ИЗДАНИЕ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГОВ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ №1(39) ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2017 ISSN 2221-7746

ДОСЬЕ

Эдуард Сергеевич Аветисов — основатель школы охраны зрения детей в СССР

К 95-летию со дня рождения

23 декабря 2016 года исполнилось 95 лет со дня рождения профессора Эдуарда Сергеевича Аветисова. Вот уже 15 лет Эдуарда Сергеевича нет с нами.

Эдуард Сергеевич — легенда отечественной офтальмологии, легенда института им. Гельмгольца. У каждого из его учеников и последователей свои воспоминания об Эдуарде Сергеевиче. Но для каждого из нас Эдуард Сергеевич был и остается ученым с мировым именем, в значительной степени определившим развитие основных научных направлений отечественной офтальмологии во второй половине XX века и давшим нам задел на XXI век. Он был человеком удивительной работоспособности, широкой эрудиции; пытливым исследователем, бесконечно преданным науке, умеющим найти самое главное, постичь самую суть, выйти за рамки устоявшихся взглядов, увидеть перспективу.

Те, кому посчастливилось работать с Э.С. Аветисовым, навсегда считают себя представителями его школы.

Ученики Эдуарда Сергеевича — его аспиранты, докторанты — трудились и трудятся во всех уголках нашей необъятной родины. Некоторые из них возглавили собственные научные направления. Достаточно вспомнить профессоров Ю.З. Розенблюма, С.Л. Шаповалова, М.М. Тарасцову, наших выдающихся современников, таких как профессор Т.П. Кащенко и многих других.

Под руководством Эдуарда Сергеевича Аветисова было выполнено более 120 докторских и кандидатских диссертаций. Эти работы отличаются не только формальной научной новизной и практической значимостью, но и свежестью

> стр. 3

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

«Университетская клиника» — это бренд, которого мы хотим быть достойны!

В июне 2011 года произошло слияние двух учебных и лечебных учреждений Северной столицы России — «Санкт-Петербургской государственной медицинской академии имени И.И. Мечникова» и «Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования». Было образовано новое бюджетное учреждение высшего профессионального образования — «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова».

Это событие имело большое значение и для развития отечественной офтальмологии. И академия им. Мечникова, и МАПО обладали собственными клиническими

базами. После создания нового вуза предстояло не просто объединить два стационара, а создать современную университетскую клинику, которая могла бы на самом высоком уровне оказывать все виды офтальмологической помощи.

С августа 2011 года заведующей клиникой является д.м.н., отличник здравоохранения РФ, заслуженный врач Республики Башкортостан З.А. Даутова. С 1980 года по 2008 год она работала в Уфимском НИИ глазных болезней, где прошла путь от врача до заместителя директора.

> стр. 12

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Интраокулярная коррекция афакии у детей раннего возраста: проблемы и решения

Заседание Московского научного общества офтальмологов

22 декабря 2016 года в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» прошло традиционное предновогоднее заседание Московского научного общества офтальмологов. Обсуждалась тема «Интраокулярная коррекция афакии у детей раннего возраста: проблемы и решения». Экспертами выступили академик РАН С.Э. Аветисов, профессор Б.Э. Малюгин, профессор Т.Б. Круглова и д.м.н. И.С. Зайдуллин.

Открыл заседание профессор В.П. Еричев, который отметил, что принципиальным вопросом в обсуждаемой проблеме является время выполнения хирургического вмешательства. Наиболее приемлемой точки зрения придерживаются офтальмологи, которые считают, что проводить вмешательство следует как можно раньше.

Современные представления о раннем лечении врожденной катаракты (ВК), по мнению академика РАН С.Э. Аветисова, можно условно разделить на два блока: классические (общепринятые) и обсуждаемые (методы выбора). В соответствии с общепринятыми представлениями операцию по удалению ВК необходимо проводить в максимально короткие сроки после диагностики заболевания; некоторые зарубежные исследователи четко обозначают сроки проведения вмешательства при односторонней катаракте — 6 недель, при двухсторонней — 5-8 недель; показано, что функциональные результаты лечения двухсторонней катаракты существенно лучше, чем односторонней; при этом лечение ВК занимает продолжительное время, включает определенные этапы: хирургическое лечение, оптическую коррекцию афакии, плеоптические мероприятия. В качестве метода выбора коррекции высокой гиперметропии, индуцированной афакией после ранней хирургии ВК, рассматриваются очковые линзы, контактные линзы (КЛ), интраокулярные линзы (ИОЛ), а в ряде случаев — их комбинация.

Одной из причин дискуссии по поводу проблемы выбора метода оптической коррекции афакии является нестабильность анатомо-оптических элементов в первые годы жизни. Основными требованиями к методу оптической коррекции афакии у детей раннего возраста являются: динамическое

> стр. 26

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ

С возрастом приходит чувство гармонии

Интервью с профессором Л.И. Балашевичем

> стр. 5

Только вперед

Интервью с профессором А.Г. Щуко

> стр. 7

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

В науке не должно быть безразличных людей

Интервью с д.м.н. Т.Н. Юрьевой

> стр. 10

Смотрю в будущее с оптимизмом

Интервью с д.м.н. Е.А. Дроздовой

> стр. 15

ИСТОРИЯ БРЕНДА

> стр. 42

В ПОМОЩЬ РУКОВОДИТЕЛЮ

Дарить людям счастье

Интервью с Г.А. Давтян

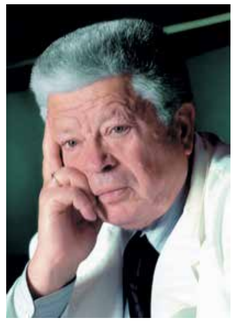
> стр. 43

Также в номере:

Досье > стр. 4
Конференции > стр. 16-33
В помощь практикующему врачу > стр. 34
Научные статьи > стр. 38-41
Клинический случай > стр. 40
Оптический бизнес > стр. 46
Календарь > стр. 47
К незримому солнцу > стр. 49

2017-й объявлен «Годом С.Н. Федорова»

Об этом сообщается на официальном сайте ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова». Редакция газеты «Поле зрения» присоединяется к инициативе МНТК и начинает публикацию серии воспоминаний о выдающемся ученом современности.



«Может быть сотня вариантов, способных лишить человека жизни. Но чтобы они сломали жизнь — это нужно позволить. Однажды простить подлость. Однажды спасовать. Однажды отступить. Однажды промолчать. Дальше пойдет цепная реакция… Вот тогда, считайте, жизнь будет по-настоящему поломана.»

С.Н. Федоров

Выдержки из беседы с профессором **А.М. Чухраёвым**, *генеральным директором ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»:*

«В 2017 году в МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» мы запланировали много научных мероприятий, посвященных основателю МНТК. Хотим выпустить книгу о великом хирурге, открыть памятник. О Святославе Николаевиче написано много книг, но в этой мы хотели бы рассказать о Федорове просто как о человеке. Один знал его как соседа по даче, другой — как учителя, я, например, знал Святослава Николаевича как организатора здравоохранения».

(9 декабря 2016 г.)

Отрывки из интервью газете «Поле зрения» «Знакомьтесь, профессор Александр Михайлович Чухраёв»:

«Не только коллектив МНТК, не только офтальмологи, но и значительная часть граждан Российской Федерации, бывших республик СССР, Европы, Азии, Африки благодарны Святославу Николаевичу Федорову. Этот человек, весьма сложный, противоречивый, должен остаться в памяти людей, как маяк. Он сделал революцию, он придал «мягкой, уютной» офтальмологии, которая до него числилась небольшим разделом в медицине, динамизм, причем динамизм по всему фронту — в организации офтальмологической помощи, в технологиях, в науке и производстве. Хорошо помню то время, когда мы общались со Святославом Николаевичем. Мы были народными депутатами СССР. Я не понимал его, когда он отказался войти в состав Комитета по охране здоровья. «Как же так? Вы же авторитет, а пошли в какое-то самоуправление», — говорю ему. А он отвечает: «Ну, что? Соберемся кружком, поплачемся друг другу, и никто наших проблем так и не узнает. А мы должны заявлять о них во весь голос, кричать везде. Это одна из встреч. Были и другие встречи».

(20 июня 2012 г.)

Вспоминает академик РАН **А.Ф. Бровкина**, *профессор кафедры офтальмологии Российской медицинской академии последипломного образования МЗ РФ:*

«Они каждый год, прошедший без Федорова, объявляют «Годом Федорова». Так и напишите.

Святослав Николаевич умел дружить, был достаточно демократичен и прост, но и жесток как руководитель, несколько раз я слышала, как он в кабинете давал разнос. Познакомилась я с ним в 1963 году. Наши жизни шли параллельно, не пересекаясь. Ему нужна была моя помощь — я ехала к нему в институт и оперировала, у них эти операции не делали. Я его ни о чем не просила, мы просто общались как хорошие знакомые.

В 1993 году, когда стреляли по Белому дому, он, по-моему, в «Известиях» опубликовал открытое письмо, где сказал, что стыдно стрелять по собственному парламенту. Он оказался единственным, кто осмелился высказаться таким образом. Остальные побоялись. А это уже гражданская позиция.

— Вас не смущало, что он начал заниматься бизнесом?

— Ни в коей мере. Если бизнес честный, не криминальный, то, конечно, имеет право на существование. Меня смущает другое, почему сегодня разительно отличаются зарплаты в госучреждениях и частных. Почему у людей, занимающих одни должности, обремененных одними и теми же званиями, разница в зарплате в 2-3 раза? А если я шью кофточки, продаю их, это — мой труд. Плохие кофточки никто не купит. Еще в советские времена я задавала вопрос, почему люди не могут открыть свою пекарню, чтобы любой желающий мог купить свежую булочку рядом с домом. Отбою бы не было. Я выступаю против чиновников, их слишком много развелось, более того, эта среда — неподсудная, до них не достучаться. Наш Президент борется с ними в одиночку, и ничего нельзя сделать, вот что ужасно!»

(23 сентября 2016 г.)

Профессор **Н.Н. Пивоваров** *(Италия). Отрывки из интервью газете «Поле зрения» «Посеешь характер — пожнешь судьбу»:*

« — Вы работали с М.М. Красновым и С.Н. Федоровым. По воспоминаниям людей, близко знавших и того, и другого, личности прямо противоположные. Краснов и Федоров ценили Вас как блестящего хирурга. С кем было легче работать?

— Федоров — сын командарма, сам — командарм, конкистадор, как я его про себя называл. Краснов — из семьи священника, интеллигент, умница. Но если Федоров — император, то Краснов — кардинал Ришелье. Что-то в нем от священника оставалось, часто говорил недомолвками, «догадайся, мол, сам». Такие ученые, как Краснов, становятся лауреатами Нобелевской премии. Как-то ехали с ним в машине, он мне признался, что надоела административная суета, ему бы лабораторию и столько интересных вещей можно было сделать! У Михаила Михайловича были просто гениальные мысли, но организация, а потом руководство крупнейшим институтом отнимали все его силы.

Моя популярность как хирурга постепенно росла, и однажды одна высокопоставленная пациентка заявила, что не хочет оперироваться у Краснова, а хочет у Пивоварова. Конечно, это тут же дошло до шефа. Федоров просто вызвал бы к себе и высказал все, что думает по этому поводу. Краснов ничего не сказал, но очень скоро я почувствовал, что вокруг меня образовался вакуум. Однажды он пригласил меня в кабинет и объявил, что хочет назначить меня материально ответственным за все имущество института. Диагностическое, операционное оборудование, видемагнитофоны «тянули» на многие миллионы рублей. «Вот только этого мне не хватало», — подумал я. Это означало бессонные ночи, бесконечную возню с бумагами, боязнь того, что кто-нибудь что-нибудь стащит. Науку и хирургию я должен был забросить, т.к. времени бы совсем не оставалось. А в тот момент Святослав Николаевич Федоров, подобно конкистадору, зовущему моряков открывать новые земли, собирал под свое крыло молодых врачей для покорения новых офтальмологических вершин. Незадолго до описываемых событий я встретил Федорова на съезде. На мне был новый галстук, только что привезенный из Италии. Святослав Николаевич остановил меня на лестнице: «Слушай, Пивоваров, ну ты даешь, где такой галстук отхватил?» От него веяло простотой и искренностью. Тут же подумал про себя: «Вот с кем бы я работал с удовольствием!» А на предложение Краснова, конечно, ответил отказом. И надо же такому случиться, через неделю звонит Федоров. Все складывалось буквально как в сказке. «Я открываю институт, — говорит мне Святослав Николаевич, — не хотел бы ты работать со мной?» «Я, наверное, только об этом и мечтаю, — ответил я. — Только мне могут такую дать характеристику, что не уверен, возьмете ли Вы меня после этого». «Да будь ты хоть бандит с большой дороги или иностранный агент, я тебя знаю, и ты будешь со мной работать при любых обстоятельствах», — таким был его ответ. Через несколько дней я уже был в кабинете у Михаила Михайловича с заявлением об уходе. Он на мгновение смутился: «Ну, чего ты добиваешься? Хочешь, я сделаю тебя своим замом по науке?» Вот если бы он поговорил со мной раньше, по-человечески… Конечно, я мечтал об этой должности, но ответил, что не дорос, еще нет докторской. Меня в тот момент такая реакция шефа тронула. Но зная его иезуитский характер, тем более я уже пообещал Федорову (знал, что второй раз он ни за что меня не позовет), я ответил Краснову, что решение принял и менять его не буду. На том мы и расстались. Надо отдать должное Михаилу Михайловичу: он многое для меня сделал. У С.Н. Федорова началась совсем другая жизнь. Семь лет промелькнули как один день. Как-то я посмотрел на себя в зеркало и не узнал: такая у Федорова была соковыжималка, работали как на галерах. Но работа была интересная — словами не передать. То мы летим на самолете в Хабаровск, и по салону объявляют, что за штурвалом — сам Федоров, то летим в Краснодар открывать новый филиал, погода нелетная, посадку не дают, но мы садимся, едва не задевая крыльями полосу. Он постоянно загорался новыми идеями, которые тут же передавались нам. За это время я многому научился у Святослава Николаевича. Правда, докторскую диссертацию защищал у Краснова…»

(Ноябрь 2014 г.)

Фото из семейного архива. Печатается с разрешения И.Е Федоровой

8 марта

Дорогие наши читательницы, а также их коллеги, подруги, которые еще не имели счастья приобщиться к нашей газете!

С прекрасным весенним праздником 8 марта!

Пусть за окном и на душе у вас будет легко и солнечно!

Цените себя, любите и хвалите — вы замечательные, удивительные и неповторимые!

Желаем достатка, здоровья и счастья!

Редакция газеты «Поле зрения» и сотрудники издательства «АПРЕЛЬ»

Открытка разработана компанией «Солнце внутри» специально для «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ»

Эдуард Сергеевич Аветисов — основатель школы охраны зрения детей в СССР

К 95-летию со дня рождения

> стр. 1

мысли и добротностью исполнения. Изучение этих работ и сейчас составляет большую радость для пытливого исследователя.

Некоторые из работ диссертантов профессора Э.С. Аветисова стали классическими, а практические результаты этих работ стали рутинной офтальмологической практикой. Попробуйте посчитать, сколько раз в день вы упоминаете имя Эдуарда Сергеевича, если просто общаетесь со своими пациентами? Назначаете упражнения по Э.С. Аветисову — К.А. Мац, говорите о тактике дозирования по Э.С. Аветисову — Х.М. Макхамовой, которой пользуются все страбологи России и стран бывшего СССР, рекомендуете склеропластику по Э.С. Аветисову — Е.П. Тарутте, методику восстановления рефлекса бификсации по Э.С. Аветисову — Т.П. Кащенко. Сколько раз в день вы рекомендуете диплоптику своим пациентам? И «лидер» — гимнастика для глаз по Э.С. Аветисову, ей посвящено 139000 интернет-страниц.

Э.С. Аветисов проработал в институте им. Гельмгольца более 40 лет. 35 лет он возглавлял научную работу института и все это время был бессменным руководителем отдела охраны зрения детей. Отдел охраны зрения Эдуард Сергеевич «вырастил» из небольшого отделения по лечению косоглазия, созданного в свое время профессором Л.И. Сергиевским, а позднее возглавляемого профессором Е.М. Белостоцким.

Широкие научные интересы Эдуарда Сергеевича Аветисова определили основные направления исследовательской и клинической деятельности института им. Гельмгольца и возглавляемого им отдела охраны зрения детей. Позднее отдел был переименован. Сейчас он называется отделом патологии рефракции, бинокулярного зрения и офтальмоэргономики, но основные направления научной деятельности отдела, созданного Э.С. Аветисовым, остаются

прежними. Сейчас отдел, возглавляемый профессором Е.П. Тарутой, занимается не только проблемами детского возраста, но также и зрительными нарушениями у взрослых.

В настоящее время основными направлениями научной и практической деятельности отдела остаются проблемы бинокулярного зрения и глазодвигательные нарушения; проблемы близорукости врожденной и приобретенной и свойственные ей функциональные и органические изменения. Сотрудники отдела продолжают заниматься нистагмом и способами улучшения зрительных функций, зрительной работоспособности и адаптации при этом сложном состоянии. Продолжают работу лаборатория офтальмоэргономики и оптометрии и кабинет коррекции слабовидения. Работает кабинет функционального лечения. Под руководством профессора Е.Н. Иомдиной ведутся активные лабораторные и экспериментальные исследования.

Именно в стенах отдела охраны зрения детей были написаны и выпущены в свет 9 монографий Эдуарда Сергеевича: «Близорукость» (1986, 1999), «Содружественное косоглазие» (1977), «Охрана зрения детей» (1975), «Дисбинокулярная амблиопия и ее лечение» (1967), «Нистагм» (2001) и другие.

Несмотря на то что эти книги вышли довольно давно и уже стали библиографической редкостью, они по-прежнему остаются настольными для большинства офтальмологов, интересующихся проблемами близорукости и глазодвигательных нарушений.

До сих пор по всем спорным вопросам мы ищем ответы в зачитанных до дыр, но остающихся такими свежими книгах Э.С. Аветисова. И почти всегда оказывается, что эти ответы там есть: обоснованные, аргументированные и потрясающе ясно сформулированные.

Спустя почти полвека после издания этих книг следует признать, что в России так и не вышло ни одного столь же авторитетного издания, посвященного этим проблемам.

Исключение, пожалуй, составляет книга «Зрительные функции и их коррекция у детей», выпущенная в 2005 году под редакцией С.Э. Аветисова, А.М. Шамшиновой, Т.П. Кащенко, написанная, по большей части, учениками Э.С. Аветисова и посвященная памяти учителя.

Вместе с профессором А.В. Хватовой (главным детским офтальмологом СССР), профессором Е.И. Ковалевским (главным детским офтальмологом Москвы) Эдуард Сергеевич Аветисов, бывший в то время еще и главным детским офтальмологом РСФСР, стал одним из создателей в СССР уникальной системы охраны зрения детей, которой нет ни в одной другой стране мира.

Благодаря усилиям этих выдающихся людей, которые оказались также и блестящими организаторами здравоохранения, в июне 1974 года вышел приказ МЗ СССР «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению офтальмологической помощи детям», который очень обстоятельно регламентировал все аспекты детской офтальмологии, предполагал активизацию научных исследований по этой теме, а также содержал особое положение о кабинетах охраны зрения детей. И уже в 1975 году вышла книга Э.С. Аветисова «Охрана зрения детей».

Долгие годы эта система надежно работала во всех регионах Советского Союза и дала путевку в жизнь сотням тысяч детей с нарушениями зрения.

Буквально с нуля были созданы кабинеты охраны зрения детей: республиканские, областные, районные, городские, специализированные детские сады и санатории.

Было организовано обучение специалистов для этих кабинетов — врачей-офтальмологов и сестер-ортоптистов. На двухнедельные учебные курсы (декадники), посвященные охране зрения детей, в отдел Э.С. Аветисова приезжало более 100 офтальмологов ежегодно.

В помощь работникам кабинетов охраны зрения в 1986 году была выпущена книга «Руководство по детской офтальмологии», которая, по сути, стала подробным методическим пособием для каждого детского офтальмолога и остается таковой по сей день.

Тяжелые времена переживала система охраны зрения детей в 90-е годы, когда она была почти разрушена. Но благодаря усилиям энтузиастов, врачей-офтальмологов, вдохновленных идеями Э.С. Аветисова, его учеников и последователей, эта система возродилась. К настоящему времени восстановлено более половины кабинетов охраны зрения почти во всех регионах России. Они вновь успешно работают. Продолжают создаваться новые кабинеты, специализированные детские сады и санатории.

Отмечая 95-летие со дня рождения Эдуарда Сергеевича Аветисова и вспоминая его, мы продолжаем общаться с ним — живым, одухотворенным, одарившим нас нескончаемыми научными идеями. Мы пытаемсяоценить свои научные достижения глазами Эдуарда Сергеевича — самого строгого и самого справедливого нашего критика. До сих пор нам не хватает его мудрости и широты взглядов. Хочется знать его мнение, спорить, советоваться.

Эдуард Сергеевич, спасибо Вам от Ваших учеников и последователей!

Статью подготовили:
Профессор Е.П. Тарутта, профессор Е.Н. Иомдина, д.м.н. О.В. Проскурина,
ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» (Москва)

Фото из семейного архива

Профессор А.М. Чухраёв

Генеральный директор ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

Уважаемый Александр Михайлович!

От души поздравляем Вас с юбилеем! Вы всегда находитесь в прекрасной рабочей форме, подаете коллегам достойный пример профессионализма и преданности лучшим традициям отечественной медицины, искренне делитесь жизненным опытом с талантливой молодежью. Большая, созидательная работа в стенах ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» снискала глубокое признание. Особого уважения заслуживает Ваша активная жизненная и гражданская позиция, большой личный вклад в реализацию общественных инициатив.

Искренне желаем Вам доброго здоровья, успехов, сил и энергии для реализации задуманного!

Редакция газеты «Поле зрения» и сотрудники издательства «АПРЕЛЬ»

Чухраёв Александр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор. Депутат Государственной думы ФС РФ IV и V созывов (2003-2007; 2007), занимал должность секретаря политсовета Курского регионального отделения партии «Единая Россия».

Родился 14 января 1952 года в совхозе «Сафоновский» Кореневского района Курской области. В 1971 году окончил Рыльское медицинское училище. В 1977 году — Курский государственный медицинский институт. Окончил бизнес-школу в Японии, отделение «Управление экономикой».

Работал фельдшером Брежневского медпункта. С 1982 по 2003 гг. — главный врач Курской областной клинической больницы. В 1995 г. — заведующий кафедрой сестринского дела Курского государственного медицинского университета.

Избирался депутатом Курского Городского Совета народных депутатов, народным депутатом СССР, членом Верховного Совета СССР.

В 2003 г. был избран депутатом Государственной Думы ФС РФ IV созыва от избирательного округа № 97 (Курская область). Член фракции «Единая Россия». Занимал должность заместителя председателя Комитета ГД по охране здоровья.

В 2007 г. был избран депутатом Государственной Думы ФС РФ V созыва. Член фракции «Единая Россия». Занимал должность заместителя председателя Комитета ГД по охране здоровья.

Является членом редакционного совета журнала «Медицинская помощь», победитель областного и Всероссийского конкурса «Менеджер года» (1998, 2001).

Является автором более 160 научных работ, монографий, рационализаторских предложений. Автор монографии по офтальмологии «Современные аспекты диагностики, лечения и организации высокотехнологической офтальмологической помощи детям с активными стадиями ретинопатии недоношенных» (2016 г.).

Награжден орденом Почета, медалью «За трудовую доблесть», знаком «Отличник здравоохранения».

С 2015 года А.М. Чухраёв входит в состав Президиума Общества офтальмологов России.

По материалам сайта mntk.ru

Профессор В.М. Шелудченко

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней»

Уважаемый Вячеслав Михайлович! Поздравляем Вас с юбилеем!

Благодаря Вашему щедрому таланту, профессиональному мастерству, трудолюбию за годы плодотворной деятельности, Вы по праву заслужили искреннее уважение коллег, любовь пациентов. Ваш опыт, знания, научная деятельность востребованы и содействуют развитию отечественной офтальмологии. Желаем Вам дальнейших творческих успехов, здоровья и всего самого доброго!

Редакция газеты «Поле зрения» и сотрудники издательства «АПРЕЛЬ»

Шелудченко Вячеслав Михайлович, доктор медицинских наук, профессор.

Родился 12 ноября 1956 г. в г. Сумы, УССР. В 1980 г. с отличием окончил Курский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело». Учился в клинической ординатуре и аспирантуре по офтальмологии. После ее окончания в 1986 г. защитил кандидатскую диссертацию «Состояние гемодинамики переднего отрезка глаза при тупой травме» (научный руководитель — профессор Д.С. Кроль). После защиты докторской диссертации на тему «Зрительное разрешение после рефракционных операций» (научные консультанты — профессор Ю.З. Розенблюм, профессор А.И. Ивашина) в 1996 г. присвоена ученая степень «доктор медицинских наук». Ученое звание «профессор» присуждено в 2001 г. Профессор В.М. Шелудченко является учеником и соратником профессора Д.С. Кроля, одного из ярких представителей самарской офтальмологической школы академика Т.И. Ерошевского. После окончания аспирантуры преподавал на кафедре офтальмологии Курского государственного медицинского института, а с момента создания Курской областной офтальмологической клинической больницы стал ее первым главным врачом. Через несколько лет он был приглашен на работу в МНТК «Микрохирургия глаза» на должность заместителя директора филиала в г. Тамбове. Совместно с профессором В.А. Мачехиным участвовал с нулевого строительного цикла в создании этого учреждения, в котором В.М. Шелудченко проработал около 10 лет. В филиале Вячеслав Михайлович вел научное направление по разработке способов стимуляции зрительного нерва при различной патологии и методов оценки зрительного разрешения после рефракционной хирургии. Он первым среди сотрудников филиалов МНТК «Микрохирургия глаза» защитил докторскую диссертацию.

В это время начиналось развитие в нашей стране эксимерлазерной хирургии, и В.М. Шелудченко переезжает в Москву в клинику «Новый взгляд», где вместе с профессором В.В. Куренковым развивает это новое научное и практическое направление. Он первым в нашей стране выполнил операцию ЛАЗИК на глазах после кератотомии, на кератотрансплантате, при гиперметропии и у детей. Объем проведенных им эксимерлазерных операций составляет несколько десятков тысяч.

В 2002 г. НИИ глазных болезней РАМН получает импульс в развитии, и новый директор, профессор С.Э. Аветисов, принимает Вячеслава Михайловича на работу заведующим вновь созданного отделения функциональной диагностики и офтальмоэргономики, что и определило научное направление его деятельности. В этом научном учреждении профессор В.М. Шелудченко трудится в настоящее время.

В.М. Шелудченко является экспертом по многим рефракционным и катарактальным хирургическим технологиям, в том числе по имплантации ретропупиллярных факичных ИОЛ, мультифокальных и добавочных ИОЛ, а также консультантом и хирургом нескольких офтальмологических клиник.

В.М. Шелудченко подготовил 10 кандидатов наук.

Число опубликованных научных работ — 250, изобретений — 40. Является автором глав в монографиях «Национальное руководство по офтальмологии», «Методы функциональных исследований в офтальмологии».

Является членом президиума Общества офтальмологов России, заместителем главного редактора журнала «Вестник офтальмологии», академиком общественных академий РАЕН, ЛАН, почетным профессором Института Баррагера (Барселона, Испания), членом Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов и Американской академии офтальмологии.

В 1978 г. награжден медалью Верховного Совета СССР «За трудовое отличие».

Профессор В.И. Баранов

Заведующий кафедрой глазных болезней Курского медицинского института

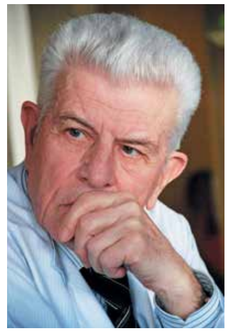
Уважаемый Валерий Иванович! Поздравляем Вас с юбилеем!

Трудолюбие, профессионализм позволили завоевать высокий авторитет у коллег и искреннюю любовь пациентов. Отрадно, что Вы достойно продолжаете замечательные традиции своих предшественников. Желаем Вам дальнейших успехов и крепкого здоровья!

Редакция газеты «Поле зрения» и сотрудники издательства «АПРЕЛЬ»

Баранов Валерий Иванович, доктор медицинских наук, профессор. После окончания в 1970 г. лечебного факультета Хабаровского государственного медицинского института работал в практическом здравоохранении. С 1978 по 1980 гг. В.И. Баранов — аспирант кафедры глазных болезней Курского мединститута, после защиты кандидатской диссертации в 1982 г. был ассистентом, а затем доцентом кафедры этого института. В.И. Барановым разработаны качественно новые методы биоуправляемой хронофизиотерапии целого ряда глазных заболеваний, позволившие значительно увеличить эффективность лечения этих заболеваний. Результат этой работы — защита докторской диссертации на тему «Биоуправляемая хронофизиотерапия некоторых заболеваний сетчатки и зрительного нерва». В последующие годы это стало одним из основных направлений научной деятельности кафедры. Было защищено несколько кандидатских диссертаций: аспиранта Л.В. Терсковой в 2002 г. на тему «Биоуправляемая электропунктура в комплексном лечении частичной атрофии зрительного нерва и дистрофии сетчатки различного генеза», практического врача Л.Г. Зелянских в 2002 г. — «Биоуправляемая хронофизиотерапия амблиопии различного генеза», ассистента кафедры А.Ю. Брежнева в 2003 г. — «Транскорнеальная лазеротерапия частичной атрофии зрительного нерва». За время существования кафедры сотрудниками опубликованы 2 монографии, подготовлено более 450 статей, рацпредложений и изобретений, вышли в свет 3 сборника научных работ. Почти все офтальмологи Курской области, в том числе офтальмохирурги Областной клинической больницы № 1, являются выпускниками кафедры. На факультете последипломного образования получают специализацию до 10-15 врачей из России и дальнего зарубежья. Многие врачи проходят усовершенствование и профессиональную переподготовку на факультете повышения квалификации. Клиническими базами кафедры являются Курская областная клиническая больница микрохирургии глаза (на 120 коек) и отделение микрохирургии глаза Городской больницы № 1, кабинеты охраны зрения детей и контактной коррекции зрения. На кафедре проходят обучение студенты 4 и 5 курсов лечебного, медико-профилактического, педиатрического и стоматологического факультетов Курского государственного медицинского университета. Ведется также преподавание на английском языке для иностранных учащихся. Имеется цикловый метод занятий (2-3 недели). Особое внимание в процессе учебы уделяется практическим навыкам, необходимым в деятельности врача любой специальности. Задача преподавателей кафедры — обучить студентов диагностике и лечению наиболее распространенных заболеваний глаза и оказанию экстренной специализированной помощи. В учебном процессе широко используется современное диагностическое оборудование. Введен тестовый контроль знаний, применяются учебные видеофильмы, мультимедийные лекции. Выпускаются учебно-методические пособия, включая материалы на английском языке, регулярно работает студенческий научный кружок. На кафедре занимаются иностранные студенты, ординаторы и стажеры из Египта, Йемена, Сирии, Ливана, Танзании, Пакистана, Шри-Ланки. Достижения курских офтальмологов признаны в России и за рубежом.

Из книги «История офтальмологии в лицах», Издательство «АПРЕЛЬ», Москва, 2015



Д.м.н., профессор Л.И. Балашевич:

С возрастом приходит чувство гармонии

Уважаемый Леонид Иосифович!

Примите искренние поздравления с юбилеем! Вы — выдающийся ученый, наставник, талантливый, безгранично преданный своему призванию врач. Ваши научные исследования и практические разработки помогли сохранить зрение тысячам пациентов.

Среди Ваших учеников — блистательная когорта профессионалов, которые продолжают замечательные традиции отечественной офтальмологии. Неординарные профессиональные и личные качества, трудолюбие помогли Вам добиться настоящего признания коллег.

Такие люди, как Вы, во многом являетесь примером для молодежи.

Желаем Вам крепкого здоровья, новых творческих успехов, а Вашей семье — благополучия и всего самого доброго!

Редакция газеты «Поле зрения» и коллектив издательства «АПРЕЛЬ»

8 февраля 2017 года исполнилось 80 лет большому другу издательства «Апрель» и газеты «Поле зрения», д.м.н., профессору кафедры офтальмологии Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова, главному консультанту Санкт-Петербургского филиала ФГАИ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Л.И. Балашевичу. Научная, лечебная, организационная и педагогическая деятельность Леонида Иосифовича получила широкое признание в профессиональной среде. Он является заслуженным деятелем науки РФ, почётным доктором Военно-медицинской академии, академиком Российской академии естественных наук, членом Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов, лауреатом премии им. С.Н. Фёдорова, награждён девятью медалями СССР и России.

Леонид Иосифович является одним из создателей Санкт-Петербургского филиала ФГАИ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова». С 1987 года по 1994 год он являлся заместителем директора этого авторитетного медицинского центра. С 1994 года по 2015 год возглавлял Санкт-Петербургский филиал МНТК. С 2015 года перешёл на должность главного консультанта.

С 1995 года филиал стал основной клинической базой Медицинской академии последипломного образования (МАПО). После того как в 1997 году Л.И. Балашевич стал заведующим кафедрой офтальмологии МАПО, удалось достичь полноценного сплава преподаваемой теории с лечебной практикой. В этом смысле знаковым событием стало открытие в 2002 году в стенах филиала первого в России учебного центра по подготовке офтальмохирургов WETLAB. За последующие годы обучение в нём завершили более полутора тысячи врачей, овладевших навыками экстракции катаракты на современном уровне.

Научный багаж Л.И. Балашевича обширен и разнообразен. Он автор более 500 научных работ, в том числе 9 монографий и 20 учебных пособий, 30 изобретений и патентов РФ. Под его руководством защищены 14 кандидатских диссертаций, он являлся научным консультантом 7 докторских диссертаций.

Много времени Леонид Иосифович уделяет истории офтальмологии. В 2000 году вышла в свет его книга «Очерки по истории офтальмологии» (с соавторстве с В.Г. Шиляевым), а в 2012 году — книга «Прозрение», посвящённая деятельности филиала.

Сотрудники издательства «Апрель» и газеты «Поле зрения» сердечно поздравляют уважаемого Леонида Иосифовича с юбилеем! Искренне желаем крепкого здоровья и новых творческих успехов на благо отечественной и мировой офтальмологии!

Накануне торжественной даты корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с юбиляром.

* * *

— Леонид Иосифович, круглая дата является поводом оглянуться назад. Хотел бы попросить Вас назвать наиболее яркие, «знаковые» события Вашей жизни.

— Наверное, у каждого человека в жизни происходят события, которые определяют всю его дальнейшую судьбу. Для меня одним из таких событий стало поступление в Военно-морскую медицинскую академию в 1954 году. В 1956 году этот вуз вошёл в состав Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в качестве военно-морского факультета. Диплом академии (с золотой медалью) я получил в 1960 году.

Почему я вспоминаю сейчас 1954 год? В медицину я пришёл случайно. Я родился и вырос в белорусской глубинке. С детства интересовался фотографией, рисованием. Мечтал стать архитектором. Но, с другой стороны, престиж военной службы среди мальчишек моего поколения был очень высок. В то время война завершилась совсем недавно… Страна ещё не залечила военные раны, и мы все хотели защищать Родину.

Я закончил школу с золотой медалью. В выпускном классе меня пригласили в районный военный комиссариат и предложили поступать в Военно-морскую медицинскую академию в Ленинграде. И я сразу согласился. В пятидесятые годы военкоматы отбирали для военных вузов лучших учеников школ. В вуз меня приняли без экзаменов как золотого медалиста и сына погибшего на фронте офицера.

Учёба мне сразу понравилась. И я был рад, что судьба привела меня в Ленинград, в стены Академии.

— Почему Вы заинтересовались именно офтальмологией?

— Наверное, сказался мой интерес к фотографии, изобразительному искусству. Меня заинтересовало строение глаза, зрительные возможности человека. Поэтому решил стать офтальмологом.

— Военная служба даёт человеку особый жизненный опыт. Не могли бы Вы поделиться своими воспоминаниями об этом периоде своей жизни?

— После окончания Военно-медицинской академии я семь лет служил на Тихоокеанском флоте, из них три года — на подводной лодке С-73, потом ещё два года — на надводном корабле, и ещё два года — в штабе дивизии атомных подводных лодок. Эти последние два года я работал врачом-офтальмологом. Остальное время являлся начальником медицинской и интендантской служб подводной лодки и корабля. Вся медицинская и интендантская служба состояла из одного человека. Поэтому необходимо было быть врачом широкого профиля.

— Вам приходилось оказывать медицинскую помощь во время дальних походов, под водой?

— Нас в Академии готовили к различным серьёзным случаям, в том числе к проведению экстренных операций. Но, к счастью, эти знания мне не пришлось применить на практике. Правда, в самом начале службы я стал свидетелем чрезвычайного происшествия, оставившего неизгладимый след в памяти.

Это было весной 1961 года, в бухте, недалеко от Севастопольской морской базы. Проводились испытания той самой подводной лодки С-73, на которой мне впоследствии предстояло служить. Совершенно новая лодка, только сошедшая с судостроительного дока. Нам необходимо было испытывать этот корабль в различных режимах.

И под водой взорвался дизельный мотор. Это был страшный взрыв. Я не пострадал, потому что находился во втором отсеке, а злополучный мотор — в пятом отсеке. Никто не погиб, но около десятка моряков получили ожоги, в том числе тяжёлые. Несмотря на взрыв мотора, лодке удалось произвести аварийное всплытие. Можно сказать, нам всем повезло!

Взрыв дизельного мотора вполне мог привести к разрушению всей лодки и многочисленным человеческим жертвам. В тот раз всё обошлось «малой кровью», лодку сопровождал надводный корабль, который быстро доставил пострадавших на берег, в госпиталь. Мы находились недалеко от берега.

Этот случай запомнился мне ещё и тем, что после аварийного всплытия необходимо было перепрыгнуть из нашей злополучной лодки на палубу надводного корабля. А море штормило. Мне этот прыжок не удался — и я оказался в воде. Но всё завершилось благополучно: товарищи выловили меня из морских волн. И я сразу же, уже на корабле, приступил к оказанию первой медицинской помощи обожженным сослуживцам.

Морская служба, особенно служба под водой, может быть по-настоящему опасной. Серьёзной проблемой для подводников также является плохой воздух: большая концентрация углекислого газа, токсичные испарения от аккумуляторных батарей…

Конечно, человек может приспособиться к любым обстоятельствам. Но чисто физически в подводной лодке довольно трудно находиться длительное время. Моряк-подводник должен быть готов к этой ситуации. Зато в психологическом плане атмосфера на лодке была хорошей, достойной. Мы все поддерживали друг друга, были одной большой семьёй.

— Какие задачи выполняла подводная лодка?

— Это была подводная лодка радиолокационного дозора. На ней была установлена мощная радиолокационная станция. Главная задача состояла в раннем обнаружении возможного нападения. Если быть точнее, то в основном подводная лодка вела радиолокационное наблюдение за полётами американских военных самолётов с аэродромов на Аляске.

— Какой жизненный опыт дала Вам служба на Тихоокеанском флоте?

— На флоте учишься ценить дружбу, товарищество. Человек учится преодолевать трудности и ценить маленькие радости жизни. Конечно же, после пребывания на подводной лодке приятно просто пройтись на лесной тропинке, подышать свежим воздухом.

— В 1967 году Вы вновь вернулись в стены Военно-медицинской академии для учёбы на факультете руководящего состава по специальности «офтальмология».

— Возвращение в стены Военно-медицинской академии в 1967 году я могу назвать таким же знаковым, важнейшим событием в моей жизни, как и поступление в Академию в 1954 году. Именно в конце шестидесятых годов я стал серьёзно заниматься медицинской наукой. В то время кафедру офтальмологии возглавлял д.м.н., профессор Б.Л. Поляк. В 1967 году его сменил д.м.н., профессор В.В. Волков. Вениамин Васильевич является моим учителем в офтальмологии, моим многолетним научным руководителем.

После окончания факультета в течение двух лет я служил на Северном флоте, в должности начальника глазного отделения Военно-морского госпиталя. А в 1971 году стал научным сотрудником, позднее — преподавателем и доцентом кафедры офтальмологии родной Военно-медицинской академии. В 1974 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Динамика восстановления остроты зрения после интенсивных кратковременных световых воздействий на глаз в норме и при некоторых заболеваниях желтого пятна сетчатки». Доктором медицинских наук я стал, уже работая в системе МНТК. В 1996 году была защищена докторская диссертация «Создание и изучение эффективности применения аргонового и диодного лазеров при патологии глазного дна».

В Военно-медицинской академии я работал до выхода в запас с военной службы в 1986 году. И сразу после этого Святослав Николаевич Фёдоров пригласил меня стать одним из руководителем создаваемого петербургского филиала.

Можно сказать, что как учёный я сформировался в стенах Военно-медицинской академии. Но многие свои идеи я смог реализовать именно в МНТК. Из восьмидесяти лет моей жизни — тридцать лет связаны с МНТК. И это были прекрасные годы, за которые я очень благодарен своим коллегам!

— Леонид Иосифович, Вы отмечаете свой юбилей. Но эта дата, вероятно, не означает завершение Вашей работы… В качестве главного консультанта Вы продолжаете играть важную роль в лечебной и научной работе филиала.

— Конечно, сейчас я работаю уже не столь интенсивно как в те годы, когда являлся заместителем директора и директором. Но для меня важно быть нужным и полезным нашим сотрудникам и пациентам. Есть много причин, по которым я продолжаю работать в системе МНТК. У нас очень стабильный коллектив. В филиале много коллег, которые трудятся здесь буквально с первого дня. В конце восьмидесятых годов им было по 20-25 лет. Сейчас, через тридцать лет, им по 50-55 лет. Прекрасный возраст творческой зрелости! Это касается и врачей, и среднего, и младшего медицинского персонала.

Вообще, в системе МНТК очень низкая текучесть кадров. Но даже на этом фоне Санкт-Петербургский филиал отличается особой кадровой стабильностью. А если люди от нас не уходят, значит здесь комфортно не только лечиться, но и работать.

Только вперед!

Интервью с директором Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», главным офтальмологом Иркутской области, заведующим кафедрой офтальмологии Иркутского государственного медицинского университета, доктором медицинских наук, профессором А.Г. Щуко

С Андреем Геннадьевичем Щуко мы встретились в Москве. Директор Иркутского филиала МНТК вместе со своим заместителем по научной работе, д.м.н. Т.Н. Юрьевой, приехал на защиту докторской диссертации сотрудницы филиала О.И. Розановой.

«Мы с Татьяной Николаевной Юрьевой, моим заместителем по научной работе, прилетели в Москву на защиту докторской диссертации нашего врача, — начал разговор Андрей Геннадьевич. — Затем сразу лечу в Красноярск, где будет проходить рекламная кампания офтальмологических методик, которые в этом регионе пока не применяются: фемтокатаракта, SMILE и т.д. Будут привлечены телевидение, радио, газеты, чтобы как можно больше людей узнали о возможностях Иркутского филиала МНТК. Полтора дня мы там, вечером — в Иркутск и утром — на работу.

— Могли бы взять себе выходной...

— Хотелось бы, но слишком много всего накопилось: утверждение ОМС, планы и прочее.

— Вы чаще бываете в разъездах или все-таки в Иркутске?

— По-разному бывает, но одно время чаще ездил по командировкам, наверное, это не совсем правильно. Последнее время уезжать из города стал реже — и возраст сказывается, да и необходимости такой нет. Резко сократил поездки на конференции: темы часто повторяются, докладчики выступают с одними и теми же докладами. В этом отношении наша конференция («Междисциплинарные подходы к лечению сахарного диабета») была удачной, приехали действительно заинтересованные люди, все желающие могли участвовать в дискуссии, высказывать свою точку зрения.

— Андрей Геннадьевич, ежегодно в Иркутском филиале МНТК проходят лечение 100 тыс. пациентов, проводится около 30 тыс. операций. Скажите, это предел возможностей клиники или есть резервы повысить количество пролеченных больных? Или это именно то количество людей, которые ежегодно нуждаются в офтальмологической помощи?

— Исходя из площадей, имеющихся на сегодняшний день, это — предел. И еще потому (напишите об этом обязательно!), что приняты идиотские нормативы по ОМС. В системе обязательного медицинского страхования работают чиновники, которые не имеют ни малейшего представления о практической медицине, о достижениях в области медицинской науки; видимо, они не слышат и то, о чем говорит министр здравоохранения. Возьмем пресловутый «койко-день», от него надо бежать сломя голову. Это — самый мерзкий показатель уровня развития здравоохранения. Когда-то давно его придумали применительно к советской системе здравоохранения, и мы до сих пор его «обсасываем». Я говорил об этом еще министру Т.А. Голиковой. Сейчас в рамках программы модернизации клиники оснастились современным оборудованием. Привели к положительным изменениям и меры по оптимизации здравоохранения, однако многое осталось без изменений. Решение по применению «койко-дня» в расчете эффективности работы стационаров остается на усмотрение «местных товарищей», но это — экономисты, финансисты, бухгалтеры. Приведу пример, 4 койко-дня отпущено на лазерную операцию по поводу вторичной катаракты, при этом вмешательство длится минуту, больной ничего не чувствует, анестезия не применяется, никаких инвазивных мероприятий. Больной даже не понимает, что его уже прооперировали, встает и уходит. Но по законам ОМС он должен пролежать у нас 4 дня, иначе нам не оплатят операцию по существующим тарифам. Если мы выпишем пациента раньше, нам в лучшем случае оплатят 80% от тарифа, в худшем — не заплатят вообще. В Чебоксарах, я знаю, после такой операции пациент может быть выписан только через 12 дней! Это же идиотизм в высшем его проявлении, «страна вечно зеленых помидоров»! Хорошо написал А. Толстой в «Приключениях Буратино»: «Солнце еще не взошло, а в Стране дураков уже вовсю кипела работа». Чиновники буквально «кипят» в этой работе, зарываются в бумагах, расчетах, отчетах, но делают только хуже врачам, пациентам и государству. Такое положение противоречит элементарному здравому смыслу. Нужно постоянно доказывать, что «черное» — черное, а «белое» — белое. Я говорил с нашим министром здравоохранения, руководителем регионального фонда ОМС. Их главная задача — отчитаться в том, что ничего не нарушено. Я еще могу согласиться, что люди, живущие в отдаленных районах, могут день побыть в клинике, чтобы им закапали капли, понаблюдали, потому что там, где они живут, нет ни врачей, ни фельдшеров. Но горожане должны идти домой. Вот такие дела.

— Какое количество жителей Иркутской области нуждается в офтальмологической помощи?

— Около 10-12% нуждаются в хирургической помощи, это — порядка 200 тыс. человек, может быть немного меньше. Если мы в год делаем 30 тыс. операций, несложно подсчитать очередь — 3 года. Мы могли бы ликвидировать очередь, если бы существовало понятие «амбулаторная хирургия».

В 1995 году мы с моим заместителем (ныне покойным) были в Праге в одной частной клинике, располагавшейся на базе большого госпиталя. В этой клинике работали профессор, ассистент и медицинская сестра; там стояла всего одна койка, чтобы человек в случае необходимости мог часполтора отдохнуть, попить кофе и потом поехать домой. И это 22 года тому назад. А у нас? Ничего не меняется, просто ужас какой-то! Я считаю, что главный показатель работы врача — это конечный результат!

— Во время визита в клинику губернатора Иркутской области С.Г. Левченко Вы отметили, что филиал занимает первое место по объемам работы и научным показателям. Расскажите, пожалуйста, о результатах научной работы в 2016 году.

— В 2016 году у нас вышли две публикации за рубежом, а вы понимаете, что это связано с определенными трудностями. С 2016 года на начало этого года в силу организационных причин была перенесена защита докторской диссертации на тему пресбиопии. Это — глобальная работа научного и практического склада. Пресбиопия — тема, занимающая офтальмологов всего мира. Если кому-нибудь удастся найти абсолютно эффективный и безопасный метод коррекции этого физиологического процесса, а представляете, какой это рынок — 80% населения земного шара, нефтяные короли будут работать швейцарами в его доме. Но пока, к сожалению, решения нет. Ольга Ивановна Розанова, автор докторской диссертации провела глубокие исследования с точки зрения физиологии, бинокулярного зрения, подробно изучила природу пресбиопии. Конечно, она не изобрела такой метод, но работу проделала огромную.

— Нам остается только поздравить Вас с таким замечательным результатом. Сколько докторов медицинских наук будет в филиале после завтрашней защиты?

— У нас будет 4 доктора медицинских наук, а пятый уехал за границу.

— Андрей Геннадьевич, когда мы у вас бываем, нас не покидает ощущение, что филиал работает как прекрасно отлаженный механизм. Надо сказать, что и генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза», профессор А.М. Чухраёв придерживается того же мнения, он говорил об этом на открытии конференции.

— Огромное значение в жизни руководителя и врача имеет интуиция. Мне кажется, что этот дар у меня есть. Мы долго шли к такому состоянию, когда все работает «как часы», продумывали алгоритм нашей деятельности, тщательно выверяли различные варианты. Окончательное решение оставалось за мной, и оно, как правило, оказывалось верным. Руководитель — он сродни дирижеру, только я не машу руками, не показываю, кому и когда надо вступать, а слушаю, как сотрудники «играют», и если что-то пошло не так, немедленно поправляю. А постоянно махать руками — не серьезно, вызывает только раздражение.

— Вы воспитали замечательный коллектив...

— Конечно, он таким стал не сразу, к тому же я не могу быть все время абсолютно спокоен. После отпуска или длительной командировки приходится подливать стакан скипидару в одно место… и все быстро становится на свои места.

— Доктора Вас любят, это очевидно.

— Они понимают, что я никогда не совершу никакой подлости, что, согласитесь, немаловажно. Сотрудники знают, что я могу быть достаточно резок, и прощают мне, если мое возмущение по делу. Если не по делу — могу извиниться. Стараюсь помочь, если кто-то попал в беду. Считаю, что это — абсолютно нормальное поведение руководителя.

Были в нашем коллективе и «инородные тела», которые доставляли много проблем и боли. Пошел даже процесс интоксикации в коллективе. Для меня это были бессонные ночи, стрессы и депрессии… Но теперь, слава Богу, все позади.

Сейчас все сотрудники знают «правила поведения» в коллективе, и новый человек быстро их усваивает.

— По каким принципам Вы отбираете людей в свою команду?

— По человеческим, в первую очередь. Прекрасно, если человек — профессионал, но если профессионализм, как это часто бывает, не сочетается с человеческими качествами, ему не место в нашем коллективе.

— Андрей Геннадьевич, в 1997 году Вы защитили кандидатскую диссертацию по теме «Механизм формирования амблиопии у детей и разработка патогенетических принципов лечения», а в 2001 году — докторскую диссертацию «Механизмы развития и патогенетически обоснованные принципы профилактики и лечения пигментной глаукомы». Почему Вы сменили направление исследований?

— Кандидатская диссертация — это плод моих личных клинических наработок по реабилитации детей и взрослых с амблиопией с применением метода бинариметрии. Бинариметрия — результат оригинальных наработок иркутских физиологов. Дальнейшее развитие эта тема получила в нескольких диссертационных работах, подготовленных сотрудниками филиала под моим научным руководством. А докторская диссертация явилась результатом большого совместного труда группы исследователей по проблеме редких форм глаукомы. Эта тема стала ведущим направлением научной работы нашего филиала в течение десяти с лишним лет. Были опубликованы монографии с повторным изданием, и защищена еще одна докторская диссертация, автор которой — Т.Н. Юрьева, мой заместитель по научной работе.

— Бывает, что руководители не всегда поощряют продвижение по научной лестнице своих подчиненных.

Уважаемый Андрей Геннадьевич!

Примите сердечные поздравления по случаю Вашего юбилея!
Вас знают как талантливого врача, преданного своей профессии. Вы трудитесь с полной душевной отдачей, на деле демонстрируете умение эффективно решать ответственные задачи, увлекаете за собой коллег своим творческим началом, темпераментом, умением быть убедительным в любой ситуации.
Характер и воля позволили Вам добиться профессиональных успехов. Вы пользуетесь заслуженным уважением у коллег как врач, ученый и опытный руководитель, внесший большой личный вклад в развитие Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза».
От души желаем Вам здоровья, успехов, неиссякаемого вдохновения!

Редакция газеты «Поле зрения» и сотрудники издательства «АПРЕЛЬ»

Мне близки многие новаторские идеи Святослава Николаевича Фёдорова, которые реализованы в системе МНТК. Я горжусь нашим личным знакомством и общением. Его идеи актуальны не только для медицины, но и для общественной жизни.

Создание и становление МНТК происходило на моих глазах. Поэтому для меня принципиально важно, чтобы наследие академика Фёдорова, его дело продолжало развиваться. И тем самым сохранялась благодарная память о нём.

— Какие идеи академика Фёдорова Вы считаете наиболее актуальными?

— В системе МНТК, в том числе в Санкт-Петербургском филиале, была создана и действует система, когда медики работают на современном оборудовании. А оплата труда соответствует квалификации и трудовому вкладу каждого сотрудника. Таким образом, врачи, медсёстры, санитарки, технические и вспомогательные сотрудники трудятся ради достижения общей цели, наиболее эффективных результатов лечения.

С.Н. Фёдоров ушёл от уравниловки в оплате труда. Он сумел мотивировать людей и морально, и материально. Государство предоставило МНТК значительную хозяйственную самостоятельность, в том числе право заключать прямые договора с поставщиками медицинского оборудования. При Фёдорове МНТК самостоятельно распоряжался заработанной валютой, филиалы могли самостоятельно определять штат сотрудников.

Но мало получить свободу. Ей необходимо уметь грамотно распорядиться. И Святославу Николаевичу это блистательно удалось! Он доказал и друзьям, и недругам, что МНТК использует предоставленную самостоятельность для проведения эффективного лечения, ради благополучия пациентов.

Разумеется, система, созданная академиком С.Н. Фёдоровым — это не застывшая конструкция. Организационные условия работы МНТК изменяются в соответствии с изменениями российской нормативно-правовой базы. Но, думается, что основные идеи Святослава Николаевича необходимо сохранять и развивать.

— Хотелось бы подробнее поговорить о Вашей научной работе. В профессиональных кругах Вы известны как учёный с универсальным кругозором. Но какие научные темы вызывают у Вас особый интерес?

— В течение нескольких десятилетий я исследую использование лазеров в офтальмологии. В семидесятые годы я освоил аргоновый лазер, совместно с академиком Ж.И. Алфёровым участвовал в разработке первого отечественного лазера на диодной основе. И сегодня меня интересует развитие лазерной офтальмохирургии.

Ещё одна любимая тема — витреоретинальная хирургия. В современном мире происходит эволюционный процесс совершенствования и «ножевых», и лазерных операций. Эти операции удаётся довести до миниинвазивного уровня.

Также я уделял много внимания рефракционной хирургии, эксимерлазерной коррекции зрения. Этот опыт отразился в двух книгах: «Клиническая корнеотопография», вышедшей в 2008 году, и «Хирургическая коррекция аномальной рефракции и аккомодации», опубликованной в 2009 году.

Ну и, конечно, нельзя не сказать о факоэмульсификации катаракты. Эта тема всегда интересовала меня не только с научной, но и с организационной точки зрения. Операции по поводу катаракты составляют значительную часть работы филиала.

— Как изменилась Ваша жизнь после ухода с поста директора филиала?

— У меня появилось больше времени для научной и педагогической работы. И это не может не радовать. Я продолжаю читать лекции на кафедре офтальмологии Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова. В настоящее время являюсь научным руководителем двух кандидатских диссертаций и научным консультантом двух докторских диссертаций.

Продолжаю писать книги, в том числе и не связанные с офтальмологией. Например, совсем недавно вышла в свет книга «Переход Севастополь — бухта Провидения. Дневник корабельного врача». Это был дальний переход, который продолжался с апреля по октябрь 1961 года. Сначала мы прошли по внутренним рекам и каналам от Севастополя до Мурманска, а потом Северным морским путём от Мурманска до бухты Провидения на Чукотке.

Это необычная книга. Фактически я «оцифровал» свой рукописный дневник, который вёл во время дальнего похода. Кроме того, написал к нему предисловие и послесловие. Также книга снабжена моими рисунками, которые были созданы во время дальнего похода.

Дневник был написан 56 лет назад. Фактически тогда я был другим человеком, с другим мироощущением… Мне думается, что эта книга может быть интересна всем, кто интересуется историей нашего флота, мыслями и чувствами тогдашней молодёжи. Личный дневник через несколько десятилетий воспринимается как исторический документ.

Также недавно была опубликована ещё одна моя книга — «Погружение в Финляндию». Если флотский дневник проиллюстрирован моими рисунками, сделанными во время похода, то «Погружение в Финляндию» немыслимо без многочисленных фотографий.

— Вы ведь не только знаменитый учёный-офтальмолог, но и опытный фотограф.

— Как фотограф я люблю северную природу. Поэтому с удовольствием фотографирую и в Финляндии, и в российской Карелии. Неброская красота северной природы невероятно притягательна: переменчивое освещение, отсутствие резких теней, дымки, туманы, живописные облака, игры водных отражений…

Финская история, язык, культура, фольклор, образ жизни интересуют меня в течение нескольких десятилетий. Для жителей Санкт-Петербурга Финляндия — ближайшая соседка. И в этой стране мы с семьёй в последние годы проводим много времени.

— Ваша книга о Финляндии необычайно разнообразна. Вы пишете и об истории, и о туризме, и об экономике, и о сельском хозяйстве, и о сауне, и о сборе грибов.

— Мне хотелось осветить самые разные стороны финской жизни, поделиться самыми разными впечатлениями от финской жизни. Например, в этой книге описывается, как мой сын в течение трёх недель посещал муниципальную финскую школу. В России занятия начинаются 1 сентября, а в Финляндии — уже в августе. И мы с женой Машей решили, что нашему Мише будет интересно перед началом российской учёбы поучиться с финскими ровесниками, получить языковую практику.

— У Вас в семье все говорят по-фински?

— Да, можно сказать, это наше совместное хобби. Я, например, каждый день в течение часа перед сном читаю по-фински: художественную литературу, документальные книги, периодику.

— Как Вы заинтересовались Финляндией?

— На это есть много причин. Мой отец погиб на советско-финской войне 5 марта 1940 года. Это произошло за неделю до заключения перемирия, за неделю до окончания боевых действий… Поэтому меня давно интересовала тема советско-финской войны.

Санкт-Петербургский филиал МНТК возводили финские строители. Они работали здесь в течение года, с 1 декабря 1986 года по 1 декабря 1987 года. У меня возникли личные контакты с некоторыми из наших партнёров.

Потом, в девяностые годы, мы с семьёй стали ездить в Финляндию отдыхать. Но просто отдыхать было не так интересно: захотелось познакомиться с языком и культурой страны-соседки.

— Наверное, в своей книге Вы сравниваете особенности российской и финской жизни.

— Да, я пишу и о сходстве, и о различиях. Например, и в России, и в Финляндии увлекаются сбором грибов. Но у нас грибники особенно уважают белые грибы, а финны больше всего ценят лисички. А есть грибы, которые в России, вообще, считаются несъедобными, а в Финляндии их охотно собирают.

Кстати, в финском языке для сбора грибов существует специальное слово «sienestys», что можно дословно перевести как «грибалка», по аналогии с «рыбалкой». В Финляндии для грибников издаётся массовый глянцевый журнал «Sienet» (Грибы). Подобного специализированного издания в России пока нет.

— Над какими книгами Вы сейчас работаете?

— Мне бы очень хотелось написать документальную, историческую книгу об истории нашей семьи, нашего рода (и по линии отца, и по линии матери). В последнее время много думаю над этим. Мы ведь все, как правило, очень мало знаем о жизни своих предков, становимся «деревьями без корней». А знание своих корней — это очень важно и ценно!

— Леонид Иосифович, что Вы могли бы пожелать читателям газеты «Поле зрения»?

— Во-первых, я хотел бы сказать, что считаю «Поле зрения» лучшей офтальмологической газетой России. И ни один научный журнал не может заменить эту газету! Например, наше с Вами сегодняшнее интервью было бы в научном журнале просто неуместно…

А в «Поле зрения» печатаются не только научные статьи, но и душевные интервью, увлекательные репортажи. То есть в газете присутствует «человеческое измерение», она помогает всем нам лучше узнать друг друга.

Всем читателям — своим коллегам я могу пожелать профессиональных и личных успехов, новых ярких публикаций, счастливых и благодарных пациентов! Упорство в достижении поставленных целей обязательно будет вознаграждено!

— А что Вы могли бы пожелать к юбилею самому себе?

— Здоровья и долголетия, продолжения научной, лечебной и педагогической работы, семейного благополучия. Обычные пожелания, актуальные для каждого человека. С возрастом приходит чувство гармонии, спокойствия, умиротворения. Во всяком случае, у меня произошло именно так. Я благодарен судьбе за каждый прожитый год, каждый прожитый день.

Беседу вел ***Илья Бруштейн.***
Фото из архива Л.И. Балашевича

— Согласен с вами. Но этого я как раз и не боюсь, более того, всячески стимулирую научный рост сотрудников. Скоро Татьяна Николаевна Юрьева должна получить звание профессора. Руководитель тогда хорош, когда он собирает команду умных и грамотных специалистов, а не попугаев, которые тупо повторяют слова начальника и всячески перед ним заискивают. Такой подход не продуктивен и не способен стимулировать развитие учреждения. Поэтому я никогда никого не сдерживал: научные исследования, написание статей, докладов, поездки за границу, подготовка диссертационных работ. У нас работают четыре заслуженных врача РФ, кроме меня, это — Н.Я. Сенченко, А.П. Якимов, М.А. Шантурова. Они, без преувеличения, — звезды российской и европейской хирургии. Я горжусь успехами своих коллег, но знаю, что бывает и по-другому, на начальном этапе развития Иркутского филиала, когда у нас был другой директор, мы полностью ощутили это на себе.

Мне остается только радоваться тому, что бывший студент, ученик, проработал двадцать лет под моим началом, становится доктором наук.

— Довольно часто защищаются диссертации на темы сравнения эффективности различных лекарственных препаратов или приборов с сомнительными, на мой взгляд, выводами. Что Вы об этом думаете?

— То, о чем говорите вы — псевдонаука, но, к сожалению, подобные явления встречаются нередко, особенно, в медицине. На мой взгляд, действительно во многом, реформируя Академию наук, возможно, и «перегнули палку», но медицинская наука топчется на месте. Мы слабо котируемся за рубежом. Среди российских офтальмологов на международный уровень пробился только один человек, профессор Б.Э. Малюгин. Если помните, в 2013 году мы проводили на Байкале выездное заседание Экспертного совета по глаукоме, и некоторые участники докладывали о Ретиноламине. Я не смог сдержаться: «Как вам не стыдхоть что-то о Ретиноламине? Какая нейропротекция, какая ретинопротекция?» Сейчас в мире совершенно слепым людям имплантируют специальные чипы, и есть результаты; совершенствуются фемтотехнологии; поразительные результаты достигаются в хирургии на глазном дне; производятся препараты, которые действительно помогают, например, Луцентис, Эйлеа. А у нас годами мусолят Ретиноламин. Почему? Фирмы платят.

— Андрей Геннадьевич, как Вы объясните тот факт, что, несмотря на многочисленные исследования по глаукоме, положительных результатов не наблюдается?

— Природа глаукомы до сих пор не познана. Если «поймать» заболевание на начальной стадии, можно добиться неплохих результатов в лечении; мы спасем людей от слепоты. Сравнительно недавно офтальмологи пытались бороться с катарактой каплями, но познав природу заболевания, поняли, что единственным методом лечения является операция по удалению помутневшего хрусталика. С глаукомой сложнее: применяются гипотензивные препараты, но существует опасность «упустить» болезнь; операции могут быть неэффективны, т.к. приводят к рубцеванию, что влечет необходимость повторных вмешательств и продолжительного наблюдения за пациентами. В глаукоме, на первый взгляд, все изучено: трабекула, пути оттока и т.д., но откуда что берется, никто толком понять не может. И это беда не только наших офтальмологов — в мире прорывов по глаукоме пока тоже не видно, в отличие от прочих направлений. Посмотрите: фемтокатаракта или новейшая методика SMILE. Какой сделан колоссальный рывок! А начиналось все с насечек, знаменитой федоровской кератотомии, которая помогла развитию более перспективному и безопасному методу — лазерной коррекции аметропии; следующий этап — операция ЛАСИК (я их сделал не одну сотню), сейчас — SMILE. Знаете, как я себе представляю будущее катарактальной хирургии? Лазер делает капсулорексис, эмульгирует хрусталик в «молоко» (а не разрезает как сейчас), канюлей через парацентез «молоко» аспирируется, и этим же путем вводится гель, который застывает и приобретает нужные оптические свойства. Такая операция может делаться в поликлинике, потому что задача хирурга будет заключаться только в том, чтобы проткнуть роговицу, аспирировать содержимое и сделать инъекцию геля.

— Каким образом гель, застывая, приобретет необходимую рефракцию?

— Вот. На этот вопрос пока нет ответа, но я уверен, что мы к этому придем. Совсем недавно мы не могли представить методику SMILE, как внутри роговицы можно выкроить лентикулу и ее достать, не открывая лоскут. Думаю, найдут способ задать гелю необходимые оптические характеристики. Можно сказать, что медицину вообще и офтальмологию в частности ждет роботизация, когда человеческий фактор — настроение, самочувствие и т.д. — не будет влиять на исход операции, хирург будет фактически исполнять роль оператора — нажатием кнопки запускать манипулятор, который с идеальной точностью выполнит необходимые хирургические действия.

Когда-то давно, еще работая заведующим отделением, я не мог представить, что сетчатку гистологически можно будет посмотреть, не удаляя глазное яблоко. Сегодня нам такую возможность дает ОКТ. Приборы последнего поколения обеспечивают высочайшее разрешение, вплоть до детальной визуализации хориоидеи. В декабре прошлого года заведующая диагностическим отделением филиала С.И. Жукова была в Риме; там были представлены приборы с сумасшедшей разрешающей способностью: ангио-ОКТ позволяют досконально видеть сосуды, мембраны. Раньше это было возможно только с помощью ФАГ, инвазивной методики. А что «творят» лазеры! Панретинальная коагуляция проводится за два этапа, а еще недавно на процедуру уходил месяц. Паттерн-лазеры позволяют работать на глазном дне с ювелирной точностью. Ждем дальнейших усовершенствований офтальмологических лазеров. Только наша наука продолжает изучать Ретиноламин, вот что обидно!

— Приходилось ли Вам сталкиваться с научными мифами?

— Мне приходилось сталкиваться с совершенно кощунственными явлениями. Нам передали на анализ операционный журнал одной частной офтальмологической клиники в Иркутске. Мы выяснили, что в этой клинике за 150 тыс. рублей «по авторской методике» проводят операцию по «устранению искривления зрительного нерва». Какая методика, где она могла быть защищена? То есть нормальное, физиологическое искривление надо устранить, только непонятно, зачем? Смотрим историю болезни: «острота зрения 1,0; существует опасность слепоты из-за искривления зрительного нерва». Вот такую лапшу на уши вешают пациентам. Это даже не лженаука, это — мошенничество в чистом виде. Пример лженауки я вам уже приводил: «обсасывание» лекарств, эффект от которых «как мертвому припарка». Часто с трибун конференции или в статьях раздаются восторженные отзывы о том, что «применение такого-то препарата дало прибавку остроты зрения на 0,0015 или привело к расширению поля зрения на 1 градус. Необходимо шире внедрять этот лекарственный препарат в клиническую практику!» Это — самая настоящая лженаука, поддерживаемая фирмами-производителями.

— На зарубежных конгрессах можно услышать подобные «заказные» доклады?

— Нет. Докладчик обязан объявить, что его выступление не преследует коммерческих интересов.

— В последнее время такие преамбулы можно услышать и от наших офтальмологов.

— Таки вы в это верите? Ни врачи нашего филиала, ни я не выступаем с заказными докладами: фирмы знают, что обращаться к нам с такими предложениями бесполезно. Один раз, правда, меня попросили рассказать о результатах применения Луцентиса. На тот момент у нас был самый большой опыт использования этого препарата. Я с удовольствием согласился и выступил на «Школе офтальмолога», потому что Луцентис действительно помогает в безнадежной ситуации. А сколько сейчас антиглаукомных препаратов? Застрелиться и не встать!

— Однако врачи первичного звена должны знать, что происходит на рынке лекарственных препаратов.

— Мне по-человечески жаль врачей первичного звена, перед которыми стоит задача запомнить все, что говорят на конференциях и грамотно скомпилировать эту информацию. Смотрите, что получается: врачи только прошли курсы усовершенствования, они усвоили, какое лекарство с каким сочетается, а тут появляются новые препараты, и фирмы всячески уговаривают докторов применять только их. Как это все привести в порядок, я не представляю.

— Есть и другие крайности: некоторые врачи до сих пор лечат глаукому пилокарпином.

— Отличный препарат! В свое время глаукому лечили пилокарпином и фосфаколом. Фосфакол — тяжелый препарат, сделанный из фосфорорганических отравляющих веществ. И помогал! Понятно, что эти препараты вызывали серьезные побочные эффекты. Сейчас терапия куда более комфортная для пациента. Но как правильно разобраться в обилии лекарственных средств? Одним словом — бедные врачи.

— По мнению многих Ваших коллег, реформа медицинского образования привела к тому, что студенты-медики практически лишены доступа к больному. При этом основным принципом работы кафедры, который Вы заведуете, остается «Обучение у постели больного под руководством преподавателя, который сам является хорошим врачом». Как Вам удается решить эту проблему?

— Вы затронули очень важный вопрос. Недавно мы принимали экзамены у наших интернов и ординаторов. Ребята только-только со студенческой скамьи, начинают самостоятельную профессиональную жизнь. Безусловно, им повезло, что их клиническая база находится в таком медицинском учреждении, как наш филиал. Здесь из них сделают настоящих врачей-офтальмологов, но они не стали врачами в широком понимании, потому что ВУЗ не дает практических НИЧЕГО. Исключение могут составлять те немногие выпускники, которые действительно стремятся овладеть знаниями. Их сразу видно. Эти ребята эрудированные, прекрасно ориентируются, но таких «звездочек» единицы. Раньше нас заставляли изучать, разбираться с различной патологией у постели больного. Я проходил интернатуру по общей хирургии, чему очень рад. Это сделало из меня врача, который не растеряется в каких-то ситуациях. А сейчас в российских ВУЗах готовят таких «специалистов», для которых «шаг вправо — шаг влево» равносилен катастрофе. Приведу пример: интерн учится у нас год, сдает экзамен, но видно — «плавает», плохо ориентируется в вопросе по билету, а вопрос касается кортикостероидов. Говорю ему: «Забудем про глазные заболевания. Поговорим на общие темы. Вы летите в самолете, сидящий рядом человек что-то съел, ему стало плохо, он покрылся пятнами, задыхается. Что это может быть?» В ответ — тишина. Но любой врач обязан знать, что это может быть анафилактический шок, отек Квинке, что нужно срочно вводить кортикостероиды и адреналин, которые есть в аптечке у бортпроводницы. Это спасет человеку жизнь. Но окулист, человек с дипломом врача, может знать комбинацию глаукомных препаратов, но рядом будет умирать человек, и он окажется бессилен ему помочь. Вот, к чему привела реформа нашего медицинского образования, и если что-то серьезно не поменяется, нас ждет большая беда в здравоохранении — лечиться станет просто не у кого.

— Не раз приходилось слышать, что программы реформирования как медицинского образования, так и собственно здравоохранения были составлены с учетом положительного опыта зарубежных стран. На нашем примере выходит, что опыт вовсе не положительный, но почему же тогда медицина в этих странах так неплохо развивается?

— Начнем с того, что процесс обучения в этих странах просто изматывающий, не в пример тому, как учатся у нас. Затем в зависимости от специальности — минимум два года работы помощником врача; хирург, прежде чем его допустят до самостоятельной операции, пять лет должен проработать ассистентом, пройти несколько ступеней подготовки; и постоянно — тренинги и сложнейшие экзамены. Там подход к подготовке врача очень серьезный. Вы говорите, мы использовали их опыт. Смотрите, что получается. Сейчас нет потоков — хирургического, терапевтического. Всех «стригут под одну гребенку» и отправляют в поликлинику на 3 года. По идее в поликлинике молодые врачи должны овладеть мастерством обследования, правильной постановки диагноза, выбора дальнейшей тактики и стратегии лечения. А на деле — в лучшем случае поликлинический врач — это диспетчер, который направит пациента куда надо; в худшем — «вас много, а я одна».

В отличие от нашей страны, где у выпускника медицинского ВУЗа нет возможности выбора, молодой специалист за рубежом возможность выбора имеет; он не сидит в поликлинике врачом общего профиля (диспетчером), не теряет годы, а набирает свой хирургический опыт. Когда я учился, после 5-го курса студенты делились на потоки: субординатура и интернатура была по хирургии, терапии, акушерству и гинекологии. После окончания интернатуры врач приходил на работу в стационар и совершенствовался под руководством опытных специалистов. Недаром советская система медицинского образования считалась одной из лучших в мире.

В то время, чтобы попасть на хирургический поток, надо было очень постараться! А сейчас в хирургию никто не идет: представляете, какая ответственность за жизнь человека, колоссальная физическая нагрузка, низкая зарплата, а сколько писанины?

У нас была уверенность в завтрашнем дне, зарплату, хоть и небольшую, получали вовремя, из квартиры никто выгнать не мог, поэтому мы могли отдаваться работе. А сейчас молодые люди задумываются о том, как им жить…

— Андрей Геннадьевич, из всех перечисленных Вами причин, почему молодые врачи не идут в хирургию, какая, на Ваш взгляд, перевешивает?

— Думаю, уровень зарплаты, социальные условия, отсутствие перспектив… и сегодняшний менталитет молодых — надо все и сейчас!

— Вы обо всем рассказываете в минорных тонах…

— Ну, почему все в миноре… Вы задали конкретный вопрос об образовании, я ответил, при этом говорю не с чьих-то слов, а исходя из собственного практического опыта общения с молодым поколением, со студентами, которые оканчивают медицинские ВУЗы.

Могу привести пример аттестации высших учебных заведений: вместо того, чтобы оценивать уровень подготовки студентов, процент хороших и отличных оценок, проверяющие считают, сколько квадратных метров приходится на одного обучающегося или какова средняя заработная плата преподавательского состава. Если показатели ниже определенного уровня, ВУЗ признается неэффективным. Количество отсеянных за неуспеваемость не должно превышать установленного процента от общего числа студентов, иначе сократят ставки. Если студент тупой, не хочет учиться, но лимит отсеянных исчерпан — все, этого лентяя придется держать в институте, ставить ему незаслуженные оценки. Сами понимаете, какой врач из него получится. Сокращается количество часов по многим предметам: по анатомии, основополагающему предмету; убрали экзамен по глазным болезням, по ЛОР-болезням. А зачет, вы сами понимаете, что это такое. Сейчас практически нет занятий в анатомичке, студенты работают только с книгами. На первых курсах института мы по вечерам ходили в анатомичку на препарирование, нас учили правильно накладывать швы. Сегодня процесс обучения ограничивается книгами и объяснением на пальцах. Я не говорю, что все доктора должны знать все обо всех заболеваниях, но общая врачебная эрудиция быть должна.

…Вы говорите, я с пессимизмом отношусь к происходящему в нашей профессии. Нет, не все так плохо, но на молодое поколение я смотрю с тоской в глазах. Чтобы чему-то научиться и чего-то добиться, нужно крутиться: самому договариваться, чтобы тебя пустили поработать в операционной, в анатомичке.

— Андрей Геннадьевич, в интервью 5 лет назад в качестве основных проблем Вы как главный офтальмолог Иркутской области называли кадровый вопрос и техническое оснащение. Острота проблем не снизилась?

— Что касается кадровой проблемы, она напрямую связана с темой образования, которой мы только что коснулись. Одно вытекает из другого. Мы не можем найти себе нормальных врачей, а врачи нам нужны. Во-первых, многие боятся ответственности и не хотят к нам идти. Знаете, сколько выпускников медицинских ВУЗов остаются в профессии? Только 40%. Остальные устраиваются представителями фирм-производителей оборудования или препаратов или меняют специальность и к медицине не имеют отношения.

Но есть и положительные моменты: уровень технической оснащенности больниц стал несравнимо выше. Теперь вопрос в том, кто будет работать на новом оборудовании, а специалистов квалифицированных мало, и аппаратура, за которую заплатили огромные деньги, часто простаивает.

Открываются новые специализированные центры, применяются новейшие технологии в диагностике и лечении заболеваний; много сделано в лечении инсультов, четко расписан алгоритм работы скорой помощи больным с острыми сосудистыми нарушениями головного мозга; в каждом регионе открылись перинатальные центры.

— А вопрос заработной платы молодым врачам ждет своего решения…

— Федоров — гениальный человек. Он чего добился? В системе материального стимулирования все было «просто как помидор» *(одно из крылатых выражений С.Н. Федорова — прим. ред.)*. Общий котел, в котором нарезается этот сыр в зависимости от вклада каждого человека: замы директора, хирурги, санитарки, дворники — все получают свою долю. Чем больше МЫ ВСЕ заработали, тем больше получили.

— Характерно ли для Вас чувство зависти?

— Я благодарен Господу, что он наделил меня такой чертой: у меня отсутствует это чувство. Я радуюсь, когда мои врачи хорошо живут, когда люди добиваются успеха, тем более, когда к их успеху я имею непосредственное отношение.

— А это не потому, что у Вас все есть, и Вы всего добились? Вы — человек успешный, с этим не поспоришь.

— Возможно, в какой-то степени это и так. Но сказать, что у меня все есть… Я сейчас отдал машину дочери, и меня выручает служебная. Думаю купить новую, но пока не имею возможности…

— Помните: «Имею возможность купить козу, но не имею желания; имею желание купить дом, но не имею возможности...»

— Именно так! *(Смеется)*. Мне приятно, что в мою бытность директора люди стали лучше жить, красивее становится филиал; радуются пациенты, сотрудники с удовольствием идут на работу. Вот в чем счастье, а не в том, чтобы набить себе карманы, жрать и пить.

…Когда я в 1994 году принял руководство филиалом, наша территория была «лысая», неухоженная. Я решил посадить деревья. Хотя многие сотрудники не соглашались. Сейчас деревья выросли большие, получился настоящий дендрарий; у каждого дерева табличка с названием, регионом произрастания. Люди сюда приходят просто отдохнуть, полюбоваться красотой природы. На двадцатилетие филиала мы высадили «Аллею дружбы МНТК». Мы продумали сценарий: каждому директору филиала выдали майку с фамилией на спине и номером, причем это был порядковый номер филиала по дате его открытия: 1-й — Москва — был у Тахчиди, у меня — 9-й и т.д. Все переоделись в моем кабинете и под звуки футбольного марша (нас 11 человек, как в футбольной команде) побежали к месту будущей аллеи, где нас ждали рабочие. Нам дали фартуки, лопаты, лейки, и каждый директор высадил свое дерево. Рядом с каждым деревом поставили таблички с названием города. Так появилась рябиновая аллея. Сейчас каждый директор филиала, когда приезжает к нам, любуется и ухаживает за «своим» деревом.

— Вы директор крупного медицинского учреждения, заведующий кафедрой, главный офтальмолог огромного региона. Понятно, что часть функций Вы делегируете своим заместителям…

— Безусловно, иначе нельзя…

— Решение каких вопросов Вы оставляете за собой?

— Прежде всего, это касается стратегического направления развития, вопросов организации нашей работы, когда мнения моих соратников и мое расходятся. В этом случае мое слово имеет решающее значение. В большинстве случаев я не ошибался, как мне кажется.

В мою зону ответственности входят также финансовые вопросы.

— Со сменой статуса МНТК, с ФГБУ на ФГАУ, Вы стали более свободно распоряжаться финансовыми средствами? Изменилось ли что-нибудь?

— Нет, каких-либо изменений пока не видно, для чего все было сделано для меня и для всех остается загадкой.

— Генеральный директор общается только с Вами?

— Нет, не только со мной. Надо сказать, что наш генеральный — человек достаточно демократичный, общается с моими заместителями, с большим уважением относится к сотрудникам. Я вижу в Александре Михайловиче Чухраёве очень хорошую манеру руководства — не сверху, а партнерское.

— Вы, наверное, часто испытываете удовлетворение от своей работы, говорите себе: «Ай да Щуко, ай да молодец!» Не могли бы привести пример, когда Вы себя хвалили?

— Да, бывает! *(Смеется)*. Ну вот хотя бы последний пример: пришел я к министру здравоохранения области (он возглавляет тарифный комитет ОМС) и на повышенных тонах выразил свое отношение к системе «койко-день». Министры у нас меняются как перчатки, и каждый год приходится доказывать новому, что система граничит с идиотизмом. Министр, бывший военный, выслушал меня; звонит на следующий день: «Андрей Геннадьевич, все решено, никаких «койко-дней»! Идиотизма больше не будет». Такой вот пример. Но самое большое удовлетворение получаешь тогда, когда поможешь пациенту, и он тебя благодарит. Это — вершина блаженства.

— Ощущение не притупляется с годами?

— Что вы? Наоборот! Когда знаешь, что без твоего участия человек бы ослеп, получаешь чувство удовлетворения, которое ни с чем нельзя сравнить, ни с какими организационными успехами.

— У каждого человека есть настоящие друзья, есть ли они у Вас и сколько это человек?

— Мало. Их не может быть много.

— Считаете ли Вы себя примером для подражания?

— Нет.

— Имея в своем распоряжении час аудиенции с Президентом РФ, какие темы Вы бы обсудили?

— Конечно, вопросы, касающиеся здравоохранения. Много нерешенных проблем, зато много победных реляций. Я вам сегодня об этом говорил. Подготовка кадров, начиная со школы, строгий отбор к специальности не только с позиции знаний, но и характерологических качеств будущего врача и многое другое.

— Как Вы можете охарактеризовать себя в двух словах?

— Оптимистичный пессимист.

— Способность, которой Вам хотелось бы обладать?

— Выдержка, хладнокровие, спокойствие.

— Самый лучший, ценный совет, который Вам дали? Кто это был?

— С.Н. Федоров: «Хватит спать! Только вперед!»

— Благодарим Вас, Андрей Геннадьевич, за интересный, откровенный разговор!

Интервью провели
Лариса** и **Сергей Тумар

В науке не должно быть безразличных людей

Интервью с заместителем директора по научной работе Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, д.м.н. Т.Н. Юрьевой

Отвечая на вопрос об итогах развития науки в Иркутском филиале МНТК в 2016 году, Андрей Геннадьевич Щуко сразу оговорился, что лучше Татьяны Николаевны Юрьевой о научном направлении деятельности филиала никто не расскажет. Мы с удовольствием приняли предложение побеседовать с Татьяной Николаевной на эту тему.

— Татьяна Николаевна, позвольте не ограничивать временные рамки 2016-м годом. Уже третий год подряд Иркутский филиал занимает лидирующую позицию не только по объемам работы, но и по научным показателям в системе МНТК. Расскажите, пожалуйста, о ваших достижениях за последнее время.

— Огромным достижением за последние годы является именно то, что Иркутский филиал МНТК заявил о себе не только в России, но и за рубежом. На сегодняшний день мы имеем международные награды и первые места за видеопрезентации и доклады на последних двух конгрессах ESCRS (Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов). Авторы видеопрезентаций — заведующие хирургическими отделениями, к.м.н. Н.Я. Сенченко и к.м.н. М.А. Шантурова. Две публикации и видеожурнал выложены на сайте ESCRS. В последние годы мы довольно активно начали публиковаться в зарубежных журналах: Indian Journal of Ophthalmology, Ophthalmology; сейчас готовится публикация в Eye Research. Был заключен договор с исследовательской группой Eye Research по тематике докторской диссертации О.И. Розановой, а именно: по исследованию бинокулярного зрения и пресбиопии. Сейчас повышенное внимание уделяется исследованиям пресбиопии, ученые пытаются ответить на глобальный вопрос: что необходимо сделать, чтобы люди и в пожилом возрасте не пользовались очками. В этом году на конференции Presbimania Ольга Ивановна участвовала в качестве приглашенного лектора. Я расцениваю это как признание иркутской школы мировым офтальмологическим сообществом.

За последнее время вышли в свет две знаковые монографии: «Ультразвуковая диагностика в офтальмологии» (авторы — А.Г. Щуко, Т.Н. Юрьева, С.И. Жукова), которая за 4 года была уже дважды переиздана, и монография «Лазерная хирургия сосудистой патологии глазного дна» (под. ред. А.Г. Щуко). В этом году мы планируем выпустить второе издание, в котором будет расширен спектр заболеваний; монография будет называться «Лазерная хирургия в офтальмологии».

Мы продолжаем проводить исследования по глаукоме; являемся членами Европейского глаукомного общества, Российского глаукомного общества; участвуем как соавторы в подготовке всех изданий «Национального руководства по глаукоме»; в «Национальном руководстве по офтальмологии» мы являемся авторами трех глав, посвященных глаукоме. Приоритетное направление — редкие формы глаукомы; особое внимание мы уделяем вопросу ведения пациента в послеоперационном периоде — проблеме рубцевания и его ограничения. При глаукоме 80% успеха зависит от хирургического вмешательства и 20% — от послеоперационного ведения, и чаще всего к неуспеху ведет именно избыточное рубцевание. Две диссертационные работы — кандидатская и докторская — посвящены именно этой проблеме.

За последнее время были защищены 5 кандидатских диссертаций: по мультифокальной коррекции (О.П. Мищенко), две работы посвящены исследованию косоглазия, амблиопии, контактной коррекции миопии мультифокальными КЛ; в 2016 году защищена работа на стыке педиатрии и патологической физиологии, посвященная изменению зрительной функции у детей с эссенциальной артериальной гипертензией. У детей-гипертоников часто развивается метаболический синдром, ведущий к серьезным изменениям зрительной системы. Если не остановить гипертонию, во взрослом состоянии человек столкнется с серьезными проблемами.

Серьезное внимание мы уделяем патологии глазного дна, хирургии катаракты, рефракционной хирургии. Я считаю, что в России мы являемся первыми в освоении методики SMILE: по количеству проведенных операций, опыту, по совершенствованию методики. Мы опережаем своих коллег в освоении новейших диагностических методик, а именно: ОКТ в режиме ангио; мы в лидерах по количеству публикаций и выступлений на конференциях.

— Вы видите в сотрудниках заинтересованность заниматься наукой? Я задаю этот вопрос, так как понимаю, что основная задача МНТК — хирургическая деятельность.

— Полностью с вами согласна. Научная работа филиала до моего назначения на должность находилась на очень высоком уровне. Возглавлял научное направление профессор Владимир Владимирович Малышев, патофизиолог по специальности. Возможно, именно благодаря этому мы научились у него правильно смотреть на научные исследования. Любое исследование должно иметь под собой серьезную базу. Если ты изобрел новый шов, это далеко не наука. Даже под новый шов должна быть подведена патофизиологическая база: для чего он нужен, и насколько изобретение повлияет на весь процесс. То есть В.В. Малышев создал серьезную базу, на которую легко было накладывать офтальмологию. Это, очевидно, приводит к хорошим результатам. Теперь любую нашу работу легко узнать по серьезной патофизиологической «начинке». И мы без этого уже не можем, т.к. глаз — это часть всего организма, и если в органе зрения есть болезнь, что-то должно было к этому привести: в сосудистых заболеваниях надо искать системные нарушения; в обменных нарушениях — также системные нарушения. Катаракта у одного человека возникает в 40 лет, у другого — в 80, что связано либо с генетикой, либо с обменными процессами.

Диссертация, подготовленная О.И. Розановой, имеет базу, которую заложили советские физиологи прошлого столетия, изучавшие механизмы пространственного зрения. Это — школа Льва Николаевича Могилева. Долгое время диссертации, защищавшиеся по этой теме, были засекречены, т.к. на разработки обратили внимание японские и американские ученые. Только в течение последних 10 лет стали защищаться клинические работы, в основе которых лежат исследования отечественных ученых в области физиологии зрительной системы. Если быть точнее — метод бинариметрии. Самое главное, что эти физиологические основы нашли свое применение в клинической практике.

Возвращаясь к вашему вопросу относительно заинтересованности врачей заниматься наукой. Проблема на самом деле стоит довольно остро: по штатному расписанию в институте только два (!) научных сотрудника: Андрей Геннадьевич и я. Все остальные — врачи, работающие с 8-ми до 8-ми. Все заведующие — люди, работающие в МНТК с первого дня, поэтому стремление быть первыми в них заложено еще Святославом Николаевичем Федоровым. Мы призываем докторов анализировать свою работу, свои действия при хирургических вмешательствах; им становится интересно понять, почему с одним пациентом получается один результат, а в другом, казалось бы, аналогичном случае — результат совершенно другой. Конечно, еще Федоров говорил об этом, большое значение имеет моральный и материальный стимул. Если люди ведут научные исследования, хотят развиваться, узнать, как развивается офтальмология в Европе, Америке, у них есть возможность уехать за границу за счет филиала, и это всячески поощряется. Если у врача 5 лет стажа, но он занимается наукой, пишет статьи, готовит доклады, представляет тезисы на всероссийских, зарубежных конференциях, он поедет за границу; если у доктора 20 лет стажа, но он не занимается наукой, он будет, как робот, выполнять рутинную, хирургическую работу.

— Ухудшение отношений с западными странами сказывается на общении с зарубежными коллегами?

— Самое тяжелое впечатление оставила встреча с украинскими коллегами на одной из международных конференций. Те люди, с которыми мы раньше общались, как с близкими друзьями, делают вид, что нас не замечают. В прошлом году на конгрессе Европейского Офтальмологического Общества (SOE) группа украинских офтальмологов освистала российского коллегу, когда тот поднялся на трибуну. Не могу сказать, с чем это связано, но в прошлом и в 2015 году на европейских конгрессах приняли меньше устных докладов российских офтальмологов; на форумах в США ничего подобного не происходило. В этом, 2017 году, мы подали тезисы к докладам на несколько европейских конференций и видим, что все встало на свои места.

— Как Вам работается под руководством Андрея Геннадьевича?

— Андрей Геннадьевич — энтузиаст, он всех «зажигает» новыми идеями. Он может быть жестким, с одной стороны, с другой — он трепетно относится к своему коллективу, начиная с санитарки, кончая ведущим хирургом. Мы все знаем, что если у кого-то возникает проблема, пусть даже семейная, она может быть решена на уровне директора. Если это в его силах, Андрей Геннадьевич всегда поможет любому человеку.

Наш директор — перфекционист. Все должно быть в идеальном состоянии: территория, здание, сотрудники…

— Начальник гаража филиала имеет научную степень…

— Все должно быть прекрасно! Безусловно, у нас единоначалие, но при этом работают все. У сотрудника есть круг ответственности, свой блок вопросов, он их решает, и ему в голову не придет по любому пустяку бежать в кабинет директора. Я все свои вопросы должна решить сама. Только после этого я докладываю Андрею Геннадьевичу о результатах. В самом крайнем случае, если самой что-то не удается, мы решаем проблему вместе. План работы обсуждается с директором, выполнение плана лежит только на ответственном за участок или за проблему. Так организована работа клиники во всех подразделениях. К примеру, филиал должен освоить кератопластику, и заведующий отделением будет созваниваться с московским руководством, решать вопросы доставки оборудования и т.д. Директор подключается только на этапе оплаты и подготовки соответствующих приказов.

Есть категория руководителей, которые уверены, что без их участия не решится ни один вопрос, и лезут во все мелочи. У таких директоров сотрудники выступают в роли сторонних наблюдателей.

— Андрей Геннадьевич — человек, несомненно, творческий. Были случаи, когда он выдвигал какую-нибудь идею, казавшуюся всем нереальной, фантастической, а затем, со временем оказывалось, что он прав?

— Прежде всего, у него чутье на людей. Например, я всю жизнь занимаюсь глаукомой, глаукома — мой конек. Возникала потребность развивать в филиале образовательную деятельность, и Андрей Геннадьевич предложил мне вести это направление. Три раза я отказывалась, давала понять директору, что из клинической работы никуда не уйду. Наконец, он уговорил меня хотя бы попробовать, и мне настолько понравилось, вы не можете себе представить! Я быстро втянулась, с огромным удовольствием читаю лекции. Примерно то же самое произошло, когда Андрей Геннадьевич предложил мне взять на себя научное направление.

Иногда мы обсуждаем научные проблемы, и вдруг у него возникает идея, о которой ты даже и подумать не мог; в результате может получиться интересная «фишка». Первый прибор ОКТ в России появился у нас; в страну его ввозили как запчасти. Он еще не был лицензирован, а уже стоял в нашем филиале. Четыре года назад мы первые приобрели ангио-ОКТ. Кандидатская диссертация Андрея Геннадьевича была посвящена амблиопии у детей, и тогда им была разработана методика лазерной стимуляции сетчатки, и на сегодняшний день это — единственный метод, дающий клинический эффект при глубокой степени амблиопии.

— Какие качества выдают в человеке способность заниматься наукой?

— Прежде всего, человек не должен быть ленивым, потому что научные исследования — это адский труд. Часто приходится приезжать в субботу и в воскресенье, потому что у врачей в рабочее время практически нет возможности пообщаться со мной. В человеке должна быть определенная амбициозность, желание показать другим людям результаты своего труда. Часто на конференциях приходится слышать реакцию некоторых слушателей на доклад: «Да мы так уже давно оперируем!» А кто знает, что вы такие умные и так оперируете? Покажите это другим, поделитесь своими умениями. И, конечно, в науке не обойтись без определенного склада ума. Необходимо уметь анализировать результаты, видеть перспективу дальнейшей работы. Кроме того, у человека должно быть желание что-то поменять в работе, уйти от обыденности, превратить рутину в творчество. Иногда бывает достаточно посмотреть на свою работу под другим углом, чтобы увидеть в ней массу интересного. Главное, чтобы в человеке изначально не было неприятия научной работы, остальное будет зависеть от того, в каком коллективе он работает, как его будут стимулировать. Иногда придет доктор и просит: «Татьяна Николаевна, я хочу заниматься этой работой, но только пинайте меня каждый день».

— Но ведь «пинать» человека можно тогда, когда в круг его обязанностей, помимо клинической, будет входить и исследовательская работа. А если ему предписано только лечение больных, как ему «вписать» в рабочий график занятия наукой?

— Приборный парк, лабораторная база, договорные отношения, связывающие филиал с другими организациями нашего города или, например, Новосибирска с его колоссальным научным потенциалом, позволяют врачу в рабочее время на рабочем месте набирать огромный научный материал. Например, пациент «К» входит в научную тему доктора, и пациенту вместо стандартных исследований (острота зрения, ВГД) будут проведены все те исследования, которые необходимы для оценки проблемы именно с научной точки зрения: ОКТ, кровь на гормоны, на липиды, его слезу отправят в Новосибирск на иммунологию и т.д. Пациенту выгодно: все многократные исследования проводятся бесплатно, а доктор одномоментно наберет себе клиническую группу.

— Но за то время, что доктор занимается одним пациентом, входящим в его клиническую группу, он мог бы принять пять обычных пациентов…

— Коллеги знают, что доктор, помимо клинической работы, ведет и научную, и берут на себя часть его нагрузки. В другой раз они поменяются ролями. За счет доброго, человеческого отношения друг к другу врачи имеют возможность выполнять достаточно большой объем научной работы не в ущерб клинике.

— И все-таки, как вам из «призеров» удалось вырваться в лидеры и три года никому не уступать пальму первенства среди филиалов МНТК?

— Когда три года назад у нас сложилась непростая ситуация, коллектив в едином порыве сплотился вокруг Андрея Геннадьевича, чтобы доказать, что мы все за нашего директора и у нас все хорошо. Тогда мы работали буквально на износ и… вырвались на первое место. А сейчас уступать завоеванные позиции уже не хочется.

— Иными словами, это была «шоковая терапия».

— Вы правы, это была настоящая шоковая терапия.

— В филиале пока один профессор. Когда ожидать прибавления?

— Документы в ВАКе, ждем решения.

— Надеемся, Вам не придется долго ждать положительного решения.

Интервью провели
Лариса и Сергей Тумар

16-17 марта 2017
Сочи, отель Pullman

15я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

«Современные технологии лечения витреоретинальной патологии»

ТЕМАТИКИ:

- система организации высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с патологией сетчатки и стекловидного тела;
- эндовитреальная и эписклеральная хирургия;
- лазерные методы лечения;
- терапевтические аспекты лечения витреоретинальной патологии;
- офтальмоонкология;
- лазерная и витреальная хирургия ретинопатии у детей

Под эгидой Министерства здравоохранения Российский Федерации

Организаторы

Федеральное государственное автономное учреждение межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С. Н. Федорова Министерства здравоохранения Российской Федерации. www.mntk.ru

Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

WWW.RETINA-CONGRESS.RU

URSAPHARM Arzneimittel GmbH
Ваш эксперт в решении проблем «сухого глаза»
Уже более 10 лет инновационные продукты для увлажнения глаз
HYLO® ЗАБОТА О ГЛАЗАХ

Постоянное использование

ХИЛО-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота
При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза»;
до и после хирургического лечения. Лидер продаж в Германии* и России**
Препарат года с 2007 по 2013 в Германии***
До 3-й степени сухости

ХИЛОМАКС-КОМОД® 0,2% гиалуроновая кислота
Длительное интенсивное увлажнение
Высокая концентрация и высокая вязкость
При тяжелых формах синдрома «сухого глаза»
1-4 степень сухости

Бережный уход и восстановление

ХИЛОЗАР-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота + декспантенол
Увлажнение глаз и заживление повреждений
Дневной уход. Вместо мази в течение дня
При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», способствует заживлению повреждений глазной поверхности
До 3-й степени сухости

ХИЛОПАРИН-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота + гепарин
Увлажнение и восстановление
Уход при раздражении роговицы и конъюнктивы
При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», включая хроническое воспаление роговицы
До 3-й степени сухости

Защита в ночное время

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

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

* ИНСАЙТ ХЕЛС (Май 2012)
** Среди продуктов гиалуроновой кислоты IMS Health Russia (2013)
*** Результаты исследования Федеральной ассоциации фармацевтов Германии (BVDA)

«Университетская клиника» — это бренд, которого мы хотим быть достойны!

> стр. 1 В научном мире Земфира Ахияровна стала известна как специалист по разработке методов лечения органа зрения при механических травмах и химических ожогах с использованием антибактериальных, противоожоговых и ранозаживляющих препаратов. Она автор более 200 научных трудов и 25 изобретений.

Корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с З.А. Даутовой и её сотрудниками, чтобы представить нашим читателям офтальмологическую клинику, а также узнать о личности и пути в науке её руководителя.

Заведующая офтальмологической клиникой Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, д.м.н. **З.А. Даутова**:

Индивидуальный подход — главная особенность нашей работы

— Земфира Ахияровна, для коллег-офтальмологов Ваше назначение на должность заведующей офтальмологической клиникой петербургского вуза не было неожиданным. Вы являетесь представителем уфимской офтальмологической школы, пользующейся заслуженным авторитетом в нашей стране и за её пределами. Мне хотелось бы начать нашу беседу с Вашей жизни и работы в Уфе.

— Мне повезло, что я как врач-офтальмолог сформировалась именно в Уфе. Специализированная офтальмологическая помощь в этом городе стала оказываться ещё во второй половине девятнадцатого века. В 1886 году было создано Уфимское отделение Попечительства о слепых Императрицы Марии Александровны. В 1901 году Попечительство открыло в Уфе глазную лечебницу.

В 1926 году был создан Башкирский трахоматозный научно-исследовательский институт. В 1965 году он получил своё нынешнее название — «НИИ глазных болезней». Уфимский НИИ и в советские годы, и в новой России всегда позиционировал себя как межрегиональный научный и лечебный центр. Его деятельность имела решающее значение для ликвидации трахомы в Поволжском регионе. И в дальнейшем в Уфе активно разрабатывались и внедрялись новые, передовые офтальмологические технологии.

— Почему Вы решили стать врачом? Почему в качестве специализации выбрали офтальмологию?

— Я родилась Башкортостане, в городе Октябрьском. Среди родственников было много врачей — в том числе врачей-офтальмологов. Моя тётя, участник Великой Отечественной войны, к.м.н. Мазгуда Арслановна Кальметьева с 1965 года по 1980 год возглавляла Уфимский НИИ глазных болезней и внесла большой вклад в развитие этой организации. Долгие годы в Институте работал и её сын, к.м.н. Гумер Галиевич Кальметьев. Один из моих дядей — Марат Махмутович Сакаев — известный башкирский хирург.

Поэтому можно сказать, что в медицину, в офтальмологию меня привели семейные узы, семейные традиции. И я об этом не жалею! В стенах Института глазных болезней мне довелось побывать ещё до поступления в медицинский вуз. В студенческие годы я работала медсестрой в этом учреждении. После окончания учёбы пришла на работу в качестве врача, а потом — научного сотрудника.

— В Башкирском государственном медицинском институте Вы учились в семидесятые годы. Какие воспоминания остались у Вас о годах учёбы?

— Профессором фармакологии в те годы работал Евгений Константинович Алёхин, который до сих пор является сотрудником института. Общение с ним сыграло огромную роль в моей жизни. До сегодняшнего дня сфера моих научных интересов находится на стыке офтальмологии и фармакологии. В течение нескольких десятилетий я занимаюсь вопросами разработки и внедрения новых офтальмологических препаратов. Евгений Константинович стал моим научным консультантом докторской диссертации.

Кафедру офтальмологии во времена моего студенчества возглавлял профессор Радомес Габдуллович Кудояров. Именно его заслуга состоит в том, что многие студенты-медики заинтересовались офтальмологией, выбрали её в качестве своей специализации, сделали первые самостоятельные шаги в науке.

Ещё учась в институте, я познакомилась с профессором Маратом Талгатовичем Азнабаевым, который в последующие годы стал директором Института глазных болезней и моим учителем в офтальмологии. Под его научным руководством была защищена кандидатская диссертация. Он также стал научным консультантом докторской диссертации.

— Расскажите, пожалуйста, о Вашей работе в Институте глазных болезней.

— В Институте я проработала до 2008 года. Пришла на должность врача, в 1993 году стала старшим научным сотрудником после защиты кандидатской диссертации. С 2001 года по 2006 год занимала должность заместителя директора. Одновременно с 1999 года по 2006 год была главным внештатным офтальмологом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан.

С 1980 года по 2005 год должность директора Института занимал Марат Талгатович Азнабаев. С 2006 года директором стал Мухаррам Мухтарамович Бикбов. Мне довелось поработать с обоими руководителями.

Думается, что в Уфимском НИИ глазных болезней удаётся сочетать традиции и новаторство. Каждый новый директор бережно относится к опыту, традициям, разработкам, созданными предшественниками, к личностному потенциалу коллектива.

С начала нулевых годов при активном участии НИИ глазных болезней в Башкирии стали организовываться межрайонные микрохирургические центры, которые создавались на базе районных больниц. Система на сегодняшний день отлично работает! Высокотехнологичные операции успешно выполняются по месту жительства пациентов.

— Вы не только являлись заместителем директора Уфимского НИИ глазных болезней, но и возглавляли его отдел травматологии.

— В отделе травматологии я работала с момента окончания института. Травмы органа зрения — одна из главных моих научных тем. Изучение последствий тяжелых травм и побудило к разработке препаратов ранозаживляющего действия.

— В жизни каждого учёного важными вехами становятся защиты кандидатской и докторской диссертаций.

— Кандидатом медицинских наук я стала в 1992 году. Докторскую диссертацию защитила в 2000 году. Кандидатская диссертация была посвящена клинико-экспериментальному изучению эффективности биостимуляторов репаративной регенерации роговой оболочки глаза. Я изучала лекарственные препараты биологического происхождения, которые используются для заживления ран при ожогах, воспалительных заболеваниях глаз, механических травмах и т.д.

Проводилось комплексное изучение свойств нового вещества, которое впоследствии было названо «Керакол». Эти исследования являлись частью большой комплексной работы по практическому применению биостимуляторов в офтальмологии, которая проводилась с 1978 года в Уфимском научно-исследовательском институте глазных болезней совместно с ГосНИИ по стандартизации и контролю лекарственных препаратов, Институтом химии Башкирского отделения Уральского филиала Сибирского отделения АН СССР и НПО «Иммунопрепарат», а также Всесоюзным НИИ медицинской техники.

В рамках работы над диссертацией был разработан, запатентован и внедрён новый лекарственный препарат — «Керакол». В основе препарата — нативная измельчённая роговица крупного рогатого скота. Среди прочего в этой научной работе идёт речь о тканеспецифичности. Если формулировать простым языком, то для лечения роговицы человека должна использоваться именно роговица животных, а не какая-либо другая ткань.

— Препарат «Керакол», о котором Вы говорили, в настоящее время производится в нашей стране?

— Он производился на Уфимском заводе НПО «Иммунопрепарат». Препарат пользовался успехом у специалистов и пациентов. Но в настоящее время, к сожалению, завод перепрофилировали. И больше этот препарат они не производят.

— Расскажите, пожалуйста, о докторской диссертации.

— Докторская диссертация стала развитием и продолжением темы кандидатской. Она была посвящена анализу методов лечения травм и воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза. В частности, были проанализированы методы лечения ожогов органа зрения, вызванные использованием газовых баллончиков. В те годы это была актуальная тема! Вообще, мне интересно заниматься научными темами, которые имеют высокий общественный резонанс.

В рамках докторской диссертации был представлен новый препарат — «Азидарег», в разработке которого мне довелось принять участие. Этот препарат был создан и запатентован в различных видах: геля, мази, глазных капель, раствора для хранения трансплантатов.

— В чём состоит новизна, в чём особенность этого препарата?

— Мы обнаружили, что для заживления роговицы эффективно действует сочетание двух биологически активных компонентов: хондраитина-сульфата и кератан-сульфата. Из этих двух компонентов и состоит наш препарат. В разработке препарата принимала участие профессор, доктор химических наук Наталья Николаевна Сигаева, которая до сегодняшнего дня активно сотрудничает с НИИ глазных болезней.

— Над какими научными темами, над какими проблемами Вы работаете в настоящее время?

— Если описать мою научную биографию одним предложением, то можно сказать так: главное дело моей жизни — это разработка новых офтальмологических лекарственных препаратов. Разумеется, эта работа никогда не ведётся в одиночку. В ней участвуют самые разные специалисты: офтальмологи, химики, фармакологи, технологи.

Ещё одна сфера моих научных интересов — лечение зрительных нарушений у пациентов с опухолями хиазмально-селлярной области, методики диагностики этих опухолей и методы реабилитации пациентов после проведения операций. Сотрудница Уфимского НИИ глазных болезней Земфира Рафаиловна Муслимова сейчас завершает кандидатскую диссертацию по этой теме. Научная работа ведется совместно с моим однокурсником, нейрохирургом, профессором Шамилем Махмутовичем Сафиным.

— Речь идёт о злокачественных или о доброкачественных опухолях?

— Это могут быть и доброкачественные, и злокачественные опухоли. Их воздействие на орган зрения является идентичным. Происходит «сдавливание» зрительного нерва, что ведёт к его частичной или полной атрофии.

— Полная атрофия зрительного нерва означает безвозвратную слепоту. В нашей газете действует рубрика «К незримому солнцу». И целый ряд героев этой рубрики потеряли зрение именно вследствие опухолей головного мозга.

— Я бы хотела пояснить: как правило, люди теряют зрение не вследствие опухолей, а потому, что эти опухоли выявляются и оперируются слишком поздно! И тогда пациенту уже невозможно вернуть зрительные функции. Но если опухоль выявлена на ранней стадии, если при лечении пациента успешно взаимодействуют офтальмологи, эндокринологи, неврологи, нейрохирурги, то результат будет успешным. И тогда пациент после проведения операции сохранит хорошее зрение и вернётся к нормальной жизни.

— Почему всё-таки опухоли головного мозга выявляются слишком поздно?

— Причин много, ранняя диагностика этих опухолей может быть достаточно сложной. К сожалению, и в работе наших коллег-офтальмологов случаются ошибки и недоработки. В последние годы в России стали внедряться новые методики диагностики. В частности, проводится сканирование ретинальной камеры диска зрительного нерва. К сожалению, оборудование для подобных исследований есть далеко не во всех клиниках, и не во всех регионах.

— Но даже если диагноз поставлен своевременно, и операция по удалению опухоли прошла успешно, то лечение ещё не завершено.

— Конечно. Такие пациенты нуждаются в комплексной программе реабилитации, в разработке и в осуществлении которой должны участвовать и неврологи, и эндокринологи, и офтальмологи. Они должны координировать свои усилия!

В Уфе проводились научные исследования по использованию метода электростимуляции зрительного нерва после проведения операций по удалению опухолей головного мозга. В этой методике использовался отечественный прибор «ЭСОМ — КОМЕТ». И методика доказала свою эффективность!

Ещё одна научная тема, которая меня интересует — синдром «сухого глаза» при ревматизме. Для лечения этого заболевания тоже требуется междисциплинарное взаимодействие. Сотрудники нашей клиники совместно с ревматологами университета активно изучают эту проблему.

— Судя по нашему разговору, можно судить о многогранности, разносторонности Ваших научных интересов. Не могу не спросить у Вас об импортозамещении в сфере производства лекарственных средств. Всю свою жизнь Вы занимаетесь разработкой новых лекарств. Как Вы оцениваете нынешний уровень развития российской фармакологической промышленности?

— В последние годы российские фармакологи достигли определённых успехов. Об этом может судить пациент, пришедший в любую аптеку. В частности, в последние годы появились эффективные отечественные препараты на основе гиалуроновой кислоты для лечения синдрома «сухого глаза», антибиотики для лечения воспалительных заболеваний глаз.

— Что нужно предпринять, чтобы работа шла более эффективно, чтобы качественных отечественных лекарств становилось больше?

— Необходимо совершенствовать патентную работу. Надо развивать защиту российских патентов и в стране, и в мире. Я говорю не только о новых разработках! Можно обратиться и к советским патентам, не потерявшим своей актуальности до сих пор.

Несомненно, России нужно больше проектов, направленных на развитие медицины и фармакологии!

— С 2008 года по 2011 год Вы работали в Татарстане, в городе Альметьевске, возглавляли офтальмологическое отделение медицинского центра ОАО «Татнефть». Что подвигло Вас уехать из Уфы в провинциальный Альметьевск?

— Я приехала в Альметьевск в январе 2008 года, а уже в июне состоялось открытие нового медицинского центра ОАО «Татнефть». Я никогда не рассматривала Альметьевск как «провинциальный городок». Это современный промышленный центр, в котором реализуются интереснейшие проекты, в том числе и в сфере медицины. Мне было очень интересно принять участие в одном из них.

ОАО «Татнефть» вложило огромные средства в создание нового медицинского центра. Необходимо было привлечь квалифицированных специалистов, гарантирующих грамотное, эффективное их расходование. Из Уфимского НИИ глазных болезней в Альметьевск пригласили двух человек — д.м.н. Игоря Николаевича Серёжина и меня. Игорь Николаевич и сегодня продолжает успешно возглавлять организованное нами отделение.

Мне думается, что создание современной клиники в Альметьевске, способной оказывать медицинскую помощь на уровне лучших столичных клиник, это пример социально ответственного ведения бизнеса. Эта клиника была создана не только для сотрудников «Татнефти». Она существенно улучшила медицинское снабжение всех жителей Альметьевска и соседних районов Татарстана. Мне успешно удавалось работать с главным врачом клиники, к.м.н. Муниром Халяфовичем Закирзяновым, который поддерживал меня во всех делах и начинаниях.

Прийти работать в клинику ещё на этапе её создания было очень интересно. Я участвовала в закупке оборудования, в найме персонала… За эти несколько лет был приобретён большой организационный опыт.

— Можете ли Вы использовать этот организационный опыт на новом месте работы?

— Конечно, опыт работы в Уфе и Альметьевске можно использовать в Санкт-Петербурге. Но я прекрасно понимаю, что должность заведующей офтальмологической клиникой Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова предполагает необходимость постоянно совершенствовать свою работу, учиться новому, осваивать новые медицинские технологии и организационные методы работы.

Я очень благодарна ректору нашего университета, д.м.н., профессору О.Г. Хурцилава за приглашение стать руководителем офтальмологической клиники и воспринимаю эту должность как большую честь и большую ответственность. Особенно я благодарна Отари Гивиевичу за то, что предложение возглавить клинику он сделал мне в 2011 году, когда происходил трудный, важный и необходимый процесс слияния двух учебных и лечебных заведений.

Перед нами, перед всеми сотрудниками, стояла задача создания нового федерального учебного, лечебного и научного учреждения. Клиническая база — важнейшая составная часть медицинского вуза.

Д.м.н. З.А. Даутова на приеме

«Университетская клиника» — это бренд, которого мы хотим быть достойны!

Очевидно, что в любой стране мира к университетской клинике, в том числе к офтальмологической клинике, предъявляются особые требования. Это касается внедрения самых современных технологий лечения, создания комфортных условий для пациентов, активного вовлечения сотрудников в научную работу. В университетской клинике должны работать не просто врачи, а учёные-медики!

Индивидуальный подход к пациенту — главная особенность нашей работы. В стационаре 55 коек, работают около 50 сотрудников, из них четыре кандидата и два доктора медицинских наук. За год медицинскую помощь получают четыре с половиной тысячи пациентов, проводится более трёх тысяч операций, включая лазерные вмешательства.

Наш принцип: мы лечим не болезнь, а конкретного пациента. Поэтому сотрудники делают всё от них зависящее, чтобы нам доверяли и хотели лечиться именно у нас.

Несомненно, университетская клиника не может существовать без кафедры. Сегодня кафедру возглавляет профессор Эрнест Витальевич Бойко, который широко известен в профессиональных кругах.

Сотрудники кафедры, помимо преподавательской работы, активно участвуют в консультативной, лечебной и хирургической деятельности. Нельзя не отметить большой личный вклад в деятельность нашей клиники профессоров Леонида Иосифовича Балашевича и Валентины Михайловны Хокканен.

— Какие задачи были поставлены перед Вами при вступлении в новую должность?

— Задачу, которую ректор поставил передо мной, можно сформулировать так: повышение конкурентоспособности клиники на рынке медицинских услуг. Термины «конкурентоспособность» и «рынок» пришли к нам из экономической сферы. Но они вполне применимы и к здравоохранению.

Мы лечим людей, делаем их жизнь лучше. Но одновременно мы оказываем им определённые услуги и, как любой поставщик услуг, находимся в естественной конкуренции с аналогичными медицинскими центрами.

— Что именно Вы имеете в виду, когда говорите о «конкурентоспособности» клиники?

— В первую очередь, речь идёт о репутации клинике, её известности в Санкт-Петербурге и далеко за его пределами. В 2011 году доля пациентов из других регионов составляла всего 7%. На сегодняшний день 40% наших пациентов приезжают к нам из других регионов России: от Камчатки до Калининграда.

Мы работаем в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС). Также взаимодействуем с частными пациентами. Оказываем высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) по соответствующей федеральной программе.

— Какие операции производятся у Вас в клинике?

— Мы осуществляем практически все виды хирургических вмешательств на переднем и заднем отрезках глаза. Пациенты обращаются к нам в связи с необходимостью проведения рефракционных и катарактальных операций. Проводятся микрохирургические вмешательства при патологии глазного дна и глаукоме и во многих других случаях. Также хотим в ближайшее время заняться внедрением кератопластики.

Кстати, пять лет назад витреоретинальные операции у нас не проводились. Клиника осуществляла микрохирургические вмешательства исключительно на переднем отрезке глаза. На сегодняшний день витреоретинальная офтальмохирургия является неотъемлемой частью нашей работы.

— Какие планы Вы ставите перед собой и перед коллективом клиники?

— Нам важно совершенствовать взаимодействие клиники и кафедры офтальмологии нашего вуза. В Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова для этого созданы все условия! Среди сотрудников клиники и сейчас есть аспиранты и ординаторы кафедры. Хотелось бы, чтобы таких людей становилось больше.

Мы будем и дальше уделять внимание научной, публикационной активности сотрудников.

Что касается лечебного процесса… Серьёзные коррективы здесь не требуются. Но организация лечебного процесса всегда находится под контролем клинического управления университета.

Офтальмологическая клиника ощущает всесторонню поддержку ректора и всего коллектива нашего университета. За эти годы произошло не просто слияние двух вузов, а рождение нового коллектива, создание медицинского центра федерального значения.

— Земфира Ахияровна, в завершение нашей беседы хотелось бы побольше узнать о Вас как о человеке. Как Вы любите отдыхать, чем занимаетесь в свободное время?

— Моя семья — это дочь Гульнара и внучка Даша. Они продолжают жить в Уфе. Когда есть возможность, стараюсь летать к ним. Это доставляет мне наибольшую радость и служит лучшим отдыхом! В Санкт-Петербурге с удовольствием посещаю музыкальные и драматические спектакли, музеи, люблю гулять по историческому центру города.

Заведующая отделением офтальмологической клиники Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова **Ю.В. Матёрова**:

С университетом Мечникова я связана со школьной скамьи

— Юлия Витальевна, Вы работаете в клинике уже более двадцати лет, более десяти лет являетесь руководителем отделения. Не могли бы Вы поделиться своими воспоминаниями?

— Сотрудником офтальмологической клиники нашего вуза я стала в 1995 году. А вообще, с Северо-Западным государственным медицинским университетом им. И.И. Мечникова я связана со школьной скамьи, ещё с советских времён. В то время он назывался «Ленинградский санитарно-гигиенический институт им. И.И. Мечникова». При вузе существовал Малый факультет, который и сегодня успешно работает.

Я посещала лекции, семинары, практические занятия, экскурсии, которые устраивались для школьников. И возникло желание поступить в вуз, стать врачом. В 1988 году я окончила лечебный факультет, потом училась в интернатуре по офтальмологии в Первом медицинском институте. Стала работать в районной поликлинике в качестве врача-офтальмолога. Но возникло желание повысить свою квалификацию. Я вернулась в родной вуз клиническим ординатором, а потом осталась в качестве сотрудника офтальмологической клиники.

— Нынешняя клиника была создана на базе двух стационаров: клиники университета Мечникова и клиники МАПО. Как Вы считаете, это объединение пошло на пользу делу?

— Оно не просто пошло на пользу делу, а было жизненно необходимо! Произошло не просто «механическое объединение» двух стационаров, а создание новой, современной, эффективно работающей клиники.

— У Вас действуют два отделения. Чем они отличаются?

— Единственное отличие состоит в том, что первое отделение, которым руководит к.м.н. Е.В. Клюшникова, занимается хирургическими вмешательствами и на переднем, и на заднем отрезках глаза. Наше отделение специализируется исключительно на переднем отрезке глаза.

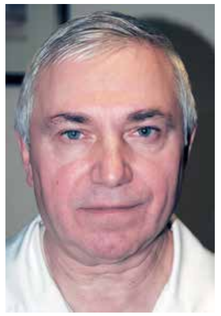
— Считается, что хирургия, в том числе офтальмохирургия — это мужская профессия. Вы согласны с такой точкой зрения?

— Нет, конечно! У нас обеими хирургическими отделениями, как и всей клиникой, руководят дамы. И мы вполне справляемся со своей работой!

Среди «звёзд хирургии», на самом деле, больше мужчин. Может быть, это связано с тем, что мужчины умеют лучше «подать себя», лучше себя прорекламировать… С другой стороны, среди знаменитых шеф-поваров тоже в основном мужчины. Но это ведь совсем не значит, что женщины не умеют готовить! Современные женщины могут всё: и у плиты стоять, и хирургические операции проводить.

— Что бы Вы пожелали своим коллегам?

— Мои главные пожелания: укреплять творческие связи с кафедрой офтальмологии и другими подразделениями родного вуза и постоянно стремиться к профессиональному росту. Надеюсь, что так и будет!



Заведующий рефракционным отделением офтальмологической клиники Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова **А.Н. Борисов**:

Максимальная информированность пациентов — залог успешной работы

— Александр Николаевич, хотелось бы узнать о Вашей работе в клинике, а также предыдущем врачебном и жизненном опыте?

— Я родился в 1956 году в Алтайском крае. Выпускник Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Долгие годы жизни связаны со службой в советских и российских Вооруженных Силах. Лейтенантские погоны получил в 1979 году. Уволился в запас в звании подполковника в 1998 году.

Военно-медицинская служба проходила у меня в разных регионах и даже странах. С 1979 года по 1982 год я был начальником медицинского пункта воинской части в Калининградской области. С 1982 года по 1985 год — начальником офтальмологического отделения госпиталя в Первомайском районе Алтайского края. Перед самым распадом Советского Союза, с 1987 года по 1991 год, служил в Риге старшим ординатором глазного отделения окружного госпиталя.

Из холодной Латвии попал в жаркую Анголу. Меня послали в длительную командировку в качестве ведущего врача-офтальмолога Центрального военного госпиталя в ангольском городе Уамбо. Два года проработал в Африке — и меня направили на Крайний Север. С 1992 года по 1996 год я был начальником глазного отделения гарнизонного госпиталя города Мурманска.

С 1996 года живу в Санкт-Петербурге. Два года служил в качестве врача-эксперта-офтальмолога окружной военно-врачебной комиссии. А потом уволился в запас, чтобы «найти себя» в гражданской жизни. Мне довелось поработать и в частной, и в государственной системе здравоохранения…

Кстати, Ангола не осталась моим единственным зарубежным опытом. С 2004 года по 2008 год я по контракту работал в Китае врачом-офтальмологом глазного отделения Центральной Народной больницы города Лоян. В марте 2012 года стал сотрудником офтальмологической клиники Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. В июле того же года возглавил рефракционное отделение.

— Богатый жизненный и врачебный опыт помогает Вам в Вашей нынешней работе?

— Думаю, что да. В том числе и опыт военной службы. Ведь врач-офтальмолог, в частности, сотрудник рефракционного отделения, должен не просто проводить микрохирургические операции, но и общаться с пациентом. Максимальная информированность пациентов — залог успешной работы. Пациент должен чётко осознавать цели и задачи предстоящей операции, возможные риски и т.д.

Служба на командных должностях в Вооруженных Силах способствует развитию коммуникативных навыков, даёт ценный опыт общения и взаимодействия с разными людьми. Всё это очень важно в нынешней работе. Мой офтальмологический стаж составляет 33 года.

— Расскажите, пожалуйста, о работе рефракционного отделения.

— У нас работают три врача-офтальмолога, оптометрист и операционная сестра. Ежегодно проводится более тысячи операций. В основном речь идёт об амбулаторных операциях, но приходится работать и со стационарными пациентами.

— Сколько операций проводите лично Вы?

— В прошлом году я провёл 340 операций по эксимерлазерной коррекции зрения и более 100 других хирургических вмешательств.

— Не могли бы Вы привести конкретный пример, иллюстрирующий Вашу работу?

— Рефракционные операции необходимо проводить, например, при анизометропии. Недавно у нас была проведена операция мужчине 36 лет. Нам предстояло устранить сложный дальнозоркий астигматизм. Перед операцией острота зрения на правом глазу составляла у него 0,08, на левом глазу — 0,75. После проведения операции острота зрения на правом глазу поднялась до 0,4, а на левом стала практически идеальной, приблизилась к единице.

— То есть рефракционные операции могут подарить пациенту «глаз-алмаз», сделать зрение практически идеальным?

— Разумеется, это происходит не во всех случаях. Для каждого пациента составляется индивидуальный прогноз. Кому-то мы рекомендуем операцию, а кого-то отговариваем от неё.

Мне приходится устранять и небольшую близорукость. Вроде бы в обычной жизни в таких операциях нет необходимости, с ней вполне можно жить… Но для представителей некоторых профессий — лётчиков, мореходов, спасателей — такие операции действительно нужны. Иначе они рискуют потерять работу и будут вынуждены искать для себя другую сферу деятельности. А рефракционная офтальмохирургия помогает им остаться в профессии. И за эту возможность пациенты нам очень благодарны!

— У Вас были в работе какие-либо запоминающиеся случаи?

— Мне запомнился глухой пациент, у которого из-за неправильного ношения контактных линз возникло изъязвление роговицы. Это, к сожалению, довольно распространённое явление при неправильном обращении с контактными линзами.

К счастью, современные технологии позволяют справиться с поверхностными изменениями роговицы. Этому пациенту была оказана эффективная помощь. Если бы повреждения были более глубокими, то необходимо было бы провести пересадку роговицы. А это уже гораздо более трудная операция! Но с поверхностными повреждениями и помутнениями роговицы вполне можно справиться в рефракционном отделении.

Заведующая отделением офтальмологической клиники Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, к.м.н. **Е.В. Клюшникова**:

Моя цель — быть универсальным офтальмохирургом

— Елена Владимировна, Вы являетесь не только руководителем отделения, но и активным офтальмохирургом. Расскажите, пожалуйста, об этой стороне Вашей работы.

— Уже во время учёбы в вузе для меня было важно стать офтальмохирургом. В 1996 году я с отличием окончила Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. В 1997-1999 годах училась в клинической ординатуре Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (МАПО) по специальности «офтальмология». С 1999 года по 2009 год работала врачом-офтальмологом офтальмологического отделения Ленинградской областной клинической больницы. С 2009 года — в этой клинике. В 2011 году стала заведующей отделением.

В течение многих лет я проводила операции на переднем отрезке глаза, в основном это были операции по поводу факоэмульсификации катаракты. И как итог, в 2007 году состоялась защита диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Сравнительный анализ эффективности коаксиальной и бимануальной факоэмульсификации».

Но не хотелось останавливаться на достигнутом, и появилось желание двигаться дальше в профессии, совершенствовать свои хирургические навыки. В последние три года я провожу витреоретинальные операции при различных заболеваниях сетчатки и стекловидного тела. Моя цель — не только быть универсальным офтальмохирургом, но создать условия для развития витреоретинальной хирургии в отделении, а также помочь молодым коллегам освоить эту непростую хирургию.

— Знаю, что Вы много времени Вы уделяете обучению молодых хирургов?

— Этому я уделяю огромное количество времени. Накоплен опыт, которым нужно делиться. Несколько лет я сотрудничаю с проектом PhacoDevelopment, целью которого является подготовка молодых офтальмохирургов и помощь им в освоении факоэмульсификации катаракты. У меня множество учеников, уже успешно оперирующих, не говоря уже о врачах отделения и клиники, которым я всегда готова помочь.

— Не могли бы Вы рассказать о какой-либо операции, которая Вам наиболее запомнилась?

— У нас есть пациентка с сахарным диабетом первого типа, у которой тяжелая пролиферативная диабетическая ретинопатия. Девушка в возрасте 21 года поступила к нам около одного года назад практически слепой с двусторонним гемофтальмом (кровоизлиянием в стекловидное тело). Ее привезла мама, так как пациентка самостоятельно не могла передвигаться. На одном глазу ей была выполнена витрэктомия с заменой хрусталика и панретинальная лазерная коагуляция сетчатки. На другом глазу после курса рассасывающей терапии — панретинальная коагуляция и в ближайшее время также будет произведена витрэктомия.

На сегодняшний день острота зрения на обоих глазах составляет у неё от тридцати до сорока процентов. Вот такой результат: от слепоты к сравнительно хорошему зрению!

История этой девушки может служить отличным примером эффективности витреоретинальных операций, в частности, у пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией.

— Можно ли ожидать, что у пациентов с диабетом улучшение зрительных функций окажется долговременным?

— Разумеется, таким пациентам необходимо выполнять рекомендации эндокринолога, соблюдать режим. Но многие пациенты с диабетом могут сохранить хорошее зрение на долгие годы и десятилетия, до конца своей жизни. А продолжительность жизни пациентов с диабетом, прогноз продолжительности жизни тоже постоянно повышаются.

Сахарный диабет был и остаётся тяжёлым заболеванием. Но одновременно на примере этого заболевания можно продемонстрировать возможности современной медицинской науки, в частности, офтальмологии.

Ещё мне запомнился недавний случай, когда у пациента, приехавшего в Северную столицу из другого региона, на одном и том же глазу во время операции витрэктомии на глазном дне были обнаружены два смещенных (дислоцированных) искусственных хрусталика после проведения операции по факоэмульсификации катаракты.

То есть после первого смещения искусственного хрусталика ему была установлена новая интраокулярная линза, но сместившийся хрусталик наши коллеги почему-то не удалили… Так человек стал обладателем сразу двух хрусталиков. Но второй хрусталик у него тоже сместился. И тогда пациент решил приехать в Санкт-Петербург и обратиться в нашу клинику.

Мы провели этому пациенту операцию по витрэктомии, извлекли из органа зрения два «несчастливых» хрусталика и установили ему третий.

— А нет ли опасности того, что третий хрусталик тоже сместится?

— Нет. Такая ситуация полностью исключена. Третий хрусталик имеет особый дизайн и закреплён, можно сказать, «железно» к радужной оболочке. Поэтому сместиться он уже не может. Вообще дислокация хрусталика после проведения факоэмульсификации катаракты происходит крайне редко. Но такие редкие случаи, редкие осложнения остаются в памяти у офтальмохирурга.

Например, единственный раз за всю мою офтальмохирургическую практику во время одной из операций произошло экспульсивное кровотечение. Это осложнение связано с разгерметизацией глаза, анатомическими особенностями и резким повышением внутриартериального и внутриглазного давления. При этом существует опасность необратимого повреждения глаза.

Но с этим осложнением удалось справиться. Реаниматолог провёл обезболивание, были приняты меры по снижению внутриглазного давления и герметизации глаза.

— Елена Владимировна, испытывает ли офтальмохирург волнение, когда происходят такие неожиданные, чрезвычайные события?

— Не могу говорить за других, но я обычно испытываю волнение уже после окончания операции, когда всё позади… Думаю, что и у других коллег происходит так же. Всё-таки даже самое редкое осложнение, даже та ситуация, с которой врач сталкивается впервые, не является для него чрезвычайным событием. Члены операционной бригады готовы к любым неожиданностям. В этом и состоит суть нашей работы!

— А как Вы любите отдыхать?

— Предпочитаю спокойный домашний отдых. Посещаю занятия йогой в фитнес-клубе.

*Беседы вёл **Илья Бруштейн**. Фотографии Ильи Бруштейна и из архива Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*

Смотрю в будущее с оптимизмом

Интервью с доктором медицинских наук, профессором кафедры глазных болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета **Е.А. Дроздовой**

С Еленой Александровной мы беседовали в Подмосковье после окончания V Научно-теоретической конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии» на тему «Глаукома и венозные окклюзии: проблема в проблеме». Мы попросили нашу собеседницу поделиться впечатлениями о прошедшей конференции, затем в разговоре были затронуты другие вопросы, волнующие офтальмологическое сообщество.

— Меня привлекла программа конференции, посвященная вопросам сочетания окклюзии вен сетчатки и глаукомы. В сегодняшней дискуссии приняли участие офтальмологи, занимающиеся двумя различными направлениями, и вопросы сочетанной патологии всегда вызывают повышенный интерес. К сожалению, обычно доктора, углубленно занимающиеся различными темами, редко имеют возможность встретиться на научных мероприятиях и обсудить смежные проблемы. Мы также на протяжении ряда лет вплотную занимаемся исследованием заболеваний сетчатки, и у нас сформировалось свое мнение. В одном из номеров газеты «Поле зрения» (№ 1, 2016) мы опубликовали статью «Значение мультидисциплинарного подхода в лечении окклюзий вен сетчатки», в которой постарались сделать акцент на важность комплексной оценки состояния здоровья пациента, поскольку организм — это единая система и во многом эффективность лечения глаза зависит от коррекции других заболеваний.

Мне понравилось, что организаторы конференции постарались собрать ведущих специалистов, глубоко знающих свою проблему, это позволило приглашенным докторам расширить свои знания. Как правило, на таких немногочисленных конференциях рождаются новые идеи для дальнейших исследований. Лично для себя я увидела много направлений, и, я уверена, каждый участник узнал что-то новое. Безусловно, с чем-то можно не согласиться, дискутировать, но со временем мы обязательно придем к истине.

— Вы только что упомянули о том, что доктора, ведущие различные направления, редко имеют возможность встретиться на конференциях и обсудить смежные вопросы. А как обстоят дела в клиниках, ведь у больных часто встречается сочетанная патология?

— Многое зависит от структуры лечебного учреждения. Если говорить о крупных научных институтах, то возможность общения возникает не всегда, поскольку доктора работают в разных отделах или отделениях, перед которыми стоят свои задачи, есть свой контингент пациентов. Возможно, они встречаются, но, как мне кажется, не вникают глубоко в суть проблемы. Это можно объяснить большим потоком пациентов, большой нагрузкой. Однако когда сталкиваешься с такими пациентами, волей-неволей приходится задумываться, и возникают вопросы. Как известно, основу организации офтальмологической помощи в России представляют офтальмологические кабинеты поликлиник, офтальмологические стационары или диспансеры, либо офтальмологические отделения в структуре многопрофильной клиники. Именно в таких лечебных учреждениях лечится смешанный контингент пациентов, и доктор ведет и глаукому, и патологию сетчатки. Такое положение ближе к обычной российской практике. Я более 20 лет я работаю именно в таком многопрофильном отделении «Травмы и неотложные состояния органа зрения» г. Челябинска, куда попадают пациенты по экстренным состояниям с острой ишемической патологией глаза — окклюзией вен и артерий сетчатки, некомпенсированной глаукомой, травмой и др. Мы часто впервые диагностируем глаукому пациенту с непроходимостью сосудов и в результате исследований нередко находим на втором глазу 2-ю или даже 3-ю стадию глаукомы. При этом до госпитализации в стационар человек ни разу не обращался к глазному врачу. Сегодня я почувствовала настоящее удовлетворение, потому что, наконец, эти проблемы были рассмотрены в комплексе, и я получила основы для новых исследований. Даже не ожидала, что конференция пройдет в таком русле, и в этом огромная заслуга экспертов.

— Елена Александровна, Вы — молодая женщина, но уже доктор наук и профессор…

— Мой стаж в медицине — 24 года, не считая учебы в институте. Прошло уже 10 лет, как я защитила докторскую диссертацию. Просто надо любить свое дело, не «спать», много читать и много работать.

Я окончила Челябинский медицинский институт, четыре года отработала в Магнитогорске в отделении травматологии и неотложной помощи, занималась травмами, иногда не совместимыми с сохранением органа зрения, сочетанными травмами и другой острой патологией глаз. Затем поступила в аспирантуру на кафедру офтальмологии Уральской медицинской академии дополнительного образования (Челябинск), училась у профессора Ларисы Николаевны Тарасовой. Она была моим учителем и служила примером в жизни. Стараюсь продолжать ее традиции, следовать ее заветам. Защиты кандидатской и докторской диссертаций состоялись в РМАПО (Москва), за что я искренне благодарна академику РАН Ларисе Константиновне Мошетовой и академику РАН Алевтине Федоровне Бровкиной. Слова благодарности я передаю Ирине Евгеньевне Пановой, с которой многие годы мы работали вместе на кафедре офтальмологии. Мне выпало большое счастье общаться с этими людьми и учиться у них.

— Вы сами приняли решение стать доктором?

— Конечно, я же ребенок Советского Союза…

— Все мы «дети советской страны»…

— Для нас на первом месте были идеалы добра, служение людям. Свой выбор будущей специальности, офтальмологии, я сделала еще на 2-м курсе. У моей подруги мама и сестра были офтальмологами, мы продолжаем вместе работать. Так часто бывает в жизни, когда тебе нравится, как человек работает, его увлеченность профессией, горящие глаза. Конечно, тебя это заражает, и ощущение любви к офтальмологии не покидает тебя, независимо от того, делаешь ли ты первые шаги или достиг известных высот в профессии. Когда с тобой рядом находится личность, это заставляет постоянно двигаться вперед.

— У Вас много учеников?

— В настоящее время у меня четыре аспиранта. Одна доктор защитилась, скоро в МНИИ ГБ им. Гельмгольца пройдет вторая защита. Еще одна аспирантка занимается изучением окклюзий вен сетчатки, ей еще год предстоит учиться в аспирантуре. Всю жизнь я работаю с молодыми интернами и ординаторами, стараюсь привить им любовь к профессии. Что-то, наверное, получается.

— Многие ли ребята ставят перед собой единственную цель — делать людям добро?

— Вы знаете, такие ребята есть. Так сложилось, что многие разъехались по разным регионам, и мы с ними продолжаем общаться, современные средства связи это позволяют. Они советуются со мной по разным вопросам, отправляют нам своих пациентов для консультаций. Чем можем, мы помогаем. Далеко не каждый человек может себе позволить отправиться в Москву или Санкт-Петербург. Насколько я понимаю, в мире нет такой централизации, как у нас в стране. Взять ту же Германию, страна сравнительно небольшая, но в каждом городе есть современные медицинские центры, в которых работают известные профессора. Мы постепенно приходим к этому — во многих городах существуют офтальмологические институты, клиники со своими «Специалистами с большой буквы»: в Самаре, Ярославле, Иркутске…

— …Челябинске. Скажите, пожалуйста, сокращается ли разрыв между Москвой и Санкт-Петербургом, с одной стороны, и другими городами с точки зрения доступности высокотехнологичной помощи?

— Думаю, что да. Прежде всего, благодаря информатизации, интернету, возможности специалистов, работающих в регионах, участвовать в конференциях в центральных городах, за рубежом. Раньше, во времена СССР, многие крупные специалисты уезжали в столицы, сейчас, на мой взгляд, «миграция» значительно сократилась.

— Елена Александровна, какие дела Вы должны сделать в первую очередь, какие — отложить на «попозже»?

— Дел много. Во-первых, выходит на защиту моя аспирантка, что требует определенных эмоциональных и творческих затрат. Никуда не денешься от текущих вопросов: меняются учебные программы последипломной подготовки врачей в свете внедрения системы непрерывного медицинского образования. Много времени отнимает методическая работа, без нее, безусловно, нельзя, но, когда нормативы часто меняются, это вызывает определенное неудобство. Я всегда говорю, что орган зрения не изменился, заболевания остаются прежними, однако мы постоянно пытаемся что-то улучшить, модернизировать. Нет предела совершенству.

Система непрерывного обучения существует первый год, и все медицинские учреждения, с этим связанные, находятся в трудном состоянии. Понимаете, преподавателей, работающих в сфере последипломного образования, нельзя сравнивать с преподавателями медицинских ВУЗов, дающими базовые знания студентам. Очень трудно доктору, проработавшему всю жизнь, дать что-то новое, это требует от преподавателя постоянного совершенствования и глубоких знаний. Некоторые коллеги вообще не видят смысла в этом, считают, что врачи должны сами совершенствовать свои знания. Кроме того, доктора, живущие в центре и на периферии, поставлены в разные условия. Одним достаточно сесть в метро или в автобус и доехать до места проведения научной конференции, другие доктора лишены такой возможности в силу различных обстоятельств — финансовых, семейных; порой врачей просто не отпускают с работы, так как их некем подменить. И учреждений, работающих в системе последипломного образования, у нас в стране не так много. РМАПО — головная организация, насколько я знаю, также переживает не самые легкие времена. Сейчас всю эту систему ожидают серьезные перемены.

— На одной из конференций, посвященной современным технологиям визуализации, один молодой доктор на блестящем английском вступил в дискуссию с немецкими инженерами, представлявшими новейшие приборы. Он был раскован, владел темой, задавал вопросы по существу. К сожалению, активность проявлял только он один на весь зал. Я подумал, что если бы таких докторов было больше, за отечественную медицину можно было не волноваться.

— Сейчас многие доктора уже владеют языком, ребята понимают, что им это необходимо. У них есть смелость, которая была задавлена у представителей старших поколений. Они не боятся задавать вопросы, вступать в дискуссию, глаза их горят, руки чешутся. Так что я смотрю в будущее с оптимизмом.

— Я благодарю Вас, Елена Александровна.

*Интервью подготовил **Сергей Тумар***

Осенние рефракционные чтения – 2016

VII Ежегодный симпозиум с международным участием, посвященный 95-летию со дня рождения профессора Э.С. Аветисова

18-20 ноября 2016 года, Москва

Организаторы: ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии».

Организаторы симпозиума единодушно отметили актуальность докладов, высокую активность в обсуждении дискуссионных вопросов и живость общения коллег в кулуарах; выразили общее мнение, что для успешного развития науки необходима активная совместная работа офтальмологов и оптометристов.

Работу симпозиума открыл директор ФГБНУ «НИИГБ», профессор В.Р. Мамиконян. Он отметил, что профессор Эдуард Сергеевич Аветисов всю жизнь был неутомимым тружеником науки, замечательным педагогом, создателем ведущей научной школы. С докладом «Э.С. Аветисов — ученый и педагог» выступила д.м.н. О.В. Проскурина. Ольга Владимировна подчеркнула, что ученики и последователи Э.С. Аветисова пытаются до сих пор оценивать свои научные достижения «глазами самого строгого и самого справедливого педагога, одарившего всех, кто с ним работал, нескончаемыми научными идеями, мудростью и широтой взглядов».

Научно-образовательный блок, посвященный проблеме экстремального рефракционного нарушения, представил академик РАН С.Э. Аветисов. Экстремальные рефракционные нарушения (аметропии высокой и сверхвысокой степени) — дефекты оптической системы глаза, приводящие к выраженному дефокусу лучей света относительно сетчатки, являющиеся следствием существенных изменений анатомо-оптических элементов глаза различного генеза и сопровождающиеся комплексом анатомо-функциональных нарушений. Основными элементами и параметрами, влияющими на величину клинической рефракции, являются аксиальная длина (переднезадняя ось), роговица и хрусталик. К характерным особенностям экстремальных (высоких и сверхвысоких) аметропий относятся: выраженный дефокус лучей света относительно сетчатки, существенные изменения аксиальной длины глаза, изменения кривизны роговицы и формы хрусталика, наличие сопутствующих анатомо-функциональных изменений различных структур глаза, необходимость расширения алгоритма диагностики и мониторинга.

VII Ежегодный симпозиум «Осенние рефракционные чтения», посвященный 95-летию со дня рождения профессора Э.С. Аветисова. На трибуне — академик РАН С.Э. Аветисов

Программа VII Симпозиума включала вопросы научно-теоретического и образовательного направлений, посвященных проблеме диагностики и мониторинга аметропий.

Научно-теоретическая часть симпозиума была представлена тремя блоками вопросов:

- Вопросы терминологии: есть ли необходимость вносить изменения?
- Экстремальные рефракционные нарушения: современные подходы к оценке анатомо-функционального состояния глаза.
- Коррекция и лечение экстремальных рефракционных нарушений и сопутствующих функциональных изменений.

Программа образовательного блока включала четыре блока вопросов:

- Контактная коррекция зрения: свежий взгляд.
- Контроль прогрессирования миопии: перспективные направления.
- Коррекция индуцированных аметропий: новые возможности.
- Встречайте первые водоградиентные контактные линзы DAILIES TOTAL1.

Дискуссию по вопросам терминологии и необходимости внесения терминологических уточнений провел модератор заседания — профессор В.В. Страхов (Ярославль). Объективные проблемы, требующие обсуждения вопросов терминологических уточнений, связаны с тем, что аметропия является лишь одним из проявлений существенных изменений аксиальной длины глаза. Заключения в пользу необходимости внесения терминологических уточнений были сформулированы академиком РАН С.Э. Аветисовым. Основным анатомическим субстратом экстремальных аметропий, как правило, является существенное изменение (увеличение или уменьшение) аксиальной длины глаза. Указанные изменения аксиальной длины могут сопровождаться не только рефракционными нарушениями, но и другими анатомо-функциональными изменениями. Рефракционные нарушения следует рассматривать только как один из симптомов существенных изменений аксиальной длины. Исходя из этого, привычное «доминирование» в диагнозе аметропии как причины других анатомо-функциональных изменений является не совсем корректным. Единый патогенез рефракционных нарушений и анатомо-функциональных изменений (следствие изменений аксиальной длины) соответствует медицинскому понятию «синдром». На вопрос, почему анатомо-функциональные изменения, обусловленные существенными изменениями аксиальной длины, привычно ассоциируются с величиной аметропии, академик РАН С.Э. Аветисов дает ответ: «Аметропия — первый и, самое главное, легко диагностируемый симптом несоразмерности аксиальной длины и физической рефракции глаза. Остальные потенциально возможные симптомы существенных изменений аксиальной длины проявляются позже и требуют более сложных диагностических подходов. Тем не менее попытки переноса акцента на причинно-следственные связи, например, при высокой гиперметропии, не совсем корректны с точки зрения геометрии термина «короткий» глаз». В качестве предложения для обсуждения и осмысления эксперт предложил термины: «гипераксиальный глазной синдром» и «гипоаксиальный глазной синдром». С.Э. Аветисов считает, что необходимо четко выделять критерии указанных синдромов: количественный — аксиальная длина глаза; качественный — наличие совокупности симптомов, индуцированных именно существенными изменениями аксиальной длины глаза.

Оппонентом в данной дискуссии выступила профессор Е.П. Тарутта (Москва). Свое выступление она обозначила как «Миопия или гипераксиальный синдром». Представив классификацию аметропий по Е.Ж. Трону, Е.П. Тарутта обратила внимание аудитории на то, что Трон нашел отрицательную корреляцию между переднезадней осью (ПЗО) и преломляющей силой (ПС) хрусталика, но не смог привести никакого гипотетического объяснения этому факту. Профессор Е.Ж. Трон выделил аметропии с патологически удлиненной и патологически укороченной ПЗО и привел цифры свыше +5,0 D и -10,0 D. Однако подчеркнул, что области распространения комбинационной и осевой аметропии находят друг на друга, разграничивать их нельзя. Измерение поперечного диаметра не менее важно при контроле за прогрессированием миопии, чем измерение ПЗО. Все миопии, за исключением врожденной миопии, начинаются одинаково. Большое число отечественных и зарубежных работ подтверждает, что миопия слабой степени у ребенка — это не диагноз, не заболевание, а только этап развития, это означает, что необходимы прогностические критерии, чтобы принять профилактические меры. В МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца было выявлено достоверное снижение акустической плотности склеры при миопии, коррелирующее с ее степенью, характером течения, состоянием глазного дна и со значением рентгенооптической плотности. Были выделены критерии прогноза прогрессирования и развития осложнений, определения показаний к операции (в том числе и повторной). При миопии можно увязать длину оси с имеющимся состоянием глазного дна и выделить такое понятие, как «патологическая миопия» (диагноз можно ставить только при уже развившихся изменениях на глазном дне), а при гиперметропии вне зависимости от того, чем вызвана высокая гиперметропия (анатомическим, оптическим фактором или комбинацией), главное — это сам дефект рефракции. Лечебные меры должны начинаться с оптической коррекции. Лечение и профилактика амблиопии зависит от наличия гиперметропии, независимо от того, какая ось. В детской практике путать понятия недопустимо.

Если «гипераксиальный» синдром при высокой миопии может иметь клиническое значение ввиду возможных осложнений, то «гипоаксиальный» — при гиперметропии такового не имеет. Осложнения гиперметропии вызваны самой погрешностью рефракции, из чего бы она ни складывалась (ПЗО, роговица, хрусталик). Комбинационная или рефракционная гиперметропия высокой степени не менее опасна, чем осевая.

Профессор Е.П. Тарутта однозначно высказалась за то, чтобы диагноз «миопия» и «гиперметропия» остались. Относительно экстремальных аномалий рефракции профессор предложила варианты терминов на обсуждение: «осевые аметропии», «высокая миопия с гипераксиальным синдромом» и «высокая гиперметропия с гипоаксиальным синдромом».

Заседание «Экстремальные рефракционные нарушения: современные подходы к оценке анатомо-функционального состояния глаза» провел модератор — профессор В.М. Шелудченко (Москва). Перед началом заседания академик РАН С.Э. Аветисов поздравил профессора В.М. Шелудченко с 60-летним юбилеем: «Вячеслав Михайлович является одним из самых авторитетных офтальмологов в стране, который занимается проблемами диагностики, коррекции рефракционных нарушений и электрофизиологическими методами исследования».

Профессор В.Р. Мамиконян (Москва)

Профессор А.В. Мягков (Москва)

Профессор В.В. Страхов (Ярославль)

Профессор Е.П. Тарутта (Москва)

Академик РАН С.Э. Аветисов поздравил профессора В.М. Шелудченко с 60-летним юбилеем

Профессор М.М. Бикбов (Уфа), профессор Г.Б. Егорова (Москва)

Профессор Т.В. Гаврилова (Пермь), профессор В.П. Еричев (Москва)

Д.м.н. М.В. Будзинская (Москва), академик РАН С.Э. Аветисов (Москва)

С докладом «Новые возможности оценки заднего полюса глаза при миопии» выступила профессор Е.П. Тарутта. В формирование периферической рефракции вносят вклад как анатомический (форма заднего полюса глаза или контур сетчатки), так и оптический факторы. Оптический фактор регулируется аберрациями волнового фронта, которые в свою очередь, определяются параметрами оптических элементов переднего сегмента глаза и их взаиморасположением, в частности, корнеальной асферичностью и глубиной передней камеры. Показано, что низкий коэффициент корнеальной асферичности (более негативный!), глубокая передняя камера, отрицательная сферическая аберрация продуцируют больший гиперметропический дефокус. Частично когерентная интерферометрия на аппарате IOLMaster имеет высокую разрешающую способность — до сотых долей миллиметра, однако при измерении контура сетчатки здесь также возможны оптические искажения результатов из-за асферичности роговицы, косого вхождения лучей при эксцентричном направлении взора. Тем не менее теоретическое моделирование показало, что в пределах 30° от центра фиксации эти погрешности практически не влияют на получаемый результат. В указанной зоне IOLMaster можно использовать для сравнения контуров сетчатки при разных рефракциях и в динамике у одних и тех же лиц.

С помощью оптической биометрии исследуется задний полюс глаза до и после операции. После склеропластики можно оценивать расположение лоскута. Докладчик привела данные из последних работ зарубежных авторов: «Удлинение глаза при миопии ассоциируется с истончением сетчатки в экваториальных и преэкваториальных отделах, а не в фовеа. Очевидно, удлинение глаза происходит преимущественно за счет экваториальных его отделов. При высокой миопии толщина хориоидеи изменяется больше, чем толщина сетчатки. Истончение хориоидеи, а не сетчатки, тесно коррелирует с длиной ПЗО и происходит на ранних стадиях прогрессирования миопии. Экстремальное истончение хориоидеи при высокой миопии сочетается с высокой остротой зрения: ≥0,5 при наблюдении до 70 месяцев. Сама по себе толщина хориоидеи не может служить индикатором зрительных функций». Как показали исследования, проведенные в МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, толщина хориоидеи изменяется при увеличении размеров глаза, то есть при переходе от гиперметропии к миопии. Большие возможности для динамики исследования длины хориоидеи (динамики кровоснабжения) дает прибор SD-OCT NIDEK RS-3000. Докладчик привела данные толщины хориоидеи при гиперметропии, при миопии слабой, средней и высокой степеней, при врожденной высокой миопии, а также изменение толщины хориоидеи до и после склеропластики.

С докладом «Склеральный компонент в биомеханических свойствах фиброзной оболочки глаза» выступил А.А. Антонов (Москва). Докладчик обратил внимание на то, что биомеханические и тонометрические показатели, измеряемые через роговицу, в значительной степени зависят от величины переднезадней оси глаза. У пациентов с гиперметропической рефракцией изменения биомеханических показателей указывают на увеличение жесткости фиброзной оболочки глаза. При миопии выявляется снижение параметров, характеризующих вязко-эластические свойства фиброзной оболочки глаза. Уровень роговично-компенсированного внутриглазного давления достоверно не различается в зависимости от величины переднезадней оси глаза. В настоящее время прижизненные методы исследования биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза не позволяют оценивать отдельно параметры роговицы и склеры. Биометрические исследования служат в данной ситуации косвенным способом оценки влияния одной из оболочек и могут быть использованы для стандартизации групп исследования. Необходимость создания методов прижизненного изучения роговицы и склеры связана с вопросами патогенеза рефракционных нарушений, глаукомы и прогнозом кератерефракционной хирургии.

Об особенностях аккомодации при экстремальной миопии рассказал профессор В.В. Страхов (Ярославль). Докладчик отметил, что у лиц молодого возраста с высокой миопией аккомодация в условиях полной коррекции аметропии сохранена. У лиц среднего возраста с экстремальной миопией отмечено существенное снижение активности аккомодативного аппарата глаза по сравнению с эмметропами в аналогичном возрасте. Нарастающая элипсоидность формы зрачка при аккомодации для близи, возможно, носит компенсаторный характер.

Академик РАН С.Э. Аветисов представил возможности методов биометрии в компонентном анализе клинической рефракции и сопутствующих экстремальным аметропиям изменениям. Компонентный анализ предполагает качественное и количественное определение «участия» анатомо-оптических элементов в формировании клинической рефракции. Рефрактометрия и биометрия — основные составляющие компонентного анализа. Биометрия — диагностический подход, предполагающий прижизненное количественное определение размеров анатомических структур и образований. Основными принципами биометрических исследований в офтальмологии являются: волновой — акустические волны и излучение ближнего инфракрасного диапазона при применении ультразвуковых (УЗИ) и лазерных (когерентных) технологий соответственно; оптический — формирование проекций или срезов (принцип Шеймпфлюга). В перспективе основой совершенствования методов биометрии должен быть объемно-топографический принцип. В докладе С.Э. Аветисов дал топографическую оценку толщины роговицы на основе оптических срезов (принцип Шеймпфлюга); познакомил с результатами оптической когерентной томографии при кератоконусе III-IV стадий; представил сравнительные биометрические исследования структур переднего отрезка глаза, а также возможности измерения биометрических показателей структур переднего отрезка с помощью различных методов; наглядно показал зависимость биометрических показателей структур переднего отрезка от аксиальной длины глаза и степень изменения биометрических показателей при уменьшении аксиальной длины глаза. По мнению докладчика, основными преимуществами ультразвуковой биомикроскопии являются: качественная визуализация структур переднего отрезка глаза (в том числе «недоступных» для стандартной биомикроскопии); расширение возможностей линейной биометрии за счет качественной визуализации (в том числе структур, расположенных за радужкой); наглядное углубление передней камеры при увеличении аксиальной длины глаза. По мере «углубления» передней камеры имеет место не только увеличение ширины угла передней камеры, но и глубины задней камеры.

Объемное (3D) ультразвуковое сканирование позволяет получать прижизненную акустическую виртуальную модель глазного яблока в виде пространственного цифрового изображения, на основании которого можно судить об особенностях формы и объема глаза при существенных изменениях аксиальной длины. Данный вид диагностической информации может быть архивирован и в дальнейшем использован для повторного анализа в процессе динамического наблюдения.

С докладом «Миопическая макулопатия: современные методы диагностики» выступила д.м.н. М.В. Будзинская (Москва). Докладчик представила картину эпидемиологии миопической макулопатии. Основными факторами риска развития и прогрессирования миопии признаны генетические факторы. В настоящее время единой классификации миопической макулопатии не существует. М.В. Будзинская представила классификации Водовозова, Wang, Avila и Tokoro, перечислила основные методы диагностики миопической макулопатий (определение величины переднезадней оси глаза (ПЗО): офтальмоскопия; флюоресцентная ангиография глазного дна (ФАГД); спектральная оптическая когерентная томография (ОКТ); аутофлюоресцентный анализ глазного дна; ультразвуковые методы обследования (задняя стафилома). В докладе был дан анализ клинической картины пациентов с миопической макулопатией. В заключение М.В. Будзинская привела результаты корреляционного анализа возраста пациентов, размеров ПЗО и морфометрических показателей сетчатки и хориоидеи.

Об анатомо-функциональном состоянии роговицы при кератоконусе по данным современных методов исследования доложила профессор Г.Б. Егорова (Москва).

Дисфункция мейбомиевых желез является важным фактором риска, связанным с послеоперационным ССГ в рефракционной хирургии. Среди пациентов с потерей МЖ 3-4 степеней с высокой частотой определяется гиперосмолярность слезы. Пациенты с потерей МЖ 3-4 степеней составляют группу риска по послеоперационному ССГ. Инфракрасная мейбография может претендовать на роль самого быстрого метода скрининга

Н.В. Майчук (Москва)

А.А. Антонов (Москва)

Президиум: академик РАН С.Э. Аветисов, профессор В.В. Страхов, профессор Е.П. Тарутта

пациентов на предмет послеоперационного ССГ. Данные по скринингу и послеоперационному наблюдению пациентов в рефракционной хирургии были предложены Д.С. Мальцевым (Санкт-Петербург).

Модератором заседания «Коррекция и лечение экстремальных рефракционных нарушений и сопутствующих функциональных изменений» выступил академик С.Э. Аветисов.

Профессор Е.П. Тарутта выступила с докладом «Склеропластика при миопии: мифы и реальность». Механизм действия склеропластики: повышение биомеханической стабильности склеры; тканевое биостимулирующее действие трансплантата; улучшение гемодинамики глаза. По мнению докладчика, причинами неудовлетворительных результатов склеропластики являются: исходное состояние склеры пациента (время появления миопии, ее степень, скорость прогрессирования, наследственный фон, общее состояние здоровья); неадекватность склероукрепляющего воздействия (величина, форма, биомеханическое состояние трансплантата, плотность его контакта и прочность сращения со склерой, длительность биодеструкции и замещения соединительной тканью хозяина). На международной конференции по миопии в Китае в 2015 г. были сформулированы эффективные стратегии стабилизации прогрессирующей миопии, среди прочего — укрепление склеры при миопии средней и высокой степеней, в перспективе — путем кросслинкинга склерального коллагена. Малоинвазивная технология КЛС заключается в следующем: сдвоенный наконечник устройства вводится через небольшой разрез конъюнктивы к экватору или заднему полюсу глаза. Один канал наконечника используется для доставки на поверхность склеры рибофлавина: за 10 мин. до начала КЛС и каждые 5 мин. в течение 30 минут КЛС. UVA доставляется к обрабатываемому участку склеры посредством оптоволокна, расположенного во втором канале наконечника. В конце процедуры накладывается один шов на конъюнктиву. Эффективность применения субтеноновых инъекций «Склератекса» подразумевает применение препарата, который существенно повышает структурно-биомеханическую стабильность ткани склеры и улучшает ее трофику за счет активации клеточных элементов, образует дополнительные сосуды и формирует новообразованную соединительную ткань на ее поверхности; повышает уровень стабилизирующих коллагеновые структуры склеры поперечных связей (кросслинкинга) на 15-18%; увеличивает модуль упругости склеры в 1,9 раза.

О современных возможностях хирургической коррекции экстремальных аметропий доложил профессор В.М. Шелудченко (Москва). Общие показания в хирургии экстремальных аметропий: устранение аметропии для получения наилучшего результата; снижение степени аметропии для повышения зрительного разрешения с меньшей коррекцией; устранение анизометропии по медицинским показаниям; снижение или устранение пресбиопической коррекции при экстремальной гиперметропии. Методы хирургической коррекции: интраокулярные, экстраокулярные, комбинированные. Докладчик подробно остановился на достоинствах и недостатках каждого из методов. При выборе методов необходимо ориентироваться на сложившиеся показания к каждому из них.

Профессор М.М. Бикбов (Уфа) рассказал о добавочных ИОЛ и роговичных кольцах в коррекции аметропий различной степени. В ходе выступления докладчик сделал акцент на условиях безопасной имплантации добавочной ИОЛ. Это — внутрикапсульная фиксация первой линзы; отсутствие выраженных задних синехий и признаков вялотекущего внутриглазного воспалительного процесса; нормальная гидродинамика глаза и плотность эндотелиальных клеток; целостность связочного аппарата хрусталика. К преимуществам имплантации добавочных ИОЛ можно отнести следующие факторы: высокая точность коррекции; возможность коррекции остаточной аметропии при тонкой или подвергавшейся ранее хирургическим вмешательствам роговице, что может ограничивать рефракционный эффект или затруднить выполнение эксимерлазерной операции. Является альтернативой коррекции остаточной аметропии с сохранением интактной роговицы. Имплантация добавочной линзы является эффективным способом коррекции остаточной аметропии, позволяющей при интактной роговице получать 100% рефракционный результат.

Имплантация роговичных колец в лечении миопии высокой степени позволяет скорректировать аметропию в широких пределах до -15,0 D. Критерии отбора пациентов: аметропия высокой степени; толщина роговицы в центральной зоне менее 500 микрон; особенности корнеальной топографии (наличие рефракционной миопии); показатели кератометрии от 43,0 до 49,0 D. Далее докладчик представил результаты имплантации роговичного кольца при миопии до операции, после операции и через год после операции. Далее докладчик остановился на результатах поэтапной коррекции высоких степеней аметропии у пациентов с кератоконусом с применением торической ИОЛ после имплантации роговичного кольца. Исследование было проведено на 9 глазах 7 пациентов. Результаты показали, что имплантация роговичного кольца является эффективным и относительно безопасным способом лечения миопии высокой степени в сочетании с тонкой роговицей.

Н.В. Майчук (Москва) дала сравнительный анализ отдаленных результатов коррекции экстремальной миопии с помощью суббоуменового фемтокератомилеза с тканесохраняющей абляцией и имплантации факичных линз. В МНТК МГ было выполнено более 500 000 кератерефракционных операций. В последние годы отдел рефракционной лазерной хирургии выполняет около 7000 операций в год, из которых около 25% приходится на коррекцию миопии высокой, а 13% — сверхвысокой степени, что актуализирует необходимость дальнейшего усовершенствования технологий. Анализ послеоперационных результатов коррекции экстремальной миопии по технологии суббоуменового фемтокератомилеза с тканесохраняющей абляцией и имплантации факичных линз показал высокие клинико-функциональные результаты при низком проценте осложнений. У большинства пациентов коррекция ЭМ сопровождается нежелательными оптическими эффектами и снижением ПКЧ в условиях пониженной освещенности. Имплантация ФИОЛ у ряда пациентов несет потенциальную угрозу развития катаракты и нарушений гидродинамики. Обе технологии требуют тщательного отбора кандидатов с учетом анатомических особенностей и диаметра зрачка, а также профессиональных требований к качеству сумеречного зрения.

Профессор Н.М. Иванов (Москва) в своем выступлении обрисовал проблемы расчета оптической силы ИОЛ при короткой и длинной переднезадней оси глаза. Необходимо проводить расчет ИОЛ при короткой и длинной ПЗО по оптимальным для этих величин ПЗО формулам. По мнению докладчика, нельзя выполнять расчет оптической силы ИОЛ только по одной формуле. При различиях в длине ПЗО между правым и левым глазом более 0,2 мм необходимо проводить повторную биометрию.

Первое заседание второго дня конференции «Контактная коррекция зрения: свежий взгляд» открыл профессор А.В. Мягков. В своем докладе А.В. Мягков обозначил тенденции развития контактной коррекции аметропий. По его мнению, движущим мотивом выбора является зрительная свобода и потребительский комфорт. Остановившись на состоянии мирового рынка КЛ, докладчик отметил, что рынок жестких газонепроницаемых КЛ переживает второе рождение. Рост за последние 2 года составил почти 50%. По-прежнему лидируют сферические роговичные линзы (28,9%), однако количество их подборов уменьшилось. Значительный рост показали склеральные линзы (23%), расширились показания для их применения. Более 50% практиков в США назначают склеральные линзы при иррегулярных роговицах, более 20% — для коррекции с ССГ и более 10% — при пресбиопии. Причинами роста рынка склеральных линз за последние 5 лет, по данным Адамс (2016), являются следующие факторы: склеральные линзы дистанцируют практиков по подбору контактных линз от специалистов по продажам. Контактологи продолжают сталкиваться с трудностями, связанными с доступностью мягких линз. Современные газопроницаемые материалы и технологии, а также огромные инвестиции производителей в дизайны линз увеличили эффективность и успех склеральных линз в целом. Конечный эффект подбора склеральных линз имеет важное социальное и медицинское значение, так как обеспечивают качество зрительных функций, ранее не доступное другим методам коррекции. Докладчик обратил внимание, что комфорт — основной фактор, влияющий на лояльность пациентов. Оптимизируются сроки ношения контактных линз; разрабатываются материалы, придающие поверхности линзы биомиметические свойства; совершенствуются дизайн и конструкция линз, технология производства.

О новом векторе развития материалов и технологий производства мягких контактных линз, о практическом значении современных инноваций рассказала д.м.н. Ф.Р. Сайфуллина (Москва). В своем выступлении докладчик подробно остановилась на технологии MoistureSeal.

Хенрик Бо Ларсен (США) представил контактные линзы Ultra от компании Bausch+Lomb. В докладе были представлены основные предпосылки разработки контактных линз и кратко обсуждались вопросы поведения пользователей в эпоху цифровых технологий. Презентация знакомит с технологией производства и свойствами нового материала ULTRA, а также с первыми данными клинического опыта.

За последнее десятилетие кардинально изменились зрительные потребности: доминирующая визуальная задача — использование компьютера и гаджетов. Для пользователей МКЛ это вызывает особые трудности, так как реже происходит частота моргания, менее стабильна надлинзовая часть слезной пленки по сравнению со слезной пленкой глаза без линз. О влиянии дегидратации материала на качество зрения и выборе контактных линз рассказала Е.И. Демина (Москва).

Во время работы конференции

Д.м.н. С.В. Янченко (Краснодар) познакомил с новыми возможностями коррекции изменений глазной поверхности у пациентов с рефракционной патологией. В частности, докладчик представил результаты применения трехкомпонентного слезозаместителя, который позволяет повысить стабильность прероговичной слезной пленки, уменьшить выраженность эпителиопатии конъюнктивы и роговицы, снизить интенсивность субъективных проявлений ССГ.

Заседание «Контроль прогрессирования миопии: перспективные направления» провел модератор — профессор А.В. Мягков.

М.В. Махова (Ярославль) представила доклад «Мониторинг прогрессирования миопии». Главными критериями прогрессирования миопии являются увеличение переднезадней оси глазного яблока (ПЗО> 0,3 мм в год) и усиление рефракции глаза (на 1,0 D и более в год). Структурным признаком прогрессирующей миопии является не только увеличение ПЗО, но и растяжение оболочек глаза. Само существование растяжения оболочек глаза без заметного увеличения ПЗО предполагает неравномерность конфигурации заднего полюса глаза при прогрессирующей миопии. Докладчиком была выявлена целесообразность использования в мониторинге прогрессирующей миопии двух оптических методов: биометрии и ОСТ (толщины RNFL). По данным ОСТ (толщины RNFL) при прогрессирующей миопии обнаружена неравномерность растяжек оболочек заднего полюса глаза.

На вопрос «Может ли манипулирование параметрами ортокератологических линз сделать более эффективным контроль миопии?» попыталась ответить Г.В. Андриенко (Москва). По мнению докладчика, эффективность «контроля миопии» ортолинзами зависит от точной центрации, полноценной коррекции, величины протяженности миопического дефокуса на периферии сетчатки. Изменяя параметры ортолинз, можно влиять на величину миопического дефокуса и ожидать увеличение эффективности «контроля миопии». Ортокератологи должны активнее использовать индивидуально спроектированные дизайны.

Доклад «Новое решение проблемы прогрессии миопии — мягкие контактные линзы с управляемым периферическим дефокусом OKVISION DEFOCUS CONTROL LENS» представила Н.П. Парфенова (Москва). Она подробно рассказала о выборе пациентов, алгоритме назначения, перечислила основные рекомендации по подбору линз, остановилась на вопросах диспансеризации и дала подробную информацию по уходу за бифокальными линзами OKVISION DEFOCUS CONTROL LENS.

С предварительным сообщением «Опыт применения МКЛ OKVISION DEFOCUS CONTROL LENS у пациентов с эзотропией в сочетании с миопией» выступил П.Н. Эрастов (Магадан). Докладчик представил результаты 6-месячного применения МКЛ: быстрое уменьшение симптомов диплопии и астенопии, вплоть до полного устранения; отсутствие нечеткости зрения вблизь и вдаль двумя глазами; уменьшение макроэзодевиации с возвратом на привычный микроугол, соответствующий углу гармоничной АКС; заключение НКС с появлением неустойчивого БЗ или интегрированного БЗ с полным исчезновением угла девиации; быстрая положительная динамика в ортоптодиплоптическом лечении.

С 1987 года поставщиком и новатором биосовместимых материалов для имплантации и медицинского применения является компания Contamac. О миссии и роли Contamac в отрасли среди производителей материалов рассказал И. Нортон (Великобритания).

Модератором 3-го блока вопросов «Коррекция индуцированных аметропий: новые возможности» выступила д.м.н. Ф.Р. Сайфулина (Москва).

М. Куперман (Израиль) выступил с докладом «Возможности коррекции кератоконуса с помощью мягких контактных линз».

О проблемах коррекции индуцированных аметропий рассказала Н.В. Игнатова (Москва). Докладчик перечислила причины индуцированных аметропий, рассказала о проблемах и преимуществах существующих методов коррекции, изложила историю склеральных линз. Затем представила принцип подбора склеральных линз OKVision Onefit: 1) Выбор стартовой линзы; 2) Оценка апикального клиренса; 3) Оценка лимбального клиренса; 4) Оценка посадки периферии линзы; 5) Оценка подвижности; 6) Овер-рефракция и заказ.

Завершилась работа заседания выступлением Л. Мишу (Канада) «Преимущества использования мини-склеральных линз при коррекции индуцированных аметропий».

Третий день конференции был посвящен вопросам ортокератологии. Симпозиум «Ортокератология и эффективный контроль миопии» был организован при участии Европейской академии ортокератологии. Модератором симпозиума выступила Г.А. Андриенко (Москва).

О структуре и деятельности «Международной академии ортокератологии и контроля миопии» рассказала О.И. Рябенко (Москва). С докладом «Контроль миопии: глобальный подход» выступили Кери Герцберг (США), Марино Форменти (Италия).

Во второй половине дня обсуждались проблемы дизайна ортолинз, поиска путей решения проблем, связанных с коррекцией зрения ортолинзами.

В течение трех дней конференции были проведены мастер-классы: «Биомикроскопия с использованием видеощелевой лампы при подборе мягких контактных линз», «Подбор водоградиентных контактных линз DAILIES TOTAL1», «Методика подбора МКЛ при кератоконусе и астигматизме», а также организованные оргкомитетом конференции — сателлитный симпозиум компании «Хоя», посвященный вопросам прогрессивных очковых линз, и дискуссионный клуб «Склеральные линзы: опыт профессионалов».

Обмен опытом — вот основная идея симпозиума «Осенние рефракционные чтения». Поэтому в седьмой раз в Москву съехались заинтересованные офтальмологи и оптометристы. Хочется еще раз отметить высокую активность участников мероприятия. Дискуссии, начатые на сессиях, продолжались в кулуарных беседах.

Все дни работы симпозиума работала выставка очковых и контактных линз, средств по уходу за медицинской оптикой, диагностического оборудования, аксессуаров. Возможность познакомиться с последними трендами и инновациями является дополнительным стимулом для реализации будущих проектов.

VIII Ежегодный симпозиум с международным участием «Осенние рефракционные чтения – 2017» состоится 17-18 ноября 2017 года. Тема: «Современные методы диагностики, коррекции и лечения рефракционных нарушений».

Материал подготовила
Лариса Тумар
Фото Сергея Тумара

Офтальмология для оптометристов, оптометрия для офтальмологов

XII офтальмологическая/оптометрическая конференция «РЕФРАКЦИЯ – 2016»

25-26 ноября 2016 г. в Самаре состоялась научно-практическая конференция «Рефракция – 2016» «Офтальмология для оптометристов, оптометрия для офтальмологов». Организаторами конференции выступили: Министерство здравоохранения Самарской области, Самарская областная клиническая больница им. Т.И. Ерошевского, Самарский государственный университет, НИИ глазных болезней СамМГУ, Центр коррекции зрения «ОКТОПУС», Сеть салонов оптики «Роскошное зрение».

Открыл конференцию главный офтальмолог Минздрава Самарской области, заведующий кафедрой офтальмологии СамГУ, главный врач СОКОБ им. Т.И. Ерошевского, доктор медицинских наук А.В. Золотарев. В этом году, отметил А.В. Золотарев, акцент был сделан на оптометрии, так как главный офтальмолог несет ответственность за работу всей офтальмологической службы области. «Ни для кого не секрет, что с доступностью медицинской помощи вообще и офтальмологической в частности практически во всех регионах Российской Федерации дело обстоит не очень хорошо. Несмотря на то что перед главными специалистами была поставлена конкретная задача повышения доступности офтальмологической помощи, очевидно, что обеспечивать доступность некем. Пришлось вспомнить достаточно широко распространенный на Западе модус о том, что соотношение между офтальмологами и оптометристами должно быть 1:4, при этом огромная часть работы, выполняемая у нас офтальмологами, должна выполняться оптометристами». В течение последних нескольких лет, подчеркнул А.В. Золотарев, офтальмологическая служба региона движется в направлении вовлечения оптометристов в офтальмологическую работу и просвещения офтальмологов в области оптометрии.

Д.м.н. А.В. Золотарев (Самара)

Профессор В.М. Малов (Самара)

В.И. Пилягин (Самара)

Д.м.н. О.В. Жукова (Самара), И.А. Ананьева (Самара)

Профессор В.А. Дадали (Санкт-Петербург)

О.Г. Зверева (Казань)

Профессор М.А. Ковалевская (Москва)

К.м.н. И.В. Евсеева (Самара)

Со словами приветствия участникам конференции выступили также генеральный директор группы компаний «ОКТОПУС» В.И. Пилягин, генеральный директор Сети салонов оптики «Роскошное зрение» И.А. Ананьева, главный детский офтальмолог Минздрава Самарской области, доктор медицинских наук О.В. Жукова, профессор В.М. Малов, заведующий кафедрой глазных болезней Института последипломного образования, профессор И.В. Малов.

С первым докладом на тему «Особенности развития оптометрической службы в России. Профессор Ю.З. Розенблюм и российская оптометрическая школа» выступила д.м.н. О.В. Проскурина (Москва).

Доклад «Контактная коррекция зрения: свежий взгляд» сделал профессор А.В. Мягков (Москва). Докладчик отметил, что в настоящее время контактная коррекция переходит от обычного подбора средств коррекции к более сложным видам коррекции: коррекция индуцированных аметропий с использованием кастомизированных КЛ, жестких газопроницаемых КЛ, склеральных линз; контроль миопии с применением ортокератологических линз, бифокальных линз, линз с управляемым периферическим дефокусом; комфорт и проблема сухости, решаемые с помощью новых материалов (биомиметические материалы), новых технологий (двухфазная полимеризация). Основным фактором, влияющим на лояльность пациентов, является комфорт. В связи с этим ведутся разработки материалов с целью придания КЛ биомиметических свойств, то есть максимальное приближение к структуре и составу слезы; уменьшение дегидратации; уменьшение коэффициента трения и эпителизации. Докладчик представил КЛ Bausch+Lomb ULTRA. Линзы производятся по технологии MoistureSeal, сочетают высокую газопроницаемость и влажную поверхность, обеспечивающие стойкость к дегидратации, низкое трение и высокую смачиваемость.

С докладом «Профессиональный стандарт оптометриста — ответ реформе и будущее профессии» выступили В.В. Самойленко (Санкт-Петербург) и Г.Н. Мищенко (Москва). Докладчики подробно остановились на разработке профессионального стандарта оптометриста. На сегодняшний день действует приказ Минздрава РФ № 541-Н от 23 июля 2010 года, регламентирующий должностные обязанности медицинского оптика-оптометриста. «Оптик-оптометрист осуществляет исследование функции зрения, проводит проверку остроты зрения, периметрию, рефрактометрию, офтальмометрию, биомикроскопию, тонометрию. Исследует бинокулярное зрение, диагностирует основные признаки заболеваний, подбирает средства коррекции, оказывает неотложную медицинскую помощь, ведет прием пациентов в кабинете доврачебного приема». Зарубежный опыт основывается на том, что оптметрия и оптика — это взаимосвязанные профессии, и в некоторых странах Европы рассматриваются как одна специальность. В соответствии с приказом Минтруда № 148-Н, оптометрист готовится на 6-м квалификационном уровне, что соответствует 4 годам обучения. В рамках среднего профессионального образования это соответствует углубленному обучению, в рамках высшего профессионального образования — уровню бакалавриата. 6-й уровень предполагает самостоятельную деятельность, дает специалисту право работать без непосредственного контроля со стороны специалиста с более высоким уровнем образования и предусматривает ответственность за результаты своей работы. В настоящее время ведется работа по всем специальностям, где есть сопряжение среднего и высшего образования. Документ «Дорожная карта», утвержденный Минздравом РФ, предусматривает работу по глобальному расширению функций среднего медицинского персонала. Разделение функций, выполняемых специалистом с высшим и средним образованием, происходит по следующему принципу: если трудовой процесс может быть стандартизирован, он выполняется специалистом со средним образованием; если трудовой процесс предполагает обоснованный клинический выбор и не предусматривает однозначного решения, он выполняется специалистами с высшим образованием. Профстандарты, в первую очередь, необходимы работодателям для определения должностных инструкций, для исключения дублирования функций по областям, для тарификации работы, установления системы оплаты труда и т.д. Работникам — чтобы определить, какие умения и знания необходимы для конкретной профессии или должности; выяснить свой профессиональный уровень и развить профессиональные компетенции; повысить квалификационный уровень и подтвердить его соответствующим документом; оценить свои потребности и возможности в профессиональном обучении, дополнительном образовании; планировать пути карьерного роста; получать рекомендации и направления от работодателя для прохождения дополнительного обучения, сертификации; быть востребованным на рынке труда.

Доклад «Оптометрия с точки зрения офтальмологической практики» от группы авторов сделала О.Н. Купцова (Самара). В настоящее время, отметила докладчик, наблюдается недостаточная доступность первичной офтальмологической помощи для пациентов, нуждающихся в оптической коррекции в городских поликлиниках и сельской местности, при этом пациенты активно получают медицинские услуги в офтальмологических кабинетах коммерческих оптик; организация работы коммерческих оптик, материально-техническое оснащение, обеспеченность специалистами и их профессиональная подготовка позволяют использовать оптики в качестве дополнительных медицинских организаций для предоставления медпомощи пациентам в целях повышения ее доступности и обеспечения дополнительного качества; оптометрия повышает доступность офтальмологической помощи; улучшает раннюю диагностику глазных заболеваний и раннее вовлечение пациентов в лечебный процесс; подбор на современном уровне оптической коррекции, включая индивидуальные зрительные потребности, повышает удовлетворенность пациента качеством офтальмологической помощи.

И.В. Лобанова (Москва) выступила с докладом «Роль оптической коррекции в поддержании физиологического рефрактогенеза и формировании зрительных функций у детей и подростков». Зрительный анализатор ребенка имеет принципиальные отличия от зрительного анализатора взрослого человека. Зрительный анализатор ребенка с каждым последующим годом жизни меняется, активно меняется рефракция. Физиологический рефрактогенез — это такое изменение рефракции, по окончании которого зрительный анализатор пациента не получает ни анатомических, ни функциональных патологических изменений. В течение первых лет жизни происходит процесс эмметропизации, т.е. гиперметропическая рефракция, с которой рождается ребенок, ослабевает, появляется миопический компонент. В течение этого периода нормальная рефракция — слабо гиперметропическая. Процесс заканчивается в 6-10 лет. На эмметропизацию оказывают влияние физиологические факторы: влияние вегетативной нервной системы, ослабление преломляющей силы хрусталика, ослабление преломляющей силы роговицы, углубление передней камеры глаза. В МНИИ ГБ им. Гельмгольца под руководством д.м.н. О.В. Проскуриной проводилось исследование влияния коррекции на динамику рефракции при гиперметропии. При высокой гиперметропии ношение очков способствовало усилению рефракции, отказ от коррекции способствовал ослаблению рефракции. При гиперметропии слабой степени ношение очков способствовало уменьшению сдвига рефракции в сторону ее усиления, отказ от очков способствовал формированию миопии. При изучении влияния коррекции на динамику рефракции при миопии использовались различные виды очков (БСПО, бифокальные, мультифокальные), различные виды контактных линз (ЖКЛ, МКЛ однофокальные, бифокальные, мультифокальные, специальные). Эксперименты по моделированию дефокуса показали, что использование положительных линз, смещающих фокус вперед от сетчатки, приводило к развитию гиперметропии, отрицательных (фокус за сетчаткой) — к миопии. Основываясь на этих результатах, предложено для торможения развития миопии у детей использовать неполную коррекцию вдаль (недокоррекцию). Однако эта гипотеза не подтвердилась, дальнейшие исследования показали, что недокоррекция приводит к прогрессированию миопии, продолжается рост переднезаднего отрезка глаза. Таким образом, положительное действие неполной коррекции на торможение развития миопии у детей не находит практического применения. Основным условием правильного формирования зрительных функций, подчеркнула докладчик, является полноценная оптическая коррекция аметропий. Важнейшими условиями, обеспечивающими полноценную коррекцию зрения у детей, являются время назначения коррекции, полнота коррекции аметропии, метод коррекции и постоянство коррекции.

Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург) доложил об оптометрических аспектах синдрома «сухого глаза». Синдром «сухого глаза» может развиться на почве снижения слезопродукции (гиполакримия, не связанная с синдромом Сьегрена, ношение контактных линз, ЛАЗИК), а также в результате повышенной испаряемости СП, вызванной ношением КЛ и кератерефракционными вмешательствами (кератотомия ФРК, ЛАЗИК). Факторами, влияющими на возникновение синдрома «сухого глаза» вследствие кератерефракционных вмешательств, являются механический (передняя кератотомия), лучевой (ФРК), комбинированная травма (ЛАЗИК, ЛАСЕК). «Поражающими факторами» контактной коррекции профессор В.В. Бржеский назвал следующие: разделение слезной пленки на пред- и подлинзовый слой; постоянная микротравматизация эпителия глазной поверхности, усиливающаяся давлением век при мигании; повышение температуры глазной поверхности; повышение потребности в слезе и в муцинах; хронический дефицит кислорода; изменение pH слезной пленки; токсическое повреждение материалом МКЛ; изменение спектра флоры конъюнктивальной полости. При легкой форме ССГ в качестве базовой терапии назначаются препараты «искусственной слезы» низкой вязкости, дополняющей терапией являются препараты высокой вязкости или глазные гели; при ССГ средней степени выбором профессора В.В. Бржеского являются глазные гели в качестве базовой терапии и препараты низкой вязкости как дополняющая терапия; при крайне тяжелом ССГ необходимо назначать бесконсервантные препараты низкой вязкости. Докладчик обратил внимание на то, что ССГ развивается у 55,4-77,5% пациентов, перенесших кератерефракционные операции, и у 14,3-89% пациентов, носящих КЛ. В рамках предоперационного обследования при подготовке к операциям на роговице необходима постановка проб по Норну и Ширмеру. При обнаружении ССГ операцию на роговице целесообразно выполнять на фоне окклюзии слезоотводящих путей.

Д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва) представил доклад «Комплексный подход к лечению мейбомиитов». С точки зрения оптометристов, мейбомиит является одной из наиболее серьезных проблем. Мейбомииты вызывают язвы роговицы и кератиты; халязион; травматизацию роговицы из-за неровного утолщенного века; синдром «сухого глаза» вследствие быстрого испарения слезы; ухудшение зрения. Основными задачами терапевтического подхода являются: облегчить симптомы, поддерживать сохранность глазной поверхности, избежать атрофии мейбомиевых желез. Для этого необходимо очистить выводные протоки мейбомиевых желез, восстановить липидный слой слезной пленки, погасить и остановить воспаление глазной поверхности и век, лечить поражение глазной поверхности и «сухой глаз».

Салон оптики в ближайшее время станет тем местом, где будет реализовываться скрининг тяжелой офтальмологической патологии, который на сегодня серьезно влияет на структуру слепоты и слабовидения. Такую точку зрения в докладе «Скрининг офтальмологических заболеваний в оптометрической практике» высказала д.м.н. Е.В. Карлова (Самара). Минимальный набор диагностических тестов, которые возможно проводить в условиях оптического салона, это — тонометрия (с применением портативного тонометра ICare), осмотр ДЗН при скрининге глаукомы; офтальмоскопия, тест Амслера при скрининге ВМД, ДРП. Докладчик указала на возможность применения в оптическом салоне системы D-EYE, портативной системы получения и обработки снимков сетчатки на базе IPhone. Возможно также проведение 3D-компьютерного порогового теста Амслера для скрининга и мониторинга макулярной патологии. Однако, несмотря на появление большого количества технологий, позволяющих организовать скрининг основных офтальмологических заболеваний в условиях оптометрической практики, остаются нерешенными организационные вопросы взаимодействия оптометриста и офтальмолога, подвела итог своему выступлению Е.В. Карлова.

С.В. Слаутинский (Воронеж) осветил актуальные вопросы организации оптометрической помощи в регионе, указал на недостатки и выдвинул следующие предложения по улучшению положения: создание регионального проекта «Здоровое зрение»; разработка-адаптация региональных стандартов и алгоритмов работы по оказанию опометрической помощи населению; внедрение и адаптация программы скрининга и диспансерного наблюдения оптометрической патологии, ведущей к ухудшению обучаемости, снижению работоспособности и инвалидизации по зрению; разработка и внедрение метода эффективной оценки оказываемых услуг по коррекции зрения.

О немецкой школе оптометрии рассказал Алекс Лоок (Германия), инженер лаборатории оптометрии Университета прикладных наук им. Эрнста Аббе (Йена). В своем докладе немецкий гость подробно осветил вопросы подготовки специалистов в области оптики и оптометрии, их дальнейшего трудоустройства, повышения квалификации. Остановившись на функциональных обязанностях оптометристов и офтальмологов в Германии, Алекс Лоок отметил, что в функции оптометристов входят: обследование глаз и зрения; выяснение анамнеза; сбор информации об оптических потребностях; анализ зрительных характеристик глаз, обследование состояния глаз и зрительных навыков; постановка диагноза с подозрением; они НЕ проводят лечение глаз и НЕ прописывают лекарства; при заболеваниях дают направление к офтальмологу. Функции офтальмологов: обследование глаз и зрения, выяснение анамнеза и т.д.; диагностика, лечение и профилактика глазных заболеваний; хирургическое лечение; направление к оптометристу с целью назначения контактных линз или оптических устройств.

С докладом «Обследование и ведение пациентов с ортокератологическими линзами врачами-офтальмологами поликлиник и медицинских центров» выступил А.Р. Хурай.

Работу секции «Скрининг офтальмологических заболеваний в условиях оптометрической практики» открыл доклад Н.Н. Григорьевой (Санкт-Петербург), в котором докладчик рассказала об организации скрининга диабетической ретинопатии в Санкт-Петербурге, где был принят специальный закон о проведении скрининга этого

Профессор **А.В. Мягков** *(Москва)*

Я не в первый раз приезжаю в Самару, и каждый раз конференция оставляет самые приятные впечатления. Это уже 12-я по счету конференция, что говорит о том, что мероприятие востребовано. Мы услышали интересные доклады, увидели и интерес у слушателей. Нечасто региональные конференции соответствуют федеральному уровню. В зале присутствовали врачи из Чувашии, Татарстана, Саратовской области, Москвы, Санкт-Петербурга. Организаторы попытались решить очень сложную задачу: провести некую грань между оптометрией и офтальмологией. Нельзя перекладывать ответственность за офтальмологически больного пациента на плечи среднего медицинского персонала. Необходимо более четко оценивать знания оптометристов, так как отличие врача от среднего персонала в том, что у него есть клиническое мышление, врач знает более глубоко патологические процессы, происходящие в том или ином состоянии. Как говорил А.В. Золотарев, скорее всего мы не получим ответов на поставленные вопросы, но можно более четко сформулировать те вопросы, которые бы показали, что мы хотим, к чему движемся, чтобы было проще найти правильное решение.

Профессор **Ю.Б. Слонимский** *(Москва)*

Мне очень понравилась конференция, понравилось ее необычное название «Офтальмология для оптометристов, оптометрия для офтальмологов». Я увидел по-настоящему заинтересованных людей, многие участники старались посетить все сессии. Хочу выразить слова благодарности организаторам за высокий научный уровень конференции. Все доклады были интересными, и, что самое главное, была возможность их обсудить. Безусловно, необходимо больше внимания уделять оптометрии, и, на мой взгляд, назрела необходимость добиться выхода соответствующего приказа Минздрава, который определял бы количество оптометристов для поликлиники, района, так же как это регламентировано в отношении офтальмологов.

Д.м.н. **Е.В. Карлова** *(Самара)*

Для большинства офтальмологов сегодня очевидно, что наиболее реальной базой для раннего выявления основных офтальмологических заболеваний является салон оптики. Так, пациент в возрасте 50 лет с начальной стадией глаукомы или возрастной макулярной дегенерацией вряд ли обратится к офтальмологу, а вот к оптометристу для подбора очков — очень вероятно. Именно поэтому налаживание взаимодействия офтальмолога и оптометриста — одна из важнейших задач нашего времени. Я очень надеюсь, что конференция позволит приблизиться к решению тех организационных проблем, которые сдерживают формирование системы раннего выявления офтальмологической патологии в условиях оптометрической практики.

Д.м.н. **Д.Ю. Майчук** *(Москва)*

Я каждый год приезжаю в Самару и благодарен организаторам за приглашения. Конференция совершенно уникальная: нигде с такой остротой не ставится вопрос систематизирования взаимоотношений офтальмолога и оптометриста. Самара славится именно тем, что собирает форум, где обсуждаются вопросы, находящиеся на стыке, с одной стороны, двух патологий, с другой — на стыке двух специальностей. Здесь офтальмологи и оптометристы имеют возможность не только общаться, научить чему-то друг друга, но и высказать претензии и найти компромиссное решение. Больница им. Ерошевского заслуживает самого глубокого уважения за то, что сумела установить тесные связи с ведущими офтальмологами России и проводить на самом высоком уровне научные конференции. Это, безусловно, является хорошим стимулом приезжать сюда каждый год. Для меня чрезвычайно важно выступать перед врачами-оптометристами, занимающимися контактной коррекцией, так как подобрать адекватные контактные линзы или очки пациентам с блефаритом, с хроническим конъюнктивитом, с аллергией очень сложно. Кроме того, рефракция зависит от того, насколько в данный момент воспалительное заболевание влияет на орган зрения. Я вижу, что участники с интересом слушают мои лекции, и для меня это служит надеждой, что мы совместными усилиями сможем помочь огромному количеству пациентов, который часто просто не доходят до офтальмолога, а обращаются в оптику только лишь за тем, чтобы выписать очки.

Алекс Лоок *(Германия)*

В Самаре я впервые, хотя в Россию приезжал уже не раз. Выступал с лекциями перед офтальмологами в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге.

Конференция оставляет самые приятные впечатления. У оптометрии в России большой потенциал, она находится на правильном пути. В Германии 15-20 лет назад существовали примерно те же проблемы, касающиеся взаимоотношений между офтальмологами и оптометристами. Оптометристы имели больше возможностей заниматься пациентами, так как люди чаще обращаются в оптические салон, чем в клинику. Оптометристы могли дополнительно смотреть глазное дно, вести скрининг, выявлять офтальмологические заболевания. Однако уровень медицинского образования у оптометристов был ниже, чем у офтальмологов, что приводило к ошибкам, которые офтальмолог не всегда мог исправить. В результате больше всех страдал пациент. В последнее время уровень подготовки оптометристов значительно вырос. В Университете Эрнста Аббе в Йене, где я работаю, большое внимание при подготовке оптометристов уделяется именно медицинскому направлению. Офтальмологи это заметили, стали больше доверять оптометристам. Сейчас в Германии офтальмологи и оптометристы прекрасно сотрудничают: оптометристы отправляют больных пациентов к офтальмологу, офтальмологи — здоровых пациентов к оптометристу. Надеюсь, что скоро это случится и в России. Еще хочу сделать маленькую ремарку относительно детей: в Германии до 14 лет первичный прием ведет только офтальмолог. А наша общая задача — принести максимальную помощь человеку.

заболевания. В европейских странах это привело к значительному снижению случаев слепоты среди больных сахарным диабетом. Н.Н. Григорьева, в частности, отметила, что фотографированием сетчатки может заниматься не только врач, не только специалист с медицинским образованием, но и оптометрист. Для этой работы необходимы фундус-камера и цифровой фотоаппарат. На Западе эти функции выполняет специально обученный технический персонал. Далее врачи оценивают снимки, делят пациентов на группы и дают соответствующие рекомендации.

Профессор М.А. Ковалевская (Москва) представила результаты апробации методики 3D-CTAG в условиях скрининг-диагностики заболеваний сетчатки.

Об опыте скринингового обследования на глаукому в Республике Татарстан доложила О.Г. Зверева (Казань), в Самарской области — Ф.С. Галеева (Самара).

В рамках секции «Оптометрия для детей и подростков» с докладом «Особенности коррекции астигматизма у детей и подростков» выступила И.В. Лобанова (Москва). Она подчеркнула, в частности, что если во время формирования зрительных функций у ребенка не будет проведена коррекция астигматизма, это приведет к нарушению зрительных функций. Традиционным методом являются очки, но если астигматизм сопровождается сферической рефракцией больших величин, возможно использование контактных линз, однако врач в этом случае несет двойную ответственность за пациентов. Линзами первого выбора для детей с астигматизмом являются торические КЛ. Докладчик обратила внимание на то, что уход за контактными линзами должен проводиться только в присутствии родителей, и если контроль родителей по каким-то причинам невозможен, необходимо перевести ребенка либо на однодневные КЛ, либо на очки.

Доклад на тему «Новое решение проблемы прогрессии миопии — мягкие контактные линзы с управляемым периферическим дефокусом OKVISION defocus control lens» представила Н.П. Парфенова (Москва). Эти линзы, по мнению автора, показаны детям и подросткам с прогрессирующей миопией; детям и подросткам, имеющим одного или двух родителей с миопией высокой степени; детям, у которых есть противопоказания к ортокератологии; пациентам с экстремально высокой миопией; пациентам до 40 лет с миопической или гиперметропической рефракцией, имеющим непереносимость полной коррекции зрения, высокие показатели АК/А в сочетании со снижением резервов аккомодации.

О стабилизирующем эффекте ортокератологической коррекции по результатам отдаленных наблюдений доложила Т.Ю. Вержанская (Москва). Проведенные исследования позволили авторам прийти к следующим выводам: ортокератологическая коррекция является эффективным методом торможения роста ПЗО и прогрессирования миопии в 10-летний период наблюдений в группе пациентов от 7 до 16 лет. Эффективность метода зависит от исходного состояния, степени миопии и скорости ее прогрессирования на момент начала ношения ОК-линз. Прослежена зависимость эффекта от возраста пациентов: в пубертантном периоде у детей 11-13 лет отмечается наибольший рост ПЗО на фоне ношения ОК-линз. Однако оптимальная продолжительность ношения ОК-линз и начальный возраст для наиболее эффективного торможения роста ПЗО остаются неясными. Эти вопросы станут темой дальнейших исследований, отметила Т.Ю. Вержанская.

Тема ортокератологии была продолжена в докладе А.Р. Хурая, где он обратил внимание на абсолютные противопоказания к ношению ОК-линз: острые инфекционные и воспалительные заболевания; коллагенозы; онкологические заболевания глаз; значительное снижение чувствительности роговицы; прием препаратов изотретионина; состояние после рефракционных операций; психологические особенности. О.Ю. Смородинова (Самара) на основании собственных исследований дала оценку стабилизирующему влиянию ОК-линз у детей и подростков с прогрессирующей миопией: ОК-линзы в режиме ночного ношения у пациентов с близорукостью слабой и средней степени обеспечивают высокие зрительные функции и хорошо стабилизируют миопический процесс; пациент в активное время суток клинически здоров и не имеет никаких ограничений, связанных с применением других средств коррекции зрения, что обеспечивает ему высокое качество жизни.

И.А. Шевич *(Москва)*

Я очень благодарна оргкомитету, О.Н. Купцовой за приглашение принять участие в конференции. Она прошла на очень высоком уровне, огромное удовольствие доставили научные доклады, возможность пообщаться с коллегами, так как обсуждаемые вопросы, в частности, касающиеся взаимоотношений офтальмологов и оптометристов, волнуют всех нас.

Г.Н. Мищенко *(Москва)*

Все замечательно, так как впервые за последнее время я вижу такой живой отклик на поставленные проблемы. Я благодарна организаторам за приглашение. Это, пожалуй, первая объединяющая конференция, и мнения, высказанные во время выступлений, на круглом столе, будут учтены в дальнейшей работе над профстандартом.

По поводу программы конференции хочу сказать, что многие врачи хотели посетить все мероприятия, настолько они были интересны. Моя оценка организаторам — 5+.

И.А. Мальцева (Самара) дала оценку отдаленных оптических параметров глаз детей, перенесших ретинопатию недоношенных и обратила внимание, что как у детей, перенесших ретинопатию недоношенных, так и рожденных в срок, ведущей является гиперметропическая рефракция; миопия чаще встречается у детей, перенесших ретинопатию, градиент прогрессирования у таких детей выше. Проведение лазеркоагуляции в срок обеспечивает формирование гиперметропической рефракции у таких детей и является благоприятным условием для дальнейшего развития зрительных функций.

И.В. Евсеева (Самара) от группы авторов доложила об эффективности применения оптико-рефлекторных тренировок в комплексном лечении пациентов с прогрессирующей миопией. Было отмечено, что применение оптико-рефлекторных тренировок приводит к достоверному снижению градиента прогрессирования миопии, снижению прироста длины глазного яблока, увеличению резерва аккомодации. Также выявлена умеренная обратная корреляция между резервами аккомодации и градиентом прогрессирования миопии, что может использоваться в качестве одного из прогностических факторов течения миопии.

Н.А. Кузьмичева (Самара) от группы авторов выступила с докладом, в котором поделилась первыми впечатлениями об эффективности назначения перифокальных очков детям с близорукостью в Самарской области.

Заключительный доклад секции был сделан Д.В. Петрачковым (Самара) и касался коррекции афакии после хирургии катаракты у детей. По мнению автора, имплантация ИОЛ у детей старше 2 лет является методом выбора коррекции афакии; выбор ИОЛ необходимо осуществлять с учетом анатомических особенностей детского глаза; детям до 4-летнего возраста необходимо выполнять заднюю капсулотомию с передней витрэктомией.

В программе сессии «Актуальные вопросы оптометрии» были заявлены 11 докладов, касающихся различных направлений. Р.В. Ибрагимова (Москва) доложила об актуальных тенденциях защиты зрения в цифровом мире, в частности, докладчик обратила внимание на очковые линзы Eyezen, призванные заменить однофокальные линзы. Они могут быть рекомендованы, в первую очередь, активным пользователям цифровых устройств.

Профессор В.А. Дадали (Санкт-Петербург) сделал доклад на тему «Биохимик — офтальмологу. Новое о хорошо знакомом, или Неизвестное о витаминах», в котором подробно остановился на значимости различных витаминов для поддержания органа зрения. Особое внимание профессор В.А. Дадали уделил препарату Ретинорм, который представляет собой сбалансированный комплекс, содержащий комбинацию биологически активных веществ. Ретинорм может быть рекомендован для профилактики возрастных изменений — глаукомы, катаракты, возрастной макулярной дегенерации; для профилактики нарушений зрения при сахарном диабете, атеросклерозе, метаболическом синдроме; при снижении качества зрения, в том числе при недостаточном освещении и в сумерках; для уменьшения зрительного утомления при работе за компьютером, чтении, вождении автомобиля; для защиты глаз от воздействия повышенного УФ-излучения; при ношении КЛ и очков и т.д.

«Исследование рефракции в условиях действующей аккомодации» — тема доклада И.А. Шевич (Москва). Этапы оптометрического исследования включают определение клинической рефракции объективными и субъективными методами; измерение привычного тонуса аккомодации (ПТА), выявление привычно-избыточного напряжения аккомодации (ПИНА); выравнивание аккомодационно-рефракционного баланса; учет ПТА в подобранной коррекции. Методики исследований аккомодации в естественных условиях подразделяются на объективные и субъективные. К объективным методам относятся: бинокулярный авторефрактометр открытого поля, дающий возможность измерить аккомодационный ответ на любом расстоянии; аккомодограф; методики динамической офтальмоскопии (MEM, Nott-ретиноскопия) — на близком расстоянии. К субъективным — «ратсуманивание»; пробы с «положительными» линзами; духорномный и красный тест; рефракционно-аккомодационный баланс. Оптические методы измерения рефракции позволяют выявить привычно-избыточное напряжение аккомодации, измерить привычный тонус аккомодации, более достоверно определить клиническую рефракцию глаза в условиях действующей аккомодации и прогнозировать динамику изменений.

Л.И. Вольхина (Москва) представила доклады на тему «Непереносимость очковой коррекции», «Аберрации высшего порядка и их влияние на качество зрения»; Н.В. Ринская (Москва) выступила с докладами «Гетерофории и их влияние на качество зрения», «Учет фории при рутинной рефракции и призматической коррекции», «Механизмы сенсорной адаптации при аномальной ретинальной корреспонденции и назначение прогрессивной коррекции», «Техника определения ретинальной корреспонденции». Т.К. Кушель (Германия) были сделаны доклады на тему «Применение цветных медицинских фильтров в очковой коррекции астигматизма и снижение влияния зрачковой реакции на зрение в очках». Завершил работу конференции доклад А. Лоока (Германия) «Условия и алгоритм бинокулярной проверки при фиксационной диспарантности».

В программу конференции были также включены семинары, сателлитные симпозиумы, мастер-классы, вызвавшие большой интерес участников. Особое место в научной программе было уделено круглому столу на тему «Проблемы профессиональной подготовки и взаимодействия офтальмолога и оптометриста», репортаж о котором будет опубликован в следующем номере газеты.

Материал подготовил
Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара

А.Я. Свердлик *(Нижний Новгород)*

Конференция очень интересная, порой теряешься и не знаешь, куда направиться, так как хочется все услышать. С большим интересом участвовала в работе круглого стола. Я приехала из Нижнего Новгорода, где работаю преподавателем Центра повышения квалификации специалистов здравоохранения. В этом Центре проводилась подготовка оптометристов на базе среднего медицинского образования, то есть мы готовили специалистов из медсестер. Я считаю, что медсестры — очень подходящий контингент для переподготовки. Они работали в реанимации, в скорой помощи, часто люди им доверяли свои жизни. К вопросу переподготовки они относятся очень серьезно. И то что по приказу Минздрава их лишили возможности получить новую профессию, новые компетенции, неправильно. Я — против такого решения.

Современные тенденции в коррекции рефракционных нарушений

Сателлитный симпозиум компании «Трейдомед Инвест»

27 октября 2016 года в рамках научно-практической конференции с международным участием «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2016» состоялся сателлитный симпозиум, организованный компанией «Трейдомед Инвест» на тему «Современные тенденции в коррекции рефракционных нарушений».

Открыл симпозиум доклад профессора Э.Н. Эскиной (Москва) «Возможности коррекции эксимерлазерной коррекции пресбиопии». Актуальность проблемы пресбиопии в развитых странах возросла в последние годы в связи с тенденцией к увеличению продолжительности жизни населения и, соответственно, числа лиц старших возрастных групп. К примеру, в Японии доля пресбиопов достигает 50%.

Среди технологий эксимерлазерной коррекции пресбиопии профессор Э.Н. Эскина отметила методику SUPRACOR, выполняемую только в комбинации с LASIK при помощи эксимерного лазера TECHNOLAS. SUPRACOR основана на формировании двустороннего мультифокального профиля на роговице обоих глаз без эффекта анизометропии. Хирургическая аддидация составляет от 1,5 дптр и достигается без внесения нежелательных оптических аберраций. Результаты клинических исследований показывают, что уже в первый день после операции пациенты отмечают высокое зрение вблизи. В то же время улучшение некорригированной остроты зрения вдаль занимает продолжительное время, миопическая рефракция сохраняется через 6 месяцев после операции. В результате данной хирургической методики только у 60% пациентов острота зрения вдаль составляет 0,8. Потеря максимально корригированной остроты зрения вдаль составляет более 9%. Потребность в повторных операциях возникает в 13% случаев.

Вмешательства по методике PRESBYOND Laser Blended Vision проводятся на эксимерном лазере Carl Zeiss Meditec MEL80 или последующих поколениях этой лазерной системы в комбинации с LASIK или PRK. Технология используется в диапазоне рефракции от -8,50 дптр до +6,0 дптр с астигматизмом или без него, а также при эмметропии. Программа основана на формировании нелинейного асферического профиля роговицы с увеличением положительной сферической аберрации, при этом недоминантный глаз имеет рефракцию -1,5 дптр. Отмечена высокая эффективность методики у пациентов с эмметропией и миопией: острота зрения 1,0 вдаль и 1,0 вблизи достигается в 95% случаев. При гиперметропии острота зрения 1,0 достигается в 77% случаев. Однако технология предполагает достаточно продолжительный период послеоперационной адаптации пациента (до 6 месяцев). В большом проценте случаев требуются повторные вмешательства.

Наиболее известным подходом к коррекции пресбиопии является операция по методике PresbyMax. Выполняется на установке SCHWIND AMARIS, может применяться в комбинации с LASIK или PRK. В результате вмешательства PresbyMax формируется биасферический мультифокальный профиль на роговице, т.е. каждая концентрическая зона является мультифокальной с переходной зоной, которая обеспечивает зрение на среднем расстоянии. Применяется у пациентов с пресбиопией в рефракционном диапазоне от -8,0 до +6,0 дптр и астигматизмом до 6,0 дптр, а также у пациентов с эмметропией. Технология имеет несколько вариантов, учитывающих потребности пациентов в зрении вдаль и вблизи. Самой распространенной из них является PresbyMax Hybrid, покрывающая все необходимые для работы расстояния. Эффект концепции PresbyMax базируется на биасферическом мультифокальном профиле; формировании анизометропии; подвижности зрачка в процессе аккомодации; формировании отрицательной сферической аберрации. PresbyMax является единственным методом, который комбинирует micromonovision, отрицательную сферическую аберрацию и мультифокальность. Программа обеспечивает возможность персонифицированного подхода с учетом потребностей пациента за счет изменения коррекции на доминантном глазу, страхует хирурга и пациента с помощью опции реверса. Зрение вблизи восстанавливается в первый день после операции. Острота зрения вдаль повышается до уровня 0,8 и более с невысоким значением дополнительной коррекции. PresbyMax является одной из наиболее эффективных операций с 1% реверса. В заключение докладчик обратила внимание, что при выборе оптимальной методики операции по коррекции пресбиопии важно учитывать профессию пациента, его увлечения и особенности зрительной нагрузки, способность к компромиссу. Важно оценить состояние слезной пленки и глазной поверхности, определить доминантный глаз, переносимость анизометропии. Во многих случаях показано пробное ношение контактных линз для оценки переносимости мультифокальности и анизометропии. Факторами успеха являются: персонифицированный подход при оценке возможности эксимерлазерной коррекции пресбиопии, точность предоперационной диагностики, выбор оптимальной хирургической методики, эффективное взаимодействие с пациентом в послеоперационном периоде и поддержка его в течение всего периода восстановления зрения.

Президиум симпозиума

С докладом «Персонализированная коррекция аметропий на установке SCHWIND AMARIS» выступил Е.М. Маковкин (Пермь). Алгоритм выбора варианта расчета операции от компании SCHWIND (Германия) подразумевает наличие в клинике кератотопографа и аберрометра. Выбор осуществляется между расчетом без учета аберраций высокого порядка; с учетом роговичных аберраций высокого порядка; с учетом окулярных аберраций; с учетом замены хрусталика. В большинстве случаев операции проводятся без учета аберраций высокого порядка. Чаще выбор делается между лечением без коррекции аберраций высокого порядка и лечением с коррекцией роговичных аберраций высокого порядка. Критериями выбора расчета являются величины роговичных аберраций, острота зрения, жалобы пациента на остроту зрения, на качество зрения в ночное время. Докладчик указал на сложность описанного алгоритма.

Авторы в своей работе применяют собственный алгоритм. Диагностика роговичных аберраций высокого порядка проводится с помощью кератотопографа, в возможности которого входит анализ роговичных аберраций с построением карты для проведения персонализированных операций, моделирование остроты зрения вдаль по результатам исследования WaveFront. Важным условием персонализированного лечения является высокое качество кератотопографических снимков и правильный выбор снимка, на основе которого будет проводиться индивидуальный расчет абляции. Критериями выбора являются: высокая повторяемость кератотопографических снимков снимков; однородность топографической картины; высокая повторяемость величины и направления off set (смещения зрительной оси относительно центра зрачка); четкость линии лимба; регистрация циклоторсии; соответствие кератометрических параметров снимка параметрам обычного рефрактометра; отсутствие нерегулярных участков высокого или низкого преломления лучей. Персонализация операции определяется аберрациями высокого порядка, которые подразделяются на регулярные (3, 4-й порядки) и нерегулярные (5, 6, 7-й порядки), имеющие анатомические и оптические причины. Аберрации 3-го порядка чаще связаны со смещением оси глаза относительно оси зрачка; аберрации 4-го порядка — с неполным соответствием кривизны роговицы и хрусталика оптической системе глаза, т.е. лучи, преломляющиеся в разных зонах роговицы и хрусталика, имеют разное фокусное расстояние. Аберрации 5, 6, 7-го порядков в большей степени связаны с неровностью и непрозрачностью передней поверхности роговицы; непрозрачностью ВГЖ, хрусталика и стекловидного тела; с рассеянием света на поверхностях глазных сред; с патологическими изменениями в макуле. При выполнении эксимерлазерных операций для получения максимально высокой остроты зрения при высоком его качестве целесообразно использование технологии персонализированной коррекции зрения с коррекцией аберраций высокого порядка. При наличии на топографических снимках нерегулярных островков неравномерного преломления целесообразно выключение непостоянного компонента аберраций.

Е.Г. Солодкова (Волгоград) представила сравнительный анализ результатов различных вариантов операции коррекции миопии с применением эксимерного лазера SCHWIND AMARIS 500 и 750 гц. Оценка проводилась по критериям эффективности, безопасности, стабильности и предсказуемости на основе изучения карт пациентов. Анализ проведен в 3 группах пациентов: после операции ЛАЗИК, проведенной на установке SCHWIND AMARIS 500 гц; после операции ЛАЗИК на установке SCHWIND AMARIS 750 гц; после ЛАСИК на установке SCHWIND AMARIS 750 гц с фемтосопровождением (FS 200 WaveLight Alcon). Сроки наблюдения составили 1, 3 и 9 месяцев. Оценка результатов позволила авторам сделать вывод, что все исследуемые методики ЛАЗИК демонстрируют высокую безопасность, эффективность, стабильность и предсказуемость. Некоторые преимущества показало сочетанное использование фемтосекундного лазера FS 200 WaveLight (Alcon) и эксимерного лазера SCHWIND AMARIS 750 гц, позволяющее достичь оптимального функционального и анатомического результатов при проведении операции ЛАЗИК для коррекции аметропий.

Dr. Hans-Peter Haug (Германия) посвятил свое выступление вопросу выполнения трансэпителиальной ФРК с использованием новой технологии SmartPulse в лазерах SCHWIND AMARIS. Суть методики заключается в абляции эпителия и стромы роговицы пациента за одну процедуру без необходимости программирования двух отдельных операций, как в большинстве аналогичных эксимерлазерных систем. Данная операция подходит для коррекции всех аметропий, за исключением миопии до -1 дптр, гиперметропии до +1,5 дптр и докоррекции. Технология Smart Pulse реализована на описании поверхности роговицы с помощью структуры Фуллерена. Это позволяет провести абляцию в большем объеме и получить более гладкую поверхность роговицы, что особенно важно для поверхностных операций. Для компенсации уровней энергии, необходимых для абляции эпителия и стромы, разработана технология ITEC (Intelligent Thermal Effect Control), обеспечивающая распределение лазерных импульсов по паттерну, который динамически адаптирован для поддержания оптимальной температуры ткани роговицы. В заключение докладчик отметил преимущества транс-ФРК, которыми являются отсутствие флэпа, неинвазивность, более быстрая эпителизация по сравнению с традиционной ФРК (с 3,6 до 2,4 дней), высокая биомеханическая стабильность роговицы и предсказуемость результатов.

С заключительным докладом симпозиума на тему «Лазерная коррекция зрения с профилактическим коллагеновым кросслинкингом» выступил Ю.М. Кудрявцев (Нижний Новгород). Докладчик рассказал об опыте лазерной коррекции в сочетании с профилактическим кросслинкингом. Вмешательство проводится с применением эксимерного лазера SCHWIND AMARIS, фемтолазера Visumax 500 (Carl Zeiss Meditec), установки IROC INNOCROSS UV-X 2000 для ускоренного кросслинкинга. По мнению авторов, показаниями к профилактическому кросслинкингу являются высокая степень миопии, гиперметропии и астигматизма, сомнительные данные кератотопографии, «нестандартная» элевация задней поверхности роговицы по данным Pentacam HR, крутая роговица, а также совокупность двух и более указанных особенностей. Спустя 2-3 месяца после операции на ОКТ роговицы отмечается выраженное усиление оптической плотности на границе между стромой и лоскутом. Ю.М. Кудрявцев особо подчеркнул, что с учетом травматизации эпителия ультрафиолетом и повышенного риска развития синдрома «сухого глаза» в послеоперационном периоде необходима активная терапия с целью ускорения регенерации, уменьшения болевого синдрома, сокращения срока реабилитации и восстановления зрительных функций. Для этого в первые сутки после вмешательства применяются мягкие контактные линзы и кератопротекторы, в дальнейшем необходимы только слезозаменители. На сегодняшний день срок наблюдения за пациентами составляет 1,5 года, осложнений не отмечено, результаты стабильны.

Традиционно сателлитный симпозиум, организуемый компанией «Трейдомед Инвест», вызвал большой интерес участников конференции. Коллеги задавали вопросы выступающим и делились своей точкой зрения по прозвучавшим темам.

Посмотреть видеоматериалы симпозиума можно на сайте www.tradomed-invest.ru в разделе «Страничка клиницита».

Материал подготовил
Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара

Пролиферативный синдром в биологии и медицине

II Российский конгресс с международным участием

30 ноября, 1 и 22 декабря 2016 года, Москва

Увеличение числа клеток путем деления лежит в основе роста организма и регенерации, однако при некоторых состояниях нарушается нормальный ход этого многофакторного процесса, что ведет в свою очередь к нарушениям функции органа или организма в целом. Различные комбинации подобных нарушений входят в понятие пролиферативного синдрома в биологии и медицине.

В последнее время пролиферативные процессы все больше волнуют многих специалистов, так как они являются причиной низких функциональных исходов.

Эти проблемы рассматривались на II Российском конгрессе с международным участием «Пролиферативный синдром в биологии и медицине», который состоялся 30 ноября, 1 и 22 декабря в Москве.

Организаторами конгресса были ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны России, ФГБУН «Институт биологии развития им. Н.К. Кольцова» РАН, НП «Международный научно-практический центр пролиферации тканей», ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница» ДЗМ, ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России.

Автором идеи проведения конференций «Пролиферативный синдром в офтальмологии», которые проходят в Москве с 2000 года, и конгрессов «Пролиферативный синдром в биологии и медицине», председателем оргкомитета и ответственным редактором была заведующая научно-исследовательской лабораторией детской офтальмологии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, директор НП «Международный научно-практический центр пролиферации тканей», д.м.н. Л.М. Балашова.

Председателями конференции и почетными ее членами были ведущие специалисты в этой области — академики РАН, член-корреспонденты РАН, профессора: Е.И. Сидоренко, М.М. Шишкин, И.П. Хорошилова-Маслова, С.А. Коротких, Р.Л. Трояновский, М.Р. Гусева, М.Е. Гусева, Э.В. Бойко, А.А. Рябцева, И.Г. Панова, Ф.Э. Атауллакханов, О Хан До, О.А. Синявский, О.В. Парамей, В.А. Намиот, И.Е. Колтунов, Е.Е. Петряйкина, О.А. Румянцева, Е.В. Кремкова, А.В. Свирин, П. Вальтер, Т.С. Агаева и другие.

Членами оргкомитета были профессора, доценты, доктора медицинских наук, кандидаты медицинских наук, врачи и специалисты по брендингу: Е.П. Кантаржи, Е.Г. Сергеева, В.Е. Карпов, И.М. Корниловский, В.Л. Гришин, А.В. Попов, С.Ю. Голубев, Г.О. Карпов, Е.А. Черкашина.

В ходе конгресса рассматривались вопросы пролиферативного синдрома в биологии и микробиологии, патологии гемостаза в таких областях клинической медицины, как неврология, акушерство-гинекология, ревматология, нефрология, инфекционные болезни, офтальмология. Всего было сделано 80 докладов.

Профессор В.В. Нероев

Профессор О.Э. Карпов

Профессор М.М. Шишкин

Д.м.н. Л.М. Макашова

К.м.н. Д.О. Шкворченко

М.Е. Гусева с соавт. (Вашингтон, Москва) представила выставку своих картин и осветила возможности цветотерапии как вспомогательного метода диагностики и реабилитации при пролиферативном синдроме различной этиологии.

Необыкновенно интересные доклады были сделаны сотрудниками лабораторий И.Г. Пановой и В.В. Зака (Москва), касающиеся патогенетических основ развития органа зрения. Л.И. Кафарская (Москва) представила уникальные данные о трехлистном факторе, его структуре, функции и перспективах применения. Ф. Атауллакханов, Т.А. Вуймо (Филадельфия, Москва) доложили о новых представлениях в системе свертывания крови. Традиционно значительное место в программе заняли доклады по детской и взрослой офтальмологии.

Специалисты по детской офтальмологии Е.И. Сидоренко, Т.С. Агаева и С.Р. Талыбова (Москва, Баку) представили материалы по патогенетическому лечению пигментного ретинита, М.Р. Гусева и Н.С. Джамбинова (Москва) — по лечению герпетических кератитов у детей. Наши коллеги из Санкт-Петербурга, Р.Л. Трояновский, С.Н. Солонина, О.А. Синявский с соавт., поделились опытом использования клапана Ахмеда при рефрактерной глаукоме у детей. Ю.Д. Кузнецова с соавт. (Москва) рассказали о показаниях к проведению витрэктомии при локальных отслойках сетчатки при рубцовой IVa стадии ретинопатии недоношенных, Л.С. Коробова с соавт. (Москва) — об анестезиологическом обеспечении оперативных вмешательств в офтальмохирургии у детей, П.В. Розенталь (Нижний Новгород) — об использовании смартфонов в диагностике пролиферативных заболеваний сетчатки у детей. Г.М. Бушманова (Новосибирск) описала клинические маски пандемии хронического герпесвирусного сепсиса у детей с глазными симптомами. Л.М. Балашова, Ю.Д. Кузнецова, С.Н. Быковская с соавт. (Москва) представили доклады об исследовании клеточного иммунитета у детей с ретинопатией недоношенных, Е.П. Кантаржи, Л.М. Балашова (Москва) — о профилактике развития пролиферативного синдрома с помощью антиоксидантов, В.А. Гришин, Л.М. Балашова (Москва) — о развитии тромбогеморрагического синдрома при тяжелых стадиях ретинопатии недоношенных.

Разнообразные исследования, разработанные в глазном отделении клиники МОНИКИ им. Владимирского, были доложены учениками профессора А.А. Рябцевой: С.Т. Сергушев Е.Н. Хомякова, О.М. Андрюхина рассказали об опыте лечения неоваскулярной глаукомы при сахарном диабете в Московской области, М.П. Югай — об изменениях показателей гидродинамики у пациентов с псевдоэксфолиативным синдромом. А.А. Рябцева с соавт. представила доклад о гипоксией индуцированном апоптозе в передней поверхности и сетчатке глаза.

Необыкновенно интересные данные по лазерному повреждению органа зрения в быту представили сотрудники Московского НИИ ГБ им. Гельмгольца А.Н. Иванов, А.В. Степанов, Е.Н. Вериго с соавт. С.Н. Солонина, Р.Л. Трояновский, О.А. Синявский с соавт. (Санкт-Петербург) сделали уникальный доклад по комбинированному лечению большой эпибульбарной меланомы глаза с использованием гамма-ножа, Е.Е. Гришина (Москва) доложила о G4-связанном хориоретините, Е.В. Кремкова, В.В. Новодережкин с соавт. (Москва) рассказали о новых возможностях лазерного лечения глаукомы, Л.М. Балашова (Москва) — о сочетании применения ингибиторов ангиогенеза с препаратами, содержащими ферменты при лечении поражений макулярной области сетчатки.

И.И. Колесниченко, Е.П. Кантаржи и Л.М. Балашова изложили материалы по применению метода мультисенсорной инверсионной вольтамперометрии в офтальмологии, включая содержание различных препаратов в жидкостях глаза. Е.А. Корчуганова, О.А. Румянцева с соавт. провели сравнительное исследование репаративных процессов при лазерной и хирургической резекции склеры в активизации дополнительных путей оттока внутриглазной жидкости при экспериментальном исследовании.

22 декабря 2016 года состоялось четвертое заседание конгресса, посвященное диабетической ретинопатии. Было представлено 30 докладов, разнообразно освещающих патогенез и лечение этой тяжелой патологии. М.М. Шишкин (Москва), А.Н. Куликов с соавт.

Профессор С.Н. Быковская

Профессор С.С. Паунова

Профессор Ф.С. Харламова

К.м.н. М.П. Югай

(Санкт-Петербург) широко представили современные возможности лечения и нерешенные проблемы пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДР). М.М. Шишкин рассказал о современной анти-VEGF терапии. П.В. Лыскин (Москва) представил патогенез ПДР с позиций функциональной морфологии. Д.О. Шкворченко (Москва) рассказал о ретроспективном анализе состояния сетчатки пациентов с диабетической ретинопатией, прошедших лазерное лечение и требующих хирургического вмешательства. Д.В. Липатов (Москва) представил данные о современном состоянии проблемы, В.В. Башук (Белгород) — об эпидемиологии диабетической ретинопатии.

Несколько докладов были посвящены вопросам рефрактерной глаукомы. Так М.М. Правосудова и Э.В. Бойко (Санкт-Петербург) считают эффективным антипролиферативное воздействие для повышения успешности антиглаукоматозной гипотензивной терапии, Л.Н. Борискина (Волгоград) считает, что необходимо комбинированное лечение неоваскулярной глаукомы, С.Ю. Анисимова (Москва) представила данные об углубленном исследовании антиглаукоматозных операций с применением цитостатика-антиметаболита митомицина С. Р.Р. Файзрахманов, Р.М. Зайнулин и М.Р. Каланов (Уфа) рассказали о тактике ведения больных диабетической ретинопатией в сочетании с глаукомой.

С.А. Коротких, Е.В. Бобыкин (Екатеринбург) сделали акцент на патологии глазной поверхности у пациентов с диабетической ретинопатией.

Профессор О.И. Кривошеина, к.м.н. Г.М. Бушманова, профессор В.А. Зуев, профессор Л.И. Кафарская

И.П. Хорошиловой-Масловой и Н.Л. Лепарской (Москва) были подробно представлены экспериментальные модели витреоретинальной пролиферации с целью понимания патогенеза и подходов к возможной терапии.

О диагностике изменений при ПДР подробно доложила Т.Н. Киселева (Москва). Она представила данные о высокочастотном сканировании в оценке состояния заднего сегмента глаза. М.В. Короткова и Д.О. Шкворченко сделали предварительное сообщение о возможностях ОКТ в оценке состояния стекловидного тела. Д.Б. Бабаева (Москва) рассказала об особенностях макулярного отека на фоне витреопапиллярного тракционного синдрома. Д.С. Мальцев посвятил свой доклад описанию мультимодальной визуализации в офтальмологии, рассказав о месте конфокального сканирующего лазерного офтальмоскопа F-10.

Хирургическому лечению этой тяжелой патологии были посвящены доклады В.С. Стебнева (Самара) о рецидиве пролиферации у пациентов после хирургии эпимакулярных мембран, И.А. Фролычева и Н.А. Поздеевой (Чебоксары) — о применении эмульсии перфторорганических соединений с растворами антибиотиков в лечении послеоперационных эндофтальмитов, А.Г. Юловой и М.В. Будзинской (Москва) — о структурно-функциональных изменениях глаза после интравитреальных инъекций, С.Р. Талыбовой (Баку) — о сравнительной характеристике интравитреального введения триамсинолона и бевацизумаба при лечении диабетического макулярного отека.

С.В. Чурашов с соавт. (Санкт-Петербург) доложил о роли оценки фенотипа эпителия роговицы при решении вопроса об оптической кератопластике, В.Е. Карпов (Москва) — о синдроме напряжения хрусталиковой капсулы на артифакичном глазу, Е.И. Беликова (Москва) — об особенностях ретинальных осложнений рефракционной хирургии.

В.А. Рейтузов, Р.Л. Трояновский (Санкт-Петербург) подробно рассказали о деятельности профессора В.Г. Шиляева, который внес большой вклад в развитие общей и военной офтальмологии.

Мы уверены, что поднятая нами проблема будет и в дальнейшем поддерживаться многими ученым, что изучение пролиферативных процессов только начинается, а дальнейшие работы будут всесторонне освещать вопросы этиопатогенеза, клиники и лечения тяжелых патологий, связанных с пролиферативным синдромом в различных сферах биологии и медицины.

До новых встреч на III Российском конгрессе с международным участием «Пролиферативный синдром в биологии и медицине» и на научно-практических конференциях «Пролиферативный синдром в офтальмологии», проходящих в рамках этого постоянно действующего конгресса!

Материал подготовили
Л.М. Балашова, М.Е. Гусева, Е.Г. Сергеева, Е.П. Кантаржи, В.Л. Гришин, Е.А. Черкашина

Фотографии предоставлены Оргкомитетом

Интраокулярная коррекция афакии у детей раннего возраста: проблемы и решения

Заседание Московского научного общества офтальмологов

22 декабря 2016 года, Москва

> стр. 1

обеспечение близкой к соразмерной рефракции (что диктует необходимость изменения оптической силы коррекции); минимальное влияние на величину ретинального изображения (имеет значение при односторонней афакии); минимизация осложнений, которые могут усугубить амблиопию; «эргономичность» (собирательный термин, который характеризует доступность, затратность метода, сложность применения, возможность осложнений и т.д.) Если бы не существенное влияние очковых линз на величину ретинального изображения, то именно это средство коррекции можно было считать идеальным методом оптической коррекции афакии у детей раннего возраста, отметил докладчик. Контактные линзы являются недостаточно эргономичным методом и могут вызвать осложнения. ИОЛ также могут вызвать осложнения, однако являются привлекательным методом с точки зрения эргономичности.

Особенностями контактной коррекции афакии у детей первого года жизни являются: участие родителей; применение КЛ с высокой кислородной проницаемостью; назначение КЛ в режиме дневного ношения; выбор оптической силы КЛ на основе пробного подбора с последующей скиаскопией; необходимость индивидуального изготовления КЛ и их замена по мере изменения анатомо-оптических элементов глаза.

Потенциальные проблемы контактной коррекции афакии у детей раннего возраста носят, как отметил академик С.Э. Аветисов, не медицинский, а социальный характер. Это — неподготовленность родителей к манипуляциям с КЛ; необходимость применения КЛ специального дизайна; затратность метода; возможность осложнений; необходимость тщательного динамического мониторинга.

Предлагаемый алгоритм оптической коррекции афакии после ранней хирургии двухсторонней ВК: 1-й этап — очковые линзы; 2-й этап — вторичная (отсроченная) имплантация ИОЛ. Основными условиями для вторичной имплантации ИОЛ являются: относительная стабильность аксиальной длины глаза; удовлетворительный уровень зрительных функций; сохранность периферических отделов капсулы хрусталика для бесшовной заднекамерной фиксации ИОЛ в цилиарную борозду.

Академик РАН С.Э. Аветисов

Профессор Т.Б. Круглова, профессор В.П. Еричев

Профессор Б.Э. Малюгин

Профессор И.А. Мустаев

Д.м.н. И.С. Зайдуллин

Методами выбора оптической коррекции афакии после ранней хирургии односторонней ВК являются контактная коррекция и первичная имплантация ИОЛ, при этом вопрос о возможности применения контактных линз решается в каждом конкретном случае до операции.

При выборе оптической силы ИОЛ после ранней хирургии односторонней ВК возможны несколько вариантов. При достижении близкой с соразмерной рефракции непосредственно после операции могут возникнуть проблемы, связанные со сложностью определения параметров, необходимых для расчета оптической силы ИОЛ, и миопизацией, обусловленной ростом глазного яблока. Вторым вариантом является достижение близкой к соразмерной рефракции в отдаленном периоде. В этом случае потенциальными проблемами являются эмпиричность выбора оптической силы ИОЛ (условным стандартом силы ИОЛ считается 21 дптр); необходимость дооперации остаточной гиперметропии. В обоих случаях необходима динамическая докоррекция аметропии очковыми или контактными линзами. В определенный возрастной период степень анизометропии может стать критичной для переносимой очковой коррекции.

Авторами был предложен принцип «компромиссного» выбора оптической силы ИОЛ при односторонней афакии после ранней хирургии ВК. Его суть заключается в «усредненном» выборе оптической силы ИОЛ, уменьшающей степень анизометропии и обеспечивающей возможность переносимой очковой коррекции остаточной аметропии (в раннем послеоперационном периоде — гиперметропии, в позднем — миопии). Основным преимуществом метода является потенциальная возможность применения переносимой очковой коррекции анизометропии. Недостатки: возможные погрешности в расчете оптической силы «соразмерной» ИОЛ; эмпиричность выбора оптической силы стандартной ИОЛ; наличие непосредственно после операции гиперметропической рефракции. Противопоказания: микрофтальм или существенно меньшие размеры ПЗО по сравнению со «здоровым» глазом.

Далее с докладом «Интраокулярная коррекция у детей раннего возраста: проблемы и решения» выступил профессор Б.Э. Малюгин. В начале своего выступления докладчик отметил, что хирургия врожденной катаракты у детей является лишь одним из этапов реабилитации пациентов. Должен превалировать так называемый «командный» подход, т.к. в этой «команде» состоят родители, педиатр, анестезиолог, хирург-офтальмолог, детский офтальмолог/ортоптист и в некоторых системах здравоохранения — социальный работник. В своем докладе профессор Б.Э. Малюгин изложил следующие проблемные вопросы: определение показаний к операции; оптимальные сроки к операции; выбор метода оптической коррекции; техника вмешательства; тип имплантата; осложнения и их профилактика и купирование; функциональные исходы.

Определение показаний к операции в значительной степени заключается в ответе на вопрос: «Насколько существенно катаракта снижает зрение в каждом конкретном случае?» Существуют две школы, определяющие показания к операции при монолатеральной катаракте. «Калифорнийская» школа основывается на оценке рефлекса с глазного дна и анатомо-морфологических особенностях катаракты. Если помутнение не превышает 3 мм в диаметре, операцию можно отложить на более поздний срок. «Лондонская» школа отрицает примат изменений рефлекса с глазного дна и базируется на функциональных показателях (предпочтительная фиксация взора).

В соответствии с концепцией, изложенной в 1970 году исследователями Hubel и Wiesel, развитие зрительной системы включает «латентный» период (ЛП) и «критический» период (КП). В ходе ЛП зрительная депривация не приводит к существенному снижению зрения пораженного глаза; после ЛП наступает КП, в ходе которого зрительная депривация приводит к необратимому снижению зрения. Латентный период варьирует в пределах 4-6 недель после рождения ребенка в случае монолатеральной катаракты; при билатеральной катаракте ЛП распространяется до 8-й недели после рождения. Именно в эти сроки необходимо провести оперативное лечение.

Профессор Б.Э. Малюгин подчеркнул, что, в соответствии с общепринятой точкой зрения, до 6 месяцев после рождения ребенка интраокулярная коррекция не используется в качестве метода оптической коррекции после хирургического вмешательства. Ребенку старше 12 месяцев целесообразно применять интраокулярную коррекцию. Дискуссия по поводу методов коррекции ведется относительно возраста от 6 до 12 месяцев. На сегодняшний день единой точки зрения не существует.

Остановившись на технике операции, докладчик отметил, что одним из наиболее сложных этапов является капсулотомия, т.к. капсула толстая, эластичная, и контролировать ее разрыв представляется задачей, значительно более сложной, чем в практике возрастной катаракты. Имплантация линзы проводится в капсульный мешок. Важнейшим этапом является ушивание операционной раны, несмотря на то что разрезы, как правило, туннельные, авторы предпочитают герметизировать глазное яблоко. Критически важным этапом является удаление передних слоев стекловидного тела одновременно со стенкой задней капсулы. Это — атрибут современной техники факоэмульсификации, предотвращающий вторичную катаракту у ребенка.

Относительно типа имплантата предпочтением профессора Б.Э. Малюгина является линза с неокрашенной оптикой, трехчастной конструкции, т.к. в случае возникновения необходимости ее замены или фиксации к склере или швами к радужке, конструкция линзы позволит легко это сделать, в отличие от моноблочных линз.

Затронув вопрос функциональных результатов и осложнений, докладчик привел данные мультицентрового рандомизированного исследования, в котором приняло участие 12 клиник. Было прооперировано 114 детей с монокулярной катарактой в возрасте от 1 до 6 месяцев методом ленсэктомии и передней витрэктомии. Оптическая коррекция проводилась с помощью КЛ или ИОЛ. Результат оценивался в возрасте 12 месяцев. Средняя острота зрения в группе КЛ и ИОЛ статистически не отличалась, однако повторные вмешательства по поводу вторичной катаракты проводились в группе ИОЛ в 63% случаев, в группе КЛ — в 12%.

Профессор Л.А. Катаргина, академик РАН С.Э. Аветисов

Профессор Е.Ю. Маркова, члены-корреспонденты РАН Е.И. Сидоренко, Х.П. Тахчиди

Еще одним осложнением является глаукома, которая развивается после хирургии детской катаракты у 6-26% глаз (15-45% пациентов). Это — открытоугольная глаукома, не связанная с окклюзией угла передней камеры, с грыжей и выпадением стекловидного тела, и причины развития этой глаукомы до конца не определены.

Средняя острота зрения (по logMAR) артифакичных глаз повышается с 0,76 (12 мес.) до 0,45 (4 года); при тех же условиях в афакичных глазах — с 0,63 (12 мес.) до 0,44 (4 года).

Сроки вторичной имплантации после хирургии врожденной катаракты варьируют от 4 до 8 лет.

В заключение профессор Б.Э. Малюгин отметил, что подходы к зрительной реабилитации детей с катарактами в аспекте интраокулярной коррекции в целом достаточно четко определены, тем не менее остается открытым ряд вопросов, которые требуют дальнейших научных изысканий.

Доклад на тему «Коррекция афакии у детей раннего возраста: проблемы и решения» представила д.м.н. Т.Б. Круглова. Лечение ВК у детей, наряду с хирургическим этапом, включает комплекс мероприятий, направленных на создание условий для восстановления зрения и дальнейшего его развития, что связано, в первую очередь, с оптимальной коррекцией афакии. Методами коррекции афакии у детей являются: интраокулярная (при наличии оптимальных анатомических параметров глаза, необходимых для имплантации ИОЛ; контактная (при наличии противопоказаний к имплантации ИОЛ); очковая (при противопоказаниях к интраокулярной и контактной коррекции). Преимущества контактной коррекции: не вызывает призматического действия и феномена «кольцевой скотомы»; возможность получения более высокой остроты зрения, необходимой для бинокулярных функций; уменьшение величины анизейконии до 6,9-7,5%; возможность коррекции при монокулярной афакии. Недостатки: технические сложности подбора и необходимость ежедневного использования; необходимость замены каждые 3-5 мес.; невозможность постоянной коррекции в случае потери, повреждения, вирусной инфекции и т.д.; невозможность применения непосредственно после операции в связи с проведением местной терапии; нежелание родителей или отсутствие материальных возможностей; осложнения при длительном ношении (врастание сосудов в роговицу, папиллярный конъюнктивит, синдром «сухого глаза»); кератиты, язвы роговицы и др.

По мнению докладчика, оптимальным методом коррекции афакии является интраокулярная коррекция гибкими ИОЛ. Преимуществами этого метода являются: постоянная и ранняя коррекция афакии; физиологическое положение ИОЛ; величина анизейконии в 2,5 раза меньше, чем при контактной коррекции; возможность коррекции монокулярной афакии и восстановления бинокулярного зрения; хорошая переносимость современных моделей ИОЛ грудными детьми.

Т.Б. Круглова обратила внимание на то, что врожденная катаракта в 72,8% случаев сочетается с различной сопутствующей патологией: синдром ППГ СТ; гиалоидные мембраны на радужке; зрачковые мембраны; микрофтальм различной степени выраженности; задний лентиконус; косоглазие, нистагм. Сопутствующая патология определяет хирургическую тактику, метод коррекции афакии, расчет имплантируемой ИОЛ и функциональные исходы лечения.

Важным моментом в хирургическом лечении является формирование надежного капсульного мешка для обеспечения длительной фиксации ИОЛ в растущем глазу ребенка.

При удалении хрусталика в 30% случаев применялась факоаспирация при условии полных и зонулярных форм ВК, нормальных размеров глаза, медикаментозного мидриаза не менее 5 мм. Аспирация-ирригация (вискоаспирация) применялась в 70% случаев при атипичной и полурассосавшейся форме ВК, при микрофтальме, в случае наличия микрокорнеа, при заднем лентиконусе, при медикаментозном мидриазе менее 5 мм.

Хирургическая тактика в отношении задней капсулы предусматривала обязательное ее сохранение. Имплантировались современные моноблочные модели ИОЛ. Дополнительная коррекция проводилась контактными линзами или очками до эмметропии с последующим уменьшением диоптрийности и отменой.

Абсолютными противопоказаниями к внутрикапсулярной имплантации ИОЛ у детей с ВК первого года жизни являются: диаметр роговицы менее 9 мм (передний или полный микрофтальм); наличие удлиненных отростков цилиарного тела (синдром ППГ СТ), занимающих более ½ окружности задней камеры глаза.

Применение дифференцированных методик хирургии ВК с учетом клинического полиморфизма хрусталика и глаза позволило провести внутрикапсулярную имплантацию ИОЛ при наличии выраженных изменений капсулярного мешка, заднего лентиконуса и других врожденных аномалий развития глаз; минимизировать частоту операционных и послеоперационных осложнений; создать оптимальные условия для развития зрительного анализатора; получить хорошие анатомо-оптические результаты.

Остановившись на проблемах и недостатках ранней интраокулярной коррекции, Т.Б. Круглова отметила сложности расчета оптической силы ИОЛ в растущем глазу; необходимость дополнительной коррекции; ограниченную возможность использования при микрокорнеа и сопутствующей патологии переднего отдела глаза; неполное соответствие имеющихся моделей ИОЛ анатомо-физиологическим особенностям глаз детей раннего возраста.

Решение проблемы расчета ИОЛ, имплантируемой детям первого года жизни, по мнению авторов, заключается в изучении отдаленных результатов: динамика ПЗО, рефракция; в анализе причин рефракционных ошибок. Необходимо внести коррективы в существующую в настоящее время методику расчета величины гипокоррекции ИОЛ, имплантируемых детям.

С заключительным докладом научной части заседания МНОО выступил д.м.н. И.С. Зайдуллин (Уфа). Врожденная катаракта встречается в 3-6 случаях на 10000 новорожденных детей. Основным показанием к хирургическому лечению ВК в течение первого года жизни являются центральные помутнения оптической оси более 3 мм в диаметре. Речь идет в основном о ядерных и диффузных катарактах. Первые три месяца жизни ребенка — это так называемый «сенситивный период», в течение которого сетчатка чувствительна к отсутствию светового раздражения, что отрицательно сказывается на ее развитии.

Виды коррекции афакии: очковая; контактные линзы; ИОЛ. Недостатками очковой коррекции являются: большой вес очков; у грудных детей необходима коррекция в 26,0-40,0 дптр, что обусловливает сложность приобретения оправ и линз. Недостатками контактной коррекции являются трудности подбора и пользования у грудных детей, риск развития кератита, необходимость частой замены по мере роста глаза, индивидуальная непереносимость. В РФ существует серьезная проблема с приобретением контактных линз для грудных детей более 10 дптр.

Вторичная имплантация ИОЛ проводится в 2-3 года, после завершения основного роста глаза. Авторами были проанализированы результаты 165 операций вторичной имплантации ИОЛ у детей 3-16 лет. Острота зрения увеличилась или осталась на прежнем уровне в 97% случаев. Частота ранних осложнений составила 55,4%, поздних — 64,8%.

Надо ли проводить имплантацию ИОЛ грудным детям? На этот вопрос имеются противоположные точки зрения. Ряд авторов отмечает, что имплантация ИОЛ грудным детям обеспечивает высокие зрительные функции; другие авторы придерживаются мнения, что не существует достоверных различий по остроте зрения у детей первых 6 месяцев при использовании контактной и интраокулярной коррекции.

В качестве основных проблем в хирургии катаракты у грудных детей с имплантацией ИОЛ И.С. Зайдуллин выделил сложность проведения кругового непрерывного капсулорексиса; высокую частоту вторичного помутнения в оптической зоне после имплантации ИОЛ; точность расчета силы ИОЛ.

Частота разрывов образованного отверстия в передней капсуле хрусталика у детей — наименьшая при использовании фемтосекундного лазера и при проведении мануального кругового непрерывного капсулорексиса.

Среди ранних осложнений после удаления катаракты с имплантацией ИОЛ наиболее часто наблюдается фиброзно-экссудативная реакция (10% случаев); из поздних осложнений — вторичная катаракта (35% случаев).

Поздравления профессору А.А. Каспарову

При вторичной катаракте в Уфимском НИИ глазных болезней под местной анестезией проводится лазеропунктура вторичного помутнения оптической оси.

Сложной задачей остается прогнозирование послеоперационного роста глаза и выбор с учетом этого преломляющей силы ИОЛ. Расчет силы ИОЛ проводится с гипокоррекцией, чтобы к 15-16 годам получить эмметропическую или слабую гиперметропическую или миопическую рефракцию. Наиболее точными формулами для расчета силы ИОЛ у детей с размерами ПЗО менее 18 мм являются SRK/T и Holladay 1.

При больших отклонениях рефракции в отдаленные сроки наблюдения возможны следующие вмешательства: рефракционная операция LASIK; добавочная ИОЛ, имплантируемая в иридоцилиарную борозду; замена ИОЛ.

Подводя итог своему выступлению, И.С. Зайдуллин отметил, что, несмотря на существующие проблемы в детской офтальмохирургии, внедрение новых технологий, в том числе доступов 25, 27G, позволяет минимизировать количество осложнений и расширить показания к ранней первичной имплантации ИОЛ у детей первых недель жизни.

В дискуссии приняли участие член-корреспондент РАН Е.И. Сидоренко, к.м.н. С.Ю. Петров и другие участники.

Вторая часть заседания МНОО была посвящена чествованию профессора А.А. Каспарова, которому накануне исполнилось 80 лет.

Материал подготовил ***Сергей Тумар***
Фото Сергея Тумара

Междисциплинарные подходы к лечению сахарного диабета

VI Байкальские офтальмологические чтения

9-10 декабря 2016 года, Иркутск

Конференция «VI Байкальские офтальмологические чтения» была хорошо организована и проведена на высоком уровне. Тема «Междисциплинарные подходы к лечению сахарного диабета» позволила увидеть, как в различных отраслях медицины (офтальмологии, эндокринологии, неврологии) выстраиваются четкие системы взаимодействия, нацеленные на повышение эффективности лечения пациентов с этой тяжелой патологией. Особенно хочется отметить актуальность темы конференции и удачный выбор формата — злободневные лекции с широким освещением множества практических нюансов сопровождались интересными дискуссиями. Спикеры делились опытом многолетней работы, участники получали ответы на интересующие вопросы, приобретали практический опыт ведения пациентов с диабетической ретинопатией.

Открытие конференции. В президиуме: профессор А.М. Чухраёв (Москва), профессор А.Г. Щуко (Иркутск), академик РАН С.И. Колесников (Москва)

С приветственным словом к участникам конференции обратилась заместитель министра здравоохранения Иркутской области, доктор медицинских наук, профессор Г.М. Синькова: «Всех вас объединяет талант, увлеченность любимым делом, стремление помочь своим пациентам. Я уверена, что «VI Байкальские офтальмологические чтения» — «Междисциплинарные подходы к лечению сахарного диабета» пройдут в теплой, доброжелательной атмосфере, станут настоящим праздником для всех присутствующих».

Генеральный директор ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв отметил: «Основатель МНТК, профессор С.Н. Федоров, никогда не думал, что такого уровня и с такой проблематикой конференции будет проходить по всей России. Иркутский филиал — один из лучших коллективов в системе МНТК, крупное лечебное учреждение, прекрасный научный центр со своим лицом, со своими идеями. Проблемы были и остаются, но важно то, что здесь всегда будет услышано любое мнение, независимо от ранга и занимаемой должности». Профессор А.М. Чухраёв поздравил Андрея Геннадьевича Щуко, директора Иркутского филиала, с юбилеем, подчеркнул, что со свойственным профессору профессионализмом, он и впредь должен достойно решать актуальные задачи, трудиться на перспективу, поднимать авторитет отечественной офтальмологии.

Профессор А.Г. Щуко поблагодарил всех, кто приехал на конференцию, пожелал творческой атмосферы, интересных собеседников

Открыла работу конференции заместитель директора по научной работе Иркутского филиала МНТК, д.м.н. Т.Н. Юрьева

С приветственным словом к участникам конференции обратилась заместитель министра здравоохранения Иркутской области, д.м.н., профессор Г.М. Синькова

Слова поздравления в адрес юбиляра произнес профессор, академик РАН, советник РАН, заслуженный деятель науки РФ, Со-Президент Общероссийского движения «За сбережение народа», депутат Государственной Думы 1999-2011 годов С.И. Колесников (Москва): «С Андреем Геннадьевичем Щуко мы идем по жизни более 20 лет. А.Г. Щуко — потомственный доктор, яркий, талантливый человек. Для него характерна такая черта, как смелость. В 1994 году, когда Иркутский филиал столкнулся с серьезными проблемами, он «лег на амбразуру» и повел за собой весь коллектив. Он создал в филиале детское отделение и уделяет этому направлению большое внимание. С 2009 года и по сегодняшний день профессор А.Г. Щуко возглавляет кафедру глазных болезней Иркутского государственного медицинского университета, он главный внештатный специалист-офтальмолог Иркутской области. Имя А.Г. Щуко признано в России и за рубежом. Иркутский филиал МНТК — один из самых «остепененных» коллективов в Иркутске, а это говорит о научном горении, которое заложено как директором филиала, так и возможностями МНТК». По случаю юбилея профессора А.Г. Щуко С.И. Колесников преподнес поздравительный адрес, подписанный вице-президентом РАН, академиком И.И. Дедовым.

Профессор З.У. Сидиков (Ташкент), профессор М.М. Бикбов (Уфа), во втором ряду — С.С. Ильенков (Красноярск)

Профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург), д.м.н. О.Л. Фабрикантов (Тамбов), профессор В.В. Черных (Новосибирск)

Профессор В.В. Егоров (Хабаровск), Н.Н. Горбачев (Южно-Сахалинск)

В 2015 году Генассамблея ООН определила 17 глобальных целей в области устойчивого развития до 2030 года, направленные на ликвидацию нищеты, сохранения ресурсов планеты и обеспечение благополучия всех жителей земли. Авторитетным медицинским журналом «The Lancet» был составлен рейтинг стран по индикаторам устойчивого развития, связанным с медициной, жизнью и здоровьем по 33 показателям. Среди критериев — детская и младенческая смертность, смертность в дорожно-транспортных происшествиях, избыточный вес у детей, уровень потребления алкоголя и табакокурения, заболеваемость ВИЧ, туберкулезом и гепатитом В, число самоубийств, смертность от насильственных действий и смертность в войнах.

Первое место в рейтинге заняла Исландия. В первую пятерку также входят Сингапур, Швеция, Андорра и Великобритания. Последнее, 188-е место, заняла Центральноафриканская Республика. США заняли 28 место, Россия — 119. В России хуже всего обстоят дела с употреблением алкоголя, самоубийствами, смертностью от насильственных действий и заболеваемостью ВИЧ. В рейтинге Bloomberg 2015 г. (эффективность здравоохранения развитых стран) Россия оказалась на предпоследнем 54 месте, опередив Бразилию.

Существующие проблемы здравоохранения в РФ: низкое финансирование; дисбаланс госгарантий и финансирования медпомощи; рост объема платных услуг; отсутствие лекарственного страхования, единой системы охраны здоровья; дефицит стимулирования инвестиций и платежей в здравоохранение для физических и юридических лиц. К существующему перечню можно добавить недоступность элементов профессионального саморегулирования; отсутствие государственно-частного партнерства, системы софинансирования услуг; отсталость общественных институтов контроля за системой здравоохранения; минимальное участие граждан в сохранении своего здоровья (нет эффективной системы воспитания и стимулирования здорового образа жизни); отсутствие реальной ответственности властей за состояние здоровья пациентов.

С 2002-2012 гг. правительством РФ были предприняты позитивные решения по преодолению кризиса: дополнительное лекарственное обеспечение; монетизация льгот; национальный приоритетный проект «Здоровье»; реформа законодательства и нормативно-правовой базы; повышение страховых взносов и модернизация здравоохранения; программа поддержки фармацевтической и медицинской промышленности; указы Президента РФ В.В. Путина (от 07.05.2012). Эти проекты оказались достаточно эффективными: повысилась продолжительность жизни (на 3,6 года), увеличился процент рождаемости (на 21%), снизился процент смертности (на 12%). Вложенные деньги спасли жизни 825 тыс. граждан РФ (0,6% населения РФ). Улучшились показатели материально-технической базы, оснащения учреждений, износа фондов и т.д.

Но в 2009-2010 гг. динамика в улучшении состояния здоровья населения РФ замедлилась. Обеспеченность лекарствами оставалось низкая, что вызвало необходимость в реализации программы стимулирования и развития фармацевтической индустрии с амбициозной задачей выпускать в стране все ЖНВЛП. Были созданы фармацевтические кластеры в 16 регионах РФ. Был предпринят ряд дополнительных действий для улучшения ситуации: ускорение ввода на рынок лекарственных препаратов, в том числе дженериков; соблюдение правил взаимозаменяемости лекарств; разработаны системы преференций отечественным компаниям, а также долгосрочных ценовых соглашений; предусмотрены закупки у производителей; гарантировано признание международных клинических исследований; созданы условия для принудительного лицензирования и параллельного импорта (по мнению лектора, последние из списка — спорные моменты).

Однако на сегодняшний день неблагоприятные тенденции сохраняются. Происходит быстрое вымывание дешевого ассортимента лекарств вследствие плохого ценового регулирования, роста стоимости валют. Как результат — снятие лекарственных препаратов с производства. Резкий рост стоимости лекарств нерегулируемого сегмента, снижение объема закупаемых по импорту лекарств, в том числе в бюджетном сегменте, интернет-торговля (по этим каналам идет более 50% контрафактной продукции) — основные негативные тенденции фармацевтического рынка в 2012-2016 гг. Правительство РФ провело реформу законодательной базы: приняты закон об ОМС, закон об обращении лекарств, закон об охране здоровья граждан в РФ и т.д. Несмотря на принятые меры, происходит замедление в улучшении состояния здоровья граждан. Причинами являются: снижение роста расходов на здравоохранение в постоянных ценах. Реформирование здравоохранения остается насущной необходимостью.

Лектор перечислил ошибочные посылы планирования и развития здравоохранения в России, которые предлагают «псевдорыночники». Они считают, что здравоохранение — рыночная система. Академик РАН С.И. Колесников выводит на первый план пациента. Здравоохранение — это государственная система социального выравнивания, ориентация должна быть на удовлетворение потребностей жителей страны. «Система здравоохранения в России не может быть дешевле, чем в развитых странах. Это невозможно в силу глобализации цен и услуг», — считает академик РАН Колесников. По мнению докладчика, ОМС не должна покрывать все затраты на медицинскую помощь, включая скорую, ВМП и финансирование федеральных клиник, в том числе клиник ВУЗов. Это возможно лишь в случае поднятия уровня страховых взносов в ОМС до 10-12% от зарплаты. Ликвидация муниципального звена здравоохранения означает отрицание трехзвенного уровня медпомощи, созданного земской реформой, эффективность которого подтверждена ВОЗ. Докладчик считает, что решать вопросы здравоохранения местного значения с регионального и федерального уровня практически невозможно при существующей плотности населения (17500 населенных пунктов в сельской местности не имеют подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь). Исторический опыт показывает, что сбой работы систем социального выравнивания приводит к дестабилизации общества, при которой нормальное экономическое развитие невозможно, тем более в условиях кризиса.

Существенный момент, на который делает акцент академик РАН С.И. Колесников, это — ведома Российской академии наук с включением в нее РАМН, разделение науки и собственности, шельмование выдающихся ученых под предлогом борьбы с семейственностью. Ошибка это или заказ? Вопрос остается открытым.

Здравоохранение — это живая, но и консервативная система. Ошибки в стратегии и в процессе ее реализации могут отразиться на многих людях и даже поколениях.

После выступления академика РАН С.И. Колесникова состоялась оживленная дискуссия.

«Сахарный диабет в 21 веке — проблемы и решения. Междисциплинарный подход в ведении пациентов» — с лекцией на эту тему выступила заведующая кафедрой эндокринологии и клинической фармакологии ФГБОУ «Иркутский государственный медицинский университет», главный специалист-эндокринолог Иркутской области, профессор Л.Ю. Хамнуева. С каждым годом возрастает количество пациентов с сочетанной патологией, что ставит перед работниками здравоохранения новые задачи и предъявляет новые требования к оказанию медицинской помощи. В Иркутской области активно проводится совместная работа офтальмологов с терапевтами, неврологами, кардиологами и эндокринологами.

Президиум заседания, посвященного лечению диабетической ретинопатии: профессор Н.С. Ходжаев (Москва), профессор М.Е. Коновалов (Москва), профессор М.М. Бикбов (Уфа), профессор Е.А. Егоров (Москва)

К.м.н. А.П. Якимов (зам. директора по лечебной работе Иркутского филиала МНТК «МГ»)

Профессор Ю.Н. Быков (Иркутск)

Профессор Л.Ю. Хамнуева (Иркутск)

Основной причиной распространения диабета является ожирение среди взрослого населения России. В выступлении был показан рост распространенности ожирения среди мужчин и женщин; проанализированы риски нарушения здоровья человека с возможной инвалидизацией и смертностью вследствие избыточной массы тела и ожирения. Среди многих факторов этиопатогенеза ожирения ведущая роль принадлежит нарушениям энергетического баланса вследствие несоответствия количества, а часто и качества потребляемой пищи и расходуемой энергии на фоне прогрессирующей гипокинезии.

В качестве примера были приведены данные эпидемиологического исследования распространенности сахарного диабета 2-го типа (СД2) в России. По результатам исследования выявлено, что более половины людей с СД2 не знают о наличии у них заболевания. Почти 20% населения РФ находится в стадии преддиабета. Около 6 млн человек в России страдают СД2.

В базе данных Государственного регистра больных с сахарным диабетом по РФ и в Иркутской области зарегистрировано в 2004 году 32072 больных: 1 тип — 2166 (111,7); 2 тип — 29789 (1520,9). В 2015 году 1 тип — 2962 (157,7); 2 тип — 65906 (3509,3). Распространенность заболеваемости в Иркутской области СД1 увеличилась на 39% и СД2 на 230,7%.

В настоящее время увеличилась первичная выявляемость. Поскольку главными причинами смерти и преждевременной инвалидизации больных сахарным диабетом 2 типа являются сердечно-сосудистые осложнения, это заболевание выходит за пределы исключительно эндокринологического подхода и требует активного сотрудничества врачей-эндокринологов с кардиологами, невропатологами и офтальмологами.

Лариса Юрьевна подробно остановилась на патогенезе сахарного диабета 2 типа. Она отметила, что раннее достижение гликемического контроля создает эффект «положительной метаболической памяти», что ассоциировано с выгодами для пациента. После 10 лет наблюдения пациенты, получавшие интенсивную терапию изначально, продемонстрировали уменьшение риска микрососудистых осложнений на 24%, уменьшение риска ИМ на 15%, уменьшение риска смерти по любой причине на 13%.

Профессор Л.Ю. Хамнуева рассказала о целях лечения пациентов согласно показателям гликированного гемоглобина. Важно, что гликированный гемоглобин для офтальмолога должен стать таким же рутинным исследованием, как для эндокринолога, терапевта и невролога. Частота офтальмологического осмотра находится в зависимости от стадии диабетической ретинопатии. Современные исследования показывают, что больным с диабетической ретинопатией показана лазерная коагуляция сетчатки (ЛКС), медикаментозная терапия, витрэктомия с эндолазеркоагуляцией. К абсолютным показаниям для лазеркоагуляции сетчатки относятся: пролиферативная ДР (высокого риска), клинически значимый макулярный отек; к возможным показаниям — пролиферативная ДР, не относящаяся к группе высокого риска, некоторые случаи препролиферативной ДР.

В заключение докладчик рассказала о новых препаратах, проведенных исследованиях, а также о новом виде хирургического лечения, билиопанкретическом шунтировании, в лечении СД2.

Завершила утреннее заседание лекция заведующего кафедрой неврологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», профессора Ю.Н. Быкова на тему «Сосудистая патология головного мозга у больных сахарным диабетом». Проблема борьбы с инсультом имеет государственное значение. В России ежегодно заболевают свыше 450 тыс. чел. Частота инсультов в России составляет 3,4 на 1000. К трудовой деятельности могут вернуться не более 15%, остальные остаются инвалидами и до конца жизни нуждаются в медико-социальной поддержке. Численность этой категории людей превышает 1 млн, из них 80% — инвалиды. Инсульт занимает первое место среди причин первичной инвалидности. Вследствие инсульта резко ухудшается качество жизни семьи заболевшего. Государство несет значительные экономические затраты на социальную поддержку инвалидов. Сосудистые заболевания центральной нервной системы подразделяются на нарушения кровоснабжения головного и спинного мозга. Цереброваскулярная патология является одной из самых актуальных проблем современной неврологии. Сосудистые заболевания головного мозга находятся на втором месте среди всех причин смерти, уступая заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Патологические состояния, приводящие к нарушениям кровообращения: атеросклероз; гипертоническая болезнь; сочетание атеросклероза и гипертонической болезни; симптоматические артериальные гипертензии; синдром вегетативной дистонии, сопровождающийся колебанием артериального давления и тонуса сосудистой стенки; артериальная гипотензия, аномалии сердечно-сосудистой системы; васкулиты; токсические поражения сосудов мозга: эндогенная интоксикация; сдавление артерий и вен; заболевания крови и нарушение ее свертываемости; заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз). Профессор Ю.Н. Быков подробно остановился на характере нарушения мозгового кровообращения. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга — самая ранняя стадия патологического процесса с поражением сосудов мозга. У больных имеется комплекс субъективных ощущений неврастенического характера, но нет симптомов поражения нервной системы. Чаще всего предъявляются следующие жалобы: головная боль; головокружение; шум в голове; нарушение сна; ухудшение памяти; снижение работоспособности. Необходимо выявить этиологические факторы заболевания: прямые и косвенные. Перечислив жалобы и признаки поражения сосудов вследствие атеросклероза и гипертонической болезни, докладчик описал начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (гипертонические церебральные кризы, транзиторные ишемические атаки). Основная часть выступления была посвящена инсультам, их подгруппам, клинике инсульта в бассейне внутренней сонной артерии.

Пленарное заседание завершилось активной дискуссией. Лекторы и участники конференции были единодушны во мнении, что только междисциплинарные подходы, своевременная диагностика, комплексное лечение позволяют не допустить потери зрения.

Президиум пленарного заседания, посвященного лечению диабетической ретинопатии, возглавили профессор М.М. Бикбов (Уфа), профессор Е.А Егоров (Москва), профессор М.Е. Коновалов (Москва), профессор Н.С. Ходжаев (Москва).

Профессор А.Г. Щуко представил доклад «Современные аспекты этиопатогенеза и лазерного лечения диабетической ретинопатии». Проблема изучения патогенетических механизмов развития диабетической ретинопатии особенно актуальна в клиническом аспекте,

Президиум интерактивной сессии: профессор Л.Ш. Рамазанова (Астрахань), профессор М.М. Шишкин (Москва), профессор К.Б. Першин (Москва), профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург)

так как это связано с определением характера и объема лечебных вмешательств, с контролем за эффективностью лечения, а также с прогнозированием дальнейшего развития патологического процесса. В настоящее время ведутся активные разработки по выделению специфических биомаркеров диабетической ретинопатии для выявления ранних стадий и склонности к прогрессированию. В исследовании изучается концентрация белков и/или мРНК, которые экспрессируются исключительно в сетчатке, что может быть полезно не только для выявления ранних стадий ретинопатии, но и для оценки эффективности лечения. Это позволит оптимизировать ресурсы системы здравоохранения с участием офтальмологов, диабетологов, нефрологов и других специалистов, проводящих фундаментальные исследования. Клинически диабетическая ретинопатия у пациентов с сахарным диабетом определяется как наличие типичных микрососудистых нарушений в сетчатке. Клиническое обследование должно быть направлено на выявление серьезных офтальмологических нарушений: микроаневризмы и микрогеморрагии; интраретинальные микрососудистые аномалии; извитость, обрубленность сосудов (петли); четкообразность венул (симптом «ожерелья»); экссудаты («твердые», «мягкие»); неоваскуляризация сетчатки (по поверхности или в стекловидное тело); неоваскуляризация ДЗН; макулопатия (фокальная диффузная, ишемическая). Выделив основные стадии патологического процесса, профессор А.Г. Щуко остановился на признаках и тактике ведения пациентов с диабетической ретинопатией. На всех стадиях диабетической ретинопатии должно проводиться лечение основного заболевания, направленного на коррекцию углеводного и липидного обменов, компенсацию артериального давления, лазерное и хирургическое лечение. Опыт многих специалистов в мире показал, что наилучший результат лазерное лечение обеспечивает тогда, когда еще не наступили необратимые изменения сетчатки. Для благоприятных исходов операций и сохранения зрения у пациентов с сахарным диабетом необходимо четкое взаимодействие врачей различных специальностей и своевременное направление больного к офтальмологу, адекватное офтальмологическое обследование и своевременное начатое лечение.

Профессор А.С. Измайлов (Санкт-Петербург) доложил о современных подходах к диагностике и лечению диабетической ретинопатии и макулярного отека. Докладчик остановился на вопросах профилактики осложнений микро- и макрососудистых осложнений сахарного диабета, на проблемах консервативной терапии в РФ и странах СНГ. Исходя из имеющихся данных доказательств эффективности и безопасности применения профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, профессор А.С. Измайлов представил рейтинговую систему оценки клинических исследований диабетической ретинопатии, состоящую из 3-х уровней: убедительные доказательства; значительные доказательства; относительно слабые. По данным экспертов, диабетическая макулопатия — основная причина утраты трудоспособности в экономически развитых странах. Слепота по причине диабетической ретинопатии занимает первое место среди прочих причин среди трудоспособного населения. В США зафиксировано от 12000 до 24000 новых случаев слепоты ежегодно. После 10 лет выявления диабетической ретинопатии от 14 до 25% пациентов имеют диабетический макулярный отек (ДМО). При отсутствии лечения 33% пациентов с ДМО теряют > 15 букв ETDRS. Одной из основных проблем терапии ДМО является хронический характер течения патологического процесса. Это означает, что однократно проведенное лечение не может являться гарантией стабилизации состояния, и поэтому требуются неоднократные повторные сеансы лечения. Следовательно, разработка технологии эффективного комбинированного лечения ДМО, сочетающая в себе положительные стороны разных методик, возможность неоднократного и (что наиболее важно) безопасного повторения курсов лечения, несомненно, является актуальной задачей. Докладчик представил алгоритм лечения ДМО. Тактика лечения пациентов с ДМО и выбор наиболее оптимального функционально сберегающего метода зависят от тяжести заболевания. Своевременное и адекватное лечение позволяет стабилизировать зрительные функции и избежать развития слабовидения и слепоты у пациентов с диабетической макулопатией. Принимая решение о той или иной тактики лечения, врач обязан сбалансировать преимущества методик, которые приводят к улучшению остроты зрения, а значит и качеству жизни.

Оценить характер изменения ангиогенных факторов в прогнозе прогрессирования диабетической ретинопатии после факоэмульсификации и изучить влияние антигипертензивной терапии на течение ретинопатии у больных с гипертонической болезнью — цель работы, которую провел профессор Н.С. Ходжаев (Москва) и представил в докладе «Клинико-патогенетическое обоснование коррекции сосудистых нарушений после факоэмульсификации у больных с сахарным диабетом и гипертонической болезнью». В основе прогрессирования диабетической ретинопатии после факоэмульсификации катаракты лежат процессы нарастания эндотелиальной дисфункции вследствие изменения показателей цитокинового

Профессор К.Б. Першин (Москва), профессор Л.Ш. Рамазанова (Астрахань), профессор З.У. Сидиков (Ташкент), профессор М.М. Бикбов (Уфа), профессор М.Е. Коновалов (Москва)

и ангиогенного профилей. У больных с гипертонической болезнью и диабетической ретинопатией отмечается достоверно высокий градиент нарастания ангиогенных факторов по сравнению с контролем и группой больных без гипертонической болезни. Установлена связь между уровнем VEGF и PEDF в прогрессировании диабетической ретинопатии после факоэмульсификации катаракты, благодаря чему была выявлена прогностическая значимость изучаемых факторов в качестве предикторов прогрессирования диабетической ретинопатии. Установлено, что ИАПФ (механизмы стабилизации эндотелиальной функции) благоприятно влияют на ангиогенный профиль у больных с диабетической ретинопатией, что проявляется стабильностью течения диабетической ретинопатии после факоэмульсификации. Перспективным является вопрос применения ингибиторов VEGF в комплексном лечении и профилактике прогрессирования диабетической ретинопатии.

О современных подходах в лечении пролиферативной диабетической ретинопатии рассказал П.В. Лыскин (Москва). Постулат, на котором базируются принципы лечения диабетической ретинопатии, можно подтвердить следующим образом: из-за хронической гипоксии сетчатки, возникающей на фоне диабета, для ее компенсации генерируются вазопролиферативные факторы, приводящие к формированию патологической сосудистой сети, усугубляющей патологический процесс. Особое внимание в лекции было уделено подходам к лечению: 1 этап — лазеркоагуляция; 2 этап — витреоретинальная хирургия. Современная тенденция в отношении к панретинальной лазерной коагуляции сетчатки при сахарном диабете — уменьшение суммарной мощности лазерного воздействия, расширение интактного поля сетчатки с выходом за пределы центральной сетчатки. Далее докладчик подробно изложил современные технологии лечения: это и интравитреальные вмешательства, и субтотальная витрэктомия (первым этапом), и лазерная коагуляция сетчатки в патологических зонах в послеоперационном периоде (в случае необходимости).

Доклад «Медикаментозная терапия глаукомы у больных с сахарным диабетом» репрезентировал профессор Е.А. Егоров (Москва). Докладчик отметил, что D.Wong (США) с соавторами провели систематический обзор существующих крупных эпидемиологических исследований глаукомы, чтобы решить вопрос о существовании связи между диабетом и повышенным риском развития ПОУГ. На сегодняшний день не выявлено достоверных различий по распространенности ретинопатии у больных с глаукомой без нарушения офтальмотонуса. Не выявлено ни одного случая препролиферативной и пролиферативной ретинопатии на глазах с умеренно повышенным и высоким внутриглазным давлением. Суммарное повреждающее действие хронической гиперликимии и дислипидемии при диабете отягчает течение глаукомы и может быть фактором риска прогрессирования глаукомы. Патологические изменения при сахарном диабете повреждают клетки и увеличивают оксидативный стресс. Сосудистые изменения могут снизить интенсивность кровотока и ухудшить диффузию кислорода в ткани. Повреждение эндотелиальных клеток и их дисфункция могут ограничивать способность ауторегуляторных систем и приводить к развитию относительной гипоксии. Активация глиальных клеток может приводить к ухудшению ионной регуляции в синапсах, а также к изменению глутамата в области синапсов. В состоянии хронического дефицита глутамата избыточная глиальная активация может приводить к эксайтотоксичности (патологический процесс, который запускает апоптоз в нейронах). Патологическая активация глиальной ткани ответственна за поддержание хронического воспаления. Изменения, возникающие в нейронах, способны негативно влиять на процессы функционирования в них, включая аксональный транспорт, тем самым подвергая нейроны с нарушениями дополнительному стрессу. Лектор подчеркивает, что все патологические процессы надо рассматривать только в совокупности. Цель лечения глаукомы — сохранение зрения, приемлемого качества жизни при доступных затратах; достижение терапевтического эффекта при минимальном числе препаратов с минимумом побочных действий. Лектором были перечислены рекомендации РГО по проблемам ретинопротекции: глазные капли с нейропротекторным эффектом — простагландины (тафлупрост), бромонидин, бетаксолол, дорзоламид. Нейропептиды (ретиналамин): 1-2 раза в год, курс 10-20 инъекций в/м. Антиоксиданты (мексидол, гистохром, эмоксипин): 1-2 раза в год, курс до 20 инъекций в/м. Танакан+пикамилон: 1-2 раза в год, курс 3 месяца.

Дневное пленарное заседание завершила Manuela Sutter-Meler (Германия) докладом «iOCT: Интраоперационная визуализация переднего отрезка и глазного дна».

Одновременно в малом зале бизнес-центра «Байкал» проходили мастер-классы «Оптическая когерентная томография в диагностике патологии глазного дна». Экспертами выступили: Ю.А. Арефьева (Москва), С.И. Жукова (Иркутск), А.Н. Журавлева (Москва), Н.Н. Григорьева (Санкт-Петербург). Мастер-классы сопровождались демонстрацией и разбором клинических случаев.

Особый интерес у участников конференции вызвала интерактивная сессия «Алгоритмы ведения пациентов с диабетическим макулярным отеком. Точка зрения». Организаторами конференции была выбрана особая форма дискуссии — дебаты, которые велись по трем темам.

Тема № 1. «Анти-VEGF терапия и/или лазерная коагуляция сетчатки в алгоритме ведения пациентов с ДМО?» По заявленному вопросу «Анти-VEGF терапия — обязательный компонент стартовой терапии» выступила эксперт Н.К. Мазурина (Москва), эксперт М.В. Пшеничнов (Хабаровск) — по вопросу «Лазерная коагуляция сетчатки — первый шаг в лечении ДМО». Подвел итог модератор, профессор М.М. Шишкин (Москва), он представил доклад «Современные подходы к ведению пациентов с ДМО».

Тема № 2. «Интравитреальные импланты в лечении ДМО». С докладом «Дексаметазон — имплантат первой линии» выступила модератор, д.м.н. А.Ж. Фурсова (Новосибирск). Ей оппонировал профессор М.М. Шишкин, представивший доклад «Только после того, как ресурс анти-VEGF терапии исчерпан…»

Завершили интерактивную сессию дебаты на тему № 3: «Хирургическое лечение диабетического макулярного отека». Модератором выступил А.П. Якимов (Иркутск), ему оппонировали профессор М.М. Шишкин и П.В. Лыскин.

С помощью пультов для голосования участники имели возможность поддержать ту или иную точку зрения.

Поездка на Байкал гостей и участников конференции завершила программу мероприятия.

Хотелось бы несколько слов сказать о посещении галереи современного искусства Виктора Бронштейна. Организаторы устроили праздник для тех, кто интересуется и любит творчество концептуальных художников. Хозяин галереи В. Бронштейн привез в Иркутск проект «Теория хаоса», работы заметачательного бурятского художника Зорикто Доржиева. Его воины и восточные женщины давно кочуют по частным собраниям США, Германии, Австралии. В своих работах З. Доржиев воплощает любовь к бескрайней степи, восточным сказкам и национальным легендам. Художник считает, что зритель не должен быть пассивным при знакомстве с его картинами. По словам мастера, «…проект «Теория хаоса» при всей видимой гармоничности для меня — некоторый эксперимент, конфликт внутри меня, внутри произведений. Этот проект должен выбить из седла, взбудоражить зрителя, «вытащить» его из нашей повседневной жизни, заставить остановиться и задуматься о каких-то вещах. Несмотря на то что в экспозиции собраны разностилевые, разнохарактерные картины, созданные из разного материала, они слились в единый проект совершенно неспроста, и каждый зритель сам поймет, почему».

В заключение репортажа от лица гостей конференции хочется поблагодарить сотрудников Иркутского филиала за радушный прием, теплоту, дружелюбие, отзывчивость, профессионализм и компетентность.

Материал подготовила
Лариса Тумар

Фото Сергея Тумара

Актуальные вопросы нейроофтальмологии. Зрительный анализатор: анатомия, физиология, клинические симптомы поражения, реабилитация

XVII Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция

27 января 2017 года в «ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России состоялась очередная ежегодная XVII Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция, в которой приняли участие более 300 коллег из Москвы и Московской области, Волгограда, Рязани, Пензы, Тюмени и других городов России, а также коллега из США.

Конференцию открыл директор ННПЦН, академик РАН, профессор Александр Александрович Потапов. В приветственном слове к участникам конференции он пожелал успехов предстоящей конференции, подчеркнул актуальность и своевременность обсуждаемых проблем, неподдельный интерес к ним офтальмологов, эндокринологов, неврологов и нейрохирургов России и стран СНГ.

Зрительный анализатор: анатомия, физиология, клинические симптомы поражения, реабилитация — это стало основной темой XVII Научно-практической нейроофтальмологической конференции.

В докладах конференции обсуждались самые современные методы исследования зрительного анализатора, помогающие провести диагностику, дифференциальную диагностику и оценить динамику процесса; оптическая нейропатия различного генеза. Были заслушаны доклады о современных методах лечения зрительного анализатора при нейрохирургической патологии.

В первой части конференции были заслушаны 6 лекций ведущих российских офтальмологов и нейрофизиологов, а также зарубежного коллеги — нейроофтальмолога, посвященных оптической нейропатии, механизмам дегенерации зрительного пути и методам современной диагностики при его патологиях.

Большой интерес вызвала лекция академика РАН Михаила Аркадьевича Островского «Оптогенетика и протезирование дегенеративной сетчатки». В ней лектор коснулся последних достижений и разработки отечественных ученых, которые позволят в дальнейшем восстанавливать зрение у пациентов с дегенерацией сетчатки.

Нейрофизиолог профессор М.В. Зуева (НИИ ГБ им. Гельмгольца МЗ РФ) прочитала лекцию на тему «Теория «фрактальности ощущений» и технологии нелинейной стимуляции зрительной системы: терапевтический потенциал и роль в повышении здорового мозга».

Лекция профессора Н.К. Серовой (ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ) «Клинические проявления поражения зрительного анализатора в нейрохирургической практике» была посвящена симптоматике и дифференциальной диагностике поражения структур зрительного анализатора в полости черепа. Она подчеркнула, что своевременная диагностика процессов в полости черепа и их дифференциальная диагностика с офтальмологическими заболеваниями крайне важна и во многом зависит от офтальмологов, поскольку чем раньше проведено то или иное лечение пациента с нейрохирургической патологией, тем больше шансов на восстановление зрения, сохранение жизни пациента.

Академик РАН
А.А. Потапов

Академики РАН Л.К. Мошетова
и А.Ф. Бровкина

Доктор Marc J. Dinkin (США), академик РАН
М.А. Островский, профессор Н.К. Серова

Доктор Marc J. Dinkin — нейроофтальмолог, сотрудник Корнуэльского университета (США) прочитал лекцию на тему современной диагностики и лечения оптикомиелита. В своей лекции он остановился на разборе клинических случаев и специфических методов исследований, таких как определение антител к белку аквапорин-4, позволяющих диагностировать и проводить дифференциальную диагностику.

В своем сообщении, посвященном транссинаптической дегенерации зрительного анализатора, Marc J. Dinkin представил результаты исследований с применением оптической когерентной томографии, доказывающие возможность развития дегенеративных изменений ганглиозных клеток сетчатки при приобретенных поражениях центрального неврона зрительного анализатора.

В свою очередь, д.м.н. Н.М. Елисеева (ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ) в своем сообщении «Транссинаптическая ретроградная дегенерация при поражении центрального неврона зрительного пути» доложила об аналогичных результатах при обследовании пациентов с поражением центрального неврона, что вызывало не меньший интерес, и показала, что поражение переднего зрительного пути по данным оптической когерентной томографии ведет к увеличению уровня глобальных и фокальных потерь комплекса ганглиозных клеток сетчатки и истончению перипапиллярного слоя нервных волокон. Локализация, степень и давность поражения переднего зрительного пути определяет топографию и степень поражения комплекса ганглиозных клеток сетчатки и перипапиллярного слоя нервных волокон.

Важную информацию представил профессор А.А. Шпак в своей лекции «Нормативные базы приборов для оптической когерентной томографии», он провел анализ нормативных баз различных оптических когерентных томографов и подчеркнул необходимость учета этих данных при оценке полученных результатов.

К.м.н. С.М. Свердлин (Волгоград), академик РАН А.Ф. Бровкина

Интерес, особенно для практических офтальмологов, представила собой лекция профессора И.М. Мосина «Врожденные аномалии зрительного нерва: интерпретация, дифференциальная диагностика, системные ассоциации, тактика ведения», где лектор осветил проблему врожденной патологии зрительного нерва.

Вторая часть конференции была представлена докладами сотрудников ведущих офтальмологических учреждений г. Москвы: ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.

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

Наиболее отчетливо это просматривается в докладе «Диагностика митохондриальных оптических нейропатий» Т.А. Невиницыной и соавт. (ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва), результаты исследований свидетельствуют о возможности применения для диагностики и изучения митохондриальной патологии культуры фибробластов кожи.

Информативность электрофизиологических методов исследований и применение ОКТ-ангиографии для объективной диагностики частичной атрофии зрительных нервов продемонстрировала в своем докладе «ОКТ-ангиография сетчатки и зрительного нерва и электроретинография при пигментном ретините» д.м.н. И.В. Зольникова с соавт. (НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Москва). Дефицит микроциркуляции при пигментном ретините больше выражен в глубоких капиллярных сплетениях, чем в поверхностных, и ассоциирован со снижением амплитуды a- и b-волн МЭРГ и удлинением их латентности.

Неподдельный интерес офтальмологической аудитории вызвали доклады нейрохирургов Д.А. Гольбина «Микроанатомия трансорбитальных эндоскопических доступов к глазнице» и Н.В. Ласунина «Декомпрессия зрительного нерва: современная концепция» (ННПЦН им. Н.Н. Бурденко, Москва). Авторы продемонстрировали новый, малотравматичный и безопасный в отношении функционально значимых структур глазницы доступ к зрительному нерву в задней трети глазницы. Доступ применим при деваскуляризации опухолей передних отделов основания черепа, удалении опухолей средней черепной ямки, в том числе с экстракраниальным распространением.

Доклад С.М. Свердлина «Псевдоневрит зрительного нерва» продемонстрировал те особенности офтальмоскопической картины, которая позволяет проводить дифференциальную диагностику аномалий зрительного нерва с оптическим невритом и застойными дисками зрительного нерва.

Н.Н. Григорьева и Т.В. Табашникова (ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва) сделали доклад по применению ботулотоксина А в нейрохирургической практике для коррекции паралитического косоглазия и лагофтальма.

О.Ф. Тропинская (ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва) в своем сообщении «Первичные интраокулярные лимфомы» описала клинику, методы диагностики и методы лечения этой редкой патологии. Она является автором монографии «В-клеточные лимфомы глаза и переднего зрительного пути», выпущенной в 2016 году.

Л.А. Сергеева и соавт. (ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва) затронули тему офтальмологической симптоматики и радиологического лечения метастазов в задний полюс глаза у пациентов с метастазами в головной мозг.

О.Б. Кучина (ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва) представила редкое клиническое наблюдение улучшения зрительных функций после хирургического лечения гигантской аневризмы внутренней сонной артерии в сочетании с курсом электростимуляции зрительных нервов.

В заключительном слове профессор Н.К. Серова поблагодарила участников конференции и пожелала всем успехов в профессиональной деятельности, а также выказала надежду на встречу на следующей конференции. Конференция прошла в конструктивной и дружеской атмосфере, в процессе конференции была интересная и бурная дискуссия, тон которой задала академик РАН А.Ф. Бровкина.

Репортаж подготовлен
оргкомитетом конференции

Фото Сергея Тумара

Экспертный совет Российского глаукомного общества по проблемам ретинопротекции

20 января 2017 года, Мурманск

Для второго заседания Совета по проблемам ретинопротекции организаторы выбрали Мурманск — крупнейший в мире город, расположенный за Северным полярным кругом. Это город-порт на скалистом восточном побережье Кольского залива Баренцева моря, где на приколе стоит легенда российского флота — первый в мире атомный ледокол «Ленин».

Профессор В.В. Страхов (Ярославль), профессор Е.А. Егоров (Москва), профессор В.П. Еричев (Москва)

С первым докладом о «Современных представлениях о строении и функциях сетчатки» выступил профессор Е.А. Страхов (Ярославль), подняв серию актуальных вопросов. Что является глаукомной мишенью в сетчатке: нейрональная цепь, межклеточное пространство или нейроглия? Нейроглия сетчатки включает в себя клетки Мюллера, астроциты и микроглию. Отростки мюллеровских клеток покрывают оболочкой тело и отростки нейронов сетчатки, обеспечивают ее структурную поддержку, имеют механосенсоры, реагирующие на колебания ВГД, участвуют в проведении света в виде живого оптоволокна, покрывают своими отростками кровеносные сосуды сетчатки и сами по себе являются существенным компонентом гематоретинального барьера, являясь дирижерами и исполнителями метаболизма. Астроциты же располагаются преимущественно во внутренних слоях сетчатки. Астроциты относительно неподвижны и становятся реактивны только в ответ на определенные раздражители, в том числе повышенное ВГД, эксайтотоксичность и ретинальную ишемию. Микроглия образует популяцию резидентных макрофагов. В здоровых условиях клетки микроглии обнаруживаются во всех слоях сетчатки глаза. Микроглия выполняет специализированные иммунные задачи, отвечая на специфические стимулы секрецией цитокинов и нейротрофических факторов, устанавливает тесную связь с нейронами и другими клетками таким образом, что они способствуют ремоделированию нейрональных цепей, элиминируют остатки клеток и разрушенных синапсов. Ответ микроглии на местные повреждения зависит от присутствия внеклеточного АТФ и включает в себя специфическое распространение отростков клеток микроглии на поврежденный участок. Глиальные клетки, имея внутренние сигнальные системы, играют важную роль в иммунитете, ангиогенезе и нейропротекции. Однако, несмотря на то что нейроглия реагирует на травмы в качестве части защитного механизма для восстановления гомеостаза, при ее нарушениях эти клетки сами становятся элементами патогенеза. Это значит, что на необъятном поле патогенеза первичной глаукомы появился новый «игрок» — «нейроглия», причем в универсальном амплуа защитника и нападающего одновременно. В сложившейся ситуации, как никогда, актуальна нейропротекторная защита антагонистами глутамата, блокаторами Ca^{2+} каналов, антиоксидантами, агонистами α_2-адренергических рецепторов, а также ретинопротекция пептидными биорегуляторами и клеточными технологиями. Вышеперечисленные факторы подводят базу под необходимостью в ретинопротекторной терапии. Ее целью при глаукоме является уменьшение явлений дистрофии поврежденных клеток сетчатки и сохранение целостности структур неизмененных элементов.

Доклад А.А. Антонова (ФГБНУ «НИИГБ») был посвящен обзору экспериментальных исследований механизма действия Ретиналамина. Экспериментальные исследования являются основой для развития новых методов лечения и определяют перспективы клинических методов. Активное изучение Ретиналамина началось с 1985 г., когда он впервые был выделен. Первые экспериментальные исследования по влиянию Ретиналамина на течение экспериментальной ретинопатии датированы 1988 годом. Основой дальнейших исследований стала концепция биорегулирующей терапии, предполагающей, что полипептиды из различных органов повышают резистентность данных органов к действию патологических агентов. В работах на клеточных культурах установлена тканеспецифичность действия Ретиналамина и эффект аутоиндукции. Воздействие на клетки полипотентной ткани эктодермы ранней гаструлы Xenopus laevis приводило к нейральной дифференцировке, включая мозг, сетчатку, пигментный эпителий. Более поздние работы выявили пролиферативную активность Ретиналамина на клеточные культуры сетчатки и пигментного эпителия. Анализ результатов воздействия показал статистически достоверную зависимость митогенной активности клеток от концентрации Ретиналамина. Действие пептидных биорегуляторов оказалось различным при культивировании ткани молодых и старых животных, при этом зона роста была больше при культивировании сетчатки молодых животных, чем старых. Отдельная группа экспериментальных исследований посвящена изучению методов введения Ретиналамина. Препарат применяется субконъюнктивально, в субтеноново пространство, под кожу висков, эндолимфатическим путем, методом эндоназального электрофореза и т.д., однако возникают проблемы или низкой концентрации в зоне патологического очага, или серьезных осложнений. В эксперименте на крысах доказана безопасность применения Ретиналамина путем эпиретинального введения, что открывает перспективы для исследования в клинике.

Доклад «Нейропротекция в лечении глаукомы» сделал профессор В.Н. Алексеев (СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург). Реальная терапия по нейропротекции и сохранению зрительных функций может эффективно проводиться только на фоне нормализованного ВГД. Отсюда следует два базовых направления в терапии: нормализация ВГД (медикаментозная, лазерная или хирургическая) и медикаментозная коррекция гемоциркуляции и метаболических нарушений. Профессор отметил наличие трех зон уровня ВГД: зону высокой нормы (23-26 мм рт.ст.), средней нормы (19-22 мм рт.ст.) и низкой нормы (16-18 мм рт.ст.). Коррекция гемодинамических и метаболических нарушений, в свою очередь, включает в себя хирургические методы (вмешательства на сосудах и зрительном нерве), физиотерапию (электростимуляция зрительного нерва, магнитотерапия, низкоэнергетическое лазерное облучение, ГБО), иглорефлексотерапию и медикаментозные средства. Результаты клинико-экспериментальных исследований, проведенные группой Алексеева, позволяют утверждать, что нейропротекцию необходимо проводить с момента установления диагноза, не дожидаясь появления функциональных изменений. Под действием изученных нейропротекторов происходит значительная активизация мюллеровских клеток, которые, кроме опорной, осуществляют функцию регуляторов метаболизма. Иммуногистохимические исследования выявили усиленное выделение мюллеровскими клетками глутаминсинтетазы, NO-синтазы, глиального фибриллярного кислого белка, белка промежуточных нитей мюллеровских клеток и белка, связывающего ретиноевую кислоту.

В своем сообщении «Нейропротекция vs Ретинопротекция» доцент А.Ю. Брежнев (ГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск) остановился на вопросах терминологии и подходах к оценке эффективности данных стратегий терапии при глаукоме. Понятие «нейропротекция» пришло в офтальмологию из неврологии и рассматривается как направление лечения, которое предотвращает дегенерацию ганглиозных клеток сетчатки и обязательно сохраняет их структурные и функциональные возможности. Появление термина «ретинопротекция» во многом связано со сменой парадигмы в части подходов к определению заболевания, доказанной вовлеченности в патологический процесс различных структурных элементов сетчатки (микроглии, амакринных и биполярных клеток, фоторецепторного слоя). Все большее распространение получает понятие «глаукомная ретинопатия», обозначающая функциональные расстройства, сопровождающие патологические изменения в сетчатке, в отличие от «глаукомной оптиконейропатии», связанной с функциональными расстройствами на фоне патологических изменений в зрительном нерве. Основанием для более активного использования термина «ретинопротекция» может стать «адресная» терапия в отношении пораженных структур сетчатки. При этом его обоснованность еще предстоит подтвердить с использованием серьезных клинических исследований, основанных на принципах доказательной медицины. В рамках развернувшейся дискуссии с участием профессоров В.П. Еричева и В.В. Страхова отмечена необходимость в обсуждении формулировки определения ретинопротекции с точки зрения патофизиологии и подходов к лечению.

В первой части сообщения на тему «Стабилизация глаукомы: успех зависит от деталей» профессор О.И. Лебедев сделал обзор международных исследований различных факторов риска, влияющих на прогрессирование глаукомной нейропатии. Это — общие, не меняющиеся в течение жизни факторы без возможности коррекции (раса, возраст, наследственный анамнез), общие, изменяющиеся в течение жизни факторы с возможностью коррекции (артериальное давление, состояние сосудистой стенки, биохимические показатели крови, особенности метаболизма, эндокринные заболевания, а также офтальмологические факторы — ВГД, ригидно-эластичные свойства фиброзной капсулы, истончение СНВС, близорукость и пресбиопия). Профессор также остановился на результатах исследования влияния тактики лечения на стабилизацию зрительной функции при глаукоме с проведением курса стимулирующей, сосудорасширяющей терапии и ретинопротекции с парабульбарными инъекциями Ретиналамина, что позволило стабилизировать глаукомную прогрессию.

Сообщение о «Необходимом и достаточном уровне ретинопротекции при глаукоме» сделал И.А. Лоскутов (НКЦ ОАО «РЖД»). Глаукома рассматривается как мультифакториальное, нейродегенеративное заболевание, характеризующееся прогрессирующей оптиконейропатией, патологическими изменениями полей зрения и гибелью ганглиозных клеток сетчатки. Эта концепция потребовала рассмотрения необходимости в нейропротекции как терапевтической парадигмы замедления или предотвращения гибели нейронов и поддержания их физиологических функций. Конечная точка нейропротекции при глаукоме — предотвращение необратимой гибели ганглионарных клеток и сохранение их структурных и функциональных характеристик. Снижение ВГД можно рассматривать как достаточный уровень нейропротекции. Однако, если польза от снижения ВГД достаточна и не вызывает сомнений, необходимы ли иные методы лечения глаукомы? Этот вопрос требует ответа, поскольку не всегда можно снизить ВГД до безопасного уровня, при медикаментозном снижении ВГД могут развиться побочные эффекты, даже при достижении давления цели может происходить прогрессирование глаукомы. Ответом служит ретинопротекция — комплекс терапевтических мероприятий, направленный на предупреждение и восстановление структурно-функциональных повреждений сетчатки и зрительного нерва.

В сообщении на тему «Обзор современных российских и зарубежных клинических рекомендаций по ретинопротекторной терапии офтальмологических заболеваний» С.Ю. Петров подробно осветил современные аспекты терапии препаратами, обладающими нейропротекторной активностью. Было доложено о результатах экспериментальных и клинических исследованиях антагонистов глутамата, нейротрофических факторов, блокаторов Ca^{2+} каналов, антиоксидантов, агонистах α_2-адренергических рецепторов, ингибиторов синтазы оксида азота, местных гипотензивных препаратов с эффектом регуляции кровотока, а также о возможностях трансплантации стволовых клеток. Так или иначе, за последние 30 лет у многих препаратов были выявлены свойства нейропротекторов при глаукоме, но до клинических испытаний дошли единицы (бримонидин и мемантин). Экстраполяция экспериментальных данных в клинику сопряжена с рядом проблем: сложность повторения течения заболевания в эксперименте, временные рамки (травма vs хроническое течение), сложность оценки эффекта (гистология vs клиника). Актуальной задачей докладчик считает разработку рекомендаций для экспериментальных и клинических исследований по нейропротекции с мультидисциплинарным подходом. В конце сообщения Сергей Юрьевич остановился на результатах проведенного мета-анализа рандомизированных клинических исследований эффективности и безопасности нейропротекторной терапии глаукомы препаратом Ретиналамин. Авторами работы было проанализировано более 300 статей по заявленной теме и отобрано 9 работ для мета-анализа. В результате было установлено достоверное увеличение остроты зрения, преимущественно в ранних стадиях, тенденция к снижению офтальмотонуса вне зависимости от стадии нейропатии, положительная динамика периметрии по числу скотом и суммарной границы поля зрения и увеличение толщины слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) в различные сроки после терапии. Однако в целом работы характеризует разнородность

методов и доз препарата, отличающихся от официально рекомендованных, отсутствие единых методов диагностики и сроков обследования и критериев оценки эффективности и низкий уровень статистической обработки, что обусловливает необходимость проведения рандомизированного мультицентрового клинического исследования Ретиналамина в России.

Профессор Е.А. Егоров доложил о «Клинических аспектах ретинопротекции в офтальмологической практике». С его точки зрения, нейропротекция — это стратегия лечения болезней нервной системы посредством предотвращения гибели структурно-функциональных элементов нервной ткани. Нейропротекция в офтальмологии направлена прежде всего на коррекцию метаболических нарушений, возникающих при глаукоме в головке зрительного нерва. Кроме того, целью лечения является улучшение местной микроциркуляции и трофики тканей, нормализация реологических свойств крови, увеличение основного и коллатерального кровообращения. Преимуществами применения пептидов в офтальмологии являются их высокая физиологическая активность, наличие нескольких лигандных групп связывания, обусловливающее полифункциональность фармакологического действия, короткое время жизни, обеспечивающее практически полное отсутствие побочных эффектов. Представителем данного класса является препарат Ретиналамин. Он стимулирует фибринолитическую активность крови, оказывает иммуномодулирующее действие (увеличивается экспрессия рецепторов на Т- и В-лимфоцитах, повышается фагоцитарная активность нейтрофилов), уменьшает деструктивные изменения в пигментном эпителии сетчатки при различных формах дегенерации, модулирует активность клеточных элементов сетчатки, улучшает эффективность функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов. Профессор остановился на результатах Всероссийского скринингового исследования эффективности Ретиналамина в лечении компенсированной открытоугольной глаукомы, где исследуемый препарат продемонстрировал повышение остроты зрения на всех сроках наблюдения, снижение показателей ВГД на всех сроках наблюдения в рамках нормальных значений, расширение границ поля зрения через 1 и 3 месяца после лечения, стабилизацию показателей на всех стадиях глаукомы, больше на 1 и 2 стадиях. Таким образом, нейропротекторное лечение препаратом Ретиналамин следует назначать на всех стадиях глаукомы.

Доклад «Пептидные биорегуляторы: способ применения и оценка эффективности» сделал профессор В.П. Еричев (ФГБНУ «НИИГБ»). К классу цитомединов относят комплекс пептидов пара- и аутокринной природы, молекулярной массой 1000-10,000 Da. Они индуцируют процессы дифференцировки в популяции клеток, являющихся исходным материалом для их получения, участвуют в переносе информации между клетками, обладают тканеспецифичным действием и способствуют саморегуляции клеточной популяции, т.е. клеточного гомеостаза. Биорегулирующую терапию от других современных методов лечения отличает патогенетическая обоснованность и тканеспецифическое действие — нормализация функции того органа, из которого выделены полипептиды. Ретиналамин, являясь представителем данного класса, обладает стимулирующим действием на фоторецепторы сетчатки, улучшает взаимодействие пигментного эпителия и фоторецепторов, стимулирует репаративные процессы сетчатки,

нормализует проницаемость сосудов и уменьшает проявления воспалительной реакции. Профессор В.П. Еричев подробно остановился на результатах ряда отечественных исследований данного пептидного биорегулятора при глаукомной нейропатии, закончив доклад цитатой A. Bron: «…Мы пока не располагаем надежными критериями того, что если зрительные функции или состояние зрительного нерва в процессе лечения больного глаукомой улучшилось, то это произошло именно благодаря противоапоптозному действию применяемого препарата…»

О «Нейропротекторном действии Ретиналамина у больных первичной открытоугольной глаукомой при субтеноновом пути введения» рассказала профессор Т.Г. Каменских (ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского). Результаты терапии 85 пациентов оценивали с помощью тонометрии, компьютерной статической периметрии (Oculus Twinfield), ретинотомографии (HRT-2), спектральной ОКТ (Spectralis), Ангио-ОКТ (Zeiss), ЭФИ (Roland Consult) и ультразвуковой доплерографии (Voluson 730 pro). Ретиналамин вводили в субтеноново пространство при выполнении синустрабекулэктомии. В результате применение препарата Ретиналамина дало возможность улучшить и стабилизировать зрительные функции, что позволило рекомендовать препарат для широкого применения в комплексной терапии глаукомы.

С.В. Янченко (ГБОУ ВО Кубанский ГМУ) в своем сообщении привел ряд интересных «Клинических случаев применения ретинопротекторной терапии»: впервые выявленная открытоугольная глаукома низкого давления, случай длительной ретино-нейропротекторной терапии в течение 3-х лет, клинический случай терапии «влажной» и «сухой» форм ВМД, реоперированная отслойка сетчатки с ретампонадой силиконовым маслом, с отслойкой сетчатки и гемофтальмом, а также случай единственного видящего глаза с субкомпенсацией сахарного диабета и артериальной гипертензии. Во всех случаях ретино-нейропротекторная терапия, включающая Ретиналамин и Кортексин, позволила стабилизировать зрительные функции у пациентов с ретинальной и витреоретинальной патологией в послеоперационном периоде.

В докладе «Потенцирующий эффект Ретиналамина в лечении дистрофических заболеваний сетчатки» профессор О.Г. Шилова, главный внештатный офтальмолог Томской области, остановилась на результатах собственного исследования, целью которого явилось сравнение эффекта Ретиналамина и «традиционной» терапии в динамике при регулярном применении. Изучаемые нозологические формы: тапеторетинальная абиотрофия сетчатки (ТРА) и возрастная макулярная дегенерация, «сухая» форма ВМД. В клиническом исследовании приняли участие 25 пациентов с диагнозом ТРА, из них 15 пациентов (30 глаз), помимо «традиционной» терапии, получали Ретиналамин парабульбарно. Для оценки результатов терапии проводили визометрию, периметрию (суммарная граница периферических полей зрения), максимальную электроретинографию (амплитуды волн А (фоторецепторы) и В (биполяры) в мкВ) и локальную электроретинографию (амплитуды волн А и В на красный и зеленый стимулы в мкВ). Полученные результаты указывают на потенцирующий положительный эффект Ретиналамина, регулирующего процессы метаболизма в сетчатке, стимулирующего функции ее клеточных элементов и способствующего улучшению функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов. При регулярном применении препарата положительный эффект потенцируется.

В заключительном сообщении «Комбинированное лечение больных с начальными стадиями ПОУГ» доктор И.Ю. Мазунин (ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко», Нижний Новгород) традиционно рассказал о международных принципах лазерного лечения глаукомы и собственном клиническом опыте в этой области.

По окончании Экспертного совета планы участников по возвращению домой были несколько нарушены ураганным предупреждением и закрытием мурманского аэропорта. Обильный снегопад покрыл Мурманскую область, полностью блокировав воздушную связь с большой землей. Аэропорт заработал лишь к воскресному вечеру, нехотя отпустив десант российских офтальмологов.

С.Ю. Петров,
ведущий научный сотрудник отдела глаукомы, к.м.н., ФГБНУ «НИИГБ»

ISBN 978-5-905212-60-4 ©

Клиническая периметрия в диагностике и мониторинге глаукомы

В.П. Еричев, А.А. Антонов *(ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней»)*

Данная книга посвящена методам периметрии, применяемым для диагностики и мониторинга глаукомы. Описание методики проведения диагностических тестов не входило в задачи этого руководства, поскольку оно представлено в документации к соответствующим приборам. Подробно изложены развитие способов исследования полей зрения и вклад отдельных ученых. Теоретические основы периметрии даны в сочетании с обзором современных способов изучения световой и контрастной чувствительности сетчатки. Проанализированы пути повышения точности исследования поля зрения. Важную часть составляет описание периметрических изменений при глаукоме и их роли в диагностике и мониторинге этого заболевания. Современные представления о структурно-функциональной корреляции и возможности программного анализа прогрессирования рассмотрены в заключительной части.

Книга издана в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ» в декабре 2016 года.

Предлагаем вашему вниманию главы из книги.

Общие понятия периметрии

Способность глаза различать свет и фиксировать более яркие или тусклые объекты при определенной фоновой освещенности, то есть различать их по интенсивности, называется дифференциальной световой чувствительностью. Именно эта способность световоспринимающего аппарата осуществляет зрительный акт на всем пространстве, охватываемом глазом при неподвижном взоре, т. е. поле зрении. Наиболее простым и доступным определением поля зрения следует признать формулировку, данную А.И. Богословским и А.В. Рославцевым: «Поле зрения – это видимое пространство, воспринимаемое глазом при неподвижным взоре». Это пространство на плоскости имеет границы, средняя норма которых ограничена снаружи 90°, сверху – 55-60°, снутри – 60-65°, снизу – 70-75° *(рис. 17)*.

Однако хорошо известно, что острота зрения в пределах пространства, ограниченного границами периферического поля зрения, неодинакова. Это позволило представить поле зрения в виде объемной или графической фигуры, названной «зрительным холмом». Вершиной «зрительного холма» является проекция макулярной области. Любые дефекты поля зрения на «зрительном холме» изображаются в виде изменения его формы. Например, слепое пятно (проекция диска зрительного нерва) представляется в виде дефекта, доходящего до основания «зрительного холма» *(рис. 18)*.

Одной из основных зрительных функций является световая чувствительность сетчатки, функциональная способность которой неравноценна на всем ее протяжении. Наиболее высока она в области желтого пятна и особенно в центральной ямке. Здесь сетчатка представлена только нейроэпителием и состоит исключительно из высокодифференцированных колбочек. Палочковый аппарат обладает высокой светочувствительностью, но не способен передавать ощущение цветности, колбочки обеспечивают цветное зрение, но значительно менее чувствительны к слабому свету и функционируют только при хорошем освещении.

В зависимости от степени освещенности можно выделить три разновидности функциональной способности глаза *(табл. 1)*:

1) дневное (фотопическое) зрение осуществляется колбочковым аппаратом глаза при большой интенсивности освещения. Оно характеризуется высокой остротой зрения и хорошим восприятием цвета;

2) сумеречное (мезопическое) осуществляется палочковым аппаратом глаза при слабой степени освещенности (0,1-0,3 лк). Оно характеризуется низкой остротой зрения и ахроматичным восприятием предметов;

3) ночное (скотопическое) зрение также осуществляется палочками при пороговой и надпороговой освещенности. Оно сводится только к ощущению света.

Периметрия (от греч. peri – вокруг и metreo – измеряю) – один из методов исследования периферического зрения, в основе которого лежит проекция сферической поверхности сетчатки на сферическую же и концентрическую с ней внешнюю поверхность [Большая медицинская энциклопедия].

С помощью периметрии исследуется дифференциальная световая чувствительность в разных точках поля зрения. Стандартное исследование проводится путем предъявления белых стимулов определенной изменяемой яркости на освещенном фоне. Физической единицей яркости фонового освещения или предъявляемых стимулов в периметрах является апостильб (асб). Однако для того, чтобы глаз человека зафиксировал изменение яркости стимула, она должна уменьшиться или увеличиться не менее чем на 10%. Например, при освещении фона 0,1 асб глаз может различить световой стимул на 0,01 асб ярче. Поэтому принято переводить физические единицы асб в физиологические, определяющие порог светочувствительности сетчатки в обратных единицах – децибелах (дБ), находящихся в обратной логарифмической зависимости.

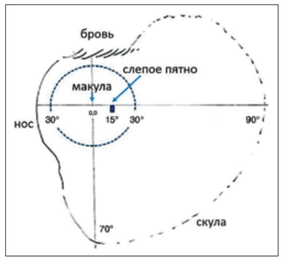


Рис. 17. Схематическое изображение периферических границ поля зрения (пунктиром обведена зона 30° от точки фиксации, которая чаще всего исследуется при проведении статической периметрии)

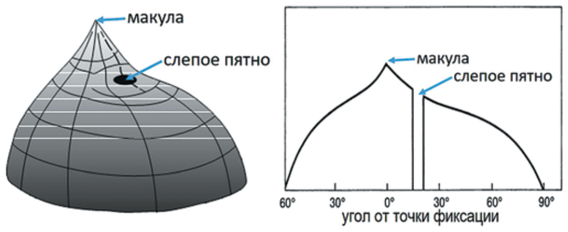


Рис. 18. Зрительный холм: объемное представление и изображение в разрезе на плоскости

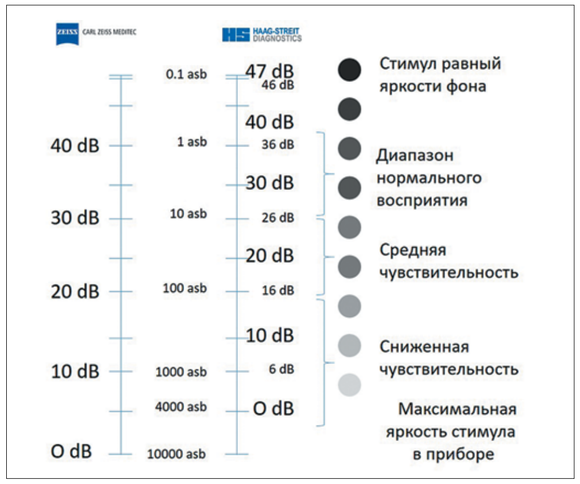


Рис. 19. Сравнительная шкала яркости стимулов приборов компаний «Zeiss» (Humphrey Field Analyzer) и «Haag-Streit» (Octopus)

Таблица 1

Соответствие уровней освещенности функциональным способностям глаза

Тип зрения	Освещенность
Скотопическое	<0,01 кд/м^2
Мезопическое	0,001-1,0 кд/м^2
Фотопическое	> 1,0 кд/м^2

Таблица 2

Размеры стимулов при периметрии по Гольдману

Размер стимула	Угол (градусы)	Площадь стимула (полусфера 30 см, мм^2)
I	0,11	¼
II	0,22	1
III	0,43	4
IV	0,86	16
V	1,72	64

1 бел = 1 деление логарифмической шкалы = десятикратное увеличение интенсивности

1 децибел (дБ) = 0,1 деление логарифмической шкалы

При этом 0 децибел соответствует стимул самой большой яркости для данного периметра. Шкала децибелов не стандартизирована, поскольку максимальная яркость объектов у разных приборов отличается *(рис. 19)*.

Важно помнить, что:

1) «0» дБ не соответствует одинаковой яркости объекта на различных периметрах, однако существуют алгоритмы пересчета результатов, которые позволяют сравнивать протоколы Humphrey Field Analyzer и Octopus;

2) «0» дБ означает не «слепую» область, а участок, в котором чувствительность сетчатки ниже максимальной яркости тест-объекта для данного периметра.

Сдвиг пороговой яркости на 0,1 лог. ед. соответствует изменению порога световой чувствительности в противоположном направлении на 1 дБ, т. е. необходимость, например, увеличивать яркость стимула при определении порога свидетельствует об уменьшении светочувствительности сетчатки и наоборот. После 20 лет нормальный показатель светочувствительности снижается на 1 дБ каждые 10 лет. Если в 20 лет светочувствительность в области центральной ямки составляет 35 дБ, то к 30 годам она составляет 34 дБ, а к 70 годам – 30 дБ.

Во многих современных автоматических периметрах с учетом принятых в 1979 г. стандартов яркость фона составляет 31,5 асб. Для более точной оценки светочувствительности периферических участков поля зрения предпочтительнее использовать периметры с менее ярким фоном. Однако в настоящее время для исследований при

глаукоме наибольший интерес представляет центральное поле зрения (в пределах 24-30°). Кроме того, выбор именно этой фоновой освещенности обусловлен следующими причинами:

– при такой освещенности уравнивается вклад палочек и колбочек в светочувствительности сетчатки;

– не требуется предварительной световой или темновой адаптации пациента;

– умеренная освещенность не требует полной темноты в помещении, где проводят исследование.

При проведении стандартной методики периметрии используют универсальный стимул диаметром 0,43° (площадью 4 мм^2), эквивалентный объекту с размером III по Гольдману (для кинетической периметрии). При необходимости, например, при наличии помутнения оптических сред, возможно изменение его размера до V по Гольдману *(табл. 2)*.

Длительность предъявления стимула моделирована с учетом времени нормальной сенсомоторной реакции, скорости распознавания объекта и скрытого времени произвольного движения глаз – в пределах 0,2-0,5 с. Принято, что при длительности стимула более 0,1 с для периферии сетчатки и 0,4 с для центральных ее отделов распознавание определяется только яркостью и уже не зависит от времени предъявления стимула.

Обзор методов периметрии

Кинетическая периметрия

Исследование, в основе которого лежит перемещение предъявляемого стимула, было названо кинетической периметрией.

Для исследования применяются объекты стандартных размеров *(см. табл. 2)* и определенных градаций относительной яркости. Яркость объекта 4 принята за 100%, она максимальная для данного прибора, объект 3 имеет яркость 31,5%, 2 – 10% и 1 – 3,15%.

Нормальные границы поля зрения на белый цвет при исследовании на сфероперимете объектом 4/III в среднем составляют: сверху 55°; сверху снаружи 65°; снаружи 90°; снизу снаружи 90°; снизу 70°; снизу снутри 45°; снутри 55°; сверху снутри 50° *(рис. 20)*.

Для повышения эффективности кинетической периметрии были предложены более сложные методики. Количественную (квантитативную) периметрию проводят на сфероперимете двумя объектами разной величины, яркость которых с помощью светофильтров подравнивают так, что количество отраженного ими света становится одинаковым. В норме границы поля зрения (изоптеры), полученные с помощью двух объектов, совпадают. Разница изоптер более чем на 5° указывает на нарушения пространственной суммации в поле зрения. При этом возможно выявление патологических изменений на ранних стадиях заболеваний, когда обычная периметрия не выявляет отклонений от нормы.

Кинетическая периметрия и ее разновидности (квантитативная, хронопериметрия, равноэнергетическая периметрия), основанные на сочетании различных комбинаций размеров и яркости стимула, являются методиками, позволяющими определить границы периферического поля зрения и границы скотом, но не позволяют установить глубину выявленного дефекта *(рис. 21)*.

Статическая периметрия

Принципом статической периметрии является предъявление светового стимула переменной величины и яркости в фиксированной точке поля зрения. Методика позволяет не только выявить дефекты, но и определить уровень светочувствительности сетчатки в заранее обусловленных участках *(рис. 22)*.

Углубленные исследования позволяют представить дифференциальную световую чувствительность сетчатки в виде «зрительного холма», как уже описано, его вершина соответствует макулярной области с постепенным снижением к периферии соответственно эксцентриситету и провалом в области слепого пятна. Очертания «зрительного холма» определяются путем повторяющихся измерений порога чувствительности в различных участках поля зрения.

Современные периметры, управляемые компьютером, состоят из полусферы, на внутренней поверхности которой предъявляются неподвижные светящиеся тест-объекты (стимулы) дозируемой яркости. Последними разработками стали периметры, проецирующие фоновый свет и световые стимулы непосредственно на сетчатку пациента, не требующие наличия громоздкого купола, и приборы с электронным дисплеем для предъявления стимулов. Наиболее широкое распространение получили автоматизированные анализаторы поля зрения Humphrey («Carl Zeiss Meditec») и Octopus («Haag-Streit Diagnostics») *(рис. 23-25)*.

Стандартная автоматизированная периметрия

Наиболее распространенным методом исследования поля зрения является стандартная автоматизированная периметрия (Standard Automated Perimetry, SAP). Это техника, которая подразумевает исследование ахроматическим стимулом («белая на белом») размером III по Гольдману, как правило, в центральной зоне, то есть до 30° от точки фиксации.

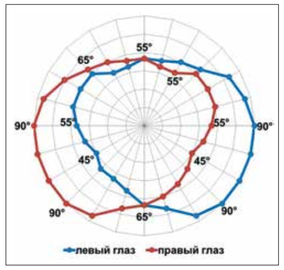


Рис. 20. Средние нормальные границы поля зрения на белый цвет при исследовании с помощью кинетической периметрии

Нетрадиционные виды периметрии

Хотя до настоящего времени SAP является общепринятым стандартом оценки зрительных функций в клинических исследованиях, она обладает рядом недостатков. Во-первых, отсутствие селективности, поскольку для определения дифференциальной светочувствительности применяется небольшой белый объект, вспыхивающий на 200 мс на затемненном белом фоне и одномоментно возбуждающий все основные типы ганглиозных клеток сетчатки. Во-вторых, вследствие т. н. врожденной избыточности зрительной системы SAP не является в достаточной степени чувствительной к ранним глаукомным изменениям. Так, у ряда пациентов была зафиксирована значительная потеря ганглиозных клеток (25-50%), прежде чем стандартная периметрия смогла выявить их функциональный дефицит. Кроме того, результаты SAP и других функциональных тестов сильно варьируют при повторном исследовании, особенно в тех секторах, где поле сужено, что затрудняет объективную оценку динамических изменений. Например, в исследовании OHTS бóльшая часть исходных изменений полей зрения при повторной периметрии на втором году не подтвердилась, в связи с чем конечная точка была пересмотрена в пользу трех последовательно проведенных тестов вместо двух, запланированных изначально. Для более глубокого понимания принципов эффективной работы зрительной системы и функциональных изменений, происходящих в ганглиозных клетках при глаукоме, были предложены психофизические тесты, которые в отличие от неселективной SAP предполагают оценку отдельных зрительных функций, находящихся в компетенции строго определенных субпопуляций ганглиозных клеток.

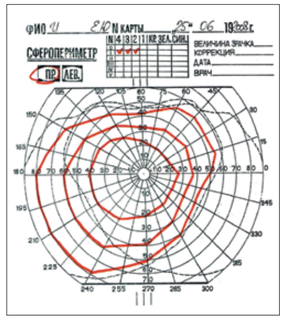


Рис. 21. Протокол исследования с помощью квантитативной кинетической периметрии (изоптерпериметрии)

В зрительной системе существуют две основные нейрональные системы: магноцеллюлярная и парвоцеллюлярная, имеющие анатомическое различие и несущие различные физиологические свойства. Магно- и парво- пути начинаются соответственно с М-(зонтичных) и Р-(миджит) ганглиозных клеток сетчатки. М-клетки имеют большие размеры и широкие рецептивные поля, в отличие от них Р-клетки – маленькие, с небольшими рецептивными полями. М-клетки обладают высоким пространственным антагонизмом между центром и периферией и небольшим хроматическим антагонизмом. Они имеют высокую контрастную чувствительность и ориентированы на решение ахроматических задач, связанных с изменениями яркости, ориентацией раздражителя, определением минимально различимой границы, чувствительны к быстрому движению и плохо реагируют на цвета и мелкие детали объектов, их количество не превышает 15% от общего числа ганглиозных клеток. Р-клетки принимают участие в хроматическом зрении, связаны с различением колебаний цветовой насыщенности и светлоты, чувствительны к стимулам, обладающим высокой пространственной частотой, но слабо реагируют на движение объектов. Р-ганглиозные клетки преобладают в фовеальной области, они многочисленны и их общее количество достигает 80% всех ганглиозных клеток. Также в зрительной системе имеется небольшой пул (около 5%) специфических К-клеток, ответственных за сине-желтое восприятие *(рис. 26)*.

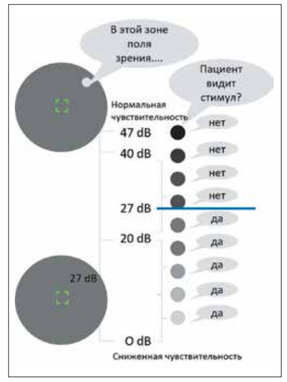


Рис. 22. Принцип определения порога светочувствительности

Пространственная контрастная чувствительность зрительного анализатора является функцией, позволяющей различать объекты различной величины и контраста, она характеризует способность зрительной системы воспринимать и анализировать распределение яркостей в поле зрения, что обеспечивает такие свойства пространственного зрения, как восприятие формы, размеров, положения и взаиморасположения. Многочисленными исследователями показано, что нарушения контрастной (пространственной и временной) и цветовой чувствительности при глаукоме появляются раньше, чем изменения поля зрения, то есть изменения световой чувствительности.

Эти представления лежат в основе методов компьютерной периметрии, которые направлены на раннюю диагностику глаукомы.

Рис. 23. Анализатор поля зрения Humphrey Field Analyzer II

Рис. 24. Периметр Octopus 900

Рис. 25. Периметр Octopus 600

Коротковолновая автоматическая периметрия

При проведении коротковолновой автоматической периметрии (short-wavelength automated perimetry, SWAP) специфический стимул воспринимается коротковолновыми колбочками и обрабатывается ответственными за сине-желтое восприятие ганглиозными клетками (К-клетки), чьи аксоны направляются к интерламинарным слоям латерального коленчатого тела. Данная технология реализована в серийных периметрах Humphrey и Octopus и применяется в ряде клинических исследований. Тестирование проводят крупным (ширина 1,7°) голубым объектом (длина волны 440 нм), вспыхивающим на ярком желтом фоне (100 кд/м^2) на 200 мс *(рис. 27)*. Благодаря адаптации алгоритма SITA, методика определения порога светочувствительности и расположение тестовых точек при SWAP идентичны стандартной периметрии. Исследование SWAP-SITA занимает в среднем около 4 минут.

В отличие от других методик селективной периметрии для SWAP характерна степень функциональной изоляции: около 15 дБ.

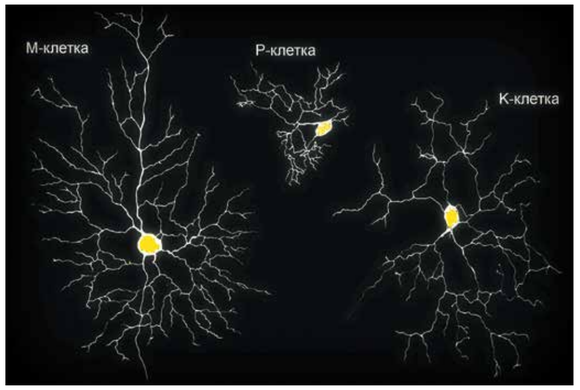


Рис. 26. Схематическое сравнение ганглиозных клеток сетчатки (обратите внимание на различие размеров клеток и отростков, а также условную зону восприятия)

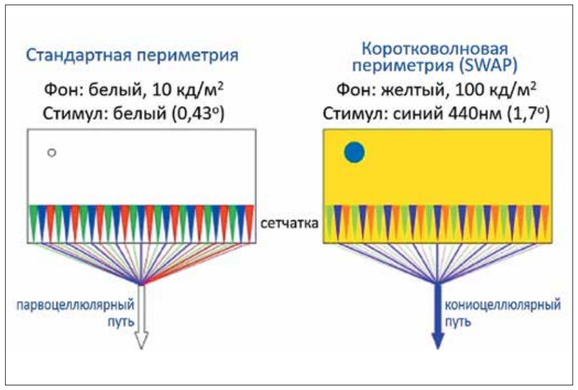


Рис. 27. Сравнительные характеристики стандартной и коротковолновой периметрии

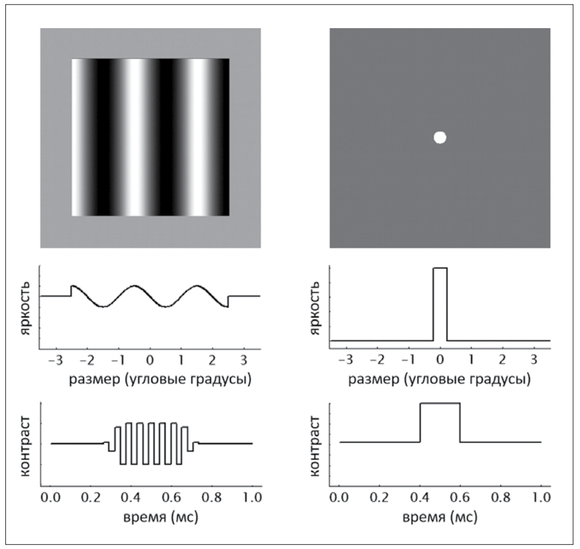


Рис. 28. Сравнение стимулов при стандартной и FDT-периметрии

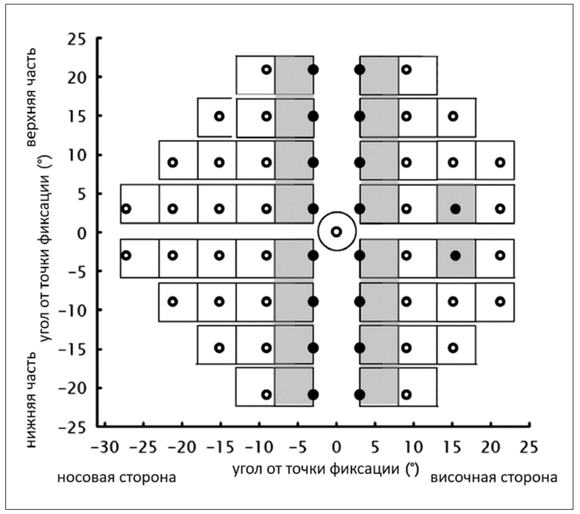


Рис. 29. Расположение стимулов при FDT-периметрии (квадраты и большой круг) и в программе 24-2 периметров HFA (маленькие круги)

Таким образом, другие типы ганглиозных клеток смогут принять участие в обработке стимула только в том случае, если светочувствительность сине-желтых колбочек снизится более чем на 15 дБ.

Следует отметить, что для SWAP также характерен ряд недостатков. Было показано, что вариабельность данных при повторном тестировании у SWAP даже выше, чем у SAP. Применение алгоритма SITA позволяет несколько повысить объективность и сократить время исследования, тем не менее повышение эффективности диагностики при помощи SWAP-SITA требует дальнейшего совершенствования. Важно описать пациенту внешний вид объекта и дать потренироваться перед первым тестированием. Еще одним недостатком метода является бóльшая по сравнению с SAP зависимость результата от степени прозрачности сред, что затрудняет постановку диагноза, особенно у пожилых пациентов.

Вместе с тем результаты первых исследований показали, что, несмотря на недостатки, полное пороговое тестирование SWAP (SWAP-FT, SWAP-full threshold) более чувствительно к ранним проявлениям глаукомы, чем SAP, и способно на 3-5 лет раньше выявить дефекты поля зрения. Так, Johnson в своем исследовании на 479 глазах со сроком наблюдения несколько лет сопоставлял структурные изменения, связанные с глаукомой, с результатами функциональных тестов (SAP и SWAP). Все пациенты имели исходно нормальные поля зрения по данным SAP, но при динамическом наблюдении у 17,5% из них были выявлены достоверные глаукомные изменения. Из этих 17,5% глаз в 75-80% случаев в начале исследования имелось глаукомное повреждение ДЗН. В 12% в то же время были достоверно выявлены дефекты полей по данным SWAP. Еще в 8% случаев изменения по данным SWAP были обнаружены позже. В исследовании OHTS у всех пациентов исходно нормальными были не только поля зрения SAP, но и параметры ДЗН, тем не менее SWAP удалось обнаружить изменения у 21% из них. В ходе другого исследования каждому пациенту с признаками начальной ГОН были проведены SAP-FT, SWAP-FT, FDT-N30 и кинетическая автоматическая периметрия (motion automated perimetry, MAP). В результате SAP выявила изменения лишь у 46% пациентов, в то время как FDT – у 70%, SWAP – у 61%, а MAP – у 52%. Кроме того, было показано, что при снижении зрительных функций по данным всех видов периметрических исследований выявленные изменения локализуются в одной и той же области сетчатки, и что вовлечение в процесс различных типов ганглиозных клеток может происходить в любом порядке, свидетельствуя о неселективности глаукомного поражения. Последнее было подтверждено в работах, посвященных изучению латерального коленчатого тела, психофизическим методам исследования, а также сравнению эффективности различных методов оценки функциональных нарушений.

Указанные результаты позволяют предположить, что в ряде случаев проведение SWAP, возможно, позволило бы раньше выявить заболевание.

Периметрия с иллюзией удвоения пространственной частоты

Периметрия с удвоенной частотой, или, что может быть корректнее, с иллюзией удвоения пространственной частоты (frequency-doubling technology perimetry, FDT) основана на феномене мнимого удвоения исходно низкой пространственной частоты синусоидальной решетки при ее предъявлении в условиях противофазного мелькания с высокой временной частотой. Считается, что таким образом исследуют функцию т. н. магноцеллюлярных ганглиозных клеток сетчатки, которые составляют около 10% всей популяции. Технология реализована в не представленном в России серийном периметре Matrix («Welch-Allyn», Skaneateles, Нью-Йорк), распространяемом компанией «Carl Zeiss Meditec». В программном обеспечении устройства доступно 2 алгоритма тестирования: C-20 и N-30. Они отличаются по числу исследуемых квадратов (17 и 19 соответственно). Ширина полос составляет 10°, частота противофазного мелькания – 25 Гц *(рис. 28)*. Порог светочувствительности определяют методом т. н. модифицированного бинарного поиска. Время тестирования составляет около 5 мин.

Последний разработанный алгоритм 24-2 на основе технологии скоростной оценки исследовательского тестирования (zippy estimation of sequential testing, ZEST) направлен на исследование центрального поля зрения в пределах 24°, разделенного на 54 основных квадрата плюс один фовеолярный. Полосы шириной 5° составляют синусоидальные решетки с пространственной частотой 0,5 циклов/градус, которые подвергают противофазному мельканию с временной частотой 18 Гц *(рис. 29)*. Исследование также занимает в среднем 5 мин.

Преимуществом FDT является меньшая вариабельность при повторном исследовании по сравнению с SAP и SWAP. К недостаткам можно отнести снижение достоверности результатов у пациентов с возрастной и задней субкапсулярной катарактой. Первые исследования показали, что FDT, возможно, более чувствительна к ранним глаукомным изменениям, чем стандартная периметрия. В настоящее время для скрининга глаукомы ряд исследователей рекомендует применять именно FDT. Сравнительное исследование периметрии Matrix и FDT-N30 показало высокую корреляцию их результатов, т. е. периметрия Matrix может применяться для ранней диагностики глаукомы, так же как и FDT-N30.

При проведении сравнительной оценки двух и более видов периметрии не рекомендуется использовать поля зрения в качестве критерия разделения пациентов на группы. Распространенной проблемой сравнительных исследований функциональных нарушений при глаукоме является то, что данные SAP становятся основанием для формирования групп или же принимаются за эталон, с которым в дальнейшем сравнивают результаты других тестов. Таким образом, SAP по умолчанию признается лучшей методикой, и возникает впечатление, что ни один другой тест не может с ней конкурировать. Но происходит и обратное: репутация SAP серьезно страдает, когда у части пациентов, определенных ею как «норма», более селективные методы выявляют отклонения. Дополнительную

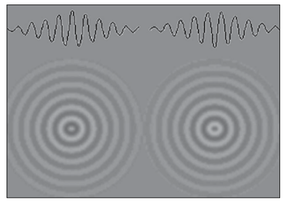


Рис. 30. Две фазы предъявления стимула Pulsar

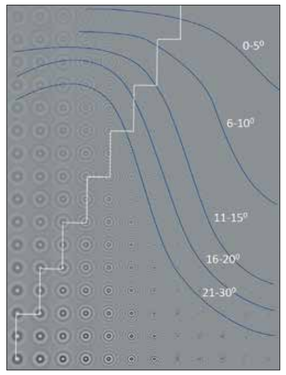


Рис. 31. Изменение пространственного разрешения и контраста стимулов Pulsar (по вертикали снизу-вверх происходит снижение контраста стимулов; по горизонтали слева-направо – уменьшение пространственного разрешения). Белая линия обозначает изменение стимулов при стандартном тестировании, синие линии указываю нормальную чувствительность на различном удалении от точки фиксации

трудность представляет быстрое развитие технологий. По данным литературы, число публикаций, посвященных сравнению последних модификаций основных видов периметрии, т. е. SAP-SITA, SWAP-SITA и FDT Matrix 24-2, невелико.

Число работ, в которых в роли стандарта выступал бы нефункциональный признак, в настоящее время также ограничено. Sample et al. в сравнительном исследовании SAP-SITA, SWAP-FT, FDT-N30 и периметрии с быстрым изменением величины разрешения (high-pass resolution perimetry) применили сразу два нефункциональных стандарта диагностики, а именно наличие глаукомной оптической и прогрессирующей нейропатии. Результаты подтвердили, что поражение ганглиозных клеток при глаукоме неселективно, и что при вовлечении в патологический процесс нескольких видов ганглиозных клеток изменения локализуются в одной и той же области сетчатки. Существенных отличий в параметрах ROC-кривых (кривые ошибок) SAP, SWAP и FDT обнаружено не было. С этими данными согласуются результаты большинства других исследований, в которых основанием для деления пациентов на группы также являлось наличие или отсутствие ГОН. В исследовании Racette, однако, периметрия Matrix FDT 24-2 показала несколько большую, чем SAP-SITA, дискриминационную способность в отношении глаукомных и здоровых глаз. Наконец, еще в одном исследовании эффективность FDT Matrix 24-2 на прототипе и SWAP-FT оказалась одинаково высокой, сравнение с SAP не проводилось.

В другой работе к проблеме подошли иначе. Оценку параметров функциональных (SWAP-FT и FDT-N30) и структурных (OCT и SLP) тестов проводили отдельно с использованием двух разных стандартов. Первый основывался на вынесенном «вслепую» экспертном мнении о состоянии ДЗН по данным стереофотографии, второй – на периметрии SAP. В результате наиболее чувствительные параметры FDT продемонстрировали более высокую чувствительность при заданной специфичности, чем аналогичные параметры SWAP. При использовании в качестве стандарта диагностики внешней оценки ДЗН площадь под ROC-кривой для FDT и SWAP составила 0,88 и 0,78 соответственно, а при сопоставлении результатов с данными с SAP – 0,87 и 0,76. Структурные показатели, рассчитанные по данным OCT, имели большую чувствительность, чем параметры SWAP.

Было также установлено, что комбинированная функциональная диагностика имеет более высокую чувствительность к ранним патологическим изменениям, чем любой из методов в отдельности, и не теряет при этом в специфичности. Такие комбинации, как, например, SAP-SITA с SWAP-FT или FDTN30, а также SAP-SITA с Matrix 24-2, FDT и SWAP во всех случаях оказались более эффективны, чем указанные методы в отдельности.

Pulsar-периметрия

Данный метод периметрии основан на предъявлении относительно больших стимулов (диаметром 5°), которые имеют различные пространственные характеристики и контрастность и мерцают с частотой 10 Гц *(рис. 30)*. Особенностями стимула также является отсутствие резких границ и снижение контраста на периферии, таким образом он плавно переходит в фон с яркостью 100 асб (31,7 кд/м²). Время предъявления стимула увеличено в сравнении со стандартной периметрией и составляет 500 мс.

Основной схемой предъявления стимулов при pulsar-периметрии является G-программа, которая имеет расположение локусов тестирования в зоне 30° от точки фиксации, соответствующее ходу нервных волокон сетчатки. Исследование происходит с изменением пространственного разрешения и контраста стимулов, что позволяет определять порог чувствительности *(рис. 31)*. Восприятие оценивается, естественно, не в децибелах, а единицах src, которые получены от соединения чувствительности к пространственному разрешению (sr – spatial resolution) и контрасту (c – contrast).

Исследование направлено на выявление дефектов в магноцеллюлярной системе зрительного анализатора, которая повреждается при глаукоме в первую очередь, по данным H.A. Quigley.

Pulsar-периметрия реализована в приборе Octopus 600 и проводится с применением стратегии TOP. При продолжительности теста около 3-4 минут он позволяет выявить ранние глаукомные повреждения, также возможна оценка результатов в динамике и выявление морфофункциональной корреляции с помощью кластерного и полярного анализа (рассмотрены далее). В ряде исследований показана более высокая чувствительность данного вида периметрии в сравнении со стандартной автоматизированной периметрией и FDT *(табл. 3)*.

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету

«ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов»

Подписной индекс: **15392**

и на журнал

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ГЛАУКОМА»

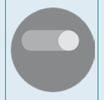
по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать

в любом отделении связи.

Подписной индекс: **37353**

Таблица 3

Сравнительные характеристики различных видов периметрии

Вид периметрии	Схема	Характеристики
Кинетическая периметрия		Фотопический фон (10 кд/м²). Подвижные стимулы различных размеров (по Гольдману). Диапазон чувствительности 0-19 дБ с шагом в 1 дБ. Исследование в зоне до 90° от точки фиксации.
Стандартная автоматизированная периметрия (SAP)		Фон мезопический или фотопический. Статичные стимулы различных размеров (по Гольдману). Продолжительность предъявления 100-200 мс. Диапазон чувствительности 40 дБ. Исследование в зоне до 60°.
Коротко-волновая периметрия (SWAP)		Фотопический фон (100 кд/м², λ > 530 нм). Статичные стимулы размером V по Гольдману (1,7° в диаметре), λ=440 нм. Продолжительность предъявления 200 мс. Диапазон чувствительности 40 дБ. Исследование в зоне до 30°.
Периметрия с иллюзией удвоения частоты (FDT)		Фотопический фон (50 кд/м²). Мерцающий (25 Гц) стимул размером 10×10° с синусоидальным изменением контраста с шагом 0,25 цикла на градус. Продолжительность предъявления 720 мс, включая переходы по 160 мс. Исследование в зоне около 25°.
Matrix периметрия		Фотопический фон (100 кд/м²). Мерцающий (18 Гц) стимул размером 5×5° с синусоидальным изменением контраста с шагом 0,5 цикла на градус (для макулярного теста – 12 Гц, 2×2°). Продолжительность предъявления 500 мс, включая переходы по 100 мс. Исследование в зоне около 30°.
Периметрия с быстрым изменением величины разрешения (HPRP)		Фотопический фон (20 кд/м²). Кольцевидные стимулы с уровнем контраста 25% (15 и 25 кд/м²), диаметром 0,8-20°. Продолжительность предъявления 165 мс. Диапазон чувствительности 14 дБ. Исследование в зоне около 26°.
Pulsar периметрия		Фотопический фон (32 кд/м²). Мерцающие (10 Гц) стимулы диаметром 5° с изменяющимся контрастом и пространственным разрешением. Продолжительность предъявления 500 мс. Диапазон чувствительности около 30 дБ. Исследование в зоне 30°.
Flicker периметрия		Фотопический фон (10 кд/м²). Мерцающие (5-60 Гц) стимулы размером III по Гольдману, со 100% контрастом (0/4800 асб). Продолжительность предъявления 1000 мс. Исследование в зоне 30°. Критерий восприятия – наличие или отсутствие мерцания.
Периметрия с выявлением движения (MDP)		Мезопический фон (примерно 1 асб), 3,26% которого состоит из случайно перемещающихся (скорость 12°/сек) точек с яркостью 580 асб. Округлые стимулы от 0,13° до 8,46°, половина которых перемещается центробежно, а половина – хаотически. Продолжительность предъявления 173 мс. Диапазон чувствительности около 20 ступеней. Исследование в зоне 21°. Критерий восприятия – локализация и выявление движения.
Rarebit периметрия		Фон от мезопического до фотопического (1 кд/м²). 2 статичных стимула яркостью 150 кд/м² и разрешением 0,8 (макула) или 6 (зона 30°) угловых минут (микроточки). Продолжительность предъявления 200 мс. Диапазон чувствительности 0-100%. Исследование в зоне x=30°, y=22,5°. Критерий восприятия – количество кликов мышью (0, 1 или 2) в зависимости от увиденных микроточек.

Морфометрическая картина сетчатки при опухолях орбиты и меланомах хориоидеи

И.В. Мусаткина

Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

Цель работы

Изучение изменений макулярной области сетчатки, происходящих при растущей меланоме хориоидеи (МХ) и доброкачественной опухоли орбиты. Эти заболевания, различные по своему морфогенезу, могут вызывать однотипные клинические проявления — снижение центрального зрения, но механизм этих изменений различен. Современные визуализирующие методы исследования, к которым относят ультразвуковое сканирование, оптическую когерентную томографию, помогают выявить и попытаться объяснить происходящие при этих заболеваниях изменения в сетчатке.

Материалы и методы

Исследовано 7 больных с МХ центральной зоны и 1 больной с инкапсулированной опухолью орбиты, контактирующей с задним полюсом глаза. Работа проведена на офтальмологическом диагностическом приборе Spectralis OCT с оригинальной системой слежения за движением глаза. У пациентов с МХ выявлено поражение фовеолы (1 пациент), у 2 — опухоль в зоне фовеа, у 4 человек — захватывает перифовеальную область. У пациента с опухолью орбиты контакт с задним полюсом глаза подтвержден данными УЗ-исследования и КТ, офтальмоскопически определены изменения на глазном дне по типу сухой ВМД.

Результаты

По данным ОКТ у больного с опухолью орбиты *(рис. 1)* изменения в хориоидее и пигментном эпителии были представлены складчатостью хориоидеи и пигментного эпителия, обусловленные, с нашей точки зрения, длительной деформацией заднего полюса глаза (склеры) в результате компрессии его опухолью. Клинически эти изменения соответствуют офтальмоскопически выявляемому симптому «поперечной исчерченности». Хориоидальная конфигурация была изменена, профиль неровный, выпуклой поверхностью обращен в полость глаза. В зоне контакта опухоли со склерой не визуализировали сосуды крупного калибра, просматривали хориокапилляры и сосуды среднего калибра. Базальная мембрана была сохранена, неровная. Пигментный эпителий в зоне контакта также был изменен, гиперплазирован, контур его волнистый. В слое палочек и колбочек имелась неравномерность рефлективности, ход этого слоя и наружной пограничной мембраны был деформирован. Наружный ядерный слой в области фовеолы и фовеа был не только деформирован, но и отечен, толщина его составляла 121 мкм и 103 мкм (при значениях на контрлатеральном глазу — 104 мкм и 72 мкм). На остальном протяжении слои сетчатки были не изменены. Больной был прооперирован, гистологически подтвержено доброкачественное новообразование орбиты (кавернозная гемангиома), после операции острота зрения повысилась (с 0,7 до 0,8 на 5-е сутки после операции). При обследовании в динамике через 14 дней после операции выявлено уменьшение описанных выше изменений, исчезновение отека наружного ядерного слоя в зоне фовеолы и фовеа (метрические параметры нормализовались). Гиперплазия пигментного эпителия сохраняется в прежнем состоянии. Сам по себе единичный случай не позволяет сделать далеко идущие выводы, однако с учетом результатов динамического исследования можно заключить, что длительное компрессионное воздействие опухоли на задний полюс глаза вызывает в сетчатке обратимые изменения

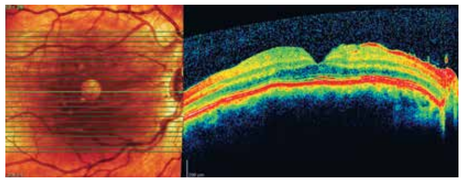


Рис. 1. ОКТ пациента с опухолью орбиты

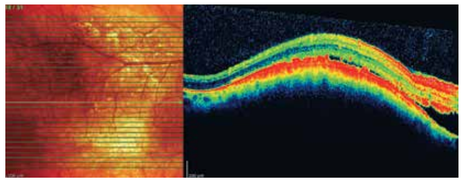


Рис. 2. ОКТ пациента с меланомой хориоидеи

(за исключением повреждения пигментного эпителия), не вызывающие стойкого снижения зрения.

При анализе ОКТ пациентов с МХ *(рис. 2)* у всех 7 больных хориоидальный профиль был выпуклый в сторону полости глаза. Базальная мембрана в зоне фовеолы, фовеа была сохранена у всех пациентов, отмечена ее деформация при фовеолярном и фовеальном расположении меланомы. Слой пигментного эпителия в зоне проекции новообразования был утолщен, гиперплазирован у всех больных. У пациента с фовеальной локализацией и проминенцией МХ до 2,1 мм наблюдали гиперплазию пигментного эпителия в фовеолярной и фовеальной зонах, множественные друзы в области фовеа. У 2 больных с поражением фовеа (средняя проминенция — 2,65 мкм) также имела место гиперплазия пигментного эпителия как фовеолы, так и фовеа; друзы в области фовеа. У больного с поражением перифовеа при проминенции МХ 1,2 мм выявляли гиперплазию пигментного эпителия в области фовеа, у больного с проминенцией 2,9 мм в фовеолярной области зарегистрировали отслойку пигментного эпителия до 89 мкм и его гиперплазию в области фовеа. У 2 пациентов с поражением перифовеа и проминенцией образования более 3 мм (средняя проминенция — 4,1 мм) в области фовеолы и фовеа имелась только гиперплазия пигментного эпителия. В слое палочек и колбочек в зоне фовеолы и фовеа у пациентов всех групп обнаруживали деструктивные изменения. Наибольшие метрические изменения выявляли при захвате МХ фовеолы — отслойка нейроэпителия в фовеоле до 212 мкм с распространением на фовеа. При локализации МХ в фовеа отслойка нейроэпителия в фовеоле составляла в среднем 110 мкм, в фовеа — до 200 мкм. При поражении перифовеальной области у пациента с проминенцией 1,2 мм отслойка нейроэпителия в фовеоле до 88 мкм, в фовеа — до 105 мкм. У второго больного с поражением перифовеа (проминенция — 2,9 мм) отслойка нейроэпителия в фовеоле составляла 300 мкм, в фовеа — до 274 мкм. При МХ средних размеров (средняя проминенция — 4,1 мкм) величина отслойки нейроэпителия в фовеоле достигала 70 мкм, а в фовеа — до 115 мкм. Нарушения в области наружной пограничной мембраны в области фовеолы и фовеа у всех пациентов заключались в деформации ее хода. Изменения в наружном ядерном слое в области фовеолы и фовеа были представлены его утолщением за счет отека. Морфометрически толщина этого слоя в фовеоле составляла от 75 мкм (у пациента с перифовеальной локализацией МХ и проминенцией 3,6 мм) до 198 мкм (у пациента с поражением МХ фовеолы), а в фовеа — от 60 до 139 мкм соответственно (при значениях этого параметра на здоровых контрлатеральных глазах 110±8 мкм в фовеоле и 75±7 мкм в фовеа). При захвате опухолью фовеолы толщина наружного плексиморфного слоя составляла 22 мкм, фовеа — от 25 мкм до 45 мкм, а при перифовеальной локализации от 25 мкм (при проминенции опухоли — 4,6 мкм) до 34 мкм (при проминенции — 1,2 мкм). Средняя толщина этого слоя на здоровых глазах — 26±4 мкм. Как и в предыдущих слоях, во внутреннем плексиморфном слое имела место значительная деформация его в зоне фовеа. Изменения во внутреннем ядерном слое фовеа, содержащем большое количество биполярных клеток, а также ядра мюллеровских клеток, существенно отличались от нормы. Цитоархитектоника этого слоя была нарушена за счет его деформации и увеличения толщины. Следует отметить, что в слоях ганглиозных клеток и нервных волокон фовеа нарушения при растущей внутриглазной опухоли появляются, вероятно, наиболее поздно, что подтверждается отсутствием значимых морфометрических изменений в этих слоях в сравнении со здоровыми глазами.

Заключение

Резюмируя изложенное, позволим себе высказать мнение, что при постепенной и длительной компрессии заднего полюса глаза доброкачественным инкапсулированным новообразованием могут появляться изменения цитоархитектоники наружных слоев сетчатки, которые выражаются в виде небольшой складчатости и имеют обратимый характер. Растущая меланома хориоидеи, расположенная в центральной зоне, вызывает серьезные деструктивные изменения практически во всех слоях сетчатки. Степень этих изменений зависит от близости фовеолы, фовеа и величины проминенции МХ. Эти патологические процессы развиваются вследствие как прямого механического влияния новообразования на сетчатку, так и опосредованного воздействия, выражающегося в нарушении трофики.

Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.

Протеомный анализ жидкости передней камеры глаза при катаракте, первичной открытоугольной глаукоме и псевдоэксфолиативном синдроме

Н.И. Самохина[1,2], С.А. Кочергин[2]

[1]Филиал № 1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ;

[2]Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

Протеомный анализ является одним из новых направлений исследований состава биологических жидкостей. Основным предметом изучения протеомики являются белки, их функции и взаимодействия в живых организмах, а главная ее задача — количественный анализ экспрессии белков в клетках в зависимости от их типа, состояния или влияния внешних условий [1].

В последние годы протеомный анализ стал неотъемлемой частью биомедицинских исследований [4]. Главной целью клинической протеомики является обнаружение нового белкового или пептидного биомаркера, который связан с определенным заболеванием. Кроме того, если такие белки уже известны, анализ протеома может использоваться как метод ранней диагностики.

В последнее время метод протеомного анализа приобретает большую актуальность и в офтальмологии. С помощью масс-спектрометрии была исследована слеза и жидкость передней камеры глаза, забор которых осуществлялся при различных заболеваниях [10-13].

Цель исследования — определить протеомный состав жидкости передней камеры и его различия при катаракте, первичной открытоугольной глаукоме и псевдоэксфолиативном синдроме.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 29 пациентов. Возраст пациентов — от 45 до 82 лет. 1-ю группу (контрольную) составили пациенты с катарактой (11 человек), не имеющие другой офтальмопатологии. Во 2-ю группу вошли пациенты с катарактой и псевдоэксфолиативным синдромом без подтвержденного диагноза глаукома (5 человек). 3-ю группу составили пациенты с катарактой и открытоугольной глаукомой (7 человек). В 4-ю группу вошли пациенты с катарактой, ПОУГ и ПЭС (6 человек).

В исследование включались пациенты, не имеющие тяжелых соматических заболеваний, хронических системных заболеваний, не переносившие за последний год лазерные операции на исследуемом глазу и не имеющие в анамнезе хирургических вмешательств на глазном яблоке.

Пациентам всех групп проводилось комплексное офтальмологическое обследование и забор жидкости передней камеры для проведения протеомного исследования.

Офтальмологическое обследование включало визометрию, периметрию, тонометрию, гониоскопию, биомикроскопию, прямую и обратную офтальмоскопию, оптическую когерентную томографию, ультразвуковое В-сканирование, пахиметрию, определение критической частоты слияния мельканий.

Забор жидкости передней камеры проводился во время первого этапа операции факоэмульсификации катаракты в филиале № 1 ГКБ им. С.П. Боткина «Офтальмологический стационар». Жидкость передней камеры глаза исследовалась техникой протеомного анализа при помощи высокоэффективной жидкостной хроматографии в сочетании с высокоточной тандемной масс-спектрометрией. Высокоэффективную жидкостную хроматографию проводили на приборе Agilent 1100 Series (Agilent Technologies, США).

Тандемный масс-спектрометрический анализ проводили на приборе Orbitrap Q Exactive (Thermo Scientific, США). Лабораторные исследования проводились на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт биомедицинской химии имени В.Н. Ореховича» (ИБМХ).

В исследование были включены 29 образцов жидкости передней камеры глаза. Для каждого образца проводилась высокоэффективная жидкостная хроматография в сочетании с высокоточной тандемной масс-спектрометрией в трех технических повторах. Биоинформатический анализ полученных спектров проводился с использованием программы MaxQuant версии 1.5.2.8. Полученный список белков имел уровень ложноположительных результатов (FDR) = 1%, как для белковых, так и для пептидных идентификаций, что было получено путем сопоставления результатов с инвертированной базой данных.

Результаты

Белки жидкости передней камеры глаза получены в результате протеомного анализа. Анализ аннотации белков жидкости передней камеры глаза проводился с помощью Gene Ontology. Gene Ontology или GO — это важный биоинформационный проект, посвященный созданию унифицированной терминологии для аннотации генов и генных продуктов всех биологических видов. GO является частью более крупного проекта Open Biomedical Ontologies (OBO) [35-37].

Для определения уровня значимости обогащения использовали расчет значений p-value по формуле гипергеометрического распределения или мультивариантого гипергеометрического распределения, которое в теории вероятностей моделирует количество удачных выборок без возвращения из конечной совокупности. Наиболее значимыми считали биологические процессы с наименьшим значением p-value. Например, уровень значимости обогащения $p=8{,}77\times10^{-44}$ свидетельствует о высокой достоверности полученного результата.

В работе найдены 263 белковые группы, характеризующие протеом жидкости передней камеры глаза. Основная часть выделенных нами белковых групп отвечает за функцию связывания биологических молекул и тем самым осуществляет регуляцию клеточного ответа на различные сигналы, что важно для координации всех биохимических процессов, происходящих в жидкости передней камеры глаза.

Большая часть белков (148 из 263) была обнаружена во всех группах. В соответствии с классификацией Gene Ontology, большинство выделенных белковых групп участвует в регуляции протеолиза. К примеру, ингибитор эндопептидазы и регулятор пептидазы, выделенные в жидкости передней камеры, предотвращают развитие патологического протеолиза. По литературным данным, большинство белков, обнаруженных в жидкости передней камеры глаза, также выделены в плазме крови и спинномозговой жидкости [4].

Особый интерес представляют 26 белков, выделенных только в группе «катаракта». Среди них α-кристаллин (идентификатор Gene Name CRYAA), витамин-К-зависимый белок (PROS1), корнеодесмосин (CDSN), плакофилин-1 (PKP1), α-цепь тубулина (TUBA1B). По литературным данным, эти белки являются структурными составляющими вещества хрусталика и появляются в жидкости передней камеры при развитии катаракты [40, 41]. Авторы связывают появление белков-кристаллинов с биохимическими изменениями, происходящими при развитии катаракты.

Из 16 белков, характеризующих катаракту с псевдоэксфолиативным синдромом, впервые выявленными являются 6 белков. Среди них флавин-редуктаза (BLVRB), белок S100-A1 (S100A1), глутатион-S-трансфераза μ-3 (GSTM3), α-1-цепь коллагена (COL18A1), рибонуклеаза-4 (RNASE4), десмин (DES).

Таблица 1

Характеристика выборки исследования

Группа	Диагноз пациентов на момент сбора клинического материала	Кол-во проб	Возраст пациентов [лет] (среднее ± стандартное отклонение)	Концентрация белка, [мкг/мкл] (среднее ± стандартное отклонение)
1	Катаракта	11	67,5±12,1	4,6±1,7
2	Катаракта, ПЭС	5	76±5,8	2,5±1,6
3	ПОУГ	7	76,9±3,6	4,3±1,8
4	ПОУГ, ПЭС	6	74,5±6,9	2,7±0,7
Всего		29	72,6±9,3	3,8±1,8

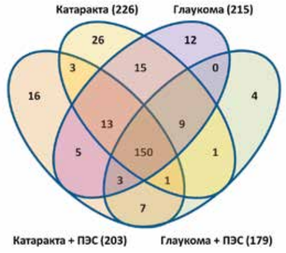


Рис. 1. Диаграмма Эйлера-Венна для четырех множеств

Для группы глаукомы найдено 12 уникальных белков. 4 из них являются впервые выявленными: аполипопротеин C-III (APOC3), α-2-цепь коллагена (COL1A2), α-3-цепь коллагена (COL9A3) пролин-богатый белок-4 (PRR4).

Из 4-х белков, характеризующих группу глаукомы с псевдоэксфолиативным синдромом, два являются впервые выявленным. Это F-бокс белок (NCCRP1) и НАД(Ф)Н-дегидрогеназа (NQO1).

7 белковых групп, найденных на пересечении множеств «катаракта + псевдоэксфолиативный синдром» и «глаукома + псевдоэксфолиативный синдром» позволяют выявить тенденции в различиях белкового состава при псевдоэксфолиативном синдроме. Основная функция этих белков — участие в связывании различных биологических молекул и регуляция метаболических процессов жидкости передней камеры глаза.

Среди белков жидкости передней камеры глаза по сравнению со всем протеомом человека чаще встречаются аннотированные, как обладающие активностью по ингибированию эндопептидаз (GO:0004866) (уровень значимости обогащения $p = 9{,}74\times10^{-41}$), что свидетельствует о важности защиты жидкости передней камеры глаза от протеолиза. Основной молекулярный процесс, преобладающий среди протеома жидкости передней камеры глаза — каскад активации белков (GO:0072376) (уровень значимости обогащения $p=8{,}77\times10^{-44}$), так как клеточный сигналинг очень важен для координации биохимических процессов клеток.

Анализ аннотации белков, «конститутивно» представленных в жидкости передней камеры глаза, по результатам нашей работы и ранее опубликованным данным, показал, что чаще встречаются белки, аннотированные как обладающие активностью по ингибированию эндопептидаз (GO:0004866) (уровень значимости обогащения $p=1{,}73\times10^{-34}$). Молекулярным процессом, преобладающим среди протеома жидкости передней камеры глаза, является негативная регуляция пептидазной активности (GO:0010466) (уровень значимости обогащения $p=4{,}29\times10^{-32}$), важная для защиты жидкости передней камеры от протеолиза.

Заключение

В нашей работе были исследованы образцы жидкости передней камеры глаза 29 пациентов с катарактой, глаукомой и псевдоэксфолиативным синдромом методом хромато-масс-спектрометрии на приборе высокого разрешения.

Полученные данные позволяют оценить различия в белковом составе внутриглазной жидкости в представленных группах больных. В исследовании были идентифицированы группы белков, ранее неописанные в составе жидкости передней камеры. Также выявлены 4 уникальные группы белков, характерные для катаракты, псевдоэксфолиативного синдрома и глаукомы. Найдена тенденция в различиях состава протеома жидкости передней камеры глаза у больных с псевдоэксфолиативным синдромом и без него.

Анализ объединенного протеома водянистой влаги на предмет преобладания определенных структурно-функциональных групп белков с использованием категорий Gene Ontology выявил, что основной функцией белков жидкости передней камеры глаза является активность по ингибированию эндопептидаз.

Обнаруженные различия в белковом составе жидкости передней камеры свидетельствуют об изменении обмена веществ, что может являться одним из ключевых звеньев в патогенезе псевдоэксфолиативного синдрома и глаукомы.

Проведение протеомных исследований глазных жидкостей является перспективным, так как дает возможность разработки методов диагностики и лечения заболеваний глаза.

Литература

1. Anderson N.L., Anderson N.G. Proteome and proteomics: new technologies, new concepts, and new words // Electrophorresis. – 1998. – Vol. 19 (11). – P. 1853-1861.

2. Hu S., Loo J.A., Wong D.T. Human body fluid proteome analysis // Proteomics. – 2006. – Vol. 6. – P. 6326-6353.

3. Мошетова Л.К., Волков О.А. Современное представление о слезной жидкости, значение ее в диагностике // Клиническая офтальмология. РМЖ. – 2004. – Т. 5. – № 4. – С. 138-141.

4. Ethen C.M., Reilly C., Feng X. et al. The proteome of central and peripheral retina with progression of age-related macular degeneration // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – 2006. – Vol. 47. – P. 2280-2290.

5. Grus F.H., Podust V.N., Bruns K. et al. SELDI-TOF-MS Protein Chip array profiling of tears from patients with dry eye // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. – 2005. – Vol. 46. – P. 863-876.

6. Ohashi Y., Ishida R., Kojima T. et al. Abnormal protein profiles in tears with dry eye syndrome // Am. J. Ophthalmol. – 2003. – Vol. 136. – P. 291-299.

7. Gene Ontology Database. Gene Ontology Consortium.

8. Smith B., Ashburner M., Rosse C. et al. The OBO Foundry: coordinated evolution of ontologies to support biomedical data integration // Nat. Biotechnol. – 2007. – Vol. 25 (11). – P. 1251-1255.

9. Blake J.A., Dolan M., Drabkin H., et al. Gene ontology annotations and resources // Nucleic Acids Res. – 2013. – Vol. 41.

10. Horwitz J., Alpha-crystallin // Exp. Eye Res. – 2003. – Vol. 76. – P. 145-153.

11. Yi J., Yun J., Li Z.K. et al. Epidemiology and molecular genetics of congenital cataracts // Int. J. Ophthalmol. – 2011. – Vol. 4. – P. 422-432.

Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.

Тактика ведения больного с тяжелой травмой глаза со сквозным роговичным трансплантатом

И.Б. Ахмедов[1], О.Е. Ильюхин[1], А.Ю. Слонимский[1], А.Д. Румянцев[1], Д.Г. Алипов[2]

[1] *Филиал № 1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ;*
[2] *Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России*

Тупые травмы (контузии) составляют 43% среди всех травматических повреждений органа зрения, нередко наблюдаются в быту и относятся к категории тяжелых повреждений, поскольку при контузиях в той или иной степени могут одновременно повреждаться большинство структур глаза: склера, сосудистая оболочка, сетчатка, зрительный нерв, хрусталик.

Наиболее тяжелой контузионной травмой глаза является разрыв роговицы по рубцу после перенесенной ранее сквозной кератопластики. Изменения роговицы после такого типа операций, как показали морфологические исследования в отдаленные сроки, отличаются неполноценным и незавершенным процессом рубцевания, что делает такой рубец непрочным и, как следствие, весьма чувствительным к тупой травме глаза. Прочность фиброзной капсулы глаза после сквозной кератопластики может снижаться в 9-10 раз (Rylander H. et al., 1983). Контузионный разрыв может произойти как в первые месяцы после сквозной кератопластики, так и спустя десять и более лет, причем не только при прямом ударе по глазу, но и при непрямой травме, например, при ударе по виску или затылку (Аветисов С.Э., 1990; Тарасенков В.Н., 1991; Гундорова Р.А., 1993; Волков В.В. и соавт., 1998; Мошетова Л.К. и соавт., 1999).

За период с 2014 по 2016 год в нашей клинике пролечено 4 пациента с травмами после проведенной ранее сквозной пересадки роговицы.

Своевременное обращение за квалифицированной офтальмологической помощью при травмах глаз, правильная и вовремя проведенная первичная хирургическая обработка таких травм позволяют повысить шанс на сохранение глаза как органа и подготовить пациента ко второму этапу лечения.

Хирургическое восстановление глаза после разрывов технически более сложно вследствие неровных краев раны и значительной потери внутригланзового содержимого и других тканей, что довольно часто наблюдается при таком виде травм.

Открытая травма глаза представляет собой один из более неприятных диагнозов, с которыми приходится сталкиваться офтальмологу. В таких случаях необходим систематический подход к травмированному глазу. Для восстановления анатомической целостности глаза и зрительных функций важно правильно классифицировать травму, провести необходимое обследование, осуществить адекватное хирургическое восстановление и послеоперационное ведение. Несмотря на правильное ведение пациентов с такими травмами, прогноз для зрения остается сдержанным.

При первичной хирургической обработке глаза с открытым повреждением стараются восстановить его анатомическую целостность, прибегая к минимальным интраоперационным манипуляциям (Банта Д.Т., 2013).

Обычно офтальмолог не в состоянии оценить сразу все имеющиеся повреждения, но его действия будут основой для первичного и последующих вмешательств, а также прогноза.

Хирургическое вмешательство при открытых травмах глаза (ОТГ) следует отложить на несколько минут, чтобы выработать наиболее адекватный план лечения. Начало операции без подобного плана — значительно больший риск.

Разрыв — это более тяжелый вид повреждения; неблагоприятный прогноз частично объясняется мгновенным выпадением тканей через рану. Повреждение происходит в основном в момент удара, и хирург уже не может повлиять на это. Однако серьезную угрозу представляют ущемление тканей и позднее рубцевание после момента травмы, и вот здесь своевременное и правильное лечение может положительно повлиять на исход.

Хирургическое вмешательство нужно проводить как можно раньше. Риск экспульсивного хориоидального кровоизлияния из хориоидеи остается высоким, пока рана не будет закрыта.

Не рекомендуется отказываться от лечения разрыва глаза только на основании, что «он очень плохо выглядит» (например, при выпадении собственных тканей) и острота зрения очень низкая; во многих случаях можно добиться некоторого функционального улучшения при условии выполнения реконструктивных операций (Кун Ф., 2011).

До появления эры витреоретинальной хирургии пациенты с последствиями тяжелых травм глаз не могли получить полноценную помощь, в связи с чем были обречены на слепоту.

В настоящей статье мы приводим клинический случай тяжелой травмы глаза тупым предметом с разрывом роговичного рубца и выпадением оболочек.

Пациент Д., 48 лет, обратился в ОНП Филиала № 1 ГКБ им. С.П. Боткина спустя 2 часа с момента получения бытовой травмы правого глаза тупым предметом. Жалобы при поступлении на боль и слепоту правого глаза. В анамнезе около 16 лет назад сквозная пересадка роговицы обоих глаз по поводу кератоконуса.

Данные при поступлении: МКОЗ OD = 1/∞ pr.l.incerta, МКОЗ OS = 0,08-0,1 (старое помутнение трансплантата роговицы), КЧСМ OD не определяет, КЧСМ OS = 38 Гц, ВГД OD = пальпаторно “–”, ВГД OS пальпаторно “N”.

Офтальмологический статус OD: энофтальм. Смешанная инъекция глаза. Разрыв роговичного рубца в меридиане от 2 до 7 ч. с выпавшими в рану волокнами стекловидного тела и практически всей радужкой, надорванной у корня от 8 до 18 ч. Выпавшая в рану радужка лежит на нижнем веке. Края раны зияют. Афакия. Передняя камера отсутствует. Глубжележащие отделы глаза не видны.

Пациенту проведена в срочном порядке первичная хирургическая обработка разрыва рубца роговицы.

После обработки операционного поля установлен блефаростат. Поверхность глаза и выпавшие структуры орошены раствором антибиотика, радужка заправлена в переднюю камеру. На разошедшийся рубец роговичного трансплантата наложено 11 узловых швов 10-0 через все слои. Выпавшие волокна стекловидного тела иссечены с помощью ножниц. Восстановлен тургор глаза с помощью физиологического раствора.

Проводилась общая и местная антибиотико- и противовоспалительная терапия. Пациент выписан через 7 дней.

При выписке МКОЗ правого глаза 1/∞ pr.l.certae. ВГД пальпаторно N.

Глаз умеренно раздражен. Роговица отечная, разлитой десцеметит. Края раны адаптированы, узловые швы лежат хорошо. Передняя камера глубокая. В просвете просматривается ткань радужки, которая фиксирована у корня в меридиане 7-8 ч. Рефлекс с глазного дна розовый. Детали глазного дна за густым флером.

Эхография: все оболочки глаза прилежат, в витреальной полости определяются сгустки крови.

Проникающие ранения глазного яблока часто встречаются у пациентов молодого возраста, у которых нет задней отслойки стекловидного тела (ЗОСТ). Без адекватного отделения стекловидного тела (СТ) от сетчатки сложнее выполнять хирургическое вмешательство, в ходе его проведения могут возникнуть ятрогенные разрывы сетчатки, а в послеоперационном периоде произойти сокращение остаточного СТ. Как правило, кровоизлияния и воспалительные процессы, которые сопровождают травмы, вызывают ЗОСТ в течение первых 7-14 дней после нее, что позволяет выполнить витреоретинальное хирургическое вмешательство более эффективно и безопасно. Клеточная пролиферация обычно начинает развиваться через 10-14 дней после травмы, что делает этот промежуток времени идеальным для проведения оперативного лечения. У пациентов с непрозрачными оптическими средами необходимо выполнить витреоретинальное хирургическое вмешательство в период от 10 до 14 дней после травмы, поскольку дальнейшая задержка может привести к развитию клеточной пролиферации, которую на ранних сроках после травмы сложно выявить с помощью ультразвукового В-сканирования. (Чарльз С., Кальсада Х., Вуд Б., 2012).

В связи с социальными проблемами пациента, реконструктивное плановое вмешательство проведено через два месяца с момента проведенной первичной хирургической обработки.

Пациент в течение 2-х месяцев после проведенной ПХО находился под нашим динамическим наблюдением, получал местную антибактериальную, противовоспалительную, рассасывающую и кератопротекторную терапию.

Через 2 месяца с момента получения травмы: МКОЗ правого глаза 0,05 (не корригируемая). ВГД пальпаторно N.

Глаз — спокоен. Трансплантат роговицы прозрачный. На глазном дне: ДЗН — бледно-розовый, границы четкие. Артерии и вены нормального калибра. MZ — без грубой патологии.

Эхография: все оболочки глаза прилежат, в витреальной полости определяются сгустки крови.

Пациент госпитализирован в плановом порядке для проведения реконструктивного планового вмешательства.

Обработка операционного поля обычная. Сформированы склеростомы 25Ga в 3 мм от лимба. Ирригационная канюля на 7.30 ч. Через склеростомы на 9.30 и 2.30 ч в полость глаза введены эндоосветитель и витректор. Радужка освобождена от волокон стекловидного тела и П-образными швами подшита в заранее сформированные склеральные карманы в 1 мм от лимба. Сформирован тоннельный разрез и парацентезы. В переднюю камеру введен вискоэластик. Через основной разрез в переднюю камеру с помощью картриджа имплантирована трехчастная интраокулярная линза. Гаптические элементы выведены ганговым пинцетом через заранее сформированные инсулиновой иглой проколы склеры и заведены в склеральные карманы на 11 и 5 ч. С целью предотвращения отслойки сетчатки в отдаленном послеоперационном периоде и удаления организовавшихся сгустков крови проведена субтотальная витрэктомия.

При выписке: МКОЗ правого глаза 0,1-0,2.

ВГД пальпаторно N. Глаз умеренно раздражен. Роговица прозрачная, легкий десцеметит. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. Радужка субатрофичная, зрачок круглый. ИОЛ в задней камере, центрирована.

Эхография: все оболочки глаза прилежат. Через месяц после реконструктивной операции МКОЗ составила 0,3.

Таким образом, в данном клиническом случае правильно и своевременно проведенная ПХО, а также плановое реконструктивное вмешательство, позволили повысить зрительные функции, несмотря на тяжелое контузионное повреждение, обусловленное предшествовавшей сквозной кератопластикой. По нашему мнению, при открытых травмах глаза важно не откладывать первичную хирургическую обработку и на фоне подготовки к хирургическому лечению максимально проводить антибактериальную и противовоспалительную терапию. Необходимо также максимально сохранять выпавшие внутригланзовые структуры. По возможности реконструктивное плановое вмешательство должно быть проведено в первые 7-14 дней с момента первичной хирургической обработки. Разделение оказания хирургического лечения на два этапа, учитывая обширность предполагаемого хирургического вмешательства, благоприятно сказывается на результатах в отсроченной перспективе. Однако второй этап не должен откладываться на слишком длительный срок в связи с тем, что возможные осложнения, например, тракционная отслойка сетчатки и атрофия радужки, снизят эффективность проводимой реконструктивной операции.

Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.

Ретроспективный анализ увеитов острого и хронического течения

С.А. Кочергин[1], Г.М. Чернакова[1], Е.А. Клещева[1], Е.В. Ширшова[2], Н.С. Пан[1,2]

[1] *Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России;*
[2] *Филиал № 1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ*

Увеиты остаются актуальной проблемой практической офтальмологии в связи с их широкой распространенностью, хроническим рецидивирующим характером течения, развитием многочисленных осложнений, высоким процентом инвалидности [5].

Несмотря на многолетнюю историю изучения воспаления увеального тракта, наличие значительного количества прямых и косвенных методов лабораторной диагностики, установление причины увеитов по-прежнему представляет большие трудности, а доля заболеваний неустановленной этиологии достигает, по данным разных авторов, 50-80% [3, 8].

В начале XX века, до 1950 года, увеит рассматривали как локальный сепсис, а используемые для лечения препараты практически не приносили стабильного улучшения состояния [8]. В 1949 году американский врач Филипп Хенч с коллегами сообщили об успешном применении кортикостероидов в лечении ревматоидного артрита, и врачи-офтальмологи успешно позаимствовали препараты для терапии различного рода воспалительных процессов в глазу [8].

В последние несколько лет появилось много сообщений об успешном применении так называемых биопрепаратов, направленных на угнетение деятельности провоспалительных цитокинов или их рецепторов [7, 8]. Однако глюкокортикоиды и по сей день остаются основными противовоспалительными средствами в терапии увеитов. Связано это, по-видимому, с невозможностью установить в ряде случаев причину развития увеального воспаления, несмотря на самые тщательные диагностические исследования, и, как следствие, использование симптоматической терапии [1, 4, 8].

Вышесказанное определило цель нашего исследования: провести ретроспективный анализ причин развития, характера течения, методов диагностики и эффективности терапии увеитов у пациентов, находившихся на лечении в Филиале № 1 ГКБ им. С.П. Боткина за период с ноября 2014 года по ноябрь 2015 года.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 80 пациентов с различными клиническими формами увеита. Большинство пациентов (93,7%) были женщинами. Средний возраст составил 55,2±21,2 (самым молодым пациентом была девушка 20 лет, самым пожилым — женщина 88 лет). Распределение пациентов по возрастным группам показано в *табл. 1*.

Всем пациентам проводились стандартные офтальмологические (визометрия, пневмотонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, ультразвуковое исследование оболочек глаза) и лабораторные методы исследований (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, исследование маркеров системных аутоиммунных заболеваний — С-реактивный белок, ревматоидный фактор, антистрептолизин-О). Исследование маркеров герпес-вирусной и паразитарной инфекции, аутоиммунных заболеваний проводились в единичных случаях. Трем пациентам была проведена оптическая когерентная томография и флуоресцентная ангиография сетчатки (показания — наличие хориоретинальных патологических очагов, подозрение на оптический неврит). Всем пациентам, независимо от этиологии, характера течения и клинической картины воспаления, назначали противовоспалительную, антибактериальную, десенсибилизирующую терапию. В единичных случаях проводили противовирусную терапию аналогами нуклеозидов.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрастным группам

Пол / Возрастная группа	20-35 лет	36-55 лет	56 лет и старше
Мужчины (n)	2	3	–
Женщины (n)	11	34	30

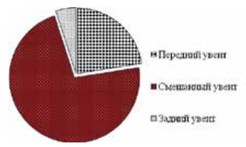


Рис. 1. Распределение пациентов по клинико-анатомической форме увеита

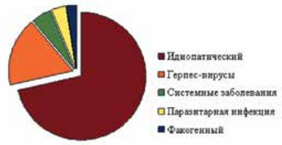


Рис. 2. Распределение пациентов по этиологии увеита

Таблица 2

Распределение пациентов по этиологии увеитов различных клинико-анатомических форм

Этиология / Форма увеита	Передний увеит n (%)	Смешанный увеит n (%)	Задний увеит n (%)
Герпес-вирусы (кроме вирус ветрянки-зостер)	4 (17,4)	4 (17,4)	–
Вирус ветрянки-зостер	5 (21,7)	1 (4,3)	–
САЗ	1 (4,3)	3 (13,0)	–
Токсоплазмоз	–	–	3 (13,0)
Факогенный	–	2 (8,7)	–

Результаты и обсуждение

Наибольшее количество пациентов (более 46%) находилось в возрастной группе 36-55 лет *(табл. 1)*. Обращает на себя внимание высокий процент женщин (85,3%, n=64) в возрасте старше 36 лет. Нас заинтересовал этот факт, и мы проанализировали данные литературных источников, из которых следовало, что женщины, особенно во втором и третьем десятилетии жизни, подвержены развитию увеального воспаления чаще, чем мужчины [1-3]. При этом в период до менопаузы преобладают системные аутоиммунные заболевания как причина развития увеита у женщин, а в постменопаузальном — увеличивается число случаев инфекционных увеитов. Многие исследователи связывают данный факт с различным гормональным фоном у пациентов как мужского и женского полов, так и у женщин различного возраста [1]. По-видимому, женские половые гормоны выступают в качестве опосредованных «виновников» развития в различные годы жизни женщины того или иного патологического процесса, вовлекающего в воспаление сосудистую оболочку глаза. Более того, мы встретили в литературе данные, показывающие большую восприимчивость мужчин молодого возраста (20-40 лет) к инфекционным заболеваниям, чем женщин. Половые гормоны во второй-четвертой декадах жизни женщины способны поддерживать постоянное напряжение гуморального звена иммунной системы, однако высокая активность Т-хелпер-2-звена иммунитета (гуморального, В-клеточного) является фактором риска развития аутоиммунных заболеваний у женщин [1]. В постменопаузальном периоде, когда концентрация репродуктивных гормонов падает, возникает физиологическое снижение активности всех звеньев иммунной системы, что закономерно приводит к увеличению числа увеитов среди женского населения.

Доля пациентов с рецидивирующим течением воспалительного процесса составила 43% (n=35), при этом общее количество рецидивов у разных обследуемых составляло от 2 до 5. Из 35 пациентов более половины (23 человека) неоднократно получали лечение амбулаторно, 3 пациента проходили лечение в Филиале № 1 ГКБ им. С.П. Боткина дважды за год, 5 человек получали лечение в нашем стационаре неоднократно в разные годы. В 4-х случаях, до госпитализации в Филиал № 1, терапия проводилась в других лечебных учреждениях города Москвы.

Наибольшее количество рецидивов было у пациентки 44 лет: 5 обострений воспалительного процесса в течение 20 лет. Минимальный межрецидивный период, который составил 17 дней, наблюдали у пожилой женщины 88 лет с герпетическим кератоувеитом, максимальный (54 года) — у пациентки 65-ти лет также с диагнозом герпетический кератоувеит. Возможно, отсутствие постоянного контроля за течением воспалительного процесса у пациента с увеитом, лечение у разных врачей-офтальмологов при многочисленных рецидивах заболевания, отсутствие единой системы диагностики, терапии, диспансерного наблюдения являются факторами, способствующими рецидивированию увеального воспаления.

По локализации увеиты распределились следующим образом: передний увеит (иридоциклит, кератоиридоциклит) — 18 человек, смешанный увеит (иридоциклит в сочетании с поражением плоской части цилиарного тела и стекловидного тела) — наибольшее число пациентов (58) и задний увеит (хориоретинит) — 4 человека *(рис. 1)*.

В нашем исследовании этиология заболевания была определена лишь у 28,5% (n=23) пациентов *(рис. 2)*! По данным разных авторов, процент увеитов с невыявленной причиной составляет от 50 до 80% [4, 5, 8]. Однако некоторые исследователи считают, что проведение комплексной современной диагностики позволяет выявить этиологию хронического рецидивирующего увеита более чем в 90% случаев и является важным фактором для подбора оптимальной этиопатогенетической терапии [3].

Доля пациентов с герпес-вирусной природой воспаления сосудистой оболочки глаза составила более 60% (n=14), а основными клиническими формами данной инфекции были кератоувеит и смешанный увеит *(рис. 2, табл. 2)*.

Увеит на фоне кожных высыпаний при Herpes Zoster Ophthalmicus (когда фактически не требуется проводить лабораторную диагностику для уточнения герпес-вирусной природы заболевания) встречался в 7,5% случаях от общего числа и в 43% — от количества пациентов с герпес-вирусным инфицированием *(табл. 2)*.

Системная аутоиммунная патология (ревматоидный артрит) была причиной переднего увеита в одном и смешанного увеита — в 3-х случаях. Токсоплазмозная этиология была определена (обнаружение сывороточных иммуноглобулинов к токсоплазме) у трех пациентов из 4-х с клинической формой заднего увеита *(табл. 2)*.

И наконец, в двух случаях была определена факогенная природа увеита, причиной которого стало наличие остаточных хрусталиковых масс после проведенной факоэмульсификации *(табл. 2)*. Повторное оперативное вмешательство с аспирацией хрусталиковых масс на фоне сопутствующей противовоспалительной терапии привело к стиханию воспалительного процесса и выздоровлению.

На фоне проводимой терапии у всех пациентов наблюдали стихание интенсивности воспаления (уменьшение количества преципитатов на эндотелии роговицы, снижение интенсивности тиндализации влаги передней камеры глаза, разрыв задних синехий, снижение интенсивности выпота в стекловидное тело) в среднем на третьи сутки госпитализации. При выписке из стационара острота зрения повышалась в среднем на 0,2 (0,5±0,1).

Резюме

Обобщая все вышесказанное, хотелось бы обратить внимание на преобладание женщин (93,7%, n=75) в когорте пациентов с увеальным воспалением, а среди пациентов женского пола наибольшее число отмечено в возрастных группах 36-55 лет, 56 лет и старше. Возможно, данный факт связан с гендерным различным эндокринным фоном, определяющим роль половых стероидных гормонов в поддержании стабильности иммунной системы. Кроме того, высокий процент увеитов неустановленной этиологии в нашем исследовании (более 70%), по-видимому, связан с малой доступностью методов лабораторной диагностики и поздними сроками исследования от момента начала заболевания.

Этиологическая расшифровка диагноза «увеит» при всех возможностях современных инструментальных и лабораторных методов, на наш взгляд, далека от совершенства по целому ряду причин: малая доступность методов лабораторной диагностики и поздние сроки ее проведения, недостаточная мотивация пациента к ним (за счет платных услуг) и многое другое. Изменение и реструктуризация амбулаторно-поликлинического звена, проведение дополнительных обследований, как лабораторных, так и инструментальных, наблюдение за больными совместно с врачами-интернистами (ревматологами, вирусологами, фтизиатрами), возможно, позволят сократить количество увеитов с невыявленной этиологией и, как следствие, улучшить результаты проводимой терапии.

Литература

1. *Sen H.N., Davis J., Ucar D., Fox A., Chan C.C., Goldstein D.A. Gender Disparities in Ocular Inflammatory Disorders // Curr. Eye Res. – 2015. – Vol. 40 (2). – P. 146-161.*

2. *Lowder C., Belfort R. Jr., Lightman S., Foster C.S., Robinson M.R., Schiffman R.M., Li X.Y., Cui H., Whitcup S.M. Ozurdex HURON Study Group. Dexamethasone intravitreal implant for noninfectious intermediate or posterior uveitis // Arch. Ophthalmol. – 2011. – Vol. 129 (5). – P. 545-553.*

3. *Klein S.L. The effects of hormones on sex differences in infection: from genes to behavior // Neurosci Biobehav. Rev. – 2000. – Vol. 24. – P. 627-638.*

4. *Gritz D.C., Wong I.G. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study // Ophthalmology. – 2004. – Vol. 111. – P. 491-500.*

5. *Кацнельсон Л.А., Танковский В.Э. Увеиты. – М.: 4-й филиал Воениздата, 2003.*

6. *Копаева В.Г. Глазные болезни. – М.: Медицина, 2002. – 560 с.*

7. *Riancho-Zarrabeitia L., Calvo-Río V., Blanco R., Mesquida M., Adan A.M., Herreras J.M., Aparicio Á., Peiteado-Lopez D., Cordero-Coma M., García Serrano J.L., Ortego-Centeno N., Maíz O., Blanco A., Sánchez-Bursón J., Gonzalez-Suarez S., Fonollosa A., Santos-Gomez M., Gonzalez-Vela C., Loricera J., Pina T., Gonzalez-Gay M.A. Anti-TNF-α therapy in refractory uveitis associated with sarcoidosis: Multicenter study of 17 patients // Semin. Arthritis Rheum. – 2015. – Vol. 45 (3). – P. 361-368.*

8. *Foster C. S., Vitale A.T. Diagnosis and treatment of uveitis. – Philadelphia: W.B. Saunders, 2002. – 954 pp.*

Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.

HOYA: 4 миллиона интраокулярных линз, или Как покорить катарактальных хирургов

В этом номере рубрика «История бренда» представлена в не совсем обычном формате. На прошедшей в ноябре 2016 года XVII Научно-практической конференции «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии» нам представилась возможность побеседовать с генеральным менеджером Департамента академической поддержки (Academic Support Department) компании HOYA CORPORATION, господином Soichiro Motono (Япония) и менеджером по продуктам (product manager GDS), госпожой Susanne Wittwer (Германия). Ответы гостей конференции на вопросы газеты «Поле зрения» послужили материалом для подготовки рубрики.

— Известно, что HOYA — первая компания, открывшая производство очковых линз в Японии. Расскажите, пожалуйста, об истории компании, какие достижения вызывают чувство гордости?

— История компании началась в 1941 году, когда братья Соичи и Сигеру Яманака открыли в городке Хойя, пригороде Токио (отсюда пошло название компании), небольшой завод по производству очковых линз. Продукция пользовалась огромным спросом. После окончания Второй мировой войны ассортимент продукции расширился: компания HOYA наладила производство хрустальной посуды, выпуск которой не прекращался до 2009 года.

В настоящее время корпорация HOYA, имеющая за плечами 75-летнюю историю, занимает лидирующие позиции в мире по производству инновационного оборудования в области информационных технологий и медицинской техники. В структуре корпорации — 150 дочерних предприятий, выпускающих очки, очковые и контактные линзы, медицинские эндоскопы, интраокулярные линзы, лазерное оборудование, основные компоненты полупроводниковых приборов, ЖК-панели, пластины для жестких дисков (HDD).

HOYA Surgical Optics, подразделение HOYA Corporation, имеет 30-летний опыт разработки и производства ИОЛ и систем доставки. HOYA Surgical Optics — наиболее быстро развивающаяся компания-производитель ИОЛ в мире, она является мировым лидером по производству предустановленных ИОЛ. На сегодняшний день миллионы интраокулярных линз iSert® имплантированы хирургами по всему миру. Первая система доставки гидрофобной ИОЛ была выпущена на рынок в 2007 году, с тех пор компания постоянно работает над усовершенствованием интраокулярных линз, вносит инновационные изменения в конструкцию, в частности, специальный синий фильтр, обеспечивающий дополнительную защиту сетчатки.

— В 1987 году Косуги-сан выпустил на японский рынок первую интраокулярную линзу производства компании HOYA. В настоящее время HOYA Surgical Optics является одной из крупнейших мировых компаний в области производства ИОЛ. На сегодняшний день имплантировано более 4 миллионов линз. Не могли бы Вы сравнить первую линзу с линзой HOYA iSert toric 351?

— В конце 1980-х группой исследователей под руководством Косуги-сан была изобретена первая сферическая трехчастная интраокулярная линза из ПММК с инновационным синим фильтром. Изобретение новой ИОЛ носило революционный характер, т.к. линза обеспечивала повышенную степень защиты сетчатки. Сегодня при создании новых дизайнов ИОЛ особое внимание разработчики компании уделяют свойствам материала и оптическим параметрам конечного продукта.

В линзе HOYA iSert® 351 toric, запущенной в производство в 2012 году, применены все самые передовые достижения последних лет: особая моноблочная конструкция; разработанный компанией HOYA гидрофобный акрил AM-1; синий фильтр. Отличительной особенностью линзы является запатентованный ABC-дизайн, это — сбалансированный асферический профиль, компенсирующий сферические аберрации и обладающий меньшей чувствительностью к эффекту комы, который иногда наблюдается при использовании стандартной отрицательной асферической ИОЛ. Высокое качество зрения обеспечивается за счет способности ИОЛ корригировать роговичный астигматизм (модели T3-T9). Удобная и надежная система доставки iSert® позволяет хирургу осуществлять плавную, контролируемую имплантацию линзы премиум-класса через микроразрезы.

Штаб-квартира Hoya Surgical Optics в Сингапуре

Церемония вручении премии Hoya Surgical Optics. Германия, февраль 2016 г.

Эти молодые ребята творят настоящие чудеса

— В 2013 году в Гамбурге под эгидой HOYA состоялся первый форум по катаракте. Он знаменателен тем, что компанией был внедрен совершенно новый стандарт в сфере образования: была разработана программа, рассчитанная не только на офтальмологов, но и на медицинских сестер и других медработников. Расскажите, пожалуйста, о деятельности компании в сфере образования.

— В это время особое внимание было сосредоточено на ИОЛ премиум-класса. Что необходимо учитывать для того, чтобы операции по имплантации ИОЛ этой категории стали ежедневной рутинной практикой? Первый форум по катаракте в Гамбурге, проходивший под эгидой HOYA, который был организован Европейской академией HOYA, дал ответы на поставленные вопросы. Это мероприятие стало пилотным проектом, предусматривающим обучение не только офтальмологов, но и членов всей медицинской бригады, включая медицинский персонал среднего звена. Занятия включают изучение ИОЛ премиум-класса, новейших клинических методик имплантации, а также практические занятия в центрах хирургического образования (WETLAB). В Германии такие обучающие курсы прекрасно организованы и пользуются большим успехом. В 2016 году в городе Гейдельберге прошли третьи по счету курсы, собравшие более 70 докторов и медицинских сестер из различных регионов Германии и Австрии.

Академия HOYA организует как обучающие курсы, так и курсы усовершенствования для молодых офтальмологов и медицинского персонала. Цель — обеспечить непрерывное медицинское образование молодых врачей-офтальмологов и членов хирургических бригад. Занятия прекрасно организованы и проходят в спокойной, благоприятной обстановке. Курсантам предлагаются различные программы, содержащие как теоретические вопросы, так и практические задания. Занятия ведут высококвалифицированные хирурги, что обеспечивает максимально высокий результат.

Все занятия, организованные и проводимые под эгидой Академии HOYA в Германии, получают официальное разрешение медицинской палаты федеральной земли, где планируется провести мероприятие. Прошедшие обучение офтальмологи и медицинские сестры получают соответствующее количество баллов в рамках системы непрерывного медицинского образования. Академия HOYA также организует и проводит образовательные мероприятия для врачей-терапевтов Франции. Следующее мероприятие пройдет в Будапеште в феврале 2017 года.

— В мае 2016 года между Bausch+Lomb и HOYA Surgical Optics было подписано важное соглашение. Какие перспективы открываются перед HOYA Surgical Optics?

— В соответствии с подписанным в мае 2016 года соглашением между HOYA Surgical Optics и Bausch+Lomb, компания Bausch+Lomb становится официальным дистрибьютором HOYA Surgical Optics. В рамках соглашения американские партнеры берут на себя ответственность по дистрибуции и продаже современных интраокулярных линз и инжекторов на территории США, включая оформление заказов, учет, хранение изделий и обслуживание клиентов. Таким образом, HOYA Surgical Optics благодаря разветвленной дистрибьюторской сети Bausch+Lomb планирует значительно расширить доступ американских потребителей к своей продукции: интраокулярным линзам и средствам доставки ИОЛ.

— Позвольте обратиться к вопросу сотрудничества между HOYA Surgical Optics и Россией. Когда компания Hoya открыла для себя российский рынок? Как в компании оценивают перспективы дальнейшего сотрудничества? По каким направлениям оно может развиваться?

— Присутствие HOYA Corporation на российском рынке насчитывает много лет. Компания экспортирует в Россию светофильтры для профессиональной фотографии и очковые линзы. В 2011 году с целью организации поставок интраокулярных линз в Российскую Федерацию HOYA Surgical Optics установила партнерские отношения с надежной, высокопрофессиональной компанией ООО «Серджикс». Регулярные поставки начались в 2012 году, сразу после регистрации изделий в РФ. Мы удовлетворены достигнутыми за эти годы результатами: новый бренд завоевал значительную долю рынка и заслужил высокое признание со стороны офтальмологического сообщества. Мы и впредь будем тесно сотрудничать с компанией SURGIX для продвижения на российский рынок инновационных технологий в области имплантации ИОЛ.

Материал подготовил
Сергей Тумар

Концепция HOYA

Сотрудники HOYA Surgical Optics нацелены на достижении главной цели: улучшение зрения и повышение качества жизни миллионов людей, страдающих от катаракты, путем обеспечения офтальмохирургов изделиями, обладающими непревзойденной простотой в использовании, безопасностью и надежностью.

В компании трудятся энергичные исследователи и инженеры, которые постоянно работают над совершенствованием и развитием технологий, создавая одно из самых передовых производств в отрасли.

В 2016 году было объявлено о запуске второго предприятия в Таиланде. Одновременно возросли производственные мощности на нашем предприятии в Сингапуре. Это делается для удовлетворения растущих потребностей рынка и обеспечения дальнейшего ускоренного роста бизнеса.

Наконец, мы собрали команду активных и ориентированных на результат людей, которые разработали надежную и жизнеспособную бизнес-стратегию, позволяющую нам идти правильным путем в достижении поставленных целей.

Ключевые этапы истории HOYA Surgical Optics

1987 г. — появление на японском рынке первой ИОЛ производства HOYA;

1994 г. — моноблочная ИОЛ из ПММК с желтым фильтром;

2001 г. — моноблочная складывающаяся акриловая ИОЛ;

2003 г. — начало деятельности компании в Европе (Германия), открытие первого офиса за пределами Японии;

2008 г. — первая предустановленная гидрофобная ИОЛ с системой доставки HOYA iSert® 251;

2009 г. — начало деятельности в США, открытие первого офиса в Калифорнии;

2009 г. — iMics1™ — первая гидрофобная ИОЛ для имплантации через разрез в 1,8 мм;

2010 г. — HOYA iSert® 251 показывает самый быстрый рост продаж в Японии среди предустановленных ИОЛ с системой доставки.

Дарить счастье другим

Интервью с директором Департамента управления персоналом компании «Оптэк» **Гоар Акоповной Давтян**

Обстоятельства не раз вынуждали нашу собеседницу все начинать сначала. Ей часто приходилось принимать трудные решения, но всякий раз она с честью выходила из сложных, порой драматичных ситуаций.

«Я больше не являюсь директором Департамента продаж медицинской техники, — начала разговор Гоар Акоповна. — В течение трех месяцев я буду работать в качестве наставника нового руководителя департамента. Вместе с этим продолжу свою карьеру в компании в качестве директора Департамента управления персоналом. Раньше я вела эти направления параллельно, но душа больше тяготеет к работе с людьми. Поэтому я решила оставить продажи и с этого года полноценно займусь управлением персоналом компании в целом».

— Гоар Акоповна, компания «Оптэк» провозгласила своей целью создание и развитие долгосрочных партнерских отношений с заказчиками, основанных на доверии. Это является одним из важнейших слагаемых успеха на рынке. Не могли бы Вы назвать другие составляющие, которые позволяют компании «Оптэк» постоянно достигать конкурентного преимущества?

— Доверие — один из самых важных аспектов. Одно дело заявить, а другое — действительно идти в этом направлении. Никто не провозгласил своей главной целью заработать как можно больше денег, хотя на самом деле так и происходит. Важнейшей составляющей миссии компании «Оптэк» являются партнерские отношения. Наши технологии позволяют заказчикам достигать успеха на рынке.

В моей практике и в практике моих коллег часто возникала дилемма: следовать объявленным принципам или идти за быстрым доходом. Но, несмотря на большой соблазн, наша команда топ-менеджеров всегда понимает, что важнее добиваться долгосрочных отношений с партнером и способствовать развитию их успеха. Следуя этим принципам, мы становимся консультантами и экспертами для наших заказчиков.

На рынке медицинского оборудования много достойных игроков, но бизнес делают люди. Для меня огромное значение имеет ценностные основы. Если мы заявляем, что на первом месте доверие и партнерство, значит это никоим образом не должно ставиться под сомнение. В данном контексте хочется привести слова основателя компании «Панасоник», Коносукэ Мацусита, который еще 100 лет назад написал, что главная миссия любого предприятия — приносить людям пользу.

Важно как себя позиционирует компания и в чем сотрудники видят свою задачу: навязывать свой продукт или быть экспертами для заказчиков. Сейчас настала другая эпоха, компании постепенно начинают понимать, что играть надо по другим правилам.

— Вам кажется, что время, когда основной задачей бизнеса было «навязать» покупателю товар, прошло? Безусловно, есть предприниматели, работающие по цивилизованным правилам, но есть и нечистоплотные.

— Я с вами соглашусь, что сейчас еще много компаний, которые не задумываются о том, чем они заняты. Главная задача — заработать деньги. Но можно наблюдать и серьезные перемены. Я разработала авторскую программу «Лидерство». Суть программы — «лидерство изнутри наружу» — лидерство, которое сочетает успех и внутреннюю гармонию. Тот факт, что программа востребована и имеет успех не только в нашей компании, но и в других уважаемых организациях страны (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, ВШЭ, МИРБИС, Университет управления при Правительстве Москвы), говорит о том, что мир меняется и скоро лидеры новой формации возглавят бизнес. Для них будут важны, прежде всего, духовные ценности, при этом они будут стремиться к материальным благам и успеху. На ценностном уровне мы все одинаковые — мы все хотим уважения, признания и любви. Всячески пытаясь удовлетворить свои потребности, мы становимся неразборчивы к инструментам достижения материальных благ. Именно здесь начинаются проблемы. Человек теряет себя. Он может стать богатым, получить власть, оставаясь при этом глубоко несчастным. В моей коучинговой практике много таких случаев, когда ко мне приходили владельцы крупных компаний и жаловались на отсутствие энергии, внутреннее опустошение. Почему это происходит? Потому что часто, достигая успеха, мы теряем значительно больше: самого себя. Вчера на мастер-классе в Сколково я раздала всем участникам цветные карандаши и попросила нарисовать уголок своей мечты. Никто не нарисовал разрушенные дома на фоне черного неба и несчастных людей. Не надо быть экстрасенсом, чтобы предвидеть, что люди изображают солнце, красивые дома, животных, счастливых людей, иначе говоря, — радость, счастье и любовь. Но в реальной жизни мы имеем совершенно другую картину.

— Как точно называется Ваша программа? Не могли бы рассказать о ней немного подробнее?

— Программа называется «Лидерство в эпоху мудрости», состоит из пяти модулей. Каждый модуль можно рассматривать отдельно. Я провожу индивидуальные занятия и совместные тренинги, читаю лекции. Первый модуль программы посвящен персональному лидерству. Два учебных дня мы стараемся ответить на вопрос: «Кто я?», мои ценности, энергия лидера... Мы склонны строго судить других и гораздо мягче — себя. Но остальные делают то же самое! Вот так и получается, что мы ищем причины негативного к себе отношения в недоброжелательности других, в то время как они лежат в нас самих. Мне кажется, что наши беды происходят от того, что мы хотим всех изменить, при этом сами не меняемся. Мы носим маски, это очень удобно. Я предлагаю слушателям объективно взглянуть внутрь себя и понять, какое основное послание они несут окружающим. Успех лидера во многом зависит от его целостности как личности, полного соответствия, гармонии внутреннего содержания с внешним проявлением «Я». Жизнь у таких людей течет изнутри наружи, а не наоборот.

Вторая часть курса знакомит с таким понятием, как «лидерство во взаимоотношениях». Мы со слушателями пытаемся ответить на вопросы: как первенствовать во время коммуникации, как вести себя в конфликтных ситуациях. Пытаемся понять, что значит целостность, как человек чувствует и проявляет себя. Целостный человек берет на себя ответственность за свою жизнь, живет в согласии с собой и окружающими, живет «здесь и сейчас», принимает себя таким, какой он есть, позволяет пережить эмоции, какими бы они ни были, и не осуждает себя за это. Цельные люди невероятно притягательны.

Третья часть дает представление об эмоциональном интеллекте. Теорию эмоционального интеллекта начали разрабатывать в 90-е годы в Йельском университете. Эмоциональный интеллект — это способность человека оперировать эмоциональной информацией. Здесь важно осознать, что благодаря конфликтным ситуациям, человек получает «доступ к себе». Одним из самых больших препятствий на пути личностного и карьерного успеха является гнев. Когда мы не в состоянии контролировать свой гнев, мы страдаем. Когда люди начинают видеть внутри себя источник гнева, то у них появляется возможность управлять этим чувством. Социологические опросы показывают, что эмоционально компетентный руководитель может управлять и возникновением эмоций: чем выше уровень руководителя, тем большее значение имеет эмоциональный интеллект.

Четвертый модуль называется «эффективный руководитель». Некоторые качества закладываются самой природой, но главное — работать над собой. Свой управленческий опыт я использую на занятиях: чем мотивировать сотрудников, как ставить цели, каким образом вовлекать в рабочий процесс. Вместе со слушателями стараемся найти ответы на вопросы: как можно быть успешным, гармоничным и счастливым? Как быть в ладу со своими ценностями, но при этом быть успешным и богатым.

Пятый — лидерство в стиле коучинга.

В 2013 году я окончила школу бизнес-коучинга и с этого момента начала применять базовые элементы в руководстве своими отделами. Этот метод управления основан, прежде всего, на вере в потенциал человека.

— Каким образом Вы пришли к авторской программе?

— Спасибо за вопрос. В 2008 году в стране разразился первый кризис. В это время швейцарская компания «Малик менеджмент», занимающаяся бизнес-консалтингом, пригласила представителей крупнейших европейских компаний на тренинг. Среди участников были топ-менеджеры Siemens, Bosch, Carl Zeiss. Мы обсуждали различные темы, в том числе кризис и пути его преодоления. Мое предложение заключалось в смене парадигм. Если бизнес служит лишь идее зарабатывать деньги, то это тупиковый путь. Бизнес должен служить во благо людей, делать их счастливыми. Надо сказать, что мне повезло: в нашей компании исповедовались такие важные принципы, как уважение, доверие, честность. Я не сомневалась, что все собравшиеся придерживаются похожих идей. Мою концепцию слушатели не приняли и смотрели на меня, как на инопланетянку. Нам предложили собрать команду единомышленников и предоставить варианты решения проблемы. В нашей группе оказалось всего 5 человек из 70 участников, которые согласились, что современный руководитель должен следовать духовным принципам, при этом никто ему не мешает стремиться к успеху, к ценностям материальным. Победили приверженцы идеи увольнения персонала, сокращения зарплат, поиска новых рынков, выпуска новой продукции и т.д. Меня это очень сильно задело.

С тех пор я начала думать о проблеме лидерства. И чувствовала призыв, что этим нужно заняться, но не знала, с какой стороны подойти. Я «закинула» во Вселенную свое «Я хочу». А там, где «Я хочу», вся Вселенная и вся энергия с тобой. Я постоянно читаю журнал «Гарвард Бизнес Ревю», где часто печатают статьи о важности доверия, партнерстве, о счастье. Постепенно я накапливала материалы на интересующую меня тему, стала посещать тренинги по лидерству. На одном из занятий меня попросили написать, в чем я вижу свою миссию. И я написала: «Я — проводник общечеловеческих ценностей в бизнес». Там же я указала, что необходимо разработать авторскую программу, выступать с лекциями, писать статьи, вести тренинги и создать школу лидерства. Года через четыре, разбирая бумаги, наткнулась на свои записи и поняла, что 80 процентов из написанного уже сделано. Оставалось только наработанный годами опыт изложить в своей авторской программе.

...Вдруг мне звонят из Первого медицинского университета им. Сеченова и предлагают вести модуль «Лидерство» в программе МБА для главных врачей.

— «Вдруг» имеет долгую подготовку. Иногда, чтобы что-то случилось «вдруг», проходят годы упорного труда.

— Первая лекция была посвящена персональному лидерству, и моими слушателями были военные врачи. Меня встретили люди с каменными лицами, мне было тяжело понять, есть ли у них эмоции. Но лекция закончилась тем, что слушатели, стоя, аплодировали. Я думаю, им просто очень нужно было услышать то, что они хотели услышать. Один из участников сказал: «Вы поменяли нашу жизнь. Теперь она разделилась на «до лекции» и «после лекции». Для меня это было знаковым событием: мне был дан зеленый свет, сигнал, что мои знания и опыт нужны людям.

— Человеку иногда кажется, что он летит куда-то ввысь, все быстрее и быстрее, и вдруг приходит в себя и оказывается в тихой комнате один со своими проблемами.

Вы затронули важную тему. Важно понимать, что я — «не моя работа», я — «не мои доходы», я — «не мой успех». Это составляющие моей личности, но не сама личность. Если с человека снять все наносное, что останется? Страшные ответы: «Ничего» или «Я не знаю». Если человек понимает, что главное — это его внутренний духовный мир, то он способен справиться с любыми вызовами. Что происходит с людьми, которые себя идентифицируют только со своей властью или деньгами? Грустно смотреть, что происходит с таким человеком, когда он теряет все: депрессии, возрастные кризисы, бесконечные вопросы «Что делать?»

— Репутация «Карл Цейсс», более чем столетняя история работы в России, в СССР, служит ли компании «Оптэк» в выстраивании отношений с партнерами?

— Безусловно. Бренд — это очень важно. Компании «Карл Цейсс» более 170 лет, и доверие к продукту очень высокое, что помогает нам выстраивать отношения с партнерами.

— Многие руководители справедливо считают, что наиболее серьезными проблемами, с которыми сталкивается компания, являются не внешние, а внутренние. Какие существуют методы управления персоналом, чтобы свести к минимуму возможность возникновения проблем в коллективе?

— В жизни существуют два сильных мотиватора: либо мы что-то делаем от страха, либо от любви. Другого не дано. В итоге все упирается в эти два сильных фактора. Социологи изучили этот вопрос и выяснили, что эффективность компании страдает из-за того, что у сотрудников присутствует чувство страха. Боязнь потерять работу, быть уволенным, фобия быть непризнанным. Эффективность работы человека можно представить в виде формулы: «способности сотрудника минус страх». Моя основная задача как директора Департамента управления персоналом заключается в том, чтобы свести к минимуму чувство страха своих сотрудников. В кризисное время люди боятся потерять работу, становятся закрытыми для коммуникации. Поэтому я считаю, что организация может быть эффективной тогда, когда взаимоотношения в коллективе будут прозрачными, а люди — толерантными друг к другу.

Прозрачность, доверие, партнерство — необычайно важные ценности. Недавно я была на конференции, где выступала HR директор IBM и заявила, что сейчас многие компании переходят на другие показатели результативности сотрудников. До недавнего времени все было основано

на конкуренции, когда члены одного коллектива соревнуются друг с другом. В этом случае нет места командной работе. Что такое команда? Это работа «плечом к плечу». Но разве возможно выстроить такие отношения, если я априори должна быть лучше других? Конечно, я не буду ни с кем делиться информацией; если у меня возникнут вопросы, я никогда не сделаю вид, что чего-то не знаю. Компания IBM предлагает взять за основу три следующих компонента:

– Чему я научился у коллег в течение года?

– Чему я научил? (Это свидетельство того, что обучение поощряется в компании; учиться у коллег — не стыдно и не позорно).

– Мои личные достижения. Что полезного я сделал для компании?

Этот доклад еще раз подтверждает мои слова о том, что мир меняется. Я хочу строить нашу компанию таким образом, чтобы эти понятия действительно применялись на деле, а не оставались лишь словами. Повторю еще раз: отношения внутри коллектива должны строиться на принципах партнерства, доверия, минимизации страха и открытых коммуникаций.

— Я слышал, что во многих японских фирмах создается дух безграничной преданности компании: коллектив — твоя семья, компания — твой дом. В такой атмосфере люди полностью отдаются работе и стараются выполнять ее с максимальной отдачей. Благодатная ли почва для подобного у нас? Как Вы считаете?

— Это очень хороший принцип, но компания проходит разные стадии своего развития. Когда она только зарождается, ее коллектив действительно как семья. Если там работает до 20 человек, то это семья. Почему в старт-апах люди могут день и ночь проводить на работе? Они преданы своему делу, в этом случае работает как раз принцип, о котором вы сказали. Но когда в компании работает уже 350-400 человек, заявлять, что это — семья нельзя. Либо «семейные» отношения должны строиться в каждом отдельном департаменте, в каждом филиале. Но и здесь должна быть четко налажена коммуникация, чтобы все ценности «семьи» одного филиала были идентичны ценностям всех других филиалов. Насколько хороша должна быть коммуникация между ними, чтобы одна «семья» чувствовала рядом другую и чтобы они синхронно двигались. Но это очень сложная задача. Поэтому вопрос корпоративной культуры и ценностей в больших компаниях, наверное, самый сложный. На мой взгляд, корпоративная культура и корпоративные ценности — это производная от ценностей личности лидера.

В классическом понимании лидер может иметь не более 10 заместителей, то есть один лидер может транслировать свои ценности, корпоративную философию 10 сотрудникам. Эти 10 человек должны в свою очередь транслировать

Генеральный директор Максим Игельник вручает диплом в номинации «Лидер по продажам»

Тренинг для докторов клиники «Газпром»

их дальше. А если сотрудник не согласен с лидером, происходит сбой. В этом случае подчиненный либо дальше передает ценности в искаженном виде, либо вообще ничего не передает. И тут начинается болезнь всей организации.

— Помните фрагмент фильма «Москва слезам не верит», когда главную героиню спрашивают, как же она справляется с руководством коллектива в 3000 человек, отвечает: «Трудно с тремя, а когда трех научишься организовывать, дальше число уже не имеет значения». Вы с этим согласны?

— Управлять 3000 одному человеку невозможно. Поэтому в компаниях создаются структуры и есть иерархия. В моем понимании управление — это когда человека знаешь в лицо, когда с человеком ведешь тет-а-тет разговоры, даешь поручения и задания. Поэтому одному руководить таким количеством людей невозможно. Действовать через помощников и заместителей, которые разделяют твои ценности, видение и стратегию, возможно. Если руководитель хочет управлять 3000 сотрудников, чтобы управление было эффективным, необходимо быть единомышленниками в стратегии, миссии, повторяю, в ценностях с заместителями.

— В философии ценностей какое место занимает заработная плата?

— В компании «Оптэк» заработная плата — это материальная мотивация сотрудников, а не философия. Мы стараемся держать зарплату на среднерыночном уровне. Для поощрения сотрудников существуют бонусные соглашения, которые дают возможность человеку заработать не только бонус, но и супербонус. Но зарплата ни в коем случае не может служить мотиватором. Многие ошибочно полагают, что зарплатой можно мотивировать. Если сотруднику повысить зарплату на 50 процентов, то он будет радоваться три дня, неделю, может быть месяц. Но это всего лишь стимул, который работает на короткое время. Человек быстро привыкает к хорошему. И быстро меняет свои привычки. Например, если он до этого покупал продукты в магазине «Ашан», то после повышения зарплаты может начать делать покупки в «Азбуке вкуса», и через некоторое время это становится стандартом. Человек начинает думать, что так и должно быть.

Мотиватором являются совсем другие вещи. Например, бонусы. Если я сделаю больше, то смогу получить бонусное вознаграждение. Существует много и нематериальных мотиваторов, о которых мы часто и не задумываемся. Зарплата должна быть не ниже и не выше рыночной. Не ниже — чтобы люди не уходили. Но и не выше: зачем платить больше, чем в среднем на рынке. Наша компания, несмотря на то что в некоторых платят намного больше, притягивает людей, как магнит. Часто уволившиеся сотрудники обращаются к нам с просьбой взять их обратно. Это очень интересный момент. Опыт показывает, что, как правило, расставшись с сотрудником, руководство не принимает его обратно. Но были случаи, когда мы вновь брали человека к себе, и он прекрасно работал. Меня очень радует то, что люди к нам возвращаются. Это свидетельствует о том, что от нас уходят не с камнем на сердце, а для работодателя это крайне важно. Психологи говорят, что хорошую новость мы можем передать максимум троим людям, а плохую узнают 10 человек. Поэтому если работодатель плохо обошелся с сотрудником, то он может распространить о бывшем работодателе дурную репутацию. Поэтому, когда люди к нам возвращаются, я очень радуюсь, потому что это говорит о том, что у них остались хорошие воспоминания и позитивные эмоции.

— У каждого сотрудника есть перспектива карьерного роста. Как быстро стажер может дорасти до руководящей должности?

— В компании всегда есть возможность роста, но я не могу вам дать четкий ответ, как скоро человек может подняться по карьерной лестнице. С одной стороны, это зависит от личности. С другой стороны, — от стечения обстоятельств. Компания — это живой организм, поэтому всегда есть куда двигаться. Сейчас я планирую выложить на сервере компании вакансии для сотрудников, а затем — опубликовать в открытом доступе. Люди должны знать, какие существуют возможности в компании для роста.

— Если сотрудник видит для себя возможность занять очередную ступеньку в карьерной лестнице, как обычно это происходит? Человек заявляет об этом сам? Или он ждет момента, когда его потенциал заметит его непосредственный руководитель и сделает соответствующее предложение?

— Рецептов нет. Думаю, что и в других организациях таких рецептов вам не дадут. Но сейчас я планирую запустить программу «talent management», которая заключается в выявлении «high-potential» сотрудников. Каждый руководитель поделится со мной информацией о том, кто из подчиненных имеет большой потенциал. Этих людей будем обучать в школе лидерства, и они войдут в кадровый резерв нашей компании. Кроме того, большое значение имеет «встречное движение». Может случиться так, что я вижу в вас огромный потенциал, но человек не хочет расти, а такое часто бывает. Человек на своем уровне очень хорошо чувствует, в нем нет того самого «Я хочу», и это тоже нужно знать и принимать. Как было в моем случае? Когда уволился мой непосредственный руководитель, я пошла к генеральному директору и сказала: «Я чувствую, что могу быть руководителем. Дайте мне шанс». Директор какое-то время даже не верил, что я с этим справлюсь, потому что я была врачом-офтальмологом с небольшим опытом менеджера по продажам. На тот момент я многие вопросы касательно бизнеса не знала, но я очень хорошо чувствовала людей и умела находить общий язык со всеми. Конечно, многому пришлось научиться. Я окончила курс по одной из престижных программ МБА Гренобльской школы бизнеса, которая имеет аккредитацию в Европе, в Великобритании и в США.

— На какие качества Вы обращаете внимание при поиске кандидата?

— У меня солидный опыт подбора кадров. Большое количество людей приходило на интервью. Помимо опыта и базового образования, я обращаю внимание на характер человека. Если человек целеустремленный и хочет работать в нашей компании, но не имеет соответствующего образования, его можно научить. У нас были случаи, когда приходили люди с филологическим образованием, а затем становились прекрасными экспертами в серьезной технике. Я твердо верю, что любой человек при желании может открыть для себя любое новое направление. Но если у человека в характере есть черты, которые никак не согласуются с нашими ценностями, этого человека брать нельзя, несмотря даже на высокий профессионализм. Если человек нечестный, непорядочный, с этим уже ничего сделать нельзя. Я руководствуюсь аксиомой: человека нельзя изменить, если только он сам к этому не стремится.

— Как можно выявить эти черты?

— Опытный руководитель должен чувствовать людей. Необходимо верить в свою интуицию. Доказано, что человек по вербальным каналам способен воспринимать только 10% информации, остальные 90% — через жесты, мимику, интонацию. Очень хорошо помогает выявить качества претендента на должность интервьюирование по методу «Стар».

— Почему Вы выбрали профессию офтальмолога? Как проходило Ваше обучение?

— Когда мне было 5 или 6 лет, со мной произошел случай, который оставил очень серьезный след в памяти. Я увидела, как женщина попала под машину. Мы были вместе с мамой, и она старалась меня скорее увести оттуда. А я уходить не хотела, потому что было желание помочь несчастной женщине. Я кинулась к ней, а мама сказала: «Чем же ты можешь помочь?» В тот момент пришла в голову мысль, что если бы я была врачом, смогла бы оказать помощь. Тогда я и решила, что должна стать врачом и помогать людям. Многие меня отговаривали. В то время поступить в медицинский институт было очень сложно. Около 80% студентов принимали по знакомству или за деньги. У нас не было ни того, ни другого, поэтому меня близкие умоляли поступить в Политехнический институт или в экономический ВУЗ. Но я очень упорная. Окончила школу с медалью. Можно сказать, что полгода я вообще не спала. Засыпала в кресле с учебником в руках. В итоге поступила в Ереванский медицинский институт. Всю жизнь я хотела быть хирургом, поэтому и выбрала специальность офтальмолога. Я решила, что для женщины быть хирургом-офтальмологом — самый лучший вариант. Медицинский институт я окончила с красным дипломом, поступила в клиническую ординатуру и стала врачом-офтальмологом. Проработала 10 лет, работа моя мне очень нравилась. Параллельно я вела занятия в медицинском училище.

То время было очень непростым для Армении, страна находилась в блокаде. Все медицинские учреждения переходили на коммерческую основу, и получить бесплатную консультацию стало практически невозможно. А люди жили очень бедно.

Помню, как однажды зимой дедушка прошел 10 километров из деревни в одних тапках (зимней обуви у него не было), чтобы попасть ко мне на прием. Он вышел из дома рано утром и только к 4 часам дошел до поликлиники. Конечно, у него не было денег, чтобы заплатить за прием. Больных, у кого не было возможности платить, я принимала бесплатно. За счет людей небедных, которые могли заплатить за свое лечение, я покрывала расходы (лекарство, расходный материал, плата за прием) на пациентов, которые заплатить не могли. Я видела себя этаким Робином Гудом в белом халате и чувствовала себя очень счастливой.

Однако все было нестабильно, Советский Союз перестал существовать. В один момент все исчезло. Наступили очень тяжелые времена. Муж потерял работу, я получала 20 долларов в месяц.

— Мы хорошо помним эти тяжелые для Армении годы, когда не было света, бензина, люди рубили деревья, чтобы отапливать квартиры. Нам казалось, что многие могли голодать.

— Из еды у нас была рыба, свежайший сиг из Севана, очень вкусный, который продавали за копейки. Прекрасные овощи и фрукты. Например, стоило начать резать огурец, весь квартал уже знал, что у нас огурцы. Однако при этом я хорошо помню, что мысли были очень негативные. Я переживала, что получаю маленькую зарплату,

Мне 5 лет

Мое увлечение живописью. Картина «Лавандовое поле», Прованс

что еле-еле везде успеваю, что мои дети не едят мяса. Хотелось бы кормить их лучше, а я не могла этого позволить.

Сейчас, когда прошло много лет, когда и зарплата в разы больше, и я могу позволить себе мясо утром, днем и вечером, я все равно ищу ту пищу, которая была много лет назад. Порой мы сами загоняем себя в какие-то рамки, живем стереотипами и чувствуем себя униженными и оскорбленными. Кто сказал, что дети должны есть каждый день мясо и что мясо важный компонент в рационе? Может быть, я сама сплела сеть ложных установок и попала в плен к самой себе? А на самом деле я просто не понимала своего счастья!

Но, конечно, в период блокады в Армении ситуация граничила с гуманитарной катастрофой: не было ни газа, ни воды, свет отключали по веерному графику. Я помню, как дома перед тем, как лечь спать, мы феном нагревали постель, потому что было очень холодно, преследовало ощущение, что заходишь в холодный океан.

Мы были на краю пропасти. Бизнес, которым занимался муж со своим товарищем, прогорел, и в какой-то момент мы оказались банкротами. Для мужа это был очень тяжелый период, который усугублялся кризисом в стране. В его семье семь поколений родных были священниками. Потом от веры отрекся его отец, стал коммунистом и высокопоставленным чиновником. Таким образом, пропало два поколения священников. Но у мужа под подушкой всегда была Библия. Он все время ее читал, а я была атеисткой и не понимала, как можно читать одну и ту же «сказку» каждый день.

— Вы — верующий человек?

— Я думаю, что лучшие перемены, которые произошли со мной и с нашей семьей, случились благодаря тому, что я пришла к вере, когда поняла, что главное — не умереть, а все остальное человек может создать. Главное — оставить в себе живой огонек. А остальное ты сделаешь. Конечно, я не

С дочерьми

сразу пришла к этому осознанию. Я шла к этому четыре года.

Мы начали продавать все, начиная от стульев и заканчивая бриллиантами и домом. Мы продали все. Но смогли отдать все долги. Из этого состояния я вышла уже совсем другим человеком. Я хочу, чтобы все люди поняли, что испытания нам даются не просто так. Почему мне выпало именно такое испытание? Я для себя сделала свои выводы, которые помогли мне в дальнейшем.

— Как Вам удалось преодолеть трудности?

— Когда мы выбрались из долговой ямы, я попросила мужа уехать, потому что ему было необходимо сменить то пространство, где образовалось негативное поле. Он уехал в Москву, а через некоторое время я переехала к нему. Начала искать работу. Сначала я искала должность врача-офтальмолога в оптике. Я устроилась в очень хороший салон оптики на Кутузовском проспекте, где проработала 2 года. Уже тогда я поняла, что моя мечта стать хирургом вряд ли осуществится. Необходимо было встать на ноги, поэтому я решила двигаться в другом направлении.

Я поняла, что если мне не суждено стать хирургом, надо попробовать себя в коммерции. По каталогу «Желтые страницы» звонила в компании в поисках вакансии менеджера по продажам офтальмологического оборудования. Позвонила в компанию «Карл Цейсс», и меня пригласили на собеседование. Моя будущая начальница спрашивала, знаю ли я бухгалтерское дело, как составлять договора, умею ли я работать с компьютером, говорю ли на немецком языке. На все эти вопросы я отвечала «нет», и моя начальница сказала: «Вы знаете, я не вижу причин, чтобы принять Вас на работу». В ответ на это я рассказала анекдот: «Один пьяный увидел объявление в газете: «Ищем профессионала в своем деле, владеющего тремя иностранными языками, уверенного пользователя компьютером. Приглашаем на собеседование». Шатаясь, он приходит на интервью и его спрашивают, знаете ли вы языки? Он говорит: «Нет, ни одного». «Владеете ли компьютером?» Он: «Нет, не владею». «Тогда зачем же вы пришли?» «Я пришел вам сказать, чтобы на меня не рассчитывали».

Я сказала своему будущему работодателю: «Возьмите меня на зарплату в 200 долларов на испытательный срок». Три месяца я проработала на испытательном сроке, и меня приняли в штат. Это было в 2000 году. Сначала я была ассистентом менеджера, потом какое-то время — заместителем, позже заняла должность руководителя Департамента продаж медицинской техники. В 2006 году директор предложил мне возглавить второй по величине департамент, Департамент микроскопии, где к тому моменту накопилось довольно много проблем. Я согласилась на том условии, что эту должность у меня не заберут, после того как я решу внутренние проблемы департамента.

С какого-то момента я поняла, что я должна двигаться дальше и уступить место молодым специалистам. Мы развиваемся и переходим на новый уровень развития только тогда, когда «наша чаша наполнена». Что я имею в виду? Я не могу делиться материальными благами, пока чувствую нехватку денег; не могу делиться уважением, пока не чувствую себя достаточно уважаемым человеком. В какой-то момент я осознала, что меня уважают коллеги; я пользуюсь высоким авторитетом в компании; сумела вытянуть два департамента. И тогда пришло осознание необходимости делиться своим опытом и знаниями с другими людьми, что интересы компании должны быть выше моих личных интересов. Я пришла к директору и сказала, что готова отказаться от руководства одного департамента.

В 2013 году я создала «Академию Оптэк», потому что чувствовала, что развитие и обучение персонала — это самое важное. Мы ввели тестирование, открыли школу лидерства для топ-менеджеров компании. Сейчас я составляю аналогичную программу для кадрового резерва компании.

Хочу сказать, что я безмерно благодарна судьбе, что попала в компанию, где сбываются мечты, где можно творить, можно развиваться и не останавливаться. Я очень благодарна нашему директору М.С. Игельнику, который все эти годы верил и верит в меня, от которого я всегда получаю беспроцентный кредит доверия.

— Ваши дети врачи?

— Моя младшая дочь, Карина, врач-офтальмолог. Старшая — экономист в аудиторской компании «Делойт». Она живет и работает в Кембридже.

— Как Вы можете сформулировать девиз, с которым Вы идете по жизни?

— Однажды мне нужно было выступать на большой конференции, и необходимо было представить свое кредо. Мне было очень трудно писать о себе, и я обратилась за помощью к Марине Рудневой. Она написала очень красивый текст, который стал моим девизом в жизни: «Человек, который дарит любовь окружающим, наполняет их жизнь радостью и светом, становится не только счастливым, но и успешным».

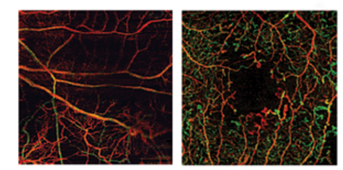
— Благодарим за интервью и поздравляем Вас и в Вашем лице всех наших читательниц с Праздником Весны!

*Беседу вели **Лариса Тумар** и **Сергей Тумар***

ОСТ Ангиоплекс от Карл Цейсс -
непревзойденная четкость объемной визуализации сосудов

Новая информация о сосудах:
- Сверхчеткие 3D-изображения микрососудов, получаемые на платформе OMAGC
- OMAGC — это запатентованный компанией ZEISS метод обнаружения движения эритроцитов в рамках последовательной ОКТ в B-режиме, проводимой в одной и той же области
- Цветная сегментация слоев сосудов сетчатки для упрощения визуальной оценки

Улучшенный рабочий процесс:
- Идеальный метод неинвазивной ангиографии без использования красителя
- Простота однократного сканирования: получение ОКТ-ангиограммы всего за одно сканирование
- Отслеживание в реальном времени с системой FastTrac™ позволяет избежать артефактов и точно определить расположение области сканирования во время контрольных визитов



www.optecgroup.com
8-800-2000-567 Звонки по России бесплатно
ОПТЭК
Объединяя решения

Маркетинг оптического предприятия — составляющие успеха

Редакция газеты «Поле зрения» и компания «Маркет Ассистант Груп» продолжает цикл публикаций для управленцев оптического предприятия. В цикле мы рассматриваем технологии увеличения клиентского потока в клинику или магазин оптики и, как следствие, рост прибыльности предприятия. Для достижения этой цели мы вспоминаем и структурируем постулаты маркетинга, применительно к оптическому рынку, и разбираем конкретные примеры из современной российской действительности.

Е.Н. Якутина

Генеральный директор
ООО «Маркет Ассистант Груп»,
доцент МосГУ

Продолжение, начало см. в №№ 4, 5, 6/2016

Рекламное продвижение

Промоушен, или по-русски продвижение, для управленца или маркетолога обозначает создание рекламного продукта (например, рекламного макета для печатного средства массовой информации, для газеты или журнала) и его последующее размещение в необходимых СМИ.

Чтобы продвижение достигло цели (одной из которых и самой первой может быть продажа товара или услуги, представленных в рекламе), нужно чтобы изображение и текст в рекламном макете соответствовали целевой аудитории, то есть макет должен восприниматься покупателем как интересный и понятный.

Реклама должна восприниматься покупателем как интересная и понятная

Практика

Например, мы хотим, чтобы в клинику, специализирующуюся в детской офтальмологии, приходили мамы со здоровыми детьми для регулярной проверки зрения, таким образом мы решаем вопрос профилактики и выявления заболеваний, косвенным образом — создаем имидж нашего предприятия, которое не только лечит, но и заботится о детском зрении. На рекламном макете следует разместить изображение детского лица с красивыми, широко распахнутыми глазами. В тексте описать предложения клиники молодым мамам, назвать контактные данные. Арт-директор моего агентства попросил добавить, что рядом с текстом нужно поставить небольшое изображение доктора, который будет принимать в клинике маленького пациента. И желательно, чтобы это была фотография врача, который работает в вашей клинике.

Второе, что необходимо учесть при прямом продвижении: выбор средств массовой информации, где затем размещается реклама. Учитывается чтение, слушание, смотрение СМИ. Иными словами, газеты, журналы, теле- и радиопередачи, в которых мы размещаем нашу рекламу, должны читаться, слушаться и смотреться нашими клиентами, существующими и потенциальными.

Как узнать, какие СМИ выбрать? Ответ очень прост: спросите у ваших пациентов или покупателей. Каждый раз, когда клиент подходит к сотруднику (на стойке регистрации, на кассе) или когда звонит в вашу клинику, чтобы записаться на прием — спросите у него: «Как вы узнали про нашу клинику?» и «Простите, мы проводим небольшой опрос среди наших клиентов, скажите, какую газету вы читаете чаще всего?», «Какую местную передачу вы смотрите чаще всего?», «Какое радио вы слушаете чаще всего?»

Такой же опрос может касаться и наружной рекламы: «Скажите, вы видели наш билборд на улице?», «Мы разместили рекламу на ближайшей станции метро, вы видели ее?»

Стандартная выборка для опроса, достаточная для того, чтобы сделать выводы и ранжировать их среди, соответственно, 100-процентной аудитории респондентов — сто человек. И если ваши клиенты как один говорят, что не видели ни одного рекламного макета ни в одном СМИ и на улицах тоже, а все пришли, натолкнувшись на ваш сайт в интернете — не тратьте ваше время и, главное, деньги, на лишнее продвижение, останьтесь в интернете и развивайте успех.

Рекламная коммуникация

Стандартная цепочка такова:

– рекламодатель дает деньги на анализ целевой аудитории и последующее создание рекламного продукта (макет, видеоролик, интернет-банер, радиоспот и пр.);

– рекламное агентство создает продукт;

– затем делается медиаплан, то есть программа размещения рекламы в средствах массовой информации, отражающая названия СМИ, тираж, характеристики целевой аудитории, график размещения и бюджет, включающий скидки;

– реклама размещается в СМИ.

И все это было долгим подготовительным периодом к налаживанию коммуникации с вашим клиентом. Коммуникация предполагает **обратную связь**. После того, как реклама была прочитана, увидена или услышана, клиент совершает набор действий.

Вариант первый. Он не делает ничего.

Почему?

Реклама не предназначена ему.

Реклама не интересна.

Реклама не понятна.

Реклама не запомнилась.

Вариант второй. Реклама вызвала интерес, но действие отложено.

Вариант третий. Клиент заинтересован и действует — звонит, приходит, покупает.

Вариант четвертый. Клиент знает о существовании нашей клиники и испытывает гордость, что он уже воспользовался услугами и является пациентом. Клиент также может совершить некие действия — рассказать о клинике своим знакомым и друзьям, тем самым переходя в разряд «лояльных клиентов», «приверженцев».

И в тот момент, когда клиника начинает разговаривать с клиентами, спрашивая о содержании не только рекламы, но и о качестве услуги, предлагая совершенствовать ее с помощью высказываний клиентов, и начинается обратная связь, возникает коммуникация с клиентами.

Законы рекламной коммуникации говорят, что продвигать нужно не то, что необходимо продать (или что мы хотим продавать). Нужно спросить у клиента, что он готов купить, какой услугой воспользоваться, в какой форме готов воспринимать рекламу этого продукта (услуги). И продавать то, что нужно клиентам. И, соответственно, продвигать то, что нужно клиентам.

> *Promotion (продвижение)* — обозначает все виды коммуникационной деятельности, инициированной продавцом с целью информировать, убедить или напомнить клиенту о продукте, услуге, идее, предназначенной для продажи или распространения. Promotion — инструмент маркетинга, который входит как один из элементов в систему маркетинговых коммуникаций и подчиняется маркетинговой стратегии компании.
>
> *Communication (коммуникация)*, в отличие от promotion, строится на обратной связи, где коммуникатор и реципиент выступают как равноправные участники коммуникативного процесса.

Интегрированные маркетинговые коммуникации (ИМК)

Итак, «рекламное продвижение» не равно «рекламной коммуникации». Маркетинговая коммуникация еще более расширяет поле деятельности компании во взаимодействии с потребителем и включает в себя более сложные, на уровне межличностных, отношения, которые дают возможность развития предприятия.

Некоторые современные специалисты понимают ИМК как комплекс персональной продажи, рекламы, стимулирования торговли и связей с общественностью *(Абрамян Э. Promotion как современная маркетинговая коммуникация // Маркетинговые коммуникации. – 2001. – № 3. – С. 21)*. Другие выходят на совокупность методов: организационных, технических, экономических, информационных. Сюда же вводят элементы управления критическими ситуациями, корпоративную этику и многое другое, что влияет на успех бизнеса и предполагает построение коммуникаций на различном уровне. *(Голова А.Г. Интегрированные маркетинговые коммуникации. – 2006. – № 6)*. Будем отталкиваться от этих базовых составляющих ИМК.

Можно дать определение ИМК более очевидное и понятное. Это план отношений вашей компании с потребителем всеми доступными способами: посредством рекламы, PR- и стимулирующих акций, личного общения по телефону или на приеме, при продажах в салоне или клинике. Включая общение руководства компании и ее сотрудников со всеми другими целевыми аудиториями, с которыми взаимодействует компания: государственные и налоговые органы, поставщики, партнеры, журналисты (как отдельные персоны), потенциальные клиенты, общественные институты (профессиональные объединения, например), а также конкуренты.

Чаще всего главным коммуникатором выступает владелец бизнеса. Он является, по сути, директором по развитию, который должен знать такие предметы, как реклама, социология, менеджмент, маркетинг, психология, экономика, уметь координировать все процессы в компании и вдохновлять персонал на совершение ежедневного подвига или же ежедневной рутинной работы.

Если вам позволяет ваш бизнес (и бюджет), директор по развитию должен быть нанят, и теперь вы знаете, каким багажом знаний этот сотрудник должен обладать.

Еще раз подчеркну, что основой плана ИМК (задачей) и результатом его выполнения станут крепкие отношения с потребителем, который не уйдет от вас, если в клинике поменяются доктора, простит вам ошибки, в том числе и врачебные, и останется верен вашей клинике долгие годы.

Правило Парето гласит, что 80% дохода приносят 20% постоянных клиентов. А уход двух процентов постоянных клиентов уменьшает доход на 10-12%. Затраты на привлечение нового клиента в пять раз больше, чем на удержание старого. При этом считается, что за пять лет теряются 50% клиентов.

Почему они теряются? Ответ прост — вы неэффективно с ними построили коммуникацию. Вы не услышали потребности, желания клиентов.

А может быть, даже и не спрашивали?

Процесс создания плана IMC (интегрированных маркетинговых коммуникаций)

1. Анализ ситуации на рынке и планирование корпоративных целей.

2. Выбор долгосрочной стратегии для достижения заявленных целей.

3. Выделение этапов и последовательности шагов по достижению корпоративной цели.

4. Выбор тактики и конкретных методов для каждого конкретного этапа и каждой задачи (от медиа-планов и производства рекламных макетов до PR-акций продвижения продаж) с указанием сроков исполнения.

5. Бюджетирование — расчет стоимости каждого метода и акции.

6. Проведение запланированных акций, мониторинг и измерение результатов.

Маркетинг — это устройство для роста

Мой японский учитель, Мицуаки Симагути, наместник Бога на земле по вопросам маркетинга, сказал в свое время, что главные источники роста компаний — амбиции, любовь к потребителю и скорость принятия решений.

Сейчас маркетолог должен заниматься не продвижением отдельного продукта или услуги, он обязан смотреть на компанию сверху, и с помощью всех продуктов (услуг) компании достичь ее роста. Нужно думать о комплексе способов достижения роста компании.

Нужно смотреть вперед, несмотря на спады в экономике. Следить за изменениями рынка. Интегрированные маркетинговые коммуникации — это одно из устройств для роста и получения ответной любви потребителя.

Продолжение следует

Фото: lico.ru, netocrat.net

МАРТ

Иркутск
Региональная научно-практическая конференция «Всемирный день глаукомы»
Иркутский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
664033, Иркутск, ул. Лермонтова, 337
Тел./факс: 8 (3952) 564-182

1-5 марта
Сингапур
32nd Congress of the Asia-Pacific Academy of Ophthalmology
http://2017.apaophth.org

2 марта
Чебоксары
Школа поликлинического врача «Возрастная макулярная дегенерация (ВМД): сухая форма»
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» (конференц-зал, 2 этаж)

2 марта
Нижний Новгород
Третья школа офтальмолога «Атрофические, ишемические и воспалительные заболевания зрительного нерва и зрительного тракта ЦНС»
Нижний Новгород, ул. Ковалихинская, 8 (конференц-зал «Медиа Страйк Холл»)
http://www.medalmanac.ru/uploads/shared/documents2017/oftalmolog-ip-mart2017.pdf

3 марта
Уфа
Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы лечения глаукомы»
Башкирское региональное отделение Общества офтальмологов России, Региональное отделение по Республике Башкортостан Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов»
http://www.ufaeyeinstitute.ru/konferentsii/

3 марта
Новосибирск
Дискуссионный интернет-клуб «Актуальные вопросы кератопластики»
Новосибирский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://www.mntk.nsk.ru/noooo/meropriyatiya

3-6 марта
Форт Лаудердейл, США
American Glaucoma Society (AGS)
26th Annual Meeting
Contact: (415) 561-8587
e-mail: ags@aao.org

12-18 марта
WGW-2017
Всемирная неделя борьбы с глаукомой
http://www.wgweek.net/

14-16 марта
Барселона, Испания
15th Annual meeting Eyeforpharma Barcelona 2017
http://www.eyeforpharma.com/barcelona/

15 марта
Новосибирск
Современные хирургические методы лечения глаукомы и послеоперационное ведение пациентов
Новосибирский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://www.mntk.nsk.ru/noooo/meropriyatiya

15-16 марта
Лондон, Великобритания
9th Global Ophthalmology Summit
http://ophthalmologysummit.conferenceseries.com/

16 марта
Чебоксары
Школа поликлинического врача «Возрастная макулярная дегенерация (ВМД): влажная форма»
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://mntkcheb.ru/specialistam/chuvashskoe-regionalnoe-otdelenie-oor/shkola-poliklinicheskogo-vracha

16 марта
Екатеринбург
Научно-практическая конференция «Современные тенденции в диагностике и лечении патологии внутриглазного давления»
Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»

16-17 марта
Сочи
XV Международная научно-практическая конференция «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии»
Под эгидой «Общество офтальмологов России», при поддержке ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://www.retina-congress.ru

16-19 марта
«Снегири», Московская область
«XVI Всероссийская школа офтальмолога» (ВШО-2017)
Под эгидой Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов»
Тел.: (495) 375-22-01; 704-58-25
e-mail: elisstan@mail.ru

23 марта
Хабаровск
Заседание Приамурского научно-практического общества офтальмологов
Хабаровский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 211
http://www.khvmntk.ru/assets/files/planhab2017.jpg

23 марта
Чебоксары
Школа поликлинического врача «Диабетический макулярный отек (ДМО)»
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://mntkcheb.ru/specialistam/chuvashskoe-regionalnoe-otdelenie-oor/shkola-poliklinicheskogo-vracha

24 марта
Астрахань
Заседание научного общества офтальмологов Астраханской области «Проблемы офтальмопатологии при эндокринных заболеваниях»
ЧУЗ МСЧ «Газпром»
Астрахань, ул. Кубанская, 5 (конференц-зал госпитального корпуса)

30 марта – 1 апреля
Мадрид, Испания
8th World Congress on Controversies in Ophthalmology COPHy-2017
Congress Secretariat: ComtecMed, Medical Congresses
53 Rothchild Bvd
Tel Aviv 6100001, Israel
Tel: +972 (3) 566 6166
Fax: +972 (3) 566 6177
e-mail: COPHyindustry@Comtecmed.com
http://www.comtecmed.com/cophy/2017/

31 марта
Чебоксары
«Современные подходы к лечению ВМД. Тенденции и перспективы»
Республиканская клиническая областная больница
Чебоксары, ул. Ашмарина, 85
http://www.rkob.med.cap.ru/

31 марта – 1 апреля
Генуя, Италия
Международные курсы по глаукоме
GOA Glaucoma international course
e-mail: infogoaglaucoma@oic.it

АПРЕЛЬ

2-6 апреля
Нэшвилл, США
AAPOS-2017: 43rd Annual Meeting (American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus)
e-mail: aapos@aao.org
https://aapos.org/meeting/2017_annual_meeting/

5-9 апреля
Даллас, США
Vision by Design-2017 (American Academy of Orthokeratology and Myopia Control, AAOMC)
http://www.orthokmeeting.com

6 апреля
Новосибирск
Дискуссионный интернет-клуб «Золотой резерв ретинологии»: «Актуальные вопросы современной ретинологии»
Новосибирский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
Тел.: (383) 340-37-14
e-mail: nauka@mntk.nsk.ru

6 апреля
Москва
Школа детского офтальмолога «Активная ретинопатия недоношенных, атипичные формы, диагностика и лечение»
Под эгидой Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов»
ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца»
http://helmholtzeyeinstitute.ru/15-novosti/477-roof2016-news-2

7 апреля
Воронеж
Ежегодная межрегиональная офтальмологическая научная конференция «Весна-Черноземье - 2017»
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
http://www.vsmaburdenko.ru/academy/

7 апреля
Уфа
Научная конференция офтальмологов с международным участием «Детская офтальмология. Итоги и перспективы»
В рамках медицинского форума «Неделя здравоохранения в РБ»
http://www.ufaeyeinstitute.ru/konferentsii/

10-13 апреля
Москва
XXIV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Четверть века вместе!
Центр международной торговли
http://www.fesmu.ru/SITE/files/editor/file/obyavlenya/090120172.pdf

12 апреля
Новосибирск
Практическая страбизмология и оптометрия. Поликлиническое звено
Новосибирский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://www.mntk-nsk.ru/nauka-i-obrazovanie/konferentsii/plan

13 апреля
Чебоксары
Школа поликлинического врача «Глаукома»
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://mntkcheb.ru/specialistam/chuvashskoe-regionalnoe-otdelenie-oor/shkola-poliklinicheskogo-vracha

13-15 апреля
Казань
Юбилейная конференция «Новые технологии в офтальмологии»
Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан
Тел.: (843) 236-00-61; 222-00-20
Тел./факс: (843) 299-42-59
e-mail: venera1910@yandex.ru
http://www.rkob.ru
http://www.rkob.ru/conference/27-predstoyashchie-konferentsii/221/yubilejnaya-vserossijskaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-novye-tekhnologii-v-oftalmologii-priurochennaya-k-chetyrem-znamenatelnym-datam

14 апреля
Кемерово
Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»
Межрегиональная программа «Современные алгоритмы диагностики и лечения глаукомы»
http://avo-portal.ru

20 апреля
Чебоксары
Школа поликлинического врача «Антибиотикотерапия в офтальмологии»
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://mntkcheb.ru/specialistam/chuvashskoe-regionalnoe-otdelenie-oor/shkola-poliklinicheskogo-vracha

21 апреля
Тверь
Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»
Межрегиональная программа «Современные алгоритмы диагностики и лечения глаукомы»
http://www.avo-portal.ru

21 апреля
Ростов-на-Дону
Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»
Межрегиональная программа «Современные алгоритмы диагностики и лечения глаукомы»
http://www.avo-portal.ru
http://www.unistaff-cc.ru/avo_rostov_on_don.html

21-22 апреля
Ярославль
Межрегиональная конференция офтальмологов с международным участием «Аккомодация: проблемы и решения - 2017»
Ярославский государственный медицинский университет
http://ysmu.ru/index.php/ru/glavnaya/education/kafedry/293-ophthalmology

27 апреля
Хабаровск
Заседание Приамурского научно-практического общества офтальмологов
Хабаровский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 211
http://www.khvmntk.ru/assets/files/planhab2017.jpg

27 апреля
Екатеринбург
Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской офтальмологии»
Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»
http://www.eyeclinic.ru/specialist/conference/

27-30 апреля
Флоренция, Италия
Floretina-2017: Florence Retina Meeting
http://www.floretina2017.it/

28 апреля
Южно-Сахалинск
Заседание региональных отделений Общества офтальмологов России: Приамурское научно-практическое общество офтальмологов

28 апреля
Благовещенск
Заседание региональных отделений Общества офтальмологов России: Приамурское научно-практическое общество офтальмологов

28 апреля
Чебоксары
Заседание РООР «Современные возможности терапии диабетического макулярного отека (ДМО)»
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://mntkcheb.ru/specialistam/chuvashskoe-regionalnoe-otdelenie-oor/plan-raboty

28-29 апреля
Судак
Научно-практическая конференция с международным участием «Азаровские чтения. Нейроофтальмология. Патология сетчатки»
http://www.csmu.edu.ua/page/show/docid/230135?ctxid=5218

29 апреля
Краснодар
Межрегиональная краевая научно-практическая конференция, приуроченная к 90-летию академика С.Н. Федорова «Инновационные технологии диагностики и хирургического лечения патологии переднего отдела глазного яблока»
Краснодарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
350012, Краснодар, ул. Красных партизан, 6
e-mail: nok@mail.ru

Тамбов
Круглый стол по наиболее актуальным проблемам офтальмологии и офтальмохирургии, с привлечением специалистов ведущих организаций
Тамбовский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
392000, Тамбов, Рассказовское шоссе, 1
Тел.: 8 (4752) 728-391
e-mail: mntk@tmb.ru

МАЙ

5-9 мая
Лос-Анджелес, США
ASCRS-2017. American Society of Cataract and Refractive Surgery 2017
http://www.ascrs.org/future-and-past-meeting-dateslocations
e-mail: ascrs@ascrs.org
http://annualmeeting.ascrs.org/registration#reg
Tel.: (800) 748-5064 (domestic)
Tel.: (508) 743-0538 (international)

7-11 мая
Балтимор, США
ARVO 2017
http://www.arvo.org/_conferencesite/default.aspx

11 мая
Нижний Новгород
Организация профилактики и оказания специализированной офтальмологической медицинской помощи населению Приволжского федерального округа
Нижний Новгород, Проспект Гагарина, 27 (конференц-зал «Ока-ЛЮКС»)
http://organum-visus.com/organization-of-prevention-and-provision-of-specialized-ophthalmological-medical-care-to-population-of-volga-federal-district

14-17 мая
Сингапур
International Conference on Optometry and Vision Science - 2017
http://optometry.conferenceseries.com/asiapacific/

17 мая
Новосибирск
«Конъюнктивиты, редкие формы»
Новосибирский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://www.mntk-nsk.ru/nauka-i-obrazovanie/konferentsii/plan

18 мая
Комсомольск-на-Амуре
Заседание региональных отделений Общества офтальмологов России: Приамурское научно-практическое общество офтальмологов

18 мая
Нижний Новгород
Всероссийская научно-практическая конференция офтальмологов «Современные методы лечения и диагностики в офтальмологии»
ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Тел.: +7 (987) 745-32-52
Тел.: +7 (831) 428 000 7; 421 000 7; 421 000 8
e-mail: terraconference@mail.ru
http://www.nn-terra.ru/oftalmologiya-0

18-21 мая
Калининград
Выставочно-образовательный проект «День зрения - 2017»
НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии»
http://eyeconf.ru/den_zreniya-2017/programm1/

19 мая
Хабаровск
XII Межрегиональная научно-практическая конференция в рамках XVI Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения»
«Новые технологии диагностики и лечения заболеваний органа зрения в Дальневосточном регионе», посвященная 90-летию со дня рождения академика С.Н. Федорова
Хабаровский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
Хабаровск, ул. Краснодарская, 9
(лекционный зал КГБОУ ДПО «ИПКСЗ»)
http://www.khvmntk.ru/conf2016.html

21-25 мая
Париж, Франция
International Conference on Communications (IEEE – 2017)
Contact: Gayle Weisman
3 Park Avenue, 17th floor, 22222, New York NY USA 10016
Tel.: 212-705-8941
e-mail: g.weisman@comsoc.org
http://www.ieee-icc.org/

22-24 мая
Мехико, Мексика
12th Global Ophthalmology Conference
http://www.omicsgroup.com/conferences/ACS/conference/pdfs/globalophthalmology2017_Sponsorship.pdf

23 мая
Биробиджан
Заседание региональных отделений Общества офтальмологов России: Приамурское научно-практическое общество офтальмологов

23-25 мая
Ливерпуль, Великобритания
2017 Royal College of Ophthalmologists Annual Congress
http://www.rcophth.ac.uk/page.asp?section=511§ionTitle=Annual+Congress+2017

25 мая
Ижевск
«Современные алгоритмы диагностики и лечения глаукомы»
http://www.unistaff-cc.ru/avo_izhevsk.html
http://www.avo-portal.ru

25-26 мая
Одесса, Украина
Научно-практическая конференция «Филатовские чтения – 2017»
http://www.tou.org.ua/events/filatov-memorial-lectures/2017-2/

26 мая
Чебоксары
«Сухой глаз». Как разобраться в многочисленных медикаментах? Что и когда назначать? Всегда ли медикаменты предпочтительны?
Разбор клинических случаев»
Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»
http://mntkcheb.ru/specialistam/chuvashskoe-regionalnoe-otdelenie-oor/plan-raboty

26 мая
Астрахань
Заседание научного общества офтальмологов Астраханской области «Современные аспекты витреоретинальной патологии»
ЧУЗ МСЧ «Газпром»
Астрахань, ул. Кубанская, 5
http://oftalmolog30.ru›wp-content…2017/01/zasedanie17.doc

29 мая - 3 июня
Санкт-Петербург
XXIII Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи – 2017»
http://www.ocwn.org/congress/

Между отчаянием и надеждой

Опыт работы со слепоглухими в Германии

В прошлом номере газеты «Поле зрения» мы начали рассказ о реабилитации слепоглухих людей в Германии. Сейчас читателей ожидает продолжение репортажа из католического монастыря Святого Франциска в немецкой федеральной земле Баден-Вюртемберг, где живут и получают необходимую помощь инвалиды по зрению и слуху.

Илья Бруштейн

Окончание. Начало в «Поле зрения» № 6, 2016 г.

Жилая группа «Юлиан» — родной дом для людей с инвалидностью

Все инвалиды, которые находятся на попечении «Фонда Святого Франциска» и не могут или не хотят проживать самостоятельно, распределяются в так называемые «жилые группы» (Wohngrupen). Это относится и к слепоглухим людям. В каждой жилой группе живут семь или восемь человек.

Как правило, у каждого инвалида имеется отдельная комната. Только в порядке исключения и по желанию самих подопечных их селят по двое. «Жилая группа» напоминает обычную квартиру, только очень просторную. В этой квартире, кроме комнат подопечных, имеются оборудованная кухня, столовая, гостиная, кабинеты сотрудников.

Отдельных жилых групп для слепоглухих людей в «Фонде Святого Франциска» не существует. Здесь вообще не принято создавать специальные группы для людей с конкретной инвалидностью. Однако существуют жилые группы, где слепоглухие составляют большинство.

Жилая группа имеет своё имя. Именно имя, а не номер. Эти имена присутствуют во всех документах и отчётах. Например, группа, где мне довелось провести несколько часов, называется «Юлиан». В жилой группе обязательно имеется заведующий, который координирует работу персонала. При этом количество сотрудников может быть разным при одинаковом числе подопечных.

Жилые группы, где живут слепоглухие люди, «укомплектованы» персоналом лучше всего. Это связано с тяжестью этой инвалидности и сложностями коммуникации между сотрудниками и подопечными при одновременном нарушении зрения и слуха. Моим гидом по группе стал социальный работник «Юлиана» Тим Пфайфер (Tim Pfeiffer).

— В нашей группе из семи подопечных шестеро являются слепоглухими. Три человека — тотально слепоглухие, два подопечных являются слепыми с остаточным слухом, один человек — глухой с остаточным зрением. Ещё одного нашего постояльца нельзя отнести к категории слепоглухих. Он — инвалид по зрению, прикован к инвалидному креслу и отягощён целым «букетом» других диагнозов, но слух у него нормальный.

Главная особенность всех подопечных «Юлиана» — поражения головного мозга, которые ведут к глубокой умственной отсталости. Наша «семёрка» нуждается в помощи персонала во всех сферах жизни, включая личную гигиену, посещение туалета, приём пищи и т.д. Кроме того, все эти люди нуждаются в постоянной медицинской помощи, в проведении различных процедур. В дневное время у нас обычно одновременно дежурят три сотрудника. Три «опекуна» для семи постояльцев — это не роскошь, а необходимость, учитывая психическое и физическое здоровье этих мужчин и женщин.

— Ночные смены у сотрудников тоже бывают?

— У сотрудников всех жилых групп «Фонда Святого Франциска» не бывает ночных смен. В ночное время в группе обязательно находится дежурный. Но ночные дежурные — это представители другого подразделения фонда. Они работают только ночью, а мы — только днём.

Все ночные дежурные обладают высокой квалификацией. Они прекрасно осведомлены о диагнозах всех постояльцев группы, об особенностях их поведения, в том числе в ночное время… При обострении физических или психических расстройств медицинская помощь будет своевременно оказана.

Социальный работник Тим Пфайфер, журналист Илья Бруштейн и слепоглухая подопечная

Слепоглухие учащиеся школы для слепых и слабовидящих

Ни один человек из нашей семёрки, к сожалению, не обладает речевыми навыками, ни один не владеет языком жестов и т.д. Если кому-то из них станет плохо, то они не смогут сообщить об этом. Многие из наших подопечных любят покричать, в том числе очень громко, надрывно… Но надо уметь интерпретировать этот крик. Если кто-то кричит, в том числе и в ночное время, это не значит, что ему плохо или больно… Человек может захотеть покричать просто от скуки или от плохого настроения.

— «Фонд Святого Франциска» часто посещают журналисты. В вашу жилую группу мои коллеги тоже заглядывают?

— Да, сюда часто приходят журналисты, учёные, представители различных общественных организаций. Но ваши коллеги-журналисты часто бывают разочарованы тем, что они здесь видят. А некоторые испытывают самый настоящий шок.

В последние годы в Германии тема реабилитации слепоглухих людей стала очень популярной. Ведь слепоглухие — это одна из самых тяжёлых категорий инвалидов, это люди, находящиеся в экстремальной жизненной ситуации.

Когда к нам в жилую группу «Юлиан» приходят репортёры, им хочется поговорить со слепоглухими постояльцами, расспросить их об их жизни, об опыте преодоления тяжёлого недуга. Но наступает разочарование… Вместо «мужественных инвалидов» журналистов встречают люди с глубокими психическими патологиями, с глубокой умственной отсталостью.

— Почему, на Ваш взгляд, происходят эти недоразумения?

— Как правило, журналисты, у которых не было возможности углубиться в эту тему, судят о слепоглухих по таким выдающимся людям, как дьякон Петер Хепп… Самая крупная и самая известная широкой немецкой общественности группа слепоглухих — это пациенты с синдромом Ушера. При этом заболевании человек рождается глухим или тугоухим, а зрение теряет уже в сознательном возрасте.

Ко времени потери зрения люди с синдромом Ушера уже успевают сформироваться как личности. Многие из них получили образование, успели поработать по специальности, создать семьи. Синдром Ушера не связан с какими-либо нарушениями физического и психического состояния (кроме проблем с вестибулярным аппаратом). Среди пациентов с этим заболеванием можно встретить немало интеллектуалов. Поэтому они являются идеальными героями интервью и репортажей.

Но в нашей жилой группе нет ни одного человека с синдромом Ушера. Почти все наши постояльцы являются слепоглухими с рождения или с раннего детства. К огромному сожалению, врождённая слепоглухота часто — хотя и не всегда! — сопряжена с глубокой умственной отсталостью и с многочисленными физическими ограничениями. Но журналисты об этом говорить не любят. Это не вписывается в распространённые клише, шаблоны сладко-трогательных рассказов о людях с инвалидностью.

— О каких именно клише Вы говорите?

— Когда речь идёт об инвалидах, то журналисты, как правило, рассказывают об успешных, благополучных, ярких, талантливых, самостоятельных людях, которые успешно справляются со своим недугом. За редкими и даже редчайшими исключениями, речь идёт о мужчинах и женщинах с физическими ограничениями, но с высоким интеллектом и здоровой психикой.

— Но таких героев публикаций среди людей с ограниченными возможностями здоровья на самом деле немало…

— Конечно. Но слепоглухота, так же как и другие формы инвалидности, имеет множество проявлений. Есть слепоглухие люди с высоким, высочайшим уровнем интеллекта, а есть — с глубокой умственной отсталостью, есть относительно самостоятельные, а есть — полностью беспомощные. Мне думается, что было бы разумно писать о самых разных людях с инвалидностью, уходить от привычных шаблонов.

— Вы имеете в виду клише и шаблоны в немецкой прессе?

— Это не только немецкая, сколько интернациональная проблема… С одной стороны, журналисты любят писать о людях с ограничениями по здоровью, с другой стороны, они стремятся выбрать «образцово-показательных инвалидов». В нашей жилой группе нет «типичных героев публикаций». Но именно этим группа «Юлиан» интересна!

— Господин Пфайфер, все двадцать слепоглухих людей, над которыми шефствует «Фонд Святого Франциска» страдают от глубокой умственной отсталости?

— Нет, это относится только к группе «Юлиан», где я работаю. В других жилых группах, расположенных в Хайлигенброне по соседству с нами, можно встретить целый ряд слепоглухих с нормальным интеллектуальным уровнем. Кроме того, у нас есть жилая группа в городе Ротвайле, в нескольких десятках километров от монастыря. Там живут несколько слепоглухих интеллектуалов, в том числе художник Райнер Биндер (Rainer Binder), потерявший зрение и слух в зрелом возрасте.

— Почему эта группа располагается в городе Ротвайле, а не в Хайлигенброне, на территории монастыря?

— Это было сделано по просьбе самих слепоглухих людей. Хайлигенброн, где располагается монастырь Святого Франциска, находится в крошечной деревне. А Ротвайль — это сравнительно крупный город. Там много магазинов, развлекательных учреждений и т.д. Для таких людей, как Райнер Биндер — это очень важно. Большой город способствует развитию самостоятельности слепоглухих людей.

О жилой группе, расположенной в Ротвайле, уже неоднократно рассказывали журналисты. А репортаж из нашей жилой группы «Юлиан» может показать читателям, что Господь любит всех людей, в том числе людей, у которых слепоглухота сочетается с умственной отсталостью. Господь любит всех нас, жизнь каждого человека ценна и дорога для него!

— Господин Пфайфер, не могли бы Вы подробнее рассказать о Вашей работе и работе Ваших коллег?

— Продолжительность моей рабочей недели, так же как и у других сотрудников, составляет 39 часов. Это максимальная рабочая нагрузка, которая возможна.

— В России медики и работники социальных учреждений нередко работают на полторы ставки…

— В Германии это невозможно, так как привело бы к быстрому профессиональному выгоранию. Всё-таки работа с инвалидами — очень ответственная и тяжёлая. Никакие переработки здесь недопустимы. Наоборот, в «Фонде Святого Франциска» поощряется работа на полставки, на четверть ставки. Таким образом, работающие люди могут совместить профессиональную деятельность и воспитание детей.

Сотрудники жилой группы занимаются и бытовыми делами, и реабилитационной работой. По будням, с восьми тридцати утра до пятнадцати тридцати, все подопечные нашей жилой группы находятся в «Центре реабилитации и развития» (Förder — und Betreuungsbereich), расположенном на территории монастыря, в одном из соседних зданий. В это время помещение жилой группы закрыто. Сотрудники расходятся по домам. А к половине четвёртого, ко времени окончания работы «Центра реабилитации и развития», они вновь приходят на работу и до позднего вечера, до времени отхода ко сну, опекают своих подопечных.

В будние дни наши «воспитанники» завтракают и ужинают в жилой группе, а обедают в «Центре реабилитации и развития». В выходные целый день они проводят в жилой группе, с нами. Мы устраиваем для них различные мероприятия.

— С чем связан такой график работы?

— Идея состоит в том, чтобы максимально приблизить ритм жизни слепоглухих людей с умственной отсталостью к ритму жизни здоровых сограждан. Подавляющее большинство здоровых людей каждый день по будням ходят на работу. Это полезно для нашего развития, для человеческой психики… Конечно, существуют фрилансеры,

Слепоглухие учащиеся школы для слепых и слабовидящих

В жилой группе «Юлиан»

Слепоглухая ученица

Воспитатель Александра Леман со слепоглухой подопечной

люди, работающие дома, в своих четырёх стенах. Но это исключение. В большинстве случаев работа связана с перемещением в пространстве.

Наши подопечные из группы «Юлиан» не могут получить образование, не могут ходить на работу (в привычном понимании этого слова). По сути дела, пребывание в «Центре реабилитации и развития» заменяет им работу. Это пребывание обеспечивает соблюдение чёткого, структурированного режима дня. Даже люди с глубокой умственной отсталостью начинают понимать, чем выходные дни отличаются от будних, свободное время — от рабочего времени…

В «Центре реабилитации и развития» для каждого подопечного составляется индивидуальный план занятий и трудовой терапии. Таким образом, наши подопечные тоже начинают осознавать, что они «ходят на работу» и живут нормальной жизнью, как обычные здоровые люди.

— А чем занимаются Ваши подопечные в жилой группе?

— В выходные дни мы все вместе готовим обед. Сначала все вместе идём в деревенский магазин, закупаем продукты. Потом сотрудники начинают готовить, а наши подопечные им помогают: чистят и режут овощи, нарезают мясо, сервируют на стол. Самостоятельно они не способны выполнить ни одно действие, но под наблюдением сотрудников могут многое…

Не нужно думать, что в свободное время все сотрудники и подопечные постоянно находятся в помещении жилой группы. Например, я могу с одним или двумя «жильцами» пойти в бассейн, поехать в соседний городок на экскурсию, зайти в кафе, посетить городской бассейн. У нас в «Фонде Святого Франциска» тоже есть свой бассейн, но поход в городской бассейн для слепоглухого человека может стать своеобразным приключением.

Кроме того, индивидуальные занятия и лечебные процедуры проводятся не только в будние дни, во время работы «Центра реабилитации и развития». В остальное время задача сотрудников состоит в том, чтобы отвести на процедуры, осмотры врачей всех нуждающихся, а потом «доставить» обратно в жилую группу.

— Вам нравится Ваша работа?

— Я — христианин, католик. Эту работу я воспринимаю как форму христианского служения, как возможность оказать помощь ближнему. Наши подопечные не владеют навыками речи, но я всегда чувствую, какое у них настроение… Если у них хорошее настроение, то мне тоже становится легко и приятно на душе.

Между социальным работником и его подопечными устанавливаются очень тесные, глубокие отношения. Я сам раньше не осознавал этого факта… Но в прошлом году один из моих подопечных ушёл из жизни. И я понял, насколько мне не хватает этого человека. У меня было такое чувство, что умер близкий родственник или лучший друг…

Самое главное, что необходимо осознавать всем нам: люди со слепоглухотой, с нарушениями интеллектуального и психического развития — это такие же члены общества, как и здоровые люди. Моя работа и работа моих коллег — это скромный вклад в создание общества равных возможностей, общества без дискриминации.

Мне бы очень хотелось, чтобы жилая группа «Юлиан» стала родным домом для всех людей с инвалидностью, которые здесь живут. Другого дома у них нет. В родных семьях они бывают сравнительно редко, а у кого-то совсем нет такой возможности.

Социальный работник Тим Пфайфер со слепоглухим подопечным

Семь судеб подопечных «Юлиана»

Тим Пфайфер подробно рассказал о судьбах всех семи подопечных жилой группы «Юлиан».

* * *

Монике 46 лет. Она глухая с рождения. Полностью потеряла зрение в раннем детстве. Вся её жизнь с момента рождения и до сегодняшнего дня прошла в различных заведениях для инвалидов. С 2008 года она живёт в «Фонде Святого Франциска», в 2013 году была определена в группу «Юлиан».

Монике повезло. У неё сохраняются интенсивные контакты с родительской семьёй. Её отец уже умер. Но пожилая мать каждые 4-6 недель приезжает в жилую группу, забирает дочь и на пять-шесть дней отвозит её домой.

«Моника совсем не говорит, — рассказывает Тим Пфайфер. — Но она понимает пять-шесть простых жестов: кушать, спать, гулять, посещать туалет… К сожалению, сама она эти жесты произнести не может. Когда она испытывает чувство боли, то кусает себя за руку. К этим проявлением персонал всегда относится очень серьёзно, вызывает врача…»

— Моника узнаёт свою мать?

— Да, она её узнаёт. Она обнимает её по-другому, чем сотрудников… Но сотрудников она тоже с удовольствием обнимает, и мужчин, и женщин. Вообще, слепоглухие люди нуждаются в объятиях, в тактильном контакте.

* * *

Виктории 35 лет. Так же как и Моника, она — тотально слепоглухая. В отличие от ласковой и добродушной Моники, для персонала Виктория может представлять серьёзную опасность. Она может неожиданно начать кусаться, дёргать сотрудников за волосы. Агрессия этой женщина направлена не только на других, но и на себя. Порой она начинает рвать на себе волосы. Кроме того, Виктория часто разрывает на себе одежду, в которую её одели.

Она так и не научилась самостоятельно принимать пищу. Её кормление доставляет существенные хлопоты для персонала. Ей доставляет явное удовольствие не есть пищу, а размазывать её по своему лицу и по телу.

— Господин Пфайфер, как же Вы справляетесь с Викторией?

— В идеальном случае для такого человека, как Виктория, нужно было бы выделять «персональных» сотрудников, которые опекали бы её и следили за ней с утра до вечера. Но такой возможности у нас нет. Но всё равно Виктория получает достойный уход.

Слабовидящая глухая ученица рассматривает картинки

Мои коллеги знают, как её успокоить, как справиться с приступами её агрессии. Значительную часть времени она — слава Богу! — спокойна: сидит на полу и тихомирно раскачивается из стороны в сторону. Она любит сидеть именно на полу, а не на стуле или в кресле.

У Виктории есть любимая игрушка — фен. Она может часами включать и выключать это приспособление, подставлять свои волосы под струи тёплого воздуха. Ещё она очень любит плавать, а также испытывать на себе различные гидромассажные установки, которые есть в бассейне. С этой дамой мы часто ходим и в наш собственный бассейн, и в городской бассейн.

— Как же Вы умудряетесь вместе с Викторией посещать городской бассейн. А вдруг она станет проявлять агрессию к другим посетителям?

— В бассейне у нас ни разу не было с ней никаких недоразумений. Вода действует на неё умиротворяюще. В любом случае, социальный работник постоянно находится с ней рядом и держит ситуацию под контролем.

— У Виктории есть контакты с родительской семьёй?

— Да, родители навещают её один раз в полтора месяца. Но, в отличие от Моники, домой её не забирают. Учитывая особенности её поведения, это было бы опасно и для неё самой, и для окружающих.

— Она радуется приезду родителей?

— Трудно сказать. Она узнаёт родителей, но никаких особых эмоций не проявляет. Создаётся впечатление, что Виктории вообще не нужны другие люди. У неё отсутствует тяга к общению. Ей гораздо интереснее плавать или играть с феном.

* * *

Филиппу 40 лет. Он — глухой с рождения. В 14 лет полностью ослеп в результате диабета. Так же как и Виктория, Филипп склонен к агрессии. Но эта агрессия направлена не на других, а исключительно на самого себя. Иногда он начинает биться головой об стенку, кусать деревянные перила, пытаться выдавить глаза из орбит.

— С чем связано это поведение?

— Поведение Филиппа является вполне типичным для людей с глубокой умственной отсталостью. Они могут нанести серьёзный ущерб не только другим, но и в первую очередь самим себе.

— Чем любит заниматься Филипп?

— Он может часами сидеть на полу и разрывать в клочья книги, газеты, различные каталоги. Его любимое занятие — рвать бумагу на мелкие клочья.

* * *

Доменик — единственный подопечный группы, который не является слепоглухим. Ему 41 год. Передвигается на инвалидной коляске. Почти слепой. Глубокая умственная отсталость. Доменик постоянно носит памперсы, так как организовать посещение им туалета не представляется возможным.

Его любимое занятие — кричать. Он может кричать часами, и днём и ночью… При этом Доменик любит посещать церковную службу. В храме он никогда не кричит, ведёт себя тихо и улыбается. Чтобы успокоить Доменика, сотрудники включают для него «Библейское радио» с проповедями и церковными песнопениями.

— Чем ещё любит заниматься Доменик, кроме посещения храма и прослушивания «Библейского радио»?

— Он любит всё брать в рот: бутылки, детские игрушки, различные вещи. Его любимое занятие: что-либо сосать. Его интеллект находится на уровне новорожденного младенца, но при этом в нём чувствуется глубокая религиозность. Доменика с полным правом можно назвать «блаженным».

— К нему кто-либо приезжает?

— Его мама навещает его примерно один раз в месяц. Он хорошо слышит. Но ничего не говорит. Но он улыбается, когда мама подходит к нему, когда он чувствует её прикосновения.

* * *

Леонарду 42 года. Слепой, тугоухий. Любимое занятие: игра с молнией на одежде. Может часами застёгивать и расстёгивать молнию, пока она не сломается. Также любит лежать на специальном водном матрасе. Не проявляет интереса к какой-либо коммуникации с другими людьми, в том числе родственниками и сотрудниками.

Его мать каждый день звонит в жилую группу и подробно расспрашивает сотрудников о самочувствии сына. Три-четыре раза в год она приезжает, чтобы увидеть своего повзрослевшего ребёнка. Но никаких эмоций во время этих визитов Леонард не проявляет.

* * *

Юргену 28 лет. Слепой, тугоухий. Любит играть с пластиковыми мячиками. Из всех подопечных группы у него наиболее высокий уровень интеллектуального развития. Он не только понимает некоторые жесты, но и сам в определённой степени способен к коммуникации с помощью жестов. Например, Юрген способен не только сообщить о чувстве голода, но и с помощью специальных жестов сообщить, что именно он хочет поесть: мясо, рыбу, салат, пирог, бутерброд с колбасой и т.д.

Юрген — человек добродушный. Агрессии ни к кому не проявляет. Каждые три недели родители на несколько дней забирают его домой. Эти поездки его очень радуют.

* * *

Сабрине 41 год. Глухая, слабовидящая. Она понимает от десяти до двадцати простых жестов, но сама не способна их повторить. Любит вместе с сотрудниками жилой группы ходить по магазинам. Любит играть с губками для мытья посуды, брать их в рот. Любит блестящие предметы.

* * *

— Господин Пфайфер, у Вас нет опасений, что подробный рассказ о подопечных Вашей жилой группы шокирует наших читателей?

— Знакомство с инвалидами, тем более слепоглухими людьми — это соприкосновение с тяжёлыми судьбами, с людьми, у которых физические и психические ограничения теснейшим образом связаны между

Слепоглухой корзинщик Манфред Трап

собой. Но в любом случае каждому человеку можно и нужно помочь, жизнь каждого человека может стать немного ярче, лучше и светлее.

Слепоглухие дети в школе для слепых и слабовидящих

Для того чтобы познакомиться с реабилитационной работой со слепоглухими детьми в «Фонде Святого Франциска», я решил посетить школу для слепых и слабовидящих, расположенную на территории монастырского комплекса. Всего в школе учатся 90 учащихся, 20 из них являются слепоглухими. Моей собеседницей стала Беате Шорк (Beathe Schork), руководитель отделения по работе со слепоглухими учащимися этого учебного заведения.

— Госпожа Шорк, хотелось бы узнать о специфике работы со слепоглухими учащимися.

— Среди двадцати учащихся нашей школы есть и тотально слепоглухие дети, и слепые дети с тугоухостью, и глухие мальчики и девочки с нарушениями зрения, и слабовидящие слабослышащие. Есть учащиеся, которые являются слепоглухими с рождения, кто-то потерял зрение и слух уже в подростковом возрасте…

Мы можем помочь всем детям. Также наши преподаватели участвуют в консультационной работе в отношении учащихся, которые учатся в других школах. Обычно это специализированные школы для инвалидов различных категорий.

Бывают различные ситуации. Например, слепоглухой учащийся посещает школу по месту жительства для слепых и слабовидящих детей или специальную школу, где собраны дети с различными категориями инвалидности. Таких школ много в каждом регионе Германии. Вроде бы всё замечательно!

Но часто бывает, что в своей школеребёнок оказывается единственным слепоглухим учащимся. Учителя и воспитателя далеко не всегда могут найти подход к таким детям, способствовать их оптимальному развитию. В ряде случаев мы настоятельно рекомендуем родителям забрать их отпрыска из родной школы и определить в нашу школу, где имеется интернат.

— Родители соглашаются на такой вариант?

— По понятным причинам далеко не все родители хотят, чтобы их ребёнок-инвалид жил в интернате. В этом плане Германия ничем не отличается от России и других стран. Многие родители считают, что школа для инвалидов по месту жительства — это более приемлемый вариант. Но в нашей школе с середины девятнадцатого века проводится обучение слепоглухих детей. У нас накоплен огромный, уникальный опыт в этой сфере!

— А сколько в Германии школ для слепоглухих детей?

— Всего таких школ четыре, включая нашу. Все дети у нас обучаются по индивидуальным программам. Мы используем индивидуальные и коллективные занятия. Иногда приходится слышать, что обучение слепоглухих детей должно состоять только из индивидуальных занятий. Это не так.

Беате Шорк со слепоглухим учащимся

Дети со слепоглухотой, так же как и любые другие дети, должны овладеть навыками коммуникации с другими людьми. Поэтому мы проводим групповые занятия для слепоглухих учащихся различных возрастов и различного уровня подготовки. Также слепоглухие дети привлекаются к проведению различных школьных мероприятий, где они взаимодействуют с незрячими и слабовидящими учениками с нормальным слухом.

— Не могли бы Вы рассказать о комнибудь из учащихся более подробно?

— Уже несколько лет у нас учится Михаил. Ему 16 лет. Непривычное для немецкого слуха имя объясняется тем, что он из немецко-греческой семьи. У него дома говорят и на немецком, и на греческом языках.

Даже с помощью двух слуховых аппаратов Михаил слышит очень плохо. И он почти ничего не видит. Но Михаил способен различать на слух отдельные слова и понятия, которые он знает. Он неплохо владеет рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом.

— Он может читать книги?

— Скажем так, он способен понять простой, короткий текст, написанный по Брайлю. Он может самостоятельно прочитать детскую книжку, изначально предназначенную для незрячих первоклассников. Но для слепоглухого юноши — это уже большое достижение!

Михаил также на элементарном уровне овладел языком жестов, он неплохо знает систему Лорма…

— Как в дальнейшем может сложиться судьба Михаила?

— Трудно давать какие-то прогнозы. Михаил вряд ли сможет получить какое-либо профессиональное образование… Как и у многих слепоглухих детей, у Михаила поражения зрения и слуха сочетаются с умственной отсталостью. Но уровень его интеллектуального развития может позволить ему работать в мастерской для людей с инвалидностью.

Но дело не только в работе… Мы обучаем детей-инвалидов не для того, чтобы они в будущем получили какую-либо специальность и зарабатывали себе на жизнь. Самое главное, чтобы мальчик развивался, чтобы учёба и школьная жизнь доставляли ему довольствие.

Разумеется, будучи слепоглухим человеком, Михаил всю свою последующую жизнь будет зависеть от помощи государства и поддержки окружающих. Но мы стремимся к тому, чтобы он был бы радостным, весёлым, довольным, чтобы ему было интересно учиться, интересно жить... Слепоглухой человек может и должен быть счастливым!

— Госпожа Шорк, а почему Вы решили рассказать именно о Михаиле?

— Мне стоило огромных усилий уговорить его родителей «отдать» его в нашу школу. Они живут далеко от Хайлигенброна и очень боялись «оставлять» слепоглухого ребёнка в интернате. Они были уверены в том, что ему лучше жить дома и посещать школу для инвалидов по месту жительства.

А я наблюдала за Михаилом в течение нескольких лет. И как специалист по развитию слепоглухих детей я видела, что

Слепоглухой корзинщик Йоахим Бургер

местная школа не справляется со своими обязанностями. Мы теряли драгоценное время! Наконец-то, после долгих и тягостных раздумий, родители со мной согласились, и Михаил стал учащимся нашей школы и воспитанником интерната.

И всё сложилось замечательно! В интернате ему нравится, он подружился с другими детьми. В его развитии можно наблюдать явный прогресс.

Я хочу стать известным в России!

В монастыре Святого Франциска можно встретить не только слепоглухих людей с умственной отсталостью. Здесь также живут инвалиды по зрению и слуху с нормальным уровнем интеллекта, которые способны дать интервью, рассказать о себе.

Таких людей можно встретить, например, в учебно-производственных мастерских. Слепоглухие, а также инвалиды других категорий, занимаются монтажно-сборочными работами, а также изготовлением различных электротехнических изделий. Организация производства полностью совпадает с учебно-производственными предприятиями Всероссийского общества слепых (ВОС) и Всероссийского общества глухих (ВОГ). Так же как и в России, руководители учебно-производственных мастерских постоянно заняты поиском коммерческих заказов, чтобы обеспечить работой своих сотрудников.

Йоахиму Бургеру (Joachim Burger) 57 лет. Он полностью слепой. Но с помощью двух слуховых аппаратов может распознать человеческую речь, если собеседник говорит медленно, чётко и находится в непосредственной близости от него.

— Господин Бургер, Вы согласны дать интервью для читателей газеты «Поле зрения»?

— Да, конечно, я хочу стать известным в России! В этой мастерской неоднократно бывали немецкие журналисты, но гостей из России ещё не было… Я работаю в мастерской по изготовлению корзин. Незрячие и слепоглухие люди во все времена и во всех странах занимаются плетением из ивового прута и других материалов. Я никогда не был в России, но уверен в том, что этим ремеслом в вашей стране инвалиды тоже занимаются.

— Какие корзины Вы изготовляете?

— От огромных до крошечных, сувенирных. Назначение корзин тоже разное: для бумаг, для покупок, для грязного белья, для хранения чистого белья, для грибов и ягод. Также плету подносы для посуды, различные шкатулки.

— Вы давно живёте в монастыре?

— Вся моя жизнь здесь прошла. Я попал в монастырь Святого Франциска в 1965 году, в возрасте шести лет, учился в монастырской школе. А после окончания школы стал работать в этой мастерской.

— Здесь работают только те люди, которые живут в монастыре, так же как и Вы?

— Это учебно-производственные мастерские для людей с инвалидностью. Поэтому здесь работают не только подопечные монастыря и «Фонда Святого Франциска», но и все инвалиды, которые могут и хотят выполнять эту работу. Рабочий день длится с восьми утра до шестнадцати часов сорока пяти минут, с перерывом на обед. Обедаем мы в столовой на территории монастыря. Часть сотрудников живёт в жилых группах на монастырской территории, а остальные после окончания работы уезжают к себе домой.

— В Германии не принято спрашивать о зарплате, но, может быть, Вы раскроете этот секрет...

— Никакого секрета здесь нет. В наших мастерских зарплаты сотрудников-инвалидов составляют от ста до трёхсот евро в месяц. По моей информации, на других немецких предприятиях для инвалидов примерно такие же зарплаты. Меня это вполне устраивает. В монастыре я живу на полном обеспечении. Поэтому зарплату можно потратить на личные расходы. Официально я трудоустроен здесь с шестнадцати лет. Но плести корзины я научился уже в шесть-семь лет, как только стал жить в монастыре.

Эта работа мне нравится именно тем, что я умею делать её хорошо. Говорю об этом без ложной скромности. Я отвечаю за качество своих корзин. И я уверен в том, что плетеная корзина — очень важная, жизненно необходимая вещь в домашнем хозяйстве.

— Простите за личный вопрос, у Вас с детства проблемы со зрением и со слухом?

— Я родился слабовидящим и слабослышащим. Именно поэтому в шестилетнем возрасте меня отдали на попечение в монастырь. Полностью зрение потерял уже в подростковом возрасте. Футбольный мяч попал мне в голову, произошло отслоение сетчатки.

Изготовлением корзин в нашей мастерской занимаются и тотально слепоглухие люди. Самое главное, чтобы интеллект у человека был в порядке, чтобы он мог понять суть производственного задания. Ведь каждая корзина должна изготовляться с учётом требований конкретного заказчика.

Ещё одна сфера деятельности, где работают незрячие и слепоглухие люди в монастыре Святого Франциска — изготовление щёток и кисточек. Для этого имеется специальная мастерская.

— Общаются ли сотрудники учебно-производственных мастерских во внерабочее время?

— Для этого у нас имеется немало возможностей. Для сотрудников во внерабочее время устраиваются занятия по гимнастике, кулинарные курсы, музыкальные занятия, проводятся уроки и мастер-классы по различным видам рукоделия. Часто проходят различные праздники, экскурсии, концерты.

* * *

Рассказ Йоахима Бургера дополнил социальный работник учебно-производственных мастерских Даниэль Оберт (Daniel Obert).

— В наших мастерских слепоглухие люди могут успешно выполнять самые разные виды работ. Вполне допустимо, если имеется лёгкая форма умственной отсталости или психические заболевания, не мешающие производственному процессу и не препятствующие взаимодействию с коллегами.

При глубокой умственной отсталости и тяжёлых формах психических заболеваний человек, к сожалению, не сможет стать сотрудником наших мастерских, но мы готовы с ним работать в рамках «Центра реабилитации и развития». Находясь в этом подразделении, можно, например, заниматься изготовлением корзин, кисточек и щёток не на заказ, а для собственного удовольствия, для подарков родным и близким.

Учебно-производственные мастерские — это не просто реабилитационное подразделение, а настоящее производство, где к сотрудникам предъявляются определённые требования. Пример Йохима Бургера наглядно показывает, что с этими требованиями вполне реально справиться. И работа доставляет удовольствие!

Фотографии автора и из архива «Фонда Святого Франциска — Stiftung St. Franziskus» (Германия)

iSert®

Предустановленная ИОЛ

HOYA SURGICAL OPTICS

Предустановленная гидрофобная моноблочная ИОЛ для разреза 2.2 мм

Surgix

ophthalmic surgical products

www.surgix.ru
www.hoyasurgicaloptics.com
info@surgix.ru

издательство Апрель

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

Подписной индекс: 15392
www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственности за иллюстративный материал, а также за содержание рекламных, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: февраль 2017. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 115184 Москва, Большой Ордынский переулок, д. 4, строение 3, Офисный центр «Ордынский».

© «Поле зрения», 2017. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ».

Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.