сектор, в котором процесс будет прогрессировать. По мнению Н.И. Куршчевой, перспективным направлением применения метода ОКТ-ангиографии при глаукоме является исследование ауторегуляции кровотока.

В заключение заседания докладчики ответили на вопросы участников симпозиума.

Материал подготовил
Сергей Тумар

Устройство-приставка офтальмотерапевтическая для воздействия красным спекл-полем к аппарату "АМО-АТОС"

"РУБИН"

Устройство-приставка офтальмотерапевтическая для воздействия зеленым спекл-полем к аппарату "АМО-АТОС"

"ИЗУМРУД"

trima®

(работа приставок "РУБИН" и "ИЗУМРУД" возможна без аппарата "АМО-АТОС" за счет сетевого адаптера)

Приставки "ИЗУМРУД" и "РУБИН" предназначены для профилактики и лечения ряда заболеваний глаз, включая хориоретинальные дистрофии, зрительные утомления и обусловленные ими астеногические проявления, различных форм амблиопии, а также для повышения эффекта лечения амблиопии и воспалительных заболеваний глаз, достигшего на аппарате "АМО-АТОС".
Область применения - офтальмология: стационары, поликлиники, специализированные лечебные учреждения, частные центры, центры охраны зрения детей.

варианты использования приставок



(а)

Уменьшение влияния отвлекающих факторов и обеспечение концентрации взгляда пациента (особенно ребенка) за счет применения дополнительного тубуса (Рис.а).



(б)

При наличии аппарата "АМО-АТОС" имеется возможность сочетанного воздействия спекл-полем и динамической магнитотерапией (Рис.б).

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



Сотрудники компании «Трейдомед Инвест» и представитель фирмы-партнера (второй слева) перед началом сателлитного симпозиума

Зал Славы офтальмологии Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии (ASCRS)

Мы продолжаем серию публикаций о выдающихся офтальмологах, вошедших в Зал Славы офтальмологии Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии (ASCRS). Зал Славы был основан в 1999 году в знак признания выдающихся достижений ученых-офтальмологов в различных областях. Членами Зала Славы стали руководители крупнейших научных учреждений, подготовившие тысячи учеников по всему миру. В Зал Славы, с момента его образования, вошли более 40 ученых и врачей. Среди них — два великих отечественных ученых-офтальмолога: Владимир Петрович Филатов и Святослав Николаевич Федоров.

Современная медицинская наука базируется на знаниях, накопленных в течение столетий. Время от времени появляется по-настоящему одаренный человек, трудолюбивый гений, обладающий исключительным талантом, который вносит свой огромный вклад в развитие науки. Зал Славы офтальмологии ASCRS отмечает именно таких людей, жизнь и работа которых обогатила науку. «Если я и видел дальше других, то только потому, что стоял на плечах гигантов», — Исаак Ньютон.



Тео Зайлер (Theo Seiler), доктор медицины, профессор

Избран в Зал Славы ASCRS в 2014 году.

«Доктор Тео Зайлер — один из самых ярких ученых в современной офтальмологии. Его инновационные разработки в таких областях, как кросслинкинг роговичного коллагена и эксимерлазерные технологии, значительно продвинули развитие роговичной и рефракционной хирургии. Безусловно, он заслуживает высокой чести быть принятым в Зал Славы».

— Терри Ким (Terry Kim), доктор медицины, профессор офтальмологии Центра реабилитации зрения университета Дьюка

Профессор Тео Зайлер разработал и внедрил процедуру кросслинкинга роговичного коллагена. Его метод показал, что при комбинированном воздействии рибофлавина, формы витамина-B2, и ультрафиолета роговица укрепляется. Доктор Зайлер стоял у истоков лазерной хирургии и в 1987 году впервые использовал метод фоторефракционной кератэктомии. Он стал первым врачом, применившим эксимерный лазер в лечении человеческого глаза.

Доктор Зайлер преподает общую офтальмологию, является специалистом в области роговичной и рефракционной терапии, физиологической оптики, лазерной хирургии в офтальмологии, занимается хирургией переднего отрезка глаза. Он родился в городе Равенсбурге на юге Германии в 1949 году, изучал медицину, математику и физику в университетах Гейдельберга и Берлина. С 1976 по 1980 годы доктор Зайлер преподавал физику в колледже Петера-Зилбермана (Peter-Silbermann) в Берлине.

Однако в 1981 году он вернулся в медицину, поступил в аспирантуру на кафедру офтальмологии в Свободном университете Берлина. К 1985 году он уже занимал должность старшего ассистента и преподавателя, а в 1990 году получил должность профессора офтальмологии. В 1993 году доктор Зайлер был назначен профессором и заведующим кафедрой офтальмологии в Техническом университете Дрездена, который является уникальным междисциплинарным исследовательским

и образовательным центром. В 2000 году доктор Зайлер получил должность профессора и возглавил кафедру офтальмологии в Университете Цюриха в Швейцарии. В октябре 2002 года он основал Институт рефракционной хирургии глаза (IROC) в Цюрихе.

Доктор Зайлер является членом Немецкого общества офтальмологов (DOG), Американской академии офтальмологии (AAO), Швейцарского общества офтальмологов, Американского общества катарактальной и рефракционной

хирургии (ASCRS), Европейского общества роговицы и патологии поверхности глаза (EuCornea), Международного общества рефракционной хирургии (ISRS), является членом правления в DOG, ISRS и EuCornea.

Доктор Зайлер удостоен премии Binkhorst (ASCRS) в 1994 году, Barraquer (AAO) в 1995 году, Graefe (DOG) в 1996 году и Почетной премии (AAO) в 1997 году. В 2008 году на заседании ASCRS выступил с почетной лекцией о Чарльзе Д. Келмане (Charles D. Kelman). ■



Джек Т. Холладей (Jack T. Holladay), доктор медицины

Избран в Зал Славы ASCRS в 2012 году.

разработкой программного обеспечения для бортовых авиационных компьютеров, предназначенных для поражения советских радарных систем. Также проектировал оптические приборы ночного видения на базе первых программ IBM, что и стало его первым опытом в области оптики.

В 1971 году доктор Холладей получил степень магистра в области электротехники в Южном методистском университете и начал работу над докторской диссертацией. Посещение занятий в Юго-Западной медицинской школе было частью программы по биоинженерии, что подтолкнуло его к работе в области медицины на базе технического образования. По мере

роста интереса он решил получить образование в медицинской школе.

В 1971 году Доктор Холладей был зачислен на первый курс Медицинской школы Техасского университета в Хьюстоне. В 1974 году получил степень доктора медицины и в течение года занимался исследованиями и разработкой инструментов для измерения глазного электрического импульса. В 1975 году он прошел практику в ординатуре по офтальмологии в больнице Hegmann, базовой больнице Медицинской школы Техасского университета.

Окончив ординатуру по офтальмологии в 1978 году, он был приглашен на должность преподавателя медицинского факультета Техасского университета. Занимаясь

преподаванием и частной практикой, доктор Холладей изобрел тестер яркостной остроты зрения — инструмент, который используется офтальмологами во всем мире для проверки эффекта яркого света на зрение пациента. Кроме того, он разработал программное обеспечение для расчета ИОЛ и оптической силы ИОЛ у пациентов, перенесших рефракционные операции на роговице «Holladay IOL Consultant», «Holladay 1, 2 & Reflective IOL formulas» и «Refractive Surgery Consultant», которое в настоящее время используется офтальмологами во всем мире для восстановления максимальной остроты зрения у пациентов после операций по удалению катаракты и после рефракционной хирургии (LASIK).

В 2010 году доктор Холладей, прежде чем отойти от клинической практики, специализировался на рефракционной хирургии: LASIK — лазерной коррекции зрения и ФПК — фоторефракционной кератэктомии. Он является автором 12 патентов по этому направлению. В настоящее время он активно работает в Американской академии офтальмологии. Был председателем Комиссии по слабому зрению, Комиссии по оптике, рефракции и контактным линзам, Комиссии по этике и Комиссии по развитию офтальмологических технологий. В 1985 году на ежегодной конференции ASCRS был удостоен Почетной премии за заслуги перед Академией и за вклад в обучение,

в 1995 получил Премию Чести, награды, которая ежегодно присуждается 25 офтальмологам. Он является автором более 100 научных статей, 50 глав в научных изданиях, написал и отредактировал пять монографий, сделал несколько сотен научных докладов. Профессор Холладей неоднократно привлекался в качестве приглашенного профессора для участия в различных

офтальмологических программах по всему миру. Сегодня доктор Холладей занимает должность профессора кафедры офтальмологии в Медицинском колледже Бэйлора.

В 1986 году он получил премию «За выдающиеся заслуги» от Управления США по контролю за продуктами питания и медикаментами (FDA) за участие в работе

группы экспертов по офтальмологическому оборудованию. Много раз студенты-медики присуждали доктору Холладею звание «Выдающийся преподаватель офтальмологии». В 1992 году Джек Холладей получил медаль Binkhorst Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии. В 1995 году был удостоен медали Ridley Европейского общества

катарактальной и рефракционной хирургии. В 2001 году стал первым обладателем Премии памяти John Pearse Общества катарактальной и рефракционной хирургии Соединенного Королевства и Ирландии (UKISCRS). В 2002 году получил медаль Richard Lindstrom Ассоциации офтальмологов в области контактной коррекции. В 2006 году награжден медалью «За выдающиеся

достижения» Международным обществом рефракционной хирургии. В 2009 году получил международную премию El-Maghraby от Ближневосточного африканского совета офтальмологии (MEACO). В 2011 году был награжден медалью Jan Worst Международного клуба имплантологов и медалью Benedetto Strampelli Общества офтальмологии Италии. ■



Саичи Мисима (Saiichi Mishima), доктор медицины

(1927–2005) Избран в Зал Славы ASCRS в 2013 году.

«Доктор Мисима был блестящим исследователем в области физиологии роговицы, учителем и наставником самого высокого ранга. Самоотверженно работал и передавал свой опыт ученикам. Как ученый и наставник, оставил бесценное наследство всем нам, кто борется за совершенство в области офтальмологии. Его признание как кандидата в члены Зала Славы офтальмологии в 2013 году ASCRS — это честь, которую он действительно заслужил».

— Джоан Миллер (Joan W. Miller), доктор медицины, заведующая кафедрой офтальмологии Медицинской школы Гарвардского университета

Саичи Мисима, доктор медицины, ведущий специалист японской офтальмологии, родился в 1927 году в Осаке, Япония. В 1945 году поступил в престижную Медицинскую школу Токийского университета, где начал обучение по курсу офтальмологии. В 1959 году доктор Мисима был награжден годовой стипендией Института офтальмологии Лондона, где изучал регуляцию содержания жидкости в роговице глаза под руководством профессора Дэвида Морриса (David Maurice), ведущего исследователя в этой области.

Через год после возвращения в Токийский университет доктор

Мисима был направлен в Бостон на двухлетнюю стажировку в отдел по изучению роговицы Научно-исследовательского глазного института Schepens для изучения осмотического давления стромы роговицы. После чего Мисима провел еще три года, изучая насосную функцию роговичного эндотелия в Колумбийской пресвитерианской больнице в Нью-Йорке.

В 1968 году доктор Мисима вернулся в Токийский университет. Через три года он был назначен профессором самой передовой кафедры офтальмологии в стране. Коллеги избирали профессора Мисиму на руководящие должности

в профессиональных организациях, в частности, он был избран президентом Японского офтальмологического общества; деканом медицинского факультета Токийского университета, а также директором клиники при Токийском университете. В 1978 году он был избран генеральным секретарем Международного офтальмологического конгресса.

В начале 1980-х в Научно-исследовательском глазном институте Schepens доктор Мисима совместно с доктором Ричардом А. Тофтом (Richard A. Thoft) вывел понятие центростремительного движения роговичного эпителия, и его инно-

вационная работа пролила свет на функциональное значение лимбального эпителия. Результаты целого ряда исследований доктора Мисимы в этом направлении привели к разработке теории лечения роговицы стволовыми клетками.

В 1987 году доктор Саичи Мисима оставил руководящие должности в Токийском университете и стал директором токийской клиники Kosei-Nenkin, эту должность он занимал в течение последующих 10 лет. Он также продолжил работу над книгами «История офтальмологии в Японии» и «Биографии и научные труды ученых-офтальмологов мира».

В течение последних 30 лет основное внимание доктор Мисима уделял научным разработкам новых терапевтических методов по лечению роговицы глаза. Проведя в этом направлении, его группа разработала систему трансплантации культивированных эпителиальных стволовых клеток и трансплантацию культивированного роговичного эндотелия.

В июле 2005 года доктор Саичи Мисима умер в результате осложнения тяжелого ревматического артрита. У него остались его жена Токико, двое детей, Миико и Нобухико (офтальмолог), и два внука. ■



Ричард Крац (Richard P. Kratz), доктор медицины, профессор

(1920–2015) Избран в Зал Славы ASCRS в 2013 году.

«Вклад доктора Ричарда Краца в развитие современной катарактальной хирургии трудно переоценить. Я сотрудничал с доктором Крацем на протяжении многих лет и считаю его одним из самых выдающихся офтальмологов в мире. Я многому научился у доктора Краца, совершенствуя свои знания в области катарактальной хирургии, и своими знаниями и опытом я во многом обязан ему. Без всякого сомнения, он достойный представитель офтальмологов, которых мы хотим видеть в нашем Зале Славы».

— Норман Джафф (Norman Jaffe), доктор медицины, Глазной институт Bascom Palmer

Ричард Крац, доктор медицины, родился в Лос-Анджелесе, Калифорния, в 1920 году. В 1942 году получил степень бакалавра в Оксидентал-колледже в 1946 году — степень доктора медицины в Университете Южной Калифорнии. Во время службы в Армии США заведовал отделением офтальмологии и ЛОР 49-й больницы общего профиля в Токио. Окончил службу в 1947 году. В 1948 году доктор Крац получил диплом об окончании курса «Общая офтальмология и хирургия» в лондонской клинике Moorfields, где он учился непосредственно у Гарольда Ридли (Harold Ridley). В 1951 году доктор Крац окончил ординатуру по специальности «Офтальмология и ЛОР».

Доктор Крац являлся членом 15 офтальмологических обществ, был одним из основателей Американского общества катарактальной и рефракционной хирургии (ASCRS), Ассоциации офтальмологов контактной коррекции, Объединенной комиссии по сотрудничеству офтальмологов и Национального общества офтальмологии. Являлся президентом, председателем или членом правления нескольких обществ, получил множество наград и провел много почетных лекций.

В 1965 году доктор Крац выступал на слушаниях в Сенате США, благодаря чему был отклонен законопроект, лоббируемый сообществом оптиков и оптометристов, который запрещал офтальмологам

выписывать пациентам контактные линзы или очки, при этом пациенты должны были обращаться только к оптометристу.

Доктор Крац известен прежде всего тем, что совершенствовал метод фактоэмulsификации, читал курс фактоэмulsификации, а также защищал эту методику от нападок со стороны Medicare, Американского управления по контролю за продуктами питания и медикаментами (FDA) и некоторых высших офтальмологов-теоретиков.

Совместно с доктором Робертом Сински они разработали курс фактоэмulsификации и обучили этому методу около 4000 офтальмологов по всему миру. Ими были предложены техники фактоэмulsификации

в плоскости зрачка с целью переместить основные манипуляции фактоэмulsификации от передней камеры глаза на радужную оболочку для защиты роговичного эндотелия. Доктор Крац и доктор Сински разработали двуручную технику, склеральный туннельный разрез, гидродиссекцию ядра и полировку задней капсулы. Кроме этого, они создали несколько модификаций фактомашин и хирургических инструментов.

Доктор Крац — клинический профессор офтальмологии, почетный профессор Университета Южной Калифорнии в Лос-Анджелесе и Калифорнийского университета в Ирвине. Он никогда не патентовал разработанные им интраокулярные

линзы, приборы или инструменты, отклонил предложение занять должность заведующего кафедрой офтальмологии Калифорнийского университета, а также отказался от предложения возглавить ASCRS.

До самых последних дней доктор Крац работал в Калифорнийском университете в Ирвине, в Лазерном институте Бекмана, где состоял членом Совета директоров. Со своими друзьями врачами Полом Хонаном и Томом Мазокко встречались на ежегодных заседаниях ASCRS, Американской академии офтальмологии, Американской академии антивозрастной медицины и т.д.

В феврале 2015 года доктор Ричард Крац скончался. ■



Да здравствует ультразвук!

История успеха компании Accutome

Ультразвуковая диагностика в офтальмологии в последние годы приобретает все большую популярность. Во-первых, она незаменима там, где бессильна оптическая визуализация: например, при необходимости исследовать сетчатку у пациента с мутным хрусталиком. Во-вторых, рост интереса к УЗ-методам во многом обусловлен появлением удобных портативных приборов. Если раньше врачам приходилось пользоваться громоздкими сканерами, предназначенными для разноплановых исследований и специально не «заточенными под глаза», то теперь все изменилось! Современное ультразвуковое оборудование для офтальмологии — это миниатюрные датчики, легко подключаемые к любому ноутбуку. Такими прогрессивными достижениями мы обязаны американскому производителю Accutome Inc — компании с интересной историей и дружным энергичным коллективом.

Компания Accutome была создана в начале 80-х годов XX века в г. Филадельфия, штат Пенсильвания, США. Ее основателем являлся Фредерик Б. Кремер, доктор медицинских наук и инженер. В те времена он активно продвигал в Америке методики нашего легендарного соотечественника Святослава Николаевича Федорова. Операции по радиальной кератотомии тогда проводились в Филадельфии только в клинике Кремера.

Помимо врачебной практики, Фредерик Кремер также занимался разработкой медицинского оборудования. Самым успешным и известным его изобретением стал ультразвуковой пахиметр. Этот прибор не имел аналогов во всем мире и позволял производить измерение толщины роговицы с небывалой точностью. Хирурги быстро оценили преимущества нового устройства и стали активно использовать его при подготовке пациентов к рефракционным операциям.

В 1982-м году Кремер запатентовал свое изобретение. Фактически, это и стало первой строкой в истории компании Malvern, позже переименованной в Accutome.

Не останавливаясь на достигнутом

После успешного дебюта Accutome прочно закрепилась на офтальмологическом рынке, заняв свою нишу. Пахиметры оставались ее основным продуктом еще очень долго. Однако в середине 80-х приборы с аналогичными возможностями



Обследование при помощи датчика UBM

стали появляться у конкурентов, таких как Sonogage и DGH. В каком-то смысле это добавило проблем Accutome, но в то же время и побудило ее к дальнейшему развитию, росту и совершенствованию собственного оборудования.

Accutome также занималась выпуском алмазных ножей для офтальмохирургии. Однако в ее приоритетных планах значилось расширение линейки диагностического оборудования. Но этим задумкам удалось осуществиться лишь после смены руководителя...

Немного не дождавшись десятилетия юбилея компании, Кремер продал свою долю в ней и переключился на управление

Accutome накопила достаточно оборотных средств, чтобы больше вкладываться в собственные разработки и, наконец, расширить спектр производимого оборудования. Часть прибыли была потрачена на приобретение офтальмологического сектора крупной промышленной компании Menlog, специализировавшейся на ультразвуковом оборудовании. После этого объединения Accutome запустила производство AdventAB-систем, хорошо известных по всему миру в конце 90-х годов. Один из таких приборов находился в московском МНТК до 2007 года.

Теперь инновации доступны всем

В дальнейшем продуктовая линейка Accutome пополнилась A-сканером, созданным в 2003 году, B-сканером (2007 г.) и датчиком для исследования переднего отрезка UBM (2009 г.). Эти устройства востребованы и сегодня. Периодически компания выпускает более современные их модификации, комбинируя и добавляя новый функционал.

Основной особенностью всех приборов Accutome являются компактные размеры. Миниатюрные датчики при помощи USB легко подключаются к любому компьютеру, на который предварительно было установлено специальное программное обеспечение. При этом происходит автоматический запуск удобного, интуитивно понятного интерфейса.

Пользователям гарантирована надежная передача данных по e-mail, на принтер или в архив.

Также врачи имеют возможность создавать полные протоколы обследования за считанные секунды.

Каждый прибор является предметом особой гордости компании Accutome, и с годами таких поводов для гордости становится все больше! Например, усовершенствованная модель A-Scan Plus теперь предназначена еще и для расчета интраокулярных линз (ИОЛ) по новейшим формулам, а самые современные модификации UBM и B-Scan Plus позволяют производить высокоточное сканирование, соответственно, переднего и заднего отрезков глаза и могут осуществлять запись длительностью до 34 секунд. Разрешающая способность каждого из приборов теперь достигает 15 мкм — абсолютный рекорд точности по сравнению с тем, что предлагают конкуренты.

Важное событие для Accutome произошло в 2012 году. Финансовая корпорация Halma Group, владелица таких известных компаний, как Volk, Keeler, Reister и еще десяти организаций, приобрела Accutome. Это послужило началом нового витка развития.

За последние три года продажи Accutome выросли примерно на 25%. Накопленный опыт позволил довести технологии производства практически до совершенства, что соответствующим образом сказалось на качестве оборудования. Также успех компании во многом связан с превосходной работой представителей более чем в 120-ти странах.

В сентябре 2015 года компания Accutome выпустила новую установку 4Sight — комбинацию



Офис компании. Филадельфия, Пенсильвания, США



Система 4Sight



Склад готовой продукции



Секретные разработки



Лаборатория Accutome

A-Scan, B-Scan и пахиметра на базе одного компьютера. В ближайшее время планируется активировать опцию UBM. Уже сейчас 4Sight — это полностью компьютеризированный прибор с неограниченной базой данных. Он может быть интегрирован с любой электронной базой данных. Основные характеристики 4Sight — непревзойденная точность и высочайшее разрешение, необходимые для детального исследования глаз.

Новая смена руководящего звена

Брайен Чендлер славно потрудились на благо своей компании и в конце 2015 г. вышел на пенсию. В должность директора Accutome вступил молодой бизнесмен Майкл Дугери, основатель Vasculab Technologies и Biocconnect Systems. Отбор на руководящий пост был тщательным и взвешенным. Окончательное решение об утверждении кандидатуры

Дугери было принято мистером Адамом Майерсом, руководителем всего медицинского сектора Halma Group.

На сотрудников Accutome Майкл сразу произвел приятное впечатление. По их отзывам, он очень открыт в общении человек, знающий свое дело и умеющий слушать подчиненных и доверять их опыту. Несмотря на то что Майкл пришел из другой области, не связанной с офтальмологией, он высказал твердое намерение сделать все возможное для развития бизнеса в нужном направлении.

В ближайших планах Accutome — открытие пяти новых сервисных центров за пределами США. Этот шаг нацелен на ускорение послепродажного обслуживания оборудования и достижение экономии времени и финансовых затрат на ремонт. Один такой центр уже существует в Нидерландах. Не исключено, что следующей страной размещения подразделения станет Россия.

На протяжении последних лет Accutome развивает собственные медицинские инновации. Сейчас компания работает над несколькими проектами, на которые возлагаются большие надежды.

Кадры решают все. Что же они предпримут?

Команда Accutome всерьез намерена войти в историю и открыть новые горизонты в борьбе с распространенными офтальмологическими заболеваниями. Но подробности всех разработок держатся в строжайшей тайне.

Коллектив Accutome собран из молодых, энергичных специалистов, привыкших не только работать, но и отдыхать вместе. Корпоративные мероприятия, в том числе и спортивные, являются неотъемлемой традицией для сотрудников. Однако попасть в команду мечты не так просто! Отбор в компанию ведется очень строгий — во внимание принимаются не только образование,



Спортивная команда Accutome

но и опыт работы в медицинской сфере, коммуникабельность и мобильность кандидатов.

Сейчас в Accutome трудятся представители разных стран, таких как Венесуэла, Бельгия, Нидерланды, Россия и Индия. Во многом

благодаря их активности корпорации удалось создать и поддерживать широкую дистрибуторскую сеть по всему миру. ■

Курочкина Анастасия
Stormoff group of Companies



Лекция доктора Фредерика Б. Креймера



Широкий спектр хирургических инструментов



Комбинированная ультразвуковая система нового поколения 4Sight Accutome



Брайен Чендлер — человек года по версии журнала EyeWorld



Новый директор компании Accutome Майкл Дугери и менеджер по международным продажам Олег Штаталов



Стенд компании Accutome на международной выставке Американской Академии Офтальмологии — 2015, Лас-Вегас



Частные клиники — неотъемлемая составная часть отечественного здравоохранения

В 2016 году город Орел отмечает 450-летний юбилей со времени своего основания.

В 2015 году медицинская общественность областного центра имела возможность отпраздновать более скромную, но также значимую дату: исполнилось десять лет успешной деятельности «Офтальмологического центра профессора Басинского С.Н.».

Это учреждение является не просто частной клиникой, а одним из лидеров орловской офтальмологии. Именно здесь впервые на орловской земле около десяти лет назад стали производиться операции по фактомюльсификации катаракты. Большое внимание также уделяется лазерному лечению офтальмологических осложнений сахарного диабета. Многие пациенты с глаукомой обращаются в клинику, так как ее руководитель является признанным специалистом в области консервативного и хирургического лечения этого заболевания.

С 2002 года д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, кавалер ордена «Знак Почета», академик Российской академии медико-технических наук, член-корреспондент Петровской академии наук и искусств С.Н. Басинский живет в Орле. С 2002 года по 2013 год он возглавлял кафедру

офтальмологии и специализированных хирургических дисциплин медицинского института Орловского государственного университета. Сергей Николаевич был не просто руководителем, но и создателем этого научного подразделения. Впервые за долгие десятилетия в южнорусском областном центре стал работать профессор-офтальмолог.

В настоящее время С.Н. Басинский возглавляет Научно-образовательный центр «Клиническая офтальмология» Орловского государственного университета. В этом качестве он не только работает со студентами, клиническими ординаторами и аспирантами, но и организует курсы повышения квалификации для врачей-офтальмологов Орловской области и соседних регионов.

Сергей Николаевич является членом Экспертного совета РФ по глаукоме, председателем Орловского отделения

Всероссийского общества офтальмологов. Он также возглавляет Ассоциацию врачей-офтальмологов Орловской области.

«Офтальмологический центр профессора Басинского С.Н.» в полной мере можно назвать семейной клиникой. Должность генерального директора занимает сам Сергей Николаевич. Заместителем генерального директора является его супруга — Наталья Михайловна Басинская. Главный врач клиники, сын профессора — к.м.н., доцент Александр Сергеевич Басинский. Также в учреждении трудятся два врача-офтальмолога — Шейко Елена Владимировна и Добрынина Светлана Сергеевна.

Чтобы поближе познакомиться с работой орловских офтальмологов, корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с руководителем клиники и ее сотрудниками.

Д.м.н., профессор С.Н. Басинский:

Орловская земля стала для нашей семьи родным домом

О частных и государственных клиниках

— Сергей Николаевич, газета «Поле зрения» регулярно информирует своих читателей о деятельности медицинских учреждений всех форм собственности. Но основное внимание уделяется государственной системе здравоохранения... В чем состоит специфика работы в негосударственном секторе?

— Частные клиники — неотъемлемая составная часть отечественного здравоохранения.

— В чем состоят различия между Вашей работой и деятельностью руководителей государственных медицинских учреждений?

— Я бы не стал говорить о каких-то фундаментальных различиях. Мы все — и в государственном, и в частном секторе — медики, и наши усилия направлены на то, чтобы оказать пациентам максимально возможную помощь. Никакой конкуренции между государственными и частными клиниками не существует, во всяком случае, в Орловской области. Потребность в оказании офтальмологической помощи остается высокой. Никто из врачей не может пожаловаться на недостаток работы!

Самое главное, чтобы у пациентов был выбор. Не секрет, что в частной клинике бывает легче улучшить качество сервиса, организовать обслуживание пациентов на более высоком уровне. Все необходимые анализы и обследования можно провести быстрее...

Но это совсем не значит, что в государственной системе здравоохранения специалисты работают

хуже. Просто они поставлены в другие условия. Они не могут уделить пациентам столько времени, как в частной клинике. Например, у нас прием одного пациента может продолжаться от пятнадцати минут до полутора часов.

Также существуют организационные отличия, связанные с приобретением необходимого оборудования.

— Как известно, Министерство здравоохранения РФ в своих нормативных документах определяет, каким оборудованием должны обладать офтальмологические кабинеты, офтальмологические клиники. И эти нормативы в полной мере относятся и к частным, и к государственным клиникам.

— Нормативные документы не делают различий между государственными и частными клиниками. Но проблема заключается в том, что в частном секторе эти

нормативы, как правило, четко соблюдаются. Если у частной клиники не будет необходимого оборудования, то ее просто закроют. А в государственной медицине — по-другому.

Главный офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор В.В. Нерев неоднократно обращал внимание на тот факт, что государственные клиники оснащены гораздо хуже частных. И в этом вопросе, к сожалению, еще очень велики региональные различия.

— Но Вы не призываете закрывать государственные клиники, если у них отсутствует необходимое оборудование...

— Нет, конечно! Частные и государственные клиники дополняют друг друга и являются необходимыми элементами системы здравоохранения. Я бы только хотел обратить внимание, что лично для меня

комфортнее быть владельцем и руководителем частной клиники, а не главным врачом государственного учреждения.

В качестве руководителя частной клиники я сам определяю, какое оборудование и в какой момент времени необходимо приобрести (разумеется, в рамках действующих инструкций Минздрава). На приобретение этого оборудования тратятся личные средства, порой приходится обращаться к банковским кредитам. Разумеется, это оборудование используется эффективно.

— Вы считаете, что именно в частных клиниках оборудование используется более эффективно?

— По моему мнению, да. Хотя и в государственных клиниках прилагаются значительные усилия в этом направлении, и Министерство здравоохранения проводит соответствующие проверки.

Но в частной фирме не может возникнуть ситуация, когда врачу поручается обслуживать какой-либо высокотехнологичный прибор, а он с этим не справляется из-за недостатка компьютерных знаний... В государственных учреждениях такие истории порой случаются с пожилыми медработниками, которым приходится трудиться в современной мире компьютеризированной медицины.

— На это есть и объективные причины. Как известно, пенсия в России скромные. Многие медики преклонного возраста продолжают работать «до последнего» не только из-за любви к профессии, но и по финансовым соображениям. А осваивать современную технику в пожилом возрасте бывает нелегко.

— В этом плане руководителям частных клиник все-таки легче. Мы можем подобрать персонал, который соответствует поставленным задачам. При всем уважении к ветеранам медицины или другим заслуженным людям никаких «скидок на возраст» или другие обстоятельства здесь быть не может!

— Не секрет, что частная медицина особенно востребована в наиболее экономически благополучных регионах страны, городах-миллионниках. Областной центр Орел не принадлежит к их числу...

— Наша клиника не может пожаловаться на недостаток пациентов. Более того, мы практически не тратим денег на рекламу. Вполне достаточно «сарафанного радио». Цены на наши услуги вполне доступны. И человеку совсем не обязательно все обследования



С академиком А.П. Нестеровым



Операция по поводу катаракты. Благовещенск, 2000 г.

проводить именно у нас. Он вполне может просто прийти на консультацию.

— Ваша клиника уже смогла завоевать добрую репутацию в Орле. У Вас нет планов расширения медицинского бизнеса, создания сети клиник, выхода в другие регионы?

— Теоретически такое развитие событий вполне возможно. Но это противоречило бы моим личным планам. В первую очередь, для меня важно оставаться практикующим врачом, лично принимать пациентов. Кроме того, важно, чтобы оставалось время на занятия наукой, на педагогическую деятельность, на общение с семьей...

Поэтому «Офтальмологический центр профессора Басинского С.Н.» будет и в дальнейшем оставаться «единичным проектом». Никакого расширения или создания сети клиник мы не планируем.

Этапы жизненного пути

— Сергей Николаевич, хотелось бы подробнее познакомиться с Вашей биографией, с Вашей дорогой в медицинской профессии.

— Я родился 13 мая 1952 года в городе Шахты Ростовской области. Этот город состоит из множества рабочих поселков, которые возникли вокруг угольных шахт, поэтому его название вполне оправдано. Мой отец Николай Федорович был шахтером. Мама Вера Петровна в юности тоже успела поработать в шахте в качестве подсобной рабочей, потом после окончания техникума советской торговли она стала заведующей небольшим магазином. К сожалению, сейчас родителей уже нет в живых.

В детстве, как и многие мальчишки пятидесятых годов, я мечтал стать военным. А самая большая мечта была — стать летчиком. После окончания средней школы пытался поступить в летное училище, но строгая медицинская комиссия не допустила до сдачи вступительных экзаменов. В тот же год я предпринял еще одну попытку стать военным: поехал поступать в военное инженерное училище. В этот раз медицинскую комиссию я прошел успешно, но «провалился» на экзамене по математике.

— И тогда Вы решили поступить в медицинский институт?

— Для того чтобы успешно сдать экзамены в мединститут, у меня уже не оставалось времени на подготовку. Но я поступил в медицинское училище. Кстати, к тому времени моя старшая сестра училась в мединституте, она готовилась стать стоматологом. Так что, можно сказать, что в медицину я пошел по примеру сестры.

— Это был 1969 год. А в 1972 году я получил диплом фельдшера и был направлен по распределению в свой родной город Шахты. Хотя у меня и был фельдшерский диплом, но меня сразу назначили на терапевтический прием во врачебной амбулатории, что было весьма ответственно. В марте 1972 года я приступил к своим обязанностям, а уже в мае того же года меня призвали в армию.

— Наверное, в армии фельдшерская подготовка тоже пригодилась?

— Я служил в полковом медицинском пункте по своей специальности и закончил службу в звании старшины, что было самым высоким солдатским званием. И не только служил, но и в свободное время готовился к поступлению в медицинский институт. Наша воинская часть располагалась в Амурской области, недалеко от российско-китайской границы, в поселке Екатеринбург, в ста километрах от областного центра Благовещенска.

— У Вас не было планов стать профессиональным комсомольским, партийным работником?

— Такие профессиональные предложения поступали. И мне нравилась комсомольская, партийная работа. Но, с другой стороны, мне не хотелось уходить из медицины. Желание стать врачом — это выбор, который был сделан один раз и на всю жизнь. Я прекрасно понимал, что если я пойду работать в горком комсомола или в партийные структуры, то из медицины придется уйти. Возможно, навсегда... К такому развитию событий я был не готов.

Именно в этом поселке и состоялось наше знакомство с будущей супругой Натальей, которая приехала в гости к своему дяде, одному из офицеров воинской части. В то время Наташа училась на шестом курсе мединститута в Благовещенске. Наверное, нас свела медицина... Ведь для создания семьи очень важно, чтобы у супругов были общие интересы, общие жизненные цели. Это встреча послужила толчком к принятию решения о поступлении в медицинский институт в Благовещенске, а не в Ростове-на-Дону.

— Как сложились Ваша жизнь после окончания военной службы?

— В связи с государственным распределением Натальи мы остались жить в Амурской области, в городе Благовещенске. С 1974 года по 1980 год я учился в Благовещенском медицинском институте. И учеба мне нравилась! Я понял, что это мое призвание, а декан курса Шор Григорий Петрович разглядел во мне задатки общественного работника. Все-таки армия приучила к организованности и порядку. Учебу я активно сочетал с работой «общественным деканом курса», была в то время такая студенческая должность. Затем меня избрали заместителем секретаря комсомольской организации института.

В 1980 году после окончания института поступил в ординатуру по офтальмологии, и одновременно меня избрали секретарем комитета комсомола нашего учебного заведения. Это была штатная должность. Кстати, опыт комсомольской работы очень пригодился мне в последующей жизни. Комсомол был прекрасной школой организационной работы. Говоря современным языком, можно сказать, что комсомол в Советском Союзе был школой по подготовке менеджеров, управленцев.

— Сколько человек входило в то время в комсомольскую организацию вуза?

— В вузе учились две с половиной тысячи студентов. Практически все из них были комсомольцами. Кроме того, в организации находилось несколько десятков молодых преподавателей и других сотрудников вуза в возрасте до 27 лет. Навыки работы в таком крупном коллективе очень важны!

Целый ряд комсомольских инициатив того времени и сегодня не утратили актуальность. Например, у нас в семидесятые-восемидесятые годы активно развивалось движение студенческих строительных отрядов. Во время каникул парни и девушки работали на стройках, приобретали важный жизненный опыт.

— И заработки в стройотрядах тоже были неплохие.

— Это очень важный аспект! Недаром и в наше время во многих вузах стали возрождать стройотряды. Я тоже в них участвовал. И даже в 1980 году, еще будучи студентом, был удостоен высокой государственной награды — ордена «Знак Почета».

— У Вас не было планов стать профессиональным комсомольским, партийным работником?

— Такие профессиональные предложения поступали. И мне нравилась комсомольская, партийная работа. Но, с другой стороны, мне не хотелось уходить из медицины. Желание стать врачом — это выбор, который был сделан один раз и на всю жизнь. Я прекрасно понимал, что если я пойду работать в горком комсомола или в партийные структуры, то из медицины придется уйти. Возможно, навсегда... К такому развитию событий я был не готов.



Открытие Офтальмологического центра. 2005 г.

Секретарем комитета комсомола я был с 1980 года по 1982 год до окончания ординатуры.

— Когда Вы решили стать офтальмологом, то сразу заинтересовались офтальмохирургией?

— Для меня офтальмология была немемля без хирургии. Я выбрал эту специальность в том числе и потому, что она предполагает работу в операционной. Свою первую самостоятельную операцию по поводу катаракты провел еще на шестом курсе мединститута.

С 1982 года по 1985 год я учился в аспирантуре лечебного факультета Второго Московского медицинского института. Заведующим кафедрой глазных болезней был выдающийся ученый, ветеран

Великой Отечественной войны, академик А.П. Нестеров (1923-2009). Аркадий Павлович сыграл огромную роль в моей жизни, стал одним из главных учителей в офтальмологии.

— Академик Нестеров являлся одним из крупнейших исследователей глаукомы. Наверное, не случайно, что Ваши научные труды также связаны с этой областью офтальмологии. Исследованию глаукомы посвящены и Ваша кандидатская диссертация, и Ваша докторская диссертация.

— Борьба с глаукомой стала делом моей жизни. Когда я готовился к поступлению в аспирантуру и выбирал тему диссертации, то остановился на глаукоме из-за

актуальности этой темы. Для меня было принципиально важно, чтобы тема диссертации имела практическую направленность.

Во всем мире глаукома является одной из главных причин необратимой слепоты. Поступая в аспирантуру, мне хотелось, с одной стороны, заниматься наукой, а с другой стороны, приобрести новые навыки для практической лечебной работы. В 1985 году я защитил диссертацию по теме «Дифференциальная диагностика глазной гипертензии и первичной открытоугольной глаукомы».

Не только я учился в аспирантуре в Москве. Одновременно со мной аспиранткой стала и моя жена Наташа. В 1985 году она успешно защитила диссертацию по дерматовенерологии.

— Почему после окончания аспирантуры и защиты диссертации Вы вернулись в Благовещенск. У Вас не было желания остаться в Москве?

— Я был связан обязательствами перед родным вузом. Меня послали учиться в целевую аспирантуру. Изначально предполагалось, что после защиты диссертации я вернусь в альма-матер. Так и произошло. В 1985 году я стал ассистентом кафедры глазных болезней. Уже через несколько месяцев был назначен заместителем декана лечебного факультета, а потом и деканом. В 1986 году стал проректором родного вуза по учебной работе и занимал эту должность до 1993 года.

С 1991 года по 2002 год возглавлял кафедру офтальмологии.

Люксфен®

Бримонидин 0,2% 5 мл

ТЪМА ОТСТУПАЕТ

- Снижение офтальмотонуса до 10-12 мм рт.ст., контроль 12 часов!
- Нейропротекторные свойства даже в условиях повышенного офтальмотонуса^{2,3,4}
- Дополнительное увлажнение и регенерация клеток поверхности глаза за счет поливинилового спирта⁵
- Кратность применения — 2 раза в сутки!



Рег. номер: ЛП-001434 от 16.01.2012

1. Инструкция по применению лекарственного препарата ЛЮКСФЕН. 2. Lambert W.S., Ruiz L., Crish S.D., Wheeler L.A., Calkins D.J. Brimonidine prevents axonal and somatic degeneration of retinal ganglion cell neurons. Mol Neurodegener. 2011; 6: 4. 3. Lopez-Herrera M.P.L., Mayor-Torrogosa S., de Imperial J.M., Villegas-Perez M.P., Vidal-Sanz M. Transient ischemia of the retina results in altered retrograde axoplasmic transport neuroprotection with brimonidine. Exp Neurol. 2002; 178: 243-258. 4. Orl-Jian Dong, William A. Hano and Larry Wheeler, Neural Mechanisms Underlying Brimonidine's Protection of Retinal Ganglion Cells in Experimental Glaucoma, Glaucoma — Basic and Clinical Concepts, book edited by Shimon Rumelt, Published: November 11, 2011. 5. Мальханов В.В., Шевчук Н.Е., Синдром «сухого глаза»: диагностика, патогенез, лечение, ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней» АН РБ, мате-риалы Международной научно-практической конференции по офтальмохирургии «Восток-Запад» — 2011.

Информация предназначена для медицинских работников. Полную информацию Вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ»: 115162, Россия, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел.: +7 (495) 510 28 79 www.valeant.com





В операционной



К.м.н., доцент А.С. Басинский проводит осмотр пациентки

Моя жизнь сложилась таким образом, что лечебную, педагогическую и научную работу я всегда совмещал с организационной. Так сложилось еще с комсомольских лет. Этот опыт очень пригодился, когда пришла пора создавать частную клинику.

— Вы занимали пост проректора вуза в наиболее сложное, переломное время. Разрушился Советский Союз. Как эти перемены отразились на Благовещенском медицинском институте?

— В 1996 году институт переименовали в Амурскую государственную медицинскую академию. Поэтому хотелось бы упомянуть в публикации современное название вуза... Я бы не сказал, что

разрушение Советского Союза и смена политического строя оказали существенное влияние на работу вуза, содержание учебных программ и т.д. Все-таки медицина — консервативная наука. Могут поменяться оценки каких-то исторических событий, политических деятелей, но подходы к лечению косоглазия или глаукомы остаются прежними.

Эта работа приносила дополнительный заработок не только самим медикам, но и вузу. На заработанные в Китае средства приобретались необходимые оборудование. Для нашей семьи такая работа вахтовым способом тоже стала привычкой к бюджету.

— Вам удалось совмещать ответственную должность проректора вуза с подготовкой докторской диссертации...

— После распада Советского Союза время было непростое, но нам

удалось в какой-то мере «компенсировать» эти трудности, наладив взаимовыгодное партнерство с соседним Китаем. Амурские офтальмологи вахтовым методом работали в соседней стране, проводили операции, в частности, в связи с катарактой и близорукостью.

Эта работа приносила дополнительный заработок не только самим медикам, но и вузу. На заработанные в Китае средства приобретались необходимые оборудование. Для нашей семьи такая работа вахтовым способом тоже стала привычкой к бюджету.

— Вам удалось совмещать ответственную должность проректора вуза с подготовкой докторской диссертации...

— После распада Советского Союза время было непростое, но нам

пойти мне навстречу... Это вызвало разочарование. Мне хотелось, чтобы кафедра постоянно обновлялась, развивалась.

Я благодарен судьбе за годы и десятилетия, которые прошли на Дальнем Востоке, но необходимо было что-то менять в жизни — и эти перемены произошли.

Профессор становится основателем клиники

— Когда Вы переехали в Орел, то сразу решили стать руководителем частного медицинского центра?

— Такие планы были у нас с супругой изначально. В Благовещенске у меня уже был опыт частной медицинской практики. А в Орле хотелось создать полноценный офтальмологический центр. В 2005 году клиника была открыта. Сейчас у нас за плечами более десяти лет успешной работы.

— Давайте представим деятельность Вашей клиники более подробно.

— Коллектив у нас небольшой, всего двенадцать человек, включая технического и вспомогательного персонала. В клинике работают четыре врача-офтальмолога. У нас имеется оборудованная операционная. Ежегодно проводится около 500 хирургических вмешательств и более 300 лазерных вмешательств.

В основном операции проводятся по поводу катаракты. Также осуществляются операции при глаукоме (в том числе с различными дренажами), операции по поводу косоглазия, операции на веках и т.д. Мы предлагаем различные аппаратные методы лечения, в том числе при глаукоме, косоглазии, амблиопии, различных заболеваниях сетчатки и зрительного нерва.

Клиника осуществляет самые разнообразные лазерные вмешательства: лазертрабекулопластику, лазертрабекулопунктуру, лазерную активацию трабекулы, трансслеральную лазерную циклокоагуляцию при глаукоме, лазеркоагуляцию при периферических и центральных дистрофийных сетчатках, панретинальную лазеркоагуляцию при диабете, лазерную дисцизию вторичной катаракты и т.д.

Наша клиника никогда не стремилась и не стремится предложить пациентам все виды хирургических вмешательств, весь спектр возможных офтальмологических услуг. В этом просто нет необходимости! Если какое-то обследование или какую-то операцию невозможно провести в нашей клинике, то пациент получит исчерпывающую информацию о том, где ему могут помочь.

Именно наша клиника еще в 2005 году впервые в городе Орле стала проводить операции по факоэмульсификации катаракты. Мы успешно осуществляем лазерное лечение офтальмологических осложнений при диабете.

У нас имеется все необходимое оборудование для успешной работы, в том числе оптический когерентный томограф, современный периметр для статической и кинетической периметрии, автокератометр, пневмотонометр, А/В скан для ультразвуковых исследований, бесконтактный биометр для точнейшего расчета всех видов интраокулярных линз, лазеры и т.д. Операционная оснащена современными операционными микроскопами, факоэмульсификатором, стерилизационным оборудованием и инструментами и т.д.

— Сергей Николаевич, не секрет, что пациенты нередко обращаются к врачам, находясь в тяжелом, порой депрессивном, психологическом состоянии. Некоторые люди изначально испытывают предрасудки по

отношению к медицинскому персоналу. У Вас случались конфликты или какие-то недоразумения с пациентами?

— Недоразумения случаются крайне редко, не говоря уже о конфликтных ситуациях. Я всегда большое внимание уделял психологическому контакту с пациентами. Для меня важно, чтобы в клинике царил доброжелательная обстановка. И пациенты это чувствуют.

За все десять лет существования клиники у нас случился только один серьезный конфликт с пациентом. Речь шла о пожилom мужчине, у которого катаракта сочеталась с возрастной макулярной дегенерацией (ВМД). Он к нам обратился, чтобы провести операцию по поводу катаракты. Операции на обоих глазах ему были проведены. И они прошли успешно!

Но совершенно очевидно, что операция по поводу катаракты не может устранить другое заболевание — ВМД. Чтобы понять и осознать этот факт не нужно быть врачом. Для этого достаточно обычной человеческой логики. Даже если операция по удалению катаракты пройдет успешно, то ВМД, к огромному сожалению, может продолжать прогрессировать, и зрение у человека ухудшается.

— Чем именно был недоволен этот пациент?

— Сразу после операции он всем был доволен. Но прошло полтора года после проведения двух операций. Из-за ВМД зрение мужчины ухудшилось, и ему пришла в голову мысль, что он слепнет именно из-за операций по поводу катаракты.

Он стал писать жалобы в различные инстанции, в том числе в Министерство здравоохранения РФ, в прокуратуру. Но у нас имелись все документы, что действия медперсонала были совершенно верными. Этот человек прекрасно знал, что у него имеется ВМД.

Парадоксальность ситуации заключается в том, что этому пациенту надо было бы не жаловаться, а наоборот, быть благодарным медикам. ВМД, как правило, не ведет к полной слепоте. Периферийное зрение у людей остается: это помогает им и в ориентации в пространстве, и в бытовых делах...

А катаракта, если ее не удалить, может привести к полной слепоте. Если бы мы не удалили этому недоброму мужчине катаракту, то он бы сейчас был полностью слепым. Но он этого, к сожалению, не понял!

О науке, семье, приеме пациентов, свободном времени и любимых местах Орловщины

— Вы не только руководитель клиники, но и продолжаете уделять много времени научной работе.

— В науке меня, в первую очередь, продолжает интересовать глаукома, эффективность различных препаратов, которые применяются при ее лечении. В последние годы происходит разработка препаратов с нейротропным эффектом. Это очень интересная научная тема. Особенно меня интересует оценка антиапоптозной активности различных лекарственных средств.

— А что означает выражение «антиапоптозная активность»?

— Речь идет о том, в какой мере тот или иной препарат «запрограммирован» на предотвращение гибели ганглиозных клеток сетчатки. Развитие атрофии зрительного нерва при глаукоме происходит в связи с запуском механизма запрограммированной гибели ганглиозных клеток — апоптоза.

Этот механизм универсален и для растений, и для животных. Недавно в нашей клинике был проведен



Профессор С.Н. Басинский со слушателями курсов усовершенствования врачей. 2006 г.

эксперимент, в котором участвовали коллеги из Академии сельскохозяйственных наук. Мы исследовали влияние различных медикаментов на развитие «механизма апоптоза». Для этого использовали модель апоптоза, возникающего на определенном этапе развития растения. Его поливали раствором с добавлением различных препаратов, предположительно обладающих антиапоптозной активностью.

— И какие результаты дал этот эксперимент?

— Мы в определенные временные промежутки исследовали ДНК с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Маркером апоптоза являлся распад ДНК клетки. На примере растений можно было проследить, как препарат влияет на время появления распада ДНК в клетке. Таким образом, можно получить объективные данные об эффективности антиглаукомных препаратов.

— Как Вы оцениваете развитие отечественной и мировой офтальмологии за последние годы и десятилетия? Какие открытия, какие исследования Вы считаете наиболее перспективными? Что принесло нашей области медицины наибольший практический эффект?

— Мне кажется, одно из главных открытий за последние двадцать лет — это появление оптической когерентной томографии. В последние десять лет активное развитие получили фемтосекундные лазеры, которые применяются и для операций по поводу катаракты, и для операций, связанных с аномалиями рефракции.

Отвечая на Ваш вопрос, нельзя не упомянуть о выдающихся достижениях витреоретинальной хирургии. Наша клиника не занимается этим направлением, но как ученый-офтальмолог оно меня, конечно же, интересует.

В последние годы большие успехи были достигнуты в лазерных методах лечения различных заболеваний, в частности, глаукомы и патологии сетчатки.

— Многие родители стремятся к тому, чтобы их дети стали продолжателями их дела. У Вас и Вашей супруги Натальи эта мечта воплотилась в жизнь.

— Я не могу сказать, что мы с Натальей мечтали о том, чтобы наши сыновья стали врачами. Все получилось как-то само собой... Но, наверное, наш пример на них подействовал. Они видели, что для нас, их родителей, медицина является главным делом жизни, и работой, и хобби. Оба сына стали врачами-офтальмологами.

— И как Вы поступили в этой ситуации?

— Конечно, я мог просто проинформировать ее о возможных медицинских вмешательствах и на этом закончить прием. Также можно было посоветовать ей обратиться к психологу. Но мне все-таки хотелось преодолеть ее страх и помочь человеку не на словах, а на деле!

В результате долгой и трудной беседы мне все-таки удалось убедить пугливую даму провести лазерную дисцизию, то есть избавиться от вторичной катаракты. И это был наш общий успех! Она преодолела свой страх, а я ей в этом помог. После проведения лазерного вмешательства мы провели проверку зрения — и она убедилась, что стала видеть гораздо лучше.

— Эта пациентка согласилась оперировать второй глаз по поводу зрелой катаракты?

— У нее еще остался страх перед любыми операциями, хотя аналогичная операция ей и проводилась несколько лет назад. Но психологически она уже практически готова для операции на другом глазу, во всяком случае, ушла она весьма охотно.

— Как Вы любите проводить свободное время?

— Отпуск у нас с супругой продолжается не больше двух недель. Мы любим проводить его на берегу какого-нибудь теплого моря, греться на солнышке. Также во время отпуска я много читаю: и научную литературу, и художественную. В выходные дни мы с Натальей ходим в бассейн, зимой стараемся кататься на лыжах. Любим прогуливаться по набережным, по паркам.

— У Вас есть любимые места в Орловской области?

— Мое самое любимое место в Орловской области — усадьба Ивана Сергеевича Тургенева Спаское-Лутовиново в Мценском районе. Это не просто мемориальная усадьба, которая вызывает интерес у любителей литературы, а удивительно красивое, спокойное, гармоничное место. Там прекрасный парк с вековыми деревьями. Можно часами ходить по аллеям парка, погружившись в свои мысли...

В Орловской области много замечательных мест, в частности, национальный парк «Орловское полесье», старинный город Болхов. А рядом с Болховым расположено много живописных озер.

— Сергей Николаевич, в завершении нашей беседы не могу не спросить еще об одном Вашем проекте. Вы являетесь модератором Дискуссионного Клуба Русского Медицинского Сервера <http://forums.rusmedserv.com>. Почему у Вас возникло желание посвящать свое свободное время Интернету?

— Я не могу сказать, что все свободное время посвящаю Интернету. Для меня важно, чтобы жизнь была многоплановой. Обязательно должна присутствовать физическая активность: зарядка, бассейн, работа на тренажерах... Я не мыслю своей жизни без личных встреч с друзьями, родственниками, коллегами. Поэтому не собираюсь полностью погружаться в виртуальный мир. Но Интернет на самом деле занимает важное место в моей жизни.

Дискуссионный Клуб Русского Медицинского Сервера — это место встреч врачей и пациентов, это возможность для пациентов задуматься о своем здоровье, получить ответы на неясные вопросы. У этого Сервера есть открытая часть, доступная для всех желающих, а есть закрытая часть — для врачей. И это не какие-то анонимные пользователи Интернета,



Кафедра специализированных хирургических дисциплин ОГУ

Младший сын, Александр, защитил кандидатскую диссертацию по офтальмологии, стал доцентом. Он является главным врачом нашей клиники и преподает в медицинском институте Орловского государственного университета. Его жена Ирина — врач-психиатр. Они растят дочку Машеньку. Ей уже шесть лет.

Старший сын, Роман, вместе со своей семьей живет в Краснодаре. Его жена Лариса — тоже врач-офтальмолог. Она кандидат медицинских наук, работает в Краснодарском филиале МНТК и одновременно доцентом на кафедре офтальмологии Кубанского медицинского университета. Они воспитывают внука Никиту, которому тоже шесть лет, как и нашей внучке Маше.

Сын в настоящее время занимается бизнесом, который не связан с медициной. Я надеюсь, что этот уход из медицины — явление временное.

— На Ваш взгляд, должен ли владелец и руководитель клиники обязательно быть врачом?

— Мне представляется целесообразным, чтобы учредителями и владельцами клиник становились сами врачи, а не просто частные инвесторы, которые таким образом вкладывают свои деньги. Это гораздо лучше для пациентов, для развития отечественной медицины, потому что только специалисты могут определять пути развития как отдельных клиник, так и медицины в целом.

— Несмотря на большую организационную нагрузку, Вы уделяете много времени приему пациентов. Наверное, при общении с людьми возникают жизненные ситуации, которыми Вы могли бы поделиться с читателями...

— Для меня прием пациентов — это жизненный эликсир, это возможность ежедневно видеть результаты своего труда. Хотел бы рассказать о пациентке, которая была у меня за несколько часов до начала нашего интервью. Этой женщине несколько лет назад была проведена операция по поводу катаракты на правом глазу. Возникла вторичная катаракта. А на левом глазу я диагностировал у нее зрелую катаракту.

Я предложил этой пациентке немедленно провести лазерную дисцизию вторичной катаракты, восстановить прозрачность оптических сред и соответственно зрение. А для левого глаза была рекомендована операция факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ.

— Почему Вас заинтересовал этот случай?

— С офтальмологической точки зрения ситуация была совсем несложной. Но у этой женщины имели место серьезные психологические проблемы: у нее возник панический страх перед врачами и любими, повторяю, любими медицинскими вмешательствами. Она сама объяснила этот страх негативным опытом общения с врачами-гинекологами. Вроде бы, офтальмология мало связана с гинекологией... Мне трудно судить, насколько обоснованы ее претензии в адрес моих коллег. Кроме того, этот факт не имеет ни малейшего отношения к тем медицинским вмешательствам, которые мы ей предлагали.

— То есть она отказывалась лечиться?

— Да, такая сложная пациентка... Она пришла к врачу-офтальмологу, но лечиться очень боится.

а успешные, уважаемые врачи. Среди участников проекта немало кандидатов и докторов медицинских наук, есть действительные члены Российской академии наук.

Таким образом, во всемирной Сети образовался компетентный виртуальный консилиум. И я радостью и большим энтузиазмом принимаю в нем участие.

— У Вас не вызывает опасений, что в последние годы многие пациенты вместо визитов к врачу стараются найти информацию о своих болезнях в Интернете и, по сути, занимаются самолечением?

— Случаи самолечения существовали всегда. Это явление связано с появлением Интернета. Подавляющая часть пользователей нашего Интернет-ресурса — разумные люди. Они прекрасно понимают, что обсуждение в Интернет-аудитории не заменит визита к врачу. Но, с другой стороны, если человек после посещения эскулапа поделился своими мыслями и оценками с другими пользователями Сети — это совершенно нормальное и естественное явление в наше время.

Целый ряд научных дискуссий, которые велись и ведутся на сайте, представляют для меня значительный интерес. Например, недавно

врачи-офтальмологи обсуждали «самое бесполезное лечебное средство и самые бесполезные методы лечения в офтальмологии».

— Честно говоря, тема этой дискуссии мне не вполне понятна. Разве в офтальмологии могут существовать бесполезные лечебные средства и бесполезные методы лечения?

— На самом деле такая проблема существует.

— Но как может легально продаваться лекарственное средство, чья полезность научно не доказана?

— Существует немало лекарственных средств, чья полезность не подтверждена никакими клиническими исследованиями.

— Почему же эти лекарства не запрещаются и не изымаются из продажи?

— Чтобы привлечь внимание надзорных органов необходимо доказать вредоносность, опасность какого-то лекарства. А если лекарство пользы не приносит (во всяком случае, никто из серьезных ученых его полезность не доказал), но и ущерба здоровью вроде бы не наносит (никто этот вред тоже пока не доказал),

то оно, к сожалению, может продаваться и применяться в лечении долгие годы и десятилетия... Поэтому дискуссия о бесполезных лекарствах и методах лечения — это не шутка, а выявление реальной проблемы.

— Чтобы бы Вы могли пожелать читателям газеты «Поле зрения»?

— Мое главное пожелание состоит в том, чтобы в России повышалась престижность профессии медика, чтобы власти и общество осознавали значимость медицины для развития и процветания России.

Врач-офтальмолог С.С. Добрынина:

Первое место работы — «Офтальмологический центр профессора Басинского С.Н.»



— Светлана Сергеевна, Вы являетесь одним из самых молодых сотрудников клиники. Почему после окончания медицинского вуза и ординатуры Вы стали работать в этом медицинском учреждении?

— «Офтальмологический центр профессора Басинского С.Н.» — это мое первое место работы в качестве врача-офтальмолога. Сергей Николаевич и Александр Сергеевич Басинские — мои учителя в офтальмологии. Сергей Николаевич является профессором нашего вуза, медицинского

института Орловского государственного университета, Александр Сергеевич — доцентом. Поэтому работу в клинике я воспринимаю как продолжение учебы, как возможность стать не только квалифицированным врачом-офтальмологом, но и успешным офтальмохирургом. В настоящее время я веду прием пациентов и ассистирую С.Н. Басинскому и А.С. Басинскому при проведении операций.

— Почему Вы решили стать врачом-офтальмологом?

— Такое желание возникло у меня на третьем курсе. Я вижу, что офтальмология бурно развивается, появляются новые препараты, новые методы лечения и т.д.

— Чему Вы научились за время работы в клинике?

— Я работаю в клинике с 2014 года. За это время приобрела опыт в работе с пациентами, много новых практических навыков. Например, освоила работу на оптическом когерентном томографе, различные врачебные манипуляции и т.д.

выполняя ультразвуковое обследование пациентов, произвожу обследование больных на оптическом биометре LenStar, расчет силы ИОЛ, исследование на оптическом когерентном томографе, различные врачебные манипуляции и т.д.

Конечно, я приобрела и опыт правильного общения с пациентом. Я работаю в клинике с 2014 года. За это время приобрела опыт в работе с пациентами, много новых практических навыков. Например, освоила работу на оптическом когерентном томографе, ультразвуком А/В скане, на оптическом биометре LenStar. Помимо приема больных,

К.м.н., доцент А.С. Басинский:

Пример родителей стал решающим в выборе профессии



— Александр Сергеевич, Вы являетесь главным врачом клиники, генеральным директором которой является Ваш отец, а заместителем генерального директора — Ваша мать. Вам не трудно работать вместе с родителями?

— Работать мне не трудно, так как в нашей клинике имеется четкое распределение обязанностей между всеми сотрудниками. С другой стороны, данная ситуация, разумеется, накладывает на меня дополнительную ответственность. Сергей Николаевич — человек известный далеко за пределами Орловской области. Он не только руководит клиникой, но и дал

ей свое имя. Люди приходят сюда, чтобы «лечиться у профессора Басинского». Моя задача, также как и всех сотрудников, состоит в том, чтобы «поддерживать марку», поддерживать ту высокую планку, которую установил отец.

Пример родителей стал решающим в выборе профессии. С самого детства для меня было очевидно, что я тоже стану медиком, врачом-офтальмологом.

— Вы работаете в клинике с момента ее основания. Какие события, произошедшие за это время, были для Вас самыми значимыми?

— Важными вехами в развитии клиники было приобретение дорогостоящего, но такого необходимого оборудования. Например, в 2010 году у нас появились оптический когерентный томограф, современные лазерные установки. Недавно мы приобрели современный периметр Humphrey и оптический биометр с функцией кератотопографии LenStar. Но, разумеется, примененные техники становятся эффективными только благодаря грамотной работе врачей, медсестер, санитарок, всех сотрудников клиники.

— Какие перемены происходят в клинике в последние годы?

Как, на Ваш взгляд, она будет меняться в будущем?

— Я не стал бы говорить о каких-то глобальных переменах и революционных новшествах. Мы постоянно стремимся к внедрению передовых технологий. Так было с момента основания клиники.

Например, в хирургии катаракты используются линзы премиум-класса, в том числе мультифокальные и торические линзы. Благодаря применению современного прибора бесконтактной биометрии мы можем точно рассчитать силу всех модификаций искусственного хрусталика.

— Пока я жив, буду ненавидеть его... — Вы знаете, что ненависть разрушает вас изнутри?

— Да, но я не могу простить, он был неправ, и я буду его ненавидеть!

Ненависть и гнев — осознанный выбор. Всегда! Человек отлично понимает, что ненависть не приносит радость, что она, наоборот, разрушает, но ничего не собирается предпринять, чтобы простить и отпустить. Проще говоря, отчаявшийся рассуждает приблизительно так:

— Вы знаете, что если прыгнете с седьмого этажа, можете умереть?

— Да, но не прыгнуть не смогу.

Материальный мир вообще невероятно скор на ответ, духовный же всегда имеет некоторую инерцию. Результат растягивается во времени, и причина беды часто остается незамеченной. Опасность таится в том, что закон «обратного волшебства» неумолим, он действует безжалостно. А мы этого не хотим понять и признавать.

И все же выход есть. И он невероятно прост — постараться устроить в своей душе «римские каникулы», освободить дом своего сердца от хлама: злости, негатива, что отбирает жизненную энергию. И когда генеральная уборка будет завершена, заполнить душу Любовью и Светом. И тогда в нее волеется колоссальная энергия, тогда успеет все, что задумано, тогда найдутся силы созидать...

Иначе говоря, мы должны собраться с силами и признать, что каждый раз, каждый день и каждую минуту перед нами стоит выбор: как жить — в любви и гармонии, или в негативе, в энергии неприятия и невежества? Мы должны заставить себя задаться вопросом: видим ли мы для себя возможность этого выбора? А если видим, то ЧТО выбираем?

Жить, молиться, любить



Гоар Давтян, MBA GGSB

Бизнес-коуч, член ICF, директор департамента медицинских технологий, компания «ОПТЭК», эксклюзивный представитель Carl Zeiss в России и странах СНГ

«Где найти силы?» — вам знаком этот вопрос? Знаю точно, каждый задает себе его хотя бы раз в жизни. И впрямь, где пополнить его, этот аккумулятор для продолжения дня, полного трудов? Где источник этой уникальной витальной субстанции? На каком «топливе» мы просыпаемся каждое утро, идем или едем на работу, от чего заряжаемся, когда ругаемся, командуем, переживаем, злимся, обижаемся, или когда, наоборот, радуемся, любим?

Нить жизни, тайная и невидимая глазу, но мощная и всепобеждающая, эта нить тянется из сердца такого же невидимого, но Сущего, которого человечество называет по-разному, имея в виду всегда одно. Каждый день оно, это Сущее, эта Вселенная духа просто и щедро дарит нам свою энергию, часто — в кредит и без процентов. Это его источник позволяет нам утром проспать и прожить день. А на что мы тратим его, этот дар, не осознавая, что он — самый важный ресурс нашей жизни? Мы ленивы и расточительны. Мы, как блудные сыновья, меняем драгоценность жизненной энергии на неприязнь, ненависть, гнев и зависть, прекрасно сознавая, что от этого мы будем страдать. Мы продолжаем тратить наследство любящего отца, не задумываясь, что придет день, когда останемся ни с чем.

Из опыта коучинговой практики мне знакомы ситуации, когда диалог приводит к истинной проблеме. Вот передо мной сидит мой собеседник и уже не первый час стоит на своем: — Пока я жив, буду ненавидеть его... — Вы знаете, что ненависть разрушает вас изнутри?

— Да, но я не могу простить, он был неправ, и я буду его ненавидеть! Ненависть и гнев — осознанный выбор. Всегда! Человек отлично понимает, что ненависть не приносит радость, что она, наоборот, разрушает, но ничего не собирается предпринять, чтобы простить и отпустить. Проще говоря, отчаявшийся рассуждает приблизительно так:

— Вы знаете, что если прыгнете с седьмого этажа, можете умереть?

— Да, но не прыгнуть не смогу.

Материальный мир вообще невероятно скор на ответ, духовный же всегда имеет некоторую инерцию. Результат растягивается во времени, и причина беды часто остается незамеченной. Опасность таится в том, что закон «обратного волшебства» неумолим, он действует безжалостно. А мы этого не хотим понять и признавать.

И все же выход есть. И он невероятно прост — постараться устроить в своей душе «римские каникулы», освободить дом своего сердца от хлама: злости, негатива, что отбирает жизненную энергию. И когда генеральная уборка будет завершена, заполнить душу Любовью и Светом. И тогда в нее волеется колоссальная энергия, тогда успеет все, что задумано, тогда найдутся силы созидать...

Иначе говоря, мы должны собраться с силами и признать, что каждый раз, каждый день и каждую минуту перед нами стоит выбор: как жить — в любви и гармонии, или в негативе, в энергии неприятия и невежества? Мы должны заставить себя задаться вопросом: видим ли мы для себя возможность этого выбора? А если видим, то ЧТО выбираем?

Часто в процессе коучинговой практики у меня появляется вполне материальное ощущение, что мы сидим на сундуках с драгоценностями. Некто словно говорит нам: «Откройте их, там есть дары — исцеление, свет, сила». А мы отвечаем: «...Не хочу, не верю!» Но если ты не хочешь или не веришь, значит, для тебя всего этого и нет. И это твой выбор — не принимать того, что УЖЕ принадлежит тебе по праву рождения.

В каждом из нас есть Божественное начало, частичка Бога, частичка Создателя, но для этого необходимо открыться, освободиться от мусора, наполниться Любовью. Если у нас дома окна настолько грязны, что не пропускают свет, это же не означает, что на улице темно или вообще не существует солнце.

Мы все находимся в замешательстве, мы все заблудились. Многие, что прежде было тайной, для наших современников стало явным. Например, то, что у нас есть сила, сила намерений... И множество тренингов и семинаров обещают за пару дней открыть нам эту силу, гарантируют, что мы сможем реализовать все свои желания и мечты буквально «на два щелчка». Но разве все так однозначно? Слава Богу, сила никогда не дается так просто и каждому, ее желаемому. Для того чтобы ее получить, необходимо иметь в душе нечто. И это нечто — Любовь. Любовь не в нашем человеческом понимании, понимании потребительского общества — «ты — мне, я — тебе».

«Будешь хорошо учиться — буду любить». Знакомо? А это — «Она красивая, он богатый»? Товарообмен. Не любовь, а сделка. Таков мир, в котором мы живем. И которого жаждем для себя и своих детей.

Мы разучились любить. Даже отношения в любви мы ставим на коммерческие рельсы. И называем эту торговлю любовью. А ведь если за сделанное добро ты ждешь благодарность, ты не даришь его — а продаешь. К тому же нечестным путем, потому что изначально не озвучивавшь цену продажи: благодарность, признательность, похвала, что-то материальное. И вот нарастает обида, разочарование обретает размеры снежного кома: он (она) не похвалил(а) меня, не отблагодарил(а)... Не проще ли уж тогда договориться сразу? Я сделаю для тебя доброе дело, а ты похвалишь меня и желательно при всех.

А самое смешное, что при этом мы действительно тоскуем. Тоскуем по Настоящей, Безусловной Любви, которая приблизила бы нас хоть на йоту к Божественному Началу. Ступаем на ледяные иглы необретенного рая, убегаем в ад сомнений, паник и тревог, в темный мир, где каждый занят только самим собой.

Вселенная нас любит такими, какие мы есть. Просто? Да! Трудно осознать? Очень! Ведь мы привыкли, что нас любят только ЗА что-то, и сами любим также НЕ безусловно. Еще никто не писал о любви, лучше, чем Апостол Павел: «Любовь долготерпит, милосердствует, любовь не завидует, любовь не превозносится, не гордится, не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла, не радуется неправде, а сорадуется истине; все покрывает, всему верит, всего надеется, все переносит» (Первое послание святого Апостола Павла к Коринфянам. Библия, Новый Завет).

Если хотя бы на мгновение принять и впустить в сердце эту истину... Вот тогда бы сундук с сокровищами начал потихоньку притворяться. Но только по мере приобретения подобной Любви, и по той же мере, мере приобретения великого Дара, мы бы начали получать и все остальные прекрасные дары Вселенной... Как нынешней, так и будущей, вечной. Если, конечно, мы в нее верим.

Любовь — как баланс между заботой и свободой, эмоциями и спокойствием, принятием себя и принятием других, такой любви мы должны были просить у Бога. Но не просим. Мы и с Богом пытаемся говорить на нашем языке, языке наивных переговоров.

Фрейд как-то сказал: «Если человек задается вопросом о смысле жизни, значит, он болен». Я твердо убеждена: если человек прожил жизнь, ни разу не задавшись этим вопросом, и ушел из жизни, не понимая, почему он в нее пришел, он прожил жизнь впустую. В моем понимании, смысл жизни в эволюции души. Мы все ищем счастья и гармонии, так почему же мы их не получаем? Есть разные варианты ответа! Виноваты другие, или сложившаяся ситуация, или Бог наказывает и не дает?

Мы несовершенны и приходим в этот мир с несовершенными душами. Вся наша будущая жизнь призвана провести нас через череду испытаний для освобождения от этих изъян и несовершенств. И не нужно видеть свою судьбу или людей из-за сопутствующих злоключений.

Внутренне состояние нашего несовершенства как раз и обуславливает, с какими именно испытаниями мы столкнемся. Вот почему необходимо благодарить людей или ситуации, которые помогают проявить не проявленное. То, с чем необходимо нам дальше работать. А мы, вместо того чтобы принять ранящую нас ситуацию как знакомство с собственной несовершенной природой, начинаем призирать того, кто причинил нам боль. А ведь она, эта боль — лакмус, указатель источника проблем внутри нас самих.

Как тело без труда и боли не может совершенствоваться, так и душа не может развиваться без страданий. Лежа на диване и мечтая об идеальных формах, невозможно идти обрести. Для того чтобы развивать мышцу, необходимо постараться, потрудиться, попеть. Чтобы приобрести гибкость, необходимо делать растяжки. Душа очищается и совершенствуется только через боль, страдания и смирения. И каждый получает именно те неприятные ситуации, которые именно ему необходимы для развития.

«А можно как-то попроще?» — спросите вы. Ответу: «К сожалению, нет». Когда все хорошо, зачем о чем-то думать, что-то менять, развиваться? В зоне комфорта, к которой нас постоянно призывают, развития нет. Корень неприятностей всегда таится в душе. А мы ищем причины в других, судорожно назначаем виноватых, осуждаем и критикуем того, кто причинил нам неудобства. И... упускаем самое важное, глубинные причины, связанные с нами самими.

Вся наша создательная энергия тратится на критику, глобальные претензии к окружающим. Поверьте, это пустые траты времени и энергии.

И, наконец, последнее. Как говорится, «на сладкое».

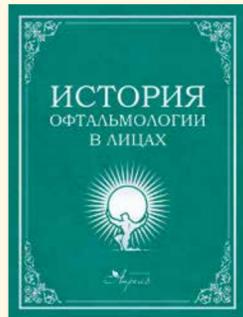
Сколько бы недостатков мы ни находили у других, от этого ничего не изменится в нас самих. Мы вообще не в состоянии менять кого-либо без его на то согласия, даже если это наш ребенок. Потому что человек от природы свободное существо. И никто не может его менять, только он сам, и если только он сам этого очень сильно захочет.

Поверьте, менять можно лишь себя, а для начала необходимо познакомиться с собой, изучить уникальный микромир своего «Я», изучить с любовью и терпением, понять, на что именно мы так остро реагируем? И вместо критики и претензий к другим («зачем он мне сдался?») лучше спросить себя: «Какими своими поступками я создал такую ситуацию в моей жизни? О чем мне говорит эта ситуация? Какие качества моего характера она проявила? Какими действиями я могу изменить ее?»

Через изменение себя, попробуем изменить мир вокруг себя. Он, этот мир, в принципе не изменится, изменится наше восприятие этого мира. Если урок усвоен, в классе нет места учителям. Они уходят сами. И, в общем, не важно, что ты ешь, в каком доме живешь, где отдыхаешь, какую позицию занимаешь в обществе. В конечном счете, важно, что мыслит твой разум и что чувствует твое сердце. Если кругом достаток и благополучие, а в голове суета и в сердце чернота, какой смысл в твоей удавшейся жизни?

Только полноценно ответив себе на эти важнейшие вопросы, мы сможем двигаться вперед, сможем запустить процессы развития и эволюции души. И когда в ней начнется этот важнейший процесс — процесс глубокого оздоровления и изменения характера и нашей личности — только тогда у нас появится реальный шанс изменить что-то вокруг.

Как говорил святой Серафим Саровский: «Спасись сам, и вокруг тебя спасутся тысячи». Как просто и как сложно. Как и сама жизнь. Но в этом и заключен глубокий смысл бытия. ■



История офтальмологии в лицах

Издательство «АПРЕЛЬ». Москва, 2015 г. 2-е издание, переработанное и дополненное. ISBN 978-5-905212-56-7

Под редакцией академика РАН, д.м.н., профессора С.Э. Аветисова

Составители: А.С. Обрубов, филиал №1 Городской клинической больницы им. С.П. Боткина. Н.С. Ярцева, кафедра ГМГМСУ

Глубокоуважаемый читатель!

На протяжении всей своей многолетней истории Московское научное общество офтальмологов неизменно следовало традициям бережного отношения к истории, почитания учителей и объединения разных поколений коллег-офтальмологов. Еще раз хочется вспомнить слова великого российского историка В. Ключевского: «История — что власть: когда людям хорошо, они забывают о ней и свое благосостояние приписывают себе самим; когда им становится плохо, они начинают чувствовать ее необходимость и ценить ее благоденствия...»

В 2014 году увидело свет издание «Офтальмология в лицах, событиях, очерках», инициатором которого выступила старейшина нашего профессионального сообщества Н.С. Ярцева. Как уже отмечалось в предисловии к этой книге, представленное издание естественно было пропитано некоторым субъективизмом выбора материала и его изложения. Тем не менее книга вызвала огромный интерес и быстро стала библиографической редкостью.

При подготовке нового, дополненного издания коллегией по мере возможности учтены замечания наших коллег и представлены материалы, касающиеся наших соотечественников-офтальмологов — докторов медицинских наук и профессоров. Подготовка издания предполагала элемент самостоятельного творчества ныне здравствующих наших коллег. Именно этим объясняется некоторая «разномастность» материала, но, возможно, именно это позволит читателю более полноценно судить о масштабе той или иной личности.

Председатель Московского научного общества офтальмологов, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор С.Э. Аветисов

Приобрести книгу можно в издательстве «АПРЕЛЬ» Контактный телефон: 8-916-875-96-55



Наталья Демьяненко на церемонии награждения победителей литературного конкурса



Наталья Демьяненко. Настольная игра в Доме слепоглухих

заочное знакомство. Я ответила на его объявление в журнале Всероссийского общества слепых «Наша жизнь». Переписка шла с помощью рельефно-точечного шрифта. В 2005 году состоялась наша первая личная встреча. Он приехал ко мне в Санкт-Петербург. В 2007 году мы поженились.

— **Ваша семейная жизнь с Владиславом стала примером для многих товарищей по несчастью. Вам удалось достичь значительной самостоятельности.**

— Родные люди оказывают нам большую помощь, и я им очень благодарна за это. Особенно хочется поблагодарить маму Людмилу Александровну и отчима Геннадия Ивановича. Но мы с Владиславом — взрослые люди, и хотим быть самостоятельными.

Значительную часть года мы проводим на даче в Ломоносовском районе Ленинградской области. Это не просто дача, а теплый, уютный деревенский дом, предназначенный для круглогодичного проживания. Мама и отчим

регулярно нас навещают, привозят продукты. Но с каждодневными бытовыми делами мы справляемся сами. Например, я режу овощи, разделяю курицу, рыбу или мясо, а Владислав стоит перед плитой, варит, жарит, тушит... Мы активно используем современную кухонную технику: мультиварку, хлебопечку, микроволновку.

Владислав — тотально слепоглухой. Но с опорно-двигательным аппаратом у него нет проблем. Он — физически сильный мужчина. Зато у меня, несмотря на потерю слуха, сохранились навыки устной речи, а ему говорить трудно... Таким образом, наши бытовые навыки дополняют друг друга.

— **Я слышал, что Ваш муж даже сам в магазин ходит.**

— В принципе, в этом нет необходимости. Но он любит посещать наш деревенский магазин. Для него это своеобразный «выход в люди»... Он знает дорогу до магазина, самостоятельно ее проходит с белой тросточкой. С собой он берет заранее составленный список продуктов и деньги на их приобретение.

Все получается отлично. В магазине ему дают нужные продукты, сдачу. Потом для нас особенно приятно готовить обед из продуктов, которые были самостоятельно куплены.

— **Расскажите, пожалуйста, о Вашей журналистской и литературной работе.**

— Я являюсь не только постоянным автором журнала «Ваш диалог», но и членом его редакционного совета. Мои рассказы, заметки и очерки посвящены жизни слепоглухих. Мне хочется поделиться своим жизненным опытом.

— **Практически в каждом номере журнала «Ваш диалог» печатаются Ваши кулинарные рецепты.**

— Все эти кулинарные рецепты мы с Владиславом осуществили на практике. Все просто и вкусно! А самое главное — моими рецептами могут без посторонней помощи воспользоваться слепоглухие люди. Например, в последнем номере журнала я рассказываю о приготовлении коврижки с изюмом

и орехами. Нужно взять двести грамм муки, двести грамм сахара, три яйца, две столовых ложки сметаны, двести пятьдесят грамм изюма (без косточек), двести грамм грецких орехов. Яйца размешать (не взбивать) с сахаром и сметаной. К ним добавить муку, орехи и изюм. Все хорошо перемешать. Форму смазать маслом или маргарином, присыпать мукой. Выложить тесто в форму, поставить в предварительно разогретую до ста восьмидесяти градусов духовку и выпекать сорок — сорок пять минут. Готовую коврижку осталось только немного остудить и разрезать на кубики. Чаепитие с такой коврижкой получится особенно душевным. Гарантирую!

— **Вы пишете в журнале не только на кулинарные темы...**

— Я рассказываю о возможностях компьютерной техники, о том, как слепоглому человеку стать уверенным пользователем компьютера. Еще пишу о домашних любимцах. У нас с Владом — два пуля и кошка. Эти животные — полноправные члены нашей семьи.

Мы их воспитываем. Пуля уже научилась закрывать за собой дверь.

— **С какими проблемами Вы сталкиваетесь в повседневной жизни?**

— По моему мнению, главная проблема для многих слепоглухих — это отсутствие так называемой «тревожной кнопки». С одной стороны, нам хочется с Владом оставаться вдвоем, иногда мне приходится и одной оставаться дома... Но становится страшно, что в критической ситуации слепоглухие люди фактически являются беспомощными.

Например, однажды на даче, когда я была одна, я обожглась кипятком. Было очень больно и страшно. Мне потребовалось полчаса, чтобы с огромным трудом выбраться из дачного домика на улицу. Я стала кричать, подошла соседка. Я сказала ей, что мне плохо и надо позвонить маме. Мама в то время была в Санкт-Петербурге и сразу же ко мне приехала. А если слепоглухой человек не владеет устной речью, то ему еще сложнее попросить о помощи, так как обычные люди не знают языка жестов!

Запомнился еще один случай. Мы с Владом были на даче вдвоем. И ночью кто-то пытался залезть на окна... Мы очень испугались. Наши собачки подняли громкий лай. Возможно, этот лай и остановил злоумышленников. Они не стали осуществлять свой план.

Мне бы хотелось постоянно носить специальный браслет с «тревожной кнопкой». Нажав на эту кнопку, можно было бы в любое время дня и ночи осуществить вызов специальной службы, помогающей людям с тяжелой инвалидностью. За рубежом такая система существует, но в нашей стране ее нет. Разумеется, работники службы помощи инвалидам должны иметь ключи от их жилья, чтобы в случае необходимости оказать соответствующую помощь.

— **Самое трудное и самое интересное: это перевести словесный текст на язык жестов. Певец может сделать это самостоятельно. Или он может воспользоваться услугами режиссера-постановщика. Логика жестового языка существенно отличается от словесной речи. Далеко не все, что сказано словами — можно четко и недвусмысленно передать жести.**

И наоборот. Например, в песне Эмла Димитрова на стихи Бориса Баркаса «Арлекино», которая стала знаменитой благодаря Алле Пугачевой, есть такие слова: «По острому иглам яркого огня бегу, бегу, дорогам нет конца» В словесной речи этот образ вполне понятен. Но в языке жестов

Наталья Залевская: «Вся моя душа — в жестах»

Наталья Леонидовна Залевская из Челябинска — единственный деятель искусств России, полностью лишенный зрения, выступающий в жанре жестового пения. Исполнение песен на языке жестов — любимый жанр глухих людей. Но, как правило, певцы-жестовики хорошо видят. Жительница южно-уральского города является исключением. Она — слабослышащая слепая.

Наталья Леонидовна уверенно держится на сцене. В 2012 году она стала победителем Всероссийского конкурса исполнителей жестовой песни в Улан-Уде. В марте-апреле 2015 года приняла участие в культурной программе XVIII Зимних Сурдлимпийских игр (Олимпиады глухих и слабослышащих спортсменов), проходивших в Ханты-Мансийске и Магнитогорске.

Один раз в четыре года Сурдлимпиада собирает сильнейших спортсменов всего мира, являющихся инвалидами по слуху. В нашей стране подобное мероприятие, также как и Зимняя Олимпиада и Паралимпиада в Сочи, проводилось впервые.

Во время российской «Европейской недели реабилитации и культуры для слепоглухих людей» Наталья Залевская также продемонстрировала свое мастерство. Несколько песен в ее исполнении прозвучали во время гала-ужина, посвященного завершению мероприятия. Особенно понравилась



Наталья Залевская с органайзером

собранным песенка Исаака Дунаевского на слова Василия Лебедева-Кумача «Жыл отважный капитан».

— **Наталья Леонидовна, хотелось бы разобраться, что же за жанр искусства — жестовое пение. Вроде бы слово «пение» предполагает использование голоса. Но в данном случае процесс исполнения происходит совершенно беззвучно...**

— Жестовое пение — это не просто перевод слов песни на язык жестов. Самое главное в этом жанре, что бы жесты в полной мере

отражали ритм музыки и ее мелодию. Исполнение жестовых песен должно быть одновременно гармоничным и экспрессивным, образным и доходчивым. Жестовое пение помогает слабослышащим и глухим людям засладиться красотой и своеобразием музыкального произведения.

Хотелось бы сказать, что даже люди полностью лишенные слуха способны воспринимать музыку. Они ощущают музыку не ушами, а всем телом, воспринимают музыкальный ритм. Слабослышащим людям помогают слушать музыку современные слуховые аппараты, а жестовое пение дополняет это впечатление.



— **Исполнители жестового пения — тотально глухие. Или у них есть остаток слуха?**

— Обычно у исполнителей жестового пения имеется остаток слуха, как у меня. Но певец может быть и тотально глухим, если у него имеется чувство ритма и хорошая мышечная память. Даже если у человека нет слуха, он может представить песню таким образом, чтобы каждый жест соответствовал музыкальному сопровождению. Для этого нужно долго репетировать.

— **Что самое трудное и самое интересное в жанре жестового пения?**



Наталья Залевская. Жестовое пение

Самое трудное и самое интересное: это перевести словесный текст на язык жестов. Певец может сделать это самостоятельно. Или он может воспользоваться услугами режиссера-постановщика. Логика жестового языка существенно отличается от словесной речи. Далеко не все, что сказано словами — можно четко и недвусмысленно передать жести.

И наоборот. Например, в песне Эмла Димитрова на стихи Бориса Баркаса «Арлекино», которая стала знаменитой благодаря Алле Пугачевой, есть такие слова: «По острому иглам яркого огня бегу, бегу, дорогам нет конца» В словесной речи этот образ вполне понятен. Но в языке жестов

Самое трудное и самое интересное: это перевести словесный текст на язык жестов. Певец может сделать это самостоятельно. Или он может воспользоваться услугами режиссера-постановщика. Логика жестового языка существенно отличается от словесной речи. Далеко не все, что сказано словами — можно четко и недвусмысленно передать жести.



Наталья Залевская с участниками фольклорного ансамбля

есть два разных жеста для «огня» и для «иглоу». Соединить эти жесты или представить их вместе — очень сложно. Глухой человек может подумать: «Что за чушь? Какое отношение иглы имеют к огню?»

При исполнении песен на языке жестов ритмичность и музыкальность должны сочетаться с понятным содержанием. Важно избежать любых смысловых недоразумений.

— **Язык жестов, который певцы используют на сцене — это тот же язык, на котором глухие люди общаются в повседневной жизни?**

— Не совсем. У «словесников» также существуют значительные различия между сценической речью и бытовой коммуникацией. Далеко не каждый человек, обладающий слухом и здоровыми голосовыми связками, может выйти на сцену с драматическим или музыкальным номером.

Такая же ситуация и с языком жестов. Чтобы освоить жестовое пение или участвовать в драматических постановках «театра мимики и жеста» — надо тренироваться с детства. Кружки «жестового пения» и театральные студии существуют во всех специализированных школах для глухих и слабослышащих детей. Я тоже училась в такой школе. Жестовым пением также занимаются в клубах и дворцах культуры, действующих при региональных организациях Всероссийского общества глухих (ВОГ).

— **А человек, потерявший слух во взрослом возрасте, может освоить жестовое пение, выучить язык жестов?**

— Это вполне возможно, хотя и не просто. Большинство исполнителей жестового пения владеет жести с самого детства. Они выросли в семьях инвалидов по слуху. У меня было именно так. Мой папа был глухим, мама — слабослышащей.

Язык жестов — это тысячи и тысячи жестов, обозначающих различные явления и понятия. Их можно учить всю жизнь, также как и китайские иероглифы. А слепые жесты могут существенно отличаться от бытовых. Их тоже нужно специально учить.

— **Расскажите, пожалуйста, о себе.**

— Я родилась в 1960 году. У меня синдром Ушера. Родилась слабослышащей, а зрение полностью потеряла в 2000 году. Процесс потери зрения был очень медленным, долгим и мучительным. В 1986 году, когда мне было 26 лет, врачи мне сообщили, что я неминуемо ослепну. Это был шок. У меня в то время было двое маленьких детей... Первую группу инвалидности по зрению мне установили в 1998 году. Тогда у меня еще оставался крошечный остаток зрительных функций, но и он вскоре исчез...

Слух у меня тоже упал. В настоящее время без слухового аппарата я не слышу практически ничего, но со слуховым аппаратом могу воспринимать музыку, общаться с людьми.

— **Как Вам удается выступать на сцене, продолжать заниматься жестовым пением, будучи полностью слепой? Вы ведь не можете наблюдать за другими исполнителями жестовой песни...**

— Это парадоксальная ситуация. Будучи слепой, я действительно не могу воспринимать жестовое пение других исполнителей. Поэтому мне трудно повышать свою квалификацию. Но я ослепла, уже обладая огромным опытом в этом жанре. Свои собственные жесты мне не нужно видеть, их прекрасно помнят мои руки, мое тело... С другими исполнителями я тоже могу, как и все слепоглухие люди, тактично общаться на языке жестов.

Выступления на сцене доставляют мне огромную радость. И близкие люди мной гордятся! С моим мужем Сергеем мы создали семью в 1979 году. Мы были одноклассниками, дружили с детства... В 1980 году родился сын Ян, в 1981 году — дочь Оксана. Наверное, я не смогла бы преодолеть слепоглохоту, не смогла бы продолжать выступать на сцене без помощи родных и близких. И сама стараюсь быть им полезной.

— **Общаясь с Вами, понимаю, что Вы — сильный человек.**

— Я стараюсь быть сильной. И считаю себя счастливым человеком. Мне выпало счастье вырастить достойных детей и принять участие в воспитании внуков... У сына Яна прекрасная жена Лена. В их семье растет дочка Полюшка, моя любимая внучка, ей уже четырнадцать лет.

У дочери Оксаны судьба сложилась не столь благополучно. Ее муж трагически погиб еще до рождения сына Максима. Став вдовой, устроила личную жизнь Оксана так и не смогла или не захотела... Сейчас Максиму уже четырнадцать лет, также как и Полине. Для меня было очень важно максимально помочь дочери в воспитании ее сына. Фактически это стало делом моей жизни. Поэтому о своих собственных проблемах и болезнях я не думала.

— **Хотелось бы подробнее поговорить с Вами о языке жестов.**

— Вся моя душа — в жестах! Я очень люблю этот язык за точность, яркость, образность, выразительность, экспрессивность, эмоциональность... Существует очень много красивых, лиричных, поэтичных, наивно-трогательных жестов. Например, мне очень нравятся жест «объяснение в любви». В этом случае ладонь нужно приложить к сердцу. Все просто и понятно! А если приложить обе ладони к сердцу, это означает — «очень люблю, жить без тебя не могу».

Фотографии из архива фонда поддержки слепоглухих «Со-единение»



Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов»

Подписной индекс: 15392

и на журнал

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ГЛАУКОМА»

по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс: 37353

Расходные материалы для фактоэмульсификации

ИНТРАОКУЛЯРНЫЕ АКРИЛОВЫЕ ЛИНЗЫ - гидрофильные, гидрофобные СИСТЕМЫ ИМПЛАНТАЦИИ ИОЛ ВИСКОЭЛАСТИК ТРИПАНОВЫЙ СИНИЙ СКАЛЬПЕЛИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ



Микрохирургическое оборудование

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА для микрохирургии переднего и заднего сегмента глаза ОПТИМЕД «ПРОФИ»

КОМПАКТНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА для микрохирургии ОПТИМЕД «МАСТЕР»



ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»: тел./факс: +7 (347) 223-44-33, 277-61-61 market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru



Простые ответы на непростые вопросы

Интервью с ведущей авторской рубрики «Записки американской медсестры» Еленой Филатовой

Дорогие читатели, признаюсь вам, что давать интервью мне еще ни разу не приходилось. Нет, я, конечно, очень тронута, но больше изумлена. Хочу передать редакции благодарность от своего мужа: пока я обдумывала ответы и писала материал, у него выдалась небольшая передышка. Я временно перестала морочить ему голову расширяющими меня идеями о философии здравоохранения, роли медсестры, ну и смысла жизни до кучи. Похоже, что утверждение «когда ученик готов — у него появляется учитель», можно коряво переименовать в «когда у интервьюируемого назревают ответы, то у интервьюера появляются вопросы». Короче, читайте, что получилось, и (это мой муж просит вставить ☺) пожалуйста, спросите еще что-нибудь!

— Елена, сколько Вам лет? Как Вы относитесь к своему возрасту и возрасту вообще?

— Ну и вопросы у вас, граждане! Здесь есть только одна девушка...это я! Если серьезно, то в январе мне исполнилось 54 года. Я очень люблю отмечать свои дни рождения, и чтобы непременно день в день. Ко мне всегда приходит много народу, все болтают, смеются, а их кормлю и себя не забываю. К своему возрасту я отношусь спокойно, хотя, конечно, иногда мой вид меня ужасает. Ну и что — содрогнусь перед зеркалом и дальше побегу. А вообще-то с годами я все больше раскрепощаюсь, потому что могу жить по своим правилам или совсем без них. Говорю, что думаю, одеваюсь, как хочу, и наплевать мне на мнение окружающих. К старости стану такой эксцентричной бабулей в ярко-розовом, так что держитесь.

— Вы помните, о чем мечтали в детстве? Как представляли себе свое будущее?

— В детстве я была «толстым красивым ребенком» по выражению подружки старшей сестры и любила поразмышлять о жизни. Еще в дошкольном возрасте я сама додумалась до теории реинкарнации, чем и поразила своих сверстников во дворе нашего большого дома. А с детства любила сочинять байки, и вокруг моей парты в первом классе на перемене собирался круг слушателей: я им задигала очередную историю из бесконечного сериала, в основном типа страшилко.



Тургеневская барышня. Здесь мне семнадцать лет



«...являться муза стала мне»



Вырисовывается будущая наглая рыжая морда



Папа строит на даче душевую, а я, как обычно, валяю дурака

у нас были вещи! Но все-таки некая отстраненность от бытовухи мне от него передалась. От него же я переняла чувство юмора — папины философские беседы с нашей собакой надо было записывать. Кроме этого, он был романтиком: на каждый мамин день рождения сочинял ей стихи и собственноручно рисовал открытку. И вот еще что я запомнила ребенком и с тех пор по мере сил претворяю в жизнь. Однажды, вернувшись с похорон сослуживца, папа сказал: «Почему мы ждем поминок, чтобы сказать добрые слова о человеке? Это же абсурд. Надо говорить, пока люди живы».

Маме я бесконечно благодарна за то, что она совершенно не контролировала объем моего чтения и не отсеивала некоторые книги «не по возрасту». Поэтому я читала все, что меня интересовало. У нас был книжный шкаф под самый потолок сталинской квартиры, и с него я начала читать: сначала книги на нижних полках, а потом, по мере роста, перемещалась повыше. Маме же спасибо за то, что пристрастила меня к музыке. Музыкальную школу я, увы, не закончила — лень одолела — но любовь к музыке осталась.

Кроме родителей, меня растила старшая сестра. Она была как еще одна мама, но совсем: молодая, смешливая, модная, с косметичкой, полной таинственных приспособлений. Она принесла в нашу классическую в литературном смысле семью свежее дыхание: подписку на Литературку, «Иностранную литературу», альманах «Театр». У нее же я десятилетней девочкой стащила почитать ксероксную самиздатовскую копию «Мастера и Маргариты», и книга стала любовью на всю жизнь. Сестра вытаскивала меня на самые интересные выставки и спектакли, на которые я бы сама не обратила внимание. И в Петербург я впервые поехала к ней — она там училась в Академии художеств.

— Вы окончили Калининский государственный университет, филологический факультет. После завершения учебы многие Вам прочли писательскую карьеру. И вдруг — отъезд в Америку, поступление на курсы медицинских сестер. Как так получилось?

— Поправка: я окончила факультет романо-германской филологии, но это не столь важно. И спасибо на добром слове, конечно, но писательской карьеры мне никто не прочил. Все мои сочинения ограничивались хохмами для внутреннего употребления: в университете мы все время что-то сочиняли и представляли. А с медицинкой получилось интересно: так как студенты нашего факультета выпускались с дипломами переводчиков, мы все были военнообязанными. Поэтому, кроме английского, немецкого, латыни и лингвистики, нас еще два года учили медсестринскому делу с получением диплома медсестры гражданской обороны. Правда, вся эта затея, похоже, была приравнена к военной тайне, потому что в официальных документах университета об этом ни слова. Однако после выпуска я твердо знала, что хочу работать в медицинской области.

А МНТК «Микрохирургия глаза» еще и рядом с домом был по московским меркам — полчаса на автобусе — поэтому я с радостью ухватилась за возможность там работать эмэндом в отделе информации.



До сих пор помню добытые сестрой «по случаю» эти наши босоножки на танкетке: у нее — зеленые, у меня — красные



Вот он, красивый ребенок, совсем не похожий на маму!



Одно из многочисленных чаепитий на любимой кухне



Тут я в фирменном свитерочке МНТК — привезла его в Калифорнию и износила до дыр

— Какой поворот в жизни напугал Вас?

— Пугалась я в жизни много раз и крепко. Бог миловал — ничего непоправимо ужасного со мной и моими близкими не случилось. Самым страшным потрясением до сих пор остается начальный этап развала СССР: деньги обесценились буквально за ночь, я развелась с мужем, сестре перестали платить зарплату, а маме — пенсию. Алиментов, естественно, тоже не было, да я на них и не рассчитывала. Животный ужас, что одна ответственна за всю семью, включая двух маленьких детей, в то время как все вокруг рушится, до сих пор иногда посещает меня в кошмарах. Выкарабкалась, конечно, хоть и работала одно время на трех работах сразу.

А вот в США меня постиг кризис самооценки, или, как сейчас принято говорить, идентичности: в России я была востребованным специалистом, а в Калифорнии никакие мои прошлые заслуги не принимались во внимание. Пришлось заново себя выстраивать. Я-то еще была в выигрышном положении, потому что говорила по-английски. А кто действительно достоин восхищения, так это русские девочки (любого возраста), которые приезжают ни в зуб ногой, а потом осваивают язык и делают прекрасную карьеру.

— Случайных случайностей не бывает. Что надо делать, чтобы не упустить шанс, который вам представила судьба?

— Интересный вопрос... Наверное, для начала нужно научиться распознавать, что судьба дает тебе шанс. Мне кажется, что мы инстинктивно стремимся поддерживать стабильность жизни, защищаясь таким образом от внешнего хаоса, и при таком настроении вхождение нового неизбежно воспринимается как угроза привычному равновесию. На самом деле бывают перемены не надо: они все равно произойдут, наживете вы себе на бесплодных переживаниях язву желудка или нет. Я оптимист и неоднократно убеждалась, что в конце концов все получается еще лучше, чем было. Тут я солидарна с малосимпатичным Скалозубом у Грибоедова: «По моему суждению, Пожар способствовал ей много к украшению».

— Чем занимается Ваш муж? Расскажите о своих детях.

— Дэвид работает в сфере жилищного строительства Канады: он директор управления вопросами градостроительства и социальных аспектов в Канадской ассоциации домостроителей. Образованный у него как-то куча: политик, социолог, экономист, сейчас заканчивает докторскую. С ним можно говорить обо всем — запретных тем не существует. И он страшный юморист, хоть сразу и не скажешь, потому что выглядит он невинным, белым и пушистым, ну просто мисс Марпл!

— Как известно, в окопах атеистов не бывает, и это же соображение применимо к медсестрам. Все мы, случается, молимся (кому можем и как умеем) за спасение жизни больного. Я не религиозный человек, но в бога верю. Любая церковь представляется мне слишком политизированной организацией, да и авторитет ее служителей



Тут я в фирменном свитерочке МНТК — привезла его в Калифорнию и износила до дыр

Мои дети — мальчик и мальчик — остались в США, что, конечно, печалит. Но мы стараемся навещать друг друга по мере сил, хоть я и скучаю по нашим традиционным субботним завтракам. Старший Илья пять лет прослужил во флоте США, объездил весь мир, два раза пересек экватор. Он по натуре искатель приключений: то ныряет, то с парашютом прыгает, то самолет спортивный пилотирует, то диджействует и треки пишет. А работает он вполне прозаически механиком и сварщиком в калифорнийском эквиваленте Водоканала. Учится в Беркли неизвестно на кого: пока берет отдельные курсы, а там видно будет. Не жонат, но имеет постоянную девушку — русскую нашел, представляете? А вот по-русски он почти не говорит: я с ним общаюсь на родном языке, а он отвечает по-английски.

Младший Антон, наоборот, очень трепетно относится к русскому языку и внимательно следит за событиями в России. Он живет в Колорадо, где заканчивает докторскую по биоинженерии. У него очаровательная девушка-двойничка Джен, которую я зову Женечка, и собака по имени Гельмгольц.

Оба моих взрослых ребенка ну просто красавцы — высокие, стройные, фигуристые — за что можно сказать спасибо их отцу — моему бывшему мужу. Я, когда гуляла с маленьким Илюшкой, встречные часто говорили: «Какой красивый мальчик!» Потом, взглянув на меня, добавляли: «Наверное, в папу...»

— Какой, на Ваш взгляд, должна быть настоящая медсестра?

— Прочитав Дзержинского: медсестра должна иметь чистые руки (в самом буквальном смысле), холодную голову и горячее сердце. И обязательно обладать чувством юмора! На мой взгляд, умение не воспринимать себя слишком серьезно и всегда быть готовым посмеяться над собой — это непременно свидетельство развитого интеллекта и зрелости личности. Медсестра обязана сомневаться во всем: бдительно проверять назначения врача и постоянно взвешивать правомочность своих собственных решений. И еще — для интенсивной терапии, которую я в данный момент, подобно великопленному Остапу, представляю — необходимо быть в хорошей физической и душевной форме. А то просто сохнешь в борозде от напряжения.

— Вы верующий человек?

— Как известно, в окопах атеистов не бывает, и это же соображение применимо к медсестрам. Все мы, случается, молимся (кому можем и как умеем) за спасение жизни больного. Я не религиозный человек, но в бога верю. Любая церковь представляется мне слишком политизированной организацией, да и авторитет ее служителей

просто так, «по умолчанию», я не могу признать. Все это не мешает мне уважать искреннюю веру других, к какой бы конфессии они не относились. А о своей собственной вере я написала стихотворение и готова поделиться.

Символ веры

За смыслом жизни золотой овчиной Охотысь, словно древний аргонавт, Я верю, что тропинки многих прав Ведут к истоку истины единой.

Я верю в путеводную звезду, Горящую сквозь тернии сомненья. В целостную силу вдохновенья И в трепетную, жаркую мечту.

И в то, что может искренности свет Пробить завесу самообольщенья. Я верю в безоглядное прощенье, В простое «да» и непростое «нет».

Я верю, что всегда посилен груз, Что огонек надежды вечно тлеет, Дающего рука не оскудеет, И прочны связи дружественных уз.

Я верю в неподвластные годам Тепло и мудрость любящего сердца. Что в мире есть мои единоверцы, И что по вере жизнь дается нам.

— Болезнь замыкает человека в самом себе. Каким образом врач, медсестра могут помочь человеку избавиться от страхов и могут ли вообще?

— Болезнь, как и старость, редко что-то добавляет к личности человека, но многое проявляет, как будто снимая все лишнее, наносит, а иногда и притворное. Если человек всю жизнь был эгоистом, то и болей он, скорее всего, будет по тому же сценарию, наслаждаясь своей реальной или мнимой беспомощностью: подайте то, поправьте это, поднимите мне веки! Паникеры по жизни остаются паникерами и на больничной койке. У меня была больная, которая замучила меня вызовами в палату, потому что она повернула к себе экран прикроватного монитора и при малейшем изменении частоты пульса или дыхания требовала врача. В конце концов от ее трепыханий датчики отсоединились, и на экране вместо кардиограммы появилась линия. Тут моя больная ка-а-а заорет на всю ивановскую, так что меня чуть кондрашка не хватила. Я влезаю в палату, а она тычет в монитор и блажит: «Линия! Просто линия! Что это значит?!» Меня она настолько достала, что я ей ответила: «Это значит, что ты померла и теперь обязана вести себя тихо, как положено покойнику». Что, слава богу, разрядило обстановку!

«Золотое» правило — «поступай с другими так, как хотел бы, чтобы поступали с тобой» — в медицине трудно применять: все больные разные, и к каждому нужен свой подход. Кому-то необходимо все до тонкостей объяснять, кого-то веселить, другого жалеть и дать поплакать, еще за кого-то все решает жена, и надо с ней налаживать взаимопонимание. Религия и национальные традиции тоже во многом определяют реакцию человека на болезнь. Поэтому я в работе в основном руководюсь принципом «поступай с другими так, как им хотелось бы». Мне кажется, если следовать этому правилу — назовем его условно «серебряным», что ли? — можно помочь больному многое преодолеть. И хотя у большинства врачей просто нет времени влезать в чужую шкуру, да и медсестры страшно загружены, на мой взгляд, это в общих чертах определяет тот идеал, к которому стоит стремиться. Правильно годится и просто для жизни — не обязательно ждать наступления болезни.



А это Антошкин день рождения, 18 июня

— Невозможно со всеми, кому ты помогаешь, разделить судьбу до конца. Что означает сострадание в медицине?

— Сострадание — это замечательное, емкое слово. Да, многих больных очень жалко, но мы должны оставаться профессионалами и делать свое дело. Потом часто бывает, что в одной палате у меня умирает больной в окружении скорбящих родственников, а в соседней — радостно делает первые шаги пациент, поправляющийся после травмы, и ему хочется со мной шутить и смеяться. Кроме этого, я просто не могу позволить себе растечься в слезах и тем самым поставить под угрозу жизнь и здоровье моих больных. Пожалуй, сострадание в медицине можно определить как сопереживание

www.xerlek.ru

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

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

ACRYSTYLE
Мягкие интравитреальные линзы

КСЕНОПЛАСТ
Коллагеновый антиглаукоматозный дренаж и материалы для склеропластики

ОКВИС
Протектор тмв глаза — глазные капли

ЛОКОЛНИК
Аппарат для фототерапии роговичных методов локального кроссликинга

БИОСОВМЕСТИМОСТЬ
БЕЗОПАСНОСТЬ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ



С мужем мы знакомы двадцать лет, а поженились недавно. На свадьбе: наглядный ответ на вопрос «кто в этом доме носит брюки?» Свадебный русский сарафан оказался замечательным капиталовложением: я его потом много раз надевала. Встречаем гостей на нашем новоселье. На Дэвиде рубашка, которую шила и вышила моя мама

с дальним прицелом, профессиональное сопереживание, если хотите. Мне повезло: в больнице Джона Муира мне ни разу не встретились холодные и черствые врачи и медсестры. Ленивые заезжие медсестры попадались, но они у нас не задерживались.

— Почему во многом утрачивается чувство милосердия? Является ли милосердие плодом просвещения?

— И милосердие — прекрасное старинное слово. Мне кажется, истоки милосердия или жестокосердия надо искать в детстве, в атмосфере нашего непосредственного окружения. Семья, учителя, друзья предлагают зачастую противоположные точки зрения, равно как и ответы на вечный вопрос «что наша жизнь?» Взрослея, мы учимся корректировать свою реакцию на внешние раздражители в соответствии с ожиданиями нашего окружения (или вопреки им) и постепенно приобретаем набор привычек, а затем и образ жизни. Усвоенные в детстве и юности уроки проявляются потом привычной агрессией, равнодушием или, наоборот, спокойствием и сочувствием. В этом смысле милосердие или его отсутствие могут считаться плодом просвещения.

Недавно в центре Оттавы я наблюдала такую сценку. У дверей шикарной гостиницы упал без сознания бомж — самый настоящий, грязный и вонючий. Так не только прохожие мгновенно остановились и вызвали 911 — из гостиницы бегом прибежал портье с дефибриллятором, и стоя на коленях в грязном тающем снегу, не обращая никакого внимания на свой великолепный костюм, стал лепить на бомжа провода. Вот это для меня — наглядная демонстрация заповеди «возлюби ближнего, как себя самого». Милосердие прорастает из уважения к человеку, кем бы и каким бы он ни был.

— Почему в просвещенный век бездушие стало нормой?

— Я не согласна с этим утверждением. В моем окружении нет ни одного бездушного человека — правда-правда. Говоря теоретически, бездушию тоже учатся — чаще всего на примере других. Отличной питательной средой для бездушия



Светская жизнь

служит лицемерие, когда человек проповедует одно, делает второе, а думает третье. А если лицемерие культивируется в обществе, то получается порочный круг.

Со мной в детстве был такой случай, когда я не только встретила со страшным бездушием лицом к лицу, но даже приняла в нем участие. Мне было лет десять-одиннадцать, и, если помните, в середине 70-х никого не удивляло, если на улице валялись пьяные. Ну, лежит и лежит — не тронь, не воняет. В памятный мне зимний вечер на автобусной остановке навзничь лежал прилично одетый молодой дедушка, в войлочных ботинках «прощай, молодость» и в черном пальто с каракулевым воротником. На груди у него уже намело небольшой холмик снега. Инфаркт, наверное, как я теперь понимаю. И хоть внутренний голос говорил мне, что надо остановиться и как-то помочь, я — вслед за остальными прохожими, буквально переступавшими через упавшего человека — прошла мимо. Мне кажется, что сегодня я во многом пытаюсь искупить вину той робкой девочки, которая пошла на поводу у чудовищного равнодушия окружающих.

— Какой совет Вы бы дали молодым специалистам, которые хотят выбрать профессию, связанную с медициной?

— Хорошо подумайте и не ввязывайтесь в это дело! А если серьезно, надо если не любить людей

в принципе — это, наверное, невозможно — но обязательно уважать и принимать их и искренно интересоваться ими. Еще нужно уметь и любить беспрестанно учиться, по книгам и вне их, и не бояться показаться идиотом. Времени на то, чтобы надувать щеки, все равно не будет, поэтому лучше даже не привыкать.

— Как Вы проводите свободное время? Какие фильмы, спектакли смотрите? Занимаетесь ли спортом?

— Я люблю бездельничать: в выходной завалиться с книгой на диван, вздремнуть, чаю попить, посмотреть какую-нибудь старую комедию... В Калифорнии от моего дома открывался потрясающий вид, поэтому я могла удовлетворить жажду общения с природой, как говорится, не отходя от кассы. Меня ничто так не заряжает энергией, как прогулка по лесу и купание в «живой» воде, а не в бассейне. Я страстно люблю оперу, с удовольствием хожу в драматический театр. В кино я бываю довольно редко, но недавно у нас неподалеку открылся новый шикарный кинотеатр аж с 12-ю залами, так что надеюсь восполнить этот пробел. А вот телевизора у меня вообще нет.

Читаю я все, что попадется: романы, детективы, биографии, мемуары, исторические очерки, поэзию. Со многими любимыми книгами мне пришлось расстаться при переезде в Канаду, но ядро своей

библиотеки я упорно перевожу из страны в страну, включая еще свои детские книжки из России.

Три раза в неделю в спортзале меня по часу мучает мой тренер — красавец-индус. И я обожаю зумбу! Каждый бы день ходила!

— Может быть, есть что-то, что в последнее время Вас особенно впечатлило?

— Вот вам местная городская зарисовка: автобус подруливает к остановке, где уже стоит немало народу. В канадском автобусе вход только через передние двери — остальные даже не открываются автоматически, надо кнопку изнутри нажать, если хочешь выйти. Так вот, в автобусе тепло, а на улице мороз. Первой в очереди стоит древняя бабушка с каталкой. Водитель опускает для нее специальный пандус, она еле-еле поднимается на борт и начинает копошиться по карманам в поисках мелочи. У нее дождем сыплются варежки и кошелки, в конце концов падает и кошелек, и народ в автобусе бросается собирать ее деньги по полу. Я, будучи взрожденной в бордюрах условиях советского транспорта, уже думаю: «Да что же ты, божий одуванчик, на остановке не приготовила деньги?» По-моему, в Москве от такой бабушки отстали бы рожки да ножки, а канадцы даже не пикнули — стоят себе на морозе и терпеливо ждут.

— Вы творческий человек. Я понимаю, что в Вашей жизни много рождается практически в режиме импровизации. Сейчас есть какие-то новые идеи?

— Идей просто куча, только вот что с ними делать? В стол писать не хочется, но пока больше некуда. Я вдруг с изумлением обнаружила в себе поэтические наклонности, хотя никогда раньше стихов не писала: так, сочиняла прибаутки по случаю. Я, конечно, не поэт, а просто рифмоплет: поэты мыслят образами, а у меня в лучшем случае получается рифмованная проза. Самая желанная идея на сегодня — цикл стихов про бобров для детей. Еще зреет пара сказок.

— Как Вы определите счастье?

— Как в «Доживем до понедельника»: счастье — это когда тебя понимают. А от себя добавлю,

что счастье — когда идешь вечером домой, а в твоих окнах горит свет.

— Какие три книги, фильма возьмете с собой на необитаемый остров?

— Собрание сочинений Пушкина, «Мастер и Маргарита» и «Винни-Пух». А из фильмов — «Женитьба Бальзаминова», «Унесенные ветром» и «Пять вечеров».

— Знакомо ли Вам ощущение ностальгии?

— Ну конечно, знакомо. Первое время, когда я переехала в Калифорнию, каждый день рыдала: детей уложу спать — и на задний двор плакать. Потом потихоньку привыкла — а куда деваться? В Канаду переехала — по Калифорнии скучаю, но уже не так остро, конечно. Правда, я думаю, что эмигранты тоскуют не столько по родине, сколько по невозвратимому сочетанию пространства и времени: себе самим, тогдашним, в привычной и знакомой обстановке. Поэтому иногда поездка в родные края не приносит ожидаемого облегчения: всё и все изменяются, а мы, не отдавая себе в этом отчета, надеемся снова войти в одну и ту же реку. В мае я наконец собираюсь в Россию, а то «Уж десять лет ушло с тех пор — и много переменялось в жизни для меня, И сам, покорный общему закону, Переменялся я...» (А.С. Пушкин). Уже пакую чемоданы, так что до скорой встречи!

— Елена, наша газета выходит накануне праздника весны, что Вы можете пожелать нашим читательницам?

— Можно, я не буду желать весеннего настроения, любви и так далее? Традиционные пожелания очень приятно как получать, так и дарить, но я думаю, что их и без меня будет достаточно. А я, дорогие женщины, хотела бы пожелать вам милосердия, о котором мы сегодня так много размышляли. Будьте снисходительны к недостаткам близких, да и своим собственным слабостям. Прощайте от чистого сердца, сразу и навсегда. Дарите радость и добро щедро и без оглядки — и они стократ вернуться к вам. Милого вам сердца, дорогие мои! С праздником!

Беседу вела Лариса Тумар