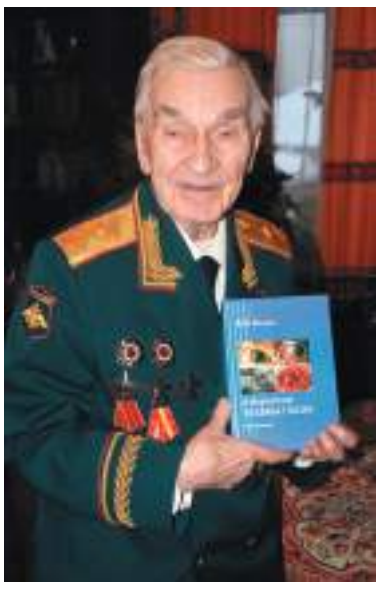
ИЗДАНИЕ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГОВ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ №1(45) ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2018 ISSN 2221-7746

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Доктор медицинских наук, профессор **В.В. Волков**:

«К столетнему юбилею вновь надеюсь нарядить ёлку»

Д.м.н., профессор Вениамин Васильевич Волков — не просто выдающийся, а поистине легендарный российский офтальмолог. Он является участником Великой Отечественной войны, Героем Социалистического труда, генерал-майором медицинской службы. Его имя носит малая планета Солнечной системы — «Венволков».

20 января 2018 года патриарху российской офтальмологии исполнилось 97 лет. Накануне дня рождения корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с Вениамином Васильевичем. Беседа получилась искренней и тёплой. Профессор Волков поделился своими жизненными размышлениями и воспоминаниями. Мы говорили о грустном и радостном, героическом и трагическом в жизни человека... В этой беседе слились детские новогодние воспоминания и рассказы о фронтовых дорогах. > стр. 7

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Каждый день нужно делать что-то новое

30 лет Санкт-Петербургскому филиалу ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

14 декабря 2017 года исполнилось тридцать лет Санкт-Петербургскому филиалу ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России. Этому событию, а также 90-летию со дня рождения академика С.Н. Фёдорова была посвящена Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция с международным участием «Лазерная интраокулярная и рефракционная хирургия», прошедшая в Санкт-Петербурге 8-9 декабря 2017 года.

Корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с директором Санкт-Петербургского филиала, заслуженным врачом РФ, д.м.н., профессором Э.В. Бойко, а также несколькими другими ведущими сотрудниками клиники. Так как наша беседа проходила в последние дни 2017 года, то одной из тем общения стали приближающиеся новогодние и рождественские праздники.

> стр. 10

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Мы создаём «волшебные глаза» для юных и взрослых пациентов

Интервью с директором – руководителем Уральского Центра глазного протезирования OKORIS, к.м.н. **И.А. Сироткиной**

К.м.н., офтальмохирург высшей квалификационной категории, действительный член Ассоциации глазных протезистов Европы АЕО И.А. Сироткина в 2002 году создала в Челябинске Лабораторию глазного протезирования. С 2014 года она носит название «Уральский центр глазного протезирования OKORIS» и является единственной подобной организацией в Уральском федеральном округе. Только здесь жители Уральского региона могут не только приобрести стандартные глазные протезы, но и заказать индивидуальные «волшебные глаза», созданные специально для них. Красивое название Центра объединяет в себе два латинских слова: oko (глаз, свет) и oris (замена).

Во время командировки в Челябинск корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с Ириной Анатольевной. Мы решили поговорить о насущных проблемах глазного протезирования в России, о взаимоотношениях врачей-офтальмологов, мастеров-протезистов, органов государственной власти и т.д.

> стр. 36

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Мы должны дать нашим врачам лучшие технологии, что есть в мире

Интервью с д.м.н., профессором Б.Э. Малюгиным

> стр. 3

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Интервью с д.м.н., профессором Э.В. Бойко, д.м.н., профессором А.С. Измайловым, С.А. Никулиным, к.м.н. Э.Л. Сапегиной, д.м.н. М.В. Гацу

> стр. 10

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

К 30 летию открытия Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Главы из книги профессора Л.И. Балашевича «Прозрение»

> стр. 15

Кафедра офтальмологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Учебно-производственный план на 2018 год

> стр. 28

ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

А.А. Вороноцов

Советы будущим районным окулистам

> стр. 30

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Венозные окклюзии и глаукома как взаимовлияющие факторы

Эксперты: профессор В.П. Еричев (Москва), д.м.н. Е.В. Карлова (Самара)

> стр. 32

Также в номере:

НА КНИЖНОЙ ПОЛКЕ > стр. 9

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ > стр. 23, 24

НОВОСТИ > стр. 25, 40

КОНФЕРЕНЦИИ > стр. 26, 27

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ В ЛИЦАХ > стр. 29

ОПТИЧЕСКИЙ БИЗНЕС > стр. 39

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ

Радио для тех, кто умеет слушать > стр. 41

Дорогие наши читательницы!

От души поздравляем вас с праздником 8 марта!

Счастье — это любовь. Наша жизнь зависит от наших мыслей, если они полны мира и добра, то и наша жизнь яркая и светлая. Желаем вам, наши дорогие друзья, смотреть на жизнь чистыми детскими глазами, когда мир казался великолепным, шире было человеческое сердце и в тысячу раз загадочнее родная земля. Храните мир в сердце, и весна вернётся в вашу душу!

Редакция газеты «Поле зрения» и издательство «АПРЕЛЬ»

Апельсинные цветы

О, берегитесь, убегайте
От жизни лёгкой пустоты.
И прах земной не принимайте
За апельсинные цветы.

Под серым небом Таормины
Среди глубин некрасоты
На миг припомнились единый
Мне апельсинные цветы.

Поверьте, встречи нет случайной, –
Как мало их средь суеты!
И наша встреча дышит тайной,
Как апельсинные цветы.

Вы счастья ищете напрасно,
О, вы боитесь высоты!
А счастье может быть прекрасно,
Как апельсинные цветы.

Любите смелость нежеланья,
Любите радости молчанья,
Неисполнимые мечты,
Любите тайну нашей встречи,
И все несказанные речи,
И апельсинные цветы.

Зинаида Гиппиус
1897

РОНДО XX

Пока не поздно, дай же мне ответ,
Молю тебя униженно и слезно,
Далекая, смотрящая мимозно:

Да или нет? Ответь — да или нет?
Поэзно «да», а «нет» — оно так прозно!

Слиянные мечты, но бьются розно
У нас сердца: тускнеет в небе свет...
О, дай мне отзвук, отзнак, свой привет,
Пока не поздно.

Ты вдалеке. Жизнь превратилась в бред.
И молния, и гром грохочет грозно.
И так давно. И так десятки лет.
Ты вдалеке, но ты со мною грезно.
Дай отклик мне, пока я не скелет,
Пока не поздно!..

Игорь Северянин
1919

Коль любить, так без рассудку,
Коль грозить, так не на шутку,
Коль ругнуть, так сгоряча,
Коль рубить, так уж с плеча!

Коли спорить, так уж смело,
Коль карать, так уж за дело,
Коль простить, так всей душой,
Коли пир, так пир горой!

Алексей Константинович Толстой
1854

Юрий Пименов. Лирическое новоселье. 1965 г.

Юрий Пименов. Начало любви. 1960 г.

Вечер

О счастье мы всегда лишь вспоминаем.
А счастье всюду. Может быть, оно –
Вот этот сад осенний за сараем
И чистый воздух, льющийся в окно.

В бездонном небе легким белым краем
Встает, сияет облако. Давно
Слежу за ним… Мы мало видим, знаем,
А счастье только знающим дано.

Окно открыто. Пискнула и села
На подоконник птичка. И от книг
Усталый взгляд я отвожу на миг.

День вечереет, небо опустело.
Гул молотилки слышен на гумне…
Я вижу, слышу, счастлив. Все во мне.

Иван Алексеевич Бунин
1909

Юрий Пименов. Ожидание. 1959 г.

Юрий Пименов. Утро нового дня. 1964 г.

Юрий Пименов. Проливной дождь. 1957 г.

А знаешь, всё ещё будет...

А знаешь, всё ещё будет!
Южный ветер ещё подует
и весну ещё наколдует,
и память перелистает,
и встретиться нас заставит.
И ещё меня на рассвете
губы твои разбудят.
Понимаешь, всё ещё будет!
В сто концов убегают рельсы,
самолеты уходят в рейсы,
корабли снимаются с якоря...
Если б помнили это люди,
чаще думали бы о чуде,
реже бы люди плакали.
Счастье – что оно? Та же птица:
упустишь – и не поймаешь.
А в клетке ему томиться
тоже ведь не годится,
трудно с ним, понимаешь?
Я его не запру безжалостно,
крыльев не искалечу.
Улетаешь?
Лети, пожалуйста...
Знаешь, как отпразднуем встречу?

Вероника Тушнова
1959

Профессор Б.Э. Малюгин: «Мы должны дать нашим врачам лучшие технологии, что есть в мире»

Интервью с заместителем генерального директора ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по научной работе, председателем Общества офтальмологов России, доктором медицинских наук, профессором **Борисом Эдуардовичем Малюгиным**.

— Борис Эдуардович, позвольте, прежде всего, поблагодарить Вас за то, что нашли возможность пообщаться с нами. Начать разговор нам бы хотелось с прошедшей в октябре месяце конференции «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии». Два из трех дней конференции прошли в «Рэдиссон Ройял». Повлиял ли перенос места проведения конференции за пределы МНТК на состав участников?

— Безусловно, повлиял. Собственно, это решение и было обусловлено тем, что конференции уже 18 лет, она постоянно развивалась, и на сегодняшний день ей стало тесно в стенах института. Мы установили планку на таком уровне, который приближал бы нашу конференцию к международным стандартам конгрессов, проводимых ведущими мировыми профессиональными сообществами. Конференцию можно сравнить с айсбергом. Научные заседания — это вершина, кульминация процесса, в основе которой — колоссальный объем подготовительной работы. В распоряжении организаторов должны быть современные аудитории, качественное видео- и аудиооборудование, просторные выставочные холлы. В лечебном учреждении возможно проведение мероприятий с участием нескольких десятков и даже сотен человек, но когда счет идет идет на тысячи — это в корне меняет дело. В конгресс-холле «Рэдиссон Ройял» в нашем распоряжении было все необходимое. Думаю, выбор новой площадки повлиял и на существенный рост количества участников — в конференции приняли участие почти полторы тысячи человек. Это было непростое решение, но уже сейчас очевидно, что оно абсолютно обосновано.

— Первый день был целиком посвящен глаукоме. Чем вызвано обращение к этому заболеванию в рамках «катарактально-рефракционной» конференции?

— «Глаукомный день» проводится в рамках данной конференции не впервые. Существует много смежных патологий, с которыми приходится сталкиваться врачу. Порядка 20% пациентов, приходящих на прием к хирургу, оперирующему катаракту, имеют нарушения офтальмотонуса или ранее были оперированы по поводу глаукомы, или принимают антиглаукомные препараты. Направление сочетанной хирургии катаракты и глаукомы сейчас очень актуально, оно быстро развивается, появляются новые разработки, с которыми необходимо знакомить практикующих врачей. Организовав «Глаукомный день» в МНТК, мы подчеркнули связь с Alma Mater, преемственность в развитии данного научно-практического мероприятия.

— Ваш программный доклад в «Глаукомный день» был посвящен теме «Инновационные технологии в комбинированной хирургии глаукомы и осложненной катаракты». Не могли бы Вы тезисно познакомить читателей газеты со своей лекцией?

— На сегодняшний день мы видим радикальное изменение подходов к лечению глаукомы. Расширяется круг специалистов, признающих это заболевание хирургическим. Я помню, что Святослав Николаевич Федоров в отношении глаукомы был всегда настроен радикально. С его точки зрения, вопрос лечения этого заболевания следовало решать хирургическим путем. На тот момент мнение Федорова разделяли далеко не все офтальмологи. Многие годы превалировала иная позиция, но буквально пару лет назад с «высоких» трибун международных глаукомных конгрессов вдруг зазвучала хорошо нам знакомая «мелодия» о том, что глаукома — это все-таки хирургическое заболевание и к ее лечению необходимо подходить более активно. Причин тому несколько: был накоплен существенный материала по побочным эффектам медикаментозной терапии, определена роль соблюдения пациентами режима назначений, были досконально изучены все недостатки традиционных методов хирургии глаукомы и вместе с тем появились новые методы хирургии, различные дренажные устройства.

Свой доклад я сфокусировал на технологии MIGS (микроинвазивная хирургия глаукомы — англ.). На определенном этапе развития офтальмохирургии некоторые ученые трактовали этот термин с позиции уменьшения размеров традиционных хирургических вмешательств (синусотрабекулэктомии или непроникающей глубокой склерэктомии). По очевидным причинам формирование лоскута склеры на 1 мм меньше или больше может давать определенные преимущества. Однако этот подход не представлял собой качественно новой ступени и не переводил хирургию глаукомы на принципиально другой уровень решения проблемы.

Сейчас же мы являемся свидетелями того, что сформировался иной подход к микроинвазивности. Под термином «MIGS» подразумевают различные оперативные вмешательства, осуществляемые доступом ab interno со стороны передней камеры и предполагающие использование дренажных устройств. Такие вмешательства, как правило, не приводят к формированию фильтрационной подушки. Другими словами, MIGS — это бужирование и активация естественных путей оттока. Дренажи, используемые при MIGS, могут вводиться в шлемов канал, супрахориоидальное пространство или интрасклерально. В последнем случае внутрикамерная влага отводится в субконъюнктивальное пространство, при этом имеет место некое подобие фильтрационной подушечки.

Как правило, такие операции не приводят к выраженному снижению уровня ВГД и являются менее эффективными по сравнению с традиционными, что обосновывает их применение на начальных стадиях развития заболевания, часто в сочетании с экстракцией катаракты, которая, как мы знаем, обладает определенным гипотензивным эффектом. С другой стороны — профиль безопасности таких операций очень высок. Они сопровождаются минимальным количеством осложнений.

Появление MIGS обусловило разработку новых технологий, в частности, изучение прижизненных путей оттока камерной влаги при помощи ОКТ (оптической когерентной томографии). В учебниках шлеммов канал представлен упрощенно, в виде циркулярной структуры, которая, как шланг, лежит в углу передней камеры и фильтрует жидкость через своеобразное сито (трабекулярную сеть) по всей своей окружности. На самом деле это не так. Шлеммов канал характеризуется сегментарным строением, отрезки «шланга» между собой не связаны; при этом каждый сегмент связан со своими коллекторными канальцами. При стентировании шлеммова канала мы можем ввести дренаж в нужное место, но можем и промахнуться и попасть в зону между сегментами. Очевидно это снижает эффект вмешательства до минимума или исключает его полностью. Сейчас на базе ОКТ создана технология, позволяющая изучить шлеммов канал, так называемая «аквография». Новое направление мне представляется чрезвычайно интересным и перспективным.

Возвращаясь к глаукомной хирургии, думаю, что при далеко зашедших стадиях глаукомы и при высоких значениях офтальмотонуса альтернативы традиционной антиглаукомной хирургии пока нет. Но дальнейшая разработка технологии MIGS, так же как и поиск оптимальных точек клинического ее применения, вполне логична и представляет ярко выраженный тренд современной офтальмологии. Собственно анализу всех сторон данной проблемы и был посвящен мой доклад.

— Вы отдаете предпочтение какой-либо из представленных в лекции технологий? Широко ли сегодня распространена в системе МНТК технология MIGS?

— Если говорить о технологиях, основанных на использовании новых видов имплантов (iStent, Hydrus и др.), то они не зарегистрированы на территории России, и пока по понятным причинам применять их мы не можем. С другой стороны, такие технологии, как трабекулотомия ab interno, применяются. Надо отметить, что эта операция продемонстрировала неплохую эффективность и нашла свое место в хирургическом арсенале.

Но, несмотря на то что по причинам, о которых я только что сказал, мы не можем применять весь спектр современных технологий, мы внимательно следим за работой зарубежных коллег, изучаем публикации. Надо сказать, что в отношении некоторых типов операций и имплантов первоначальные радужные надежды не оправдались. Таким образом, с одной стороны, жаль, что мы не являемся пионерами и не применяем те или иные технологии, с другой — можем выждать паузу, и нам не придется повторять чужие ошибки и набивать шишки, которые неизбежно достаются первопроходцам. Также хочу отметить, что параллельно мы ведем разработки технологий, основанных на оригинальных, отечественных имплантах. Убежден, что они являются не менее перспективными, чем зарубежные аналоги.

— В докладе профессора К.Б. Першина «Комбинированная хирургия глаукомы и осложненной катаракты…» прозвучала мысль о том, что сочетанная хирургия (цитата): «позволяет во многих случаях помочь пациентам с катарактой и глаукомой в один этап, что, безусловно, быстрее, комфортнее, дешевле и эффективнее как для пациента, так и для врача». Скажите, насколько «безусловно, эффективнее»? Вы в своей лекции говорили о поэтапном вмешательстве.

— В своей лекции я говорил как о поэтапном, так и об одномоментном вмешательствах. В частности, технология MIGS и предполагает имплантацию дренажных устройств непосредственно в момент удаления катаракты. Для этого есть хорошие анатомические условия, т.к. после экстракции катаракты раскрывается угол передней камеры и обеспечивается доступ к его структурам; на более глубокой камере удобнее работать, нет риска повредить естественный хрусталик. Что касается доклада Кирилла Борисовича [Першина], то я разделяю его позицию с определенной оговоркой: для каждого метода хирургии, будь то одномоментный или этапный, мы должны найти свою нишу. В медицине вообще и в офтальмологии в частности не существует варианта лечения, способного «покрыть» все возможные спектры и сочетания какой-либо конкретной патологии с различными осложняющими факторами. Для комбинированной хирургии мы должны отбирать пациентов, у которых катаракта достигла определенной зрелости и влияет на снижение остроты зрения; у которых ВГД не запредельно высокое, иначе риски хирургии значительно повышаются. Таким образом, если мы отбираем подходящих кандидатов, то, безусловно, повышаем результативность вмешательства, избегаем ненужных рисков и дополнительных этапов, связанных с повторной госпитализацией и пролонгированным лечением. Соответственно, эффективность, в том числе и медико-экономическая, одномоментного лечения очевидна. Однако, как я говорил, никто еще не отменил «классическую» глаукомную хирургию, когда приходит пациент с высочайшим давлением, существенным повреждением зрительного нерва и начальной катарактой. Такому пациенту мы не будем проводить комбинированные вмешательства при открытоугольной глаукоме. Закрытоугольная глаукома — это другая тема, и ее обсуждение требует отдельного разговора.

— Борис Эдуардович, настоящим бичом глаукомной хирургии является послеоперационное рубцевание, часто сводящее на «нет» результаты вмешательства. Один из Ваших коллег в интервью нашей газете высказал мнение, что исследователь, который найдет безопасное средство против регенерации тканей после глаукомных операций, совершит настоящую революцию. Насколько далеко мировая офтальмологическая наука находится от решения данной проблемы? Наблюдается ли продвижение в этом направлении?

— На сегодняшний день методы борьбы с пролиферативными реакциями в зоне антиглаукомного вмешательства в целом определены. Речь идет об использовании дренажных устройств и цитостатиков. Последние (митомицин-С, 5-фторурацил) используются в ходе операции в виде аппликаций на склеру или в послеоперационном периоде в форме инъекций под конъюнктиву. К сожалению, легитимность применения этих препаратов в РФ весьма зыбкая. Хирурги, которые решаются их использовать, несомненно, действуют из самых лучших побуждений, из желания помочь пациенту. Но фактически они балансируют на грани закона и не могут не понимать возможных медико-юридических последствий.

Хочу отметить, что в России были разработаны крайне интересные, оригинальные подходы. В частности, это касается применения дренажных устройств, насыщенных раствором гликозоаминогликанов, которые, как выяснилось, в определенных концентрациях способны угнетать процессы рубцевания. Поиск подобных подходов продолжается и за рубежом. К примеру, доктор Peng Tee Khaw из лондонской глазной клиники Moorfields, один из корифеев антиглаукомной хирургии, описывает следующие перспективные направления поиска: изучение различных видов терапевтических субстанций и молекул, включая антитела, иРНК, генную терапию, наночастицы, липосомы, дендримеры, протеогликаны и ингибиторы малых молекул. Все они имеют целью предупреждение процессов рубцевания и обеспечение регенерации здоровых клеток в тканях глаза. Надеюсь, ближайшие годы, наконец, принесут долгожданный прорыв в данном направлении.

Существует проблема разрыва между научными исследованиями и, если так можно выразиться, «орфанным» характером результатов их применения. На настоящий момент ниша для этих препаратов невелика. Дело в том, что в мире антиглаукомных операций выполняется немного, для фармакологических компаний потенциально возможный рынок применения ничтожно мал. Отсюда — невысокая заинтересованность производителей в финансировании научных работ. Разработка и регистрация современного медицинского препарата стоит колоссальных средств. С нулевого этапа до финального продукта она достигает порядка 2 миллиардов долларов. Понятно, что компания, вкладывающая в разработку препарата, должна быть уверена, что такие затраты будут компенсированы. Получается замкнутый круг: инвестиций в разработку нет, т.к. хирургических вмешательств по поводу глаукомы не так много; не так много операций, потому что хирурги не любят их выполнять, а одна из причин, почему не любят выполнять — это рубцевание…

И, тем не менее, в самые ближайшие годы количество пациентов с глаукомой в мире достигнет 70 миллионов. С одной стороны — это печальная статистика, с другой — расширение возможностей для компаний-производителей, которые должны использовать перспективы растущего рынка для своей потенциальной продукции.

— Позвольте немного вернуться назад: Вы говорили о том, что, применяя такие препараты, как митомицин-С, хирурги «балансируют на грани» в медико-юридическом отношении. Такая ситуация касается отечественных хирургов или носит глобальный характер?

— Такая ситуация носит глобальный характер. Мне не известно ни одной лекарственной формы цитостатика, которая была бы зарегистрирована специально для офтальмохирургии. Мы знаем, что в ряде стран решение локального этического комитета дает возможность врачам использовать методы лечения и фармакологические препараты, неутвержденные местными регистрирующими органами. Отечественное законодательство в этом отношении более жесткое и не допускает подобных вольностей. Отсюда возникает ситуация, когда методы лечения, доказавшие на практике свою эффективность и безопасность усилиями исследователей из одних стран, не могут быть использованы в других странах.

— В программу первого дня конференции была включена так называемая «Академия Ziemer». Расскажите, пожалуйста, об этом мероприятии. Что нового открыли для себя его участники?

— «Академия Ziemer» — это образовательное мероприятие, целью которого является обучение специалистов навыками работы с фемтосекундной лазерной системой LDV производства компании Ziemer (Швейцария). Головная организация и несколько филиалов МНТК «Микрохирургия глаза» имеют и активно используют данные установки различных модификаций. Последнее поколение LDV можно применять для роговичной рефракционной хирургии, послойной и сквозной кератопластики, а также катарактальной хирургии. Возникла реальная необходимость обобщить накопленный опыт, поделиться полученными результатами, провести обучение не только начинающих, но и опытных хирургов нюансам работы с данным оборудованием. Такое начинание нашло живой отклик в компании Ziemer, которая предложила использовать базу МНТК для обучения европейских специалистов. В работе прошедшей Академии приняли участие слушатели из Германии, Словении, Чехии.

Мне приятно осознавать, что компания видит в нашем центре партнера в области обучения своим технологиям и готова везти на обучение в Россию докторов из европейских стран. Мне кажется, это — правильный симбиоз в отношениях между производителем высокотехнологичного оборудования и научно-медицинским учреждением. При этом одна из сторон получает возможность демонстрировать возможности своей техники, вторая — выполнять научные разработки, накапливать и обобщать интересный клинический опыт. Важное значение имеет и обратная связь с производителем, дающая возможность проводить модернизацию оборудования, усовершенствование и апгрейд программного обеспечения в соответствии с существующимися потребностями. Согласно заключенному соглашению между МНТК и компанией Ziemer, проводиться Академия будет до двух раз в год, следующая намечена на 14-16 мая.

— В 2008 году офтальмохирург Золтан Наги впервые применил фемтосекундный лазер в хирургии катаракты. В наступившем году этой технологии исполняется 10 лет. Какой путь был пройден за это время? В своем докладе на «Академии Ziemer» Вы, в частности, говорили о расширении зоны применения фемтосекундных технологий. По каким направлениям идет движение?

— С фемтосекундной хирургией катаракты ситуация неоднозначная. Многие российские и зарубежные коллеги стали ее искренними апологетами, но в целом они находятся в меньшинстве. Кроме того, несколько крупных международных моно- и мультицентровых исследований, проведенных в Австралии, Франции (FEMCAT) и Европейским обществом катарактальных и рефракционных хирургов (анализ по базе данных EUREQO) на материале нескольких тысяч операций, не выявили преимуществ данной технологии по сравнению с традиционной, мануальной факоэмульсификацией. Результаты упомянутых исследований нанесли чувствительный удар по фемтотехнологии.

Несмотря на довольно большой срок с момента начала разработки фемто-ассистированной хирургии катаракты, прошедшие 10 лет показали, что на сегодняшний день данная технология не обеспечивает существенного улучшения функциональных результатов оперативного лечения.

Дискуссия о том, не приводит ли она к существенному росту специфических осложнений, таких, например, как капсульный блок или разрывы переднего капсулорексиса, в целом завершилась признанием факта, что мануальная и фемтотехнологии сопровождаются примерно равным количеством осложнений.

Следует упомянуть также и об определенных технических и организационных неудобствах, связанных с фемтосопровождением хирургии катаракты. При использовании подавляющего большинства лазерных установок пациента приходится перевозить с места на место, добавляется еще один этап хирургии, существенно возрастает общее время операции. Нельзя не упомянуть и экономический аспект данной технологии. Оборудование дорогостоящее, требуются затраты не только на покупку, но и техническое обслуживание и расходные материалы. Соответственно, к стоимости стандартной катаракты следует добавить от 30 до 60 тысяч рублей. Эти деньги пациент должен выплачивать из собственного кармана.

И, тем не менее, все не так уж печально. Да, фемтотехнология на нынешнем этапе своего развития при стандартной возрастной катаракте не лучше, чем стандартная традиционная факоэмульсификация. Однако существует область хирургии осложненных катаракт, где фемтосекундные лазеры, с моей точки зрения, обладают хорошим потенциалом и перспективами для внедрения. Это, прежде всего, пациенты с катарактами повышенной твердости; пациенты с низкой плотностью эндотелиальных клеток роговицы; с нарушениями связочного аппарата хрусталика, когда хирургу сложно выполнить капсулорексис и прочие этапы в силу мобильности ядра хрусталика. Фемтосекундные лазеры показали свою эффективность при проведении заднего капсулорексиса, в практике хирургии врожденных катаракт. Имеются разработки новых моделей ИОЛ с фиксацией за край капсулорексиса, сформированного лазером (Femtis), и ряд других интересных разработок.

Таким образом, существует значительная доля пациентов, которым лазерная технология хирургии катаракты обеспечит снижение вероятности развития осложнений и повышение клинико-функциональных результатов. Однако для того чтобы убедительно показать преимущества фемтолазерных технологий по сравнению с традиционными, в тех случаях, о которых я только что упомянул, необходимо провести ряд научных исследований. Потребуется время, чтобы получить достаточный объем материала на эту тему и его проанализировать. То есть речь в данном случае идет о перспективе, которая может реализоваться, а может и нет. Естественно, мы не стоим в стороне, такого рода исследования проводятся в клиниках МНТК «Микрохирургия глаза».

— Борис Эдуардович, Вы фактически ответили на вопрос, который звучит так: «Несколько лет назад в одном из интервью газете «Поле зрения» на вопрос о перспективах развития фемтосекундных технологий Вы высказались довольно осторожно: «Будущее покажет…»

— То самое будущее, в котором мы с Вами сейчас находимся, показало, что взвешенный и осторожный подход не помешает при оценке любой новой медицинской технологии. Для этого и существует практика экспертной оценки, основанная на скрупулезном научном анализе результатов. Мало того, в мировой практике эта оценка может осуществляться одновременно разными научно-исследовательскими группами, независимыми от производителей, что чрезвычайно важно. Прикладная медицинская наука собственно для этого существует и фактически так развивается: появляется нечто новое — лекарственный препарат, оборудование, будь то диагностическое или операционное, — его начинают применять в практике, далее происходит апробация, оценка экспертами. Затем новинка либо принимается, либо отвергается, или совершенствуется. В этом процессе возникает интересный симбиоз «врачи — производители». И те и другие заинтересованы в развитии, совершенствовании технологий. Производители четко осознают необходимость постоянного генерирования новых идей, т.к. если чуть замедлить развитие, конкуренты обойдут. Врачи заинтересованы в применении новых технологий, что расширяет их возможности, в том числе по лечению той категории пациентов, которым они раньше по объективным причинам не могли помочь или делали это на ином качественном уровне. Замечательно, что процесс инновационного развития медицины, когда все участники процесса объединены одной задачей — создания новых технологий и их внедрения для достижения наилучшего результата в лечении пациентов, — происходит непрерывно. И всегда сохраняется интрига: какая новая технология появится завтра. Предсказать это сложно, а порой и просто невозможно.

— Еще один даже не вопрос, а ремарка, подтверждающая Вашу точку зрения относительно фемтолазерной технологии ФЭК: «Ваши коллеги из Санкт-Петербургского филиала, доктора С.В. Шухаев и А.А. Науменко, представили доклад «Субъективная оценка пациентами результатов двух вмешательств: факоэмульсификация с фемтолазерным сопровождением и традиционная мануальная факоэмульсификация», который показал, что пациенты лучше переносят классическую мануальную ФЭК, при этом разницы в качестве зрения отмечено не было…»

— Мне кажется, что доктор Шухаев с коллегами, сосредоточившись на конкретном клиническом случае, сами того не подозревая, затронули крайне интересную и актуальную тему. Называется она — «система PRO» (patient reported outcomes) и представляет собой оценку пациентом результата собственного лечения. Приведу пример для простоты понимания: берем некий новый противоопухолевый препарат. Пациент его начинает принимать и получает великолепный результат, опухоль регрессировала, перспективы выживаемости пациента отличные. Но «маленький» нюанс — пациента каждый день тошнит, все время кружится голова, он не может ходить, не может работать…

— …но живет при этом до 100 лет…

— Да, и при этом живет до 100 лет! Если мы оцениваем результат лечения с формально-медицинской точки зрения, получаем прекрасный результат: болезнь вылечили, все замечательно! Человек живет. Но если говорить о качестве жизни, то оно ничтожно низкое. Наверное, этот пример из области онкологии несколько грубоват. Давайте приведу аналог из нашей профессии. Хирург имплантирует мультифокальный искусственный хрусталик, тем самым обеспечиваем пациенту зрение на близком расстоянии и вдаль. Однако вечером человек видит круги светорассеяния, засветы, ощущает неприятные оптические симптомы. Задаем себе вопрос: достигли ли мы цели, обеспечив человеку зрение вблизи и вдаль? Да, достигли. Если на этом поставить точку и не поинтересоваться, остался ли пациент доволен результатом, все ли его устраивает, нет ли жалоб, то существенную часть картины мы не узнаем и не поймем. Получается, что оценка медицинской технологии должна осуществляться как врачами, так и пациентами. И при этом шкалы оценки у нас различные. Мы, врачи, оцениваем свои результаты, например, в процентах улучшения остроты зрения, а пациент дает свою оценку — по наличию/отсутствию и степени субъективных симптомов и ощущений. В этом — основа системы PRO.

Еще одна немаловажная сторона вопроса — оценка медицинского учреждения, при которой первостепенное значение имеет степень удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью. При этом спектр вопросов достаточно широк: пациент ранжирует то, как его приняли в медучреждении, как разъяснили предстоящее лечение, сколько времени было потрачено на ожидание приема, диагностическое обследование и операцию, в случае ее проведения. Как правило, мы, хирурги, сосредотачиваемся на оперативном вмешательстве — как оно прошло и какая в финале получена острота зрения. Обратная сторона медали нередко ускользает из виду. А ведь она очень важна. На основании оценки удовлетворенности пациента качеством оказанных медицинских услуг в некоторых странах составляются рейтинги лечебных учреждений, служащие основой для финансирования этих учреждений. Клиники, находящиеся на верхних строчках, получают максимальную оплату за пролеченного больного, менее рейтинговые учреждения — с понижающим коэффициентом. Тем самым происходит мотивация медучреждения на повышение качества оказываемой помощи.

Я извиняюсь за столь обширный экскурс в эту не относящуюся непосредственно к конференции область. Но я тем самым хочу подчеркнуть, что в этом, на первый взгляд, обособленном клиническом случае, о котором докладывали коллеги из Петербурга, кроется глубочайший смысл. Пациент должен быть удовлетворен не только некоей манипуляцией, он должен быть удовлетворен всем процессом лечения. Это — вектор развития медицины и в нашей стране, и во всем мире на многие годы вперед.

— Борис Эдуардович, в конференциях, организуемых в МНТК, традиционно принимают участие ведущие офтальмологи из различных стран мира. Кто из известных докторов приехал в Москву в этот раз? Представьте их, пожалуйста. Какие доклады произвели на Вас наибольшее впечатление?

— В этом году на конференцию приехали многочисленные делегации различных офтальмологических обществ. Профессор Руди Нуйтц (Нидерланды) представлял Европейское общество катарактальных и рефракционных хирургов (ESCRS). Он выступил с почетной лекцией имени академика С.Н. Федорова и представил результаты только что закончившегося исследования PREMED. В нем изучали различные схемы медикаментозной терапии, позволяющие предотвратить развитие макулярного отека после операции по поводу катаракты. В результате был сделан вывод о целесообразности применения комбинации стероидных и нестероидных препаратов в инстилляциях. Полагаю, что представленное исследование на долгие годы определит оптимальный вектор фармакотерапии у данной категории пациентов, в особенности с сопутствующей патологией (сахарный диабет). Доктор Оливер Финдл (Австрия) предложил свой метод расчета оптической силы ИОЛ при помощи метода трассировки лучей (ray tracing). Метод обеспечивает принципиально новый уровень предсказуемости рефракционных результатов катарактальной хирургии. Доктор Жан-Пьер Розенбаум из Парижа поделился своим опытом имплантации мультифокальных ИОЛ различных моделей и фирм-производителей. Сейчас он работает над компьютерной технологией симуляции характера зрения в послеоперационном периоде, которая поможет определиться, какая конкретная модель линзы больше подходит для того или иного пациента. Коллега из Сингапура, доктор Дж. Мехта, специалист по кератопластике, поделился опытом сочетанных операций при патологии роговицы и хрусталика. Было и много других, не менее ярких, выступлений коллег из Израиля, Индии, Германии, Италии, Латвии и ряда других стран. Для нас представляется очень важным приглашать лучших, самых ярких представителей нашей профессии, чтобы молодые специалисты, у которых пока нет возможности выезжать на международные конференции, могли «насытиться» их знаниями, опытом. В этом мы видим одну из приоритетных задач Общества офтальмологов России. Мне представляется, что мы общими усилиями успешно ее решаем.

Но говоря о зарубежных докладчиках, думаю, стоит упомянуть и отечественных. Уровень их презентаций за последние годы существенно возрос. Это интересные и яркие работы, которые не стыдно представить на любом самом высоком международном форуме. Особого упоминания заслуживает почетная лекция имени академика С.Н. Федорова, прочитанная академиком РАН Сергеем Эдуардовичем Аветисовым. Он представил нам результаты своих раздумий и интересный, особый взгляд на проблему классификации высоких аметропий.

— Борис Эдуардович, нам не раз приходилось слышать мнение некоторых Ваших коллег о том, что иностранные докладчики, принимающие участие в наших мероприятиях, ничему новому российских офтальмологов научить не могут, что их доклады примитивные, рассчитаны на студентов младших курсов. Прокомментируйте, пожалуйста, эти высказывания.

— Мое глубокое убеждение, что данное мнение поверхностное. Организаторы различных научных конгрессов нередко ставят перед собой совершенно разные задачи. Есть мероприятия, цель которых заключается в доведении до участников новейшей и наиболее актуальной информации. Другие — имеют образовательную направленность, в ходе которых рассматриваются проблемы конкретных заболеваний, начиная с азов, патогенеза, классификации, диагностики, заканчивая методами лечения. Опытный специалист, принимая участие в таких конференциях, возможно, и не узнает ничего нового. Однако все мероприятия важны, просто рассчитаны они на разные аудитории. Недовольство врачей, по моему мнению, может означать только одно: они ошиблись в выборе мероприятия.

— Какие новинки были представлены фирмами-производителями? Какое новейшее диагностическое и хирургическое оборудование, ИОЛ, лекарственные препараты появятся в арсенале офтальмологов в 2018 году?

— Лично для меня в области хирургии самыми интересными новинками были системы, обеспечивающие комплексную взаимосвязь и обмен данными между диагностическим и операционным оборудованием. На рынке представлены системы различных производителей. Новейшая технология позволяет передавать информацию от диагностического модуля на операционный микроскоп, и хирург может ею воспользоваться непосредственно в ходе операции. Таким образом, операционный микроскоп,

к которому мы так привыкли за последние несколько десятилетий, из оптического прибора и средства визуализации операционного поля превращается в источник существенной дополнительной информации. На ее основе хирург принимает кардинальные решения и даже меняет ход оперативного вмешательства. На мой взгляд, в системах визуализации наступает эпоха революционных преобразований, к которым можно отнести, в частности, 3D-визуализацию, наличие модуля ОКТ (оптической когерентной томографии) или интраоперационной аберрометрии. Микроскопы, в том виде, который нам так привычен, — это великолепные, совершенные машины, но их дни, похоже, сочтены.

— Скажите, пожалуйста, отечественные установки «Фемто Визум» и «Микроскан Визум», это — политес, дань вежливости или вполне серьезная аппаратура, способная конкурировать с зарубежными аналогами?

— Уверен, что упомянутые Вами разработки — это серьезно. Они создавались и сейчас дорабатываются в теснейшем сотрудничестве с МНТК «Микрохирургия глаза». И головная организации, и филиалы принимают в этом активное участие. Совсем недавно была защищена диссертационная работа, в которой объективно сравнивались несколько фемтосекундных лазеров, предназначенных для роговичной хирургии, в частности, для рефракционных операций. Там было показано, что отечественная машина ни в чем не уступает зарубежным аналогам. Во время защиты я задал вопрос: где мы находимся в разработке таких лазеров по сравнению с зарубежными аналогами — сделали рывок вперед, встали вровень или догоняем? В результате ответов и ознакомления с материалами работы, у меня создалось однозначное мнение — мы, как минимум, встали вровень. Обойти ведущих конкурентов на данном этапе пока не представилось возможности, однако для этого есть хорошие предпосылки. По своим основным характеристикам — качеству поверхности лазерного реза, точности и прогнозируемости результатов — отечественные машины работают на высочайшем уровне, прецизионно и надежно.

— Мне вдруг пришла в голову аналогия с самолетом «Сухой Суперджет 100», в котором 95% комплектующих иностранного производства...

— Я не готов говорить о «начинке» лазера, поскольку не являюсь инженером. Тем не менее общеизвестен факт, что сейчас мировая кооперация и интеграция в производстве высокоточных систем, будь то компьютеры, смартфоны или лазеры, достигли такого уровня, что не имеет смысла, как это было в Советском Союзе, изобретать все самим, вплоть до последнего болта. Зачем строить завод, чтобы производить комплектующие, которые уже есть на рынке, ведь их намного проще и дешевле купить? Главная особенность прибора — новая идея, принцип, какая-то техническая инновация. Возьмем для примера прибор ОКТ — он должен обеспечить картину четко, с высоким разрешением и без погрешностей. А что внутри этой «железки» — плата из Тайваня, лазер из Китая, лейкосапфировая линза из России — не важно. Важно то, что прибор работает, не ломается, дает необходимое качество и обеспечен качественным сервисом.

— «Фемто Визум» не является копией зарубежной машины?

— Нет, не является. В нем реализованы свои технические решения, свои ключевые компоненты и оригинальное программное обеспечение, отвечающие за работу лазера. В приборе имеется весомый объем отечественной технологической и интеллектуальной начинки.

— Форуму ESASO — Европейской школы повышения квалификации в офтальмологии — был посвящен заключительный день конференции. Расскажите немного об этой школе.

— ESASO — известная европейская школа, расположенная в швейцарском городе Лугано. В ней есть WetLab, который был совсем недавно реконструирован по последнему слову техники и укомплектован новейшим оборудованием, включая современные компьютерные видеотренажеры. Я имею опыт преподавания в этой школе на протяжении последних 7 лет. В основном ESASO рассчитана на обучение европейских офтальмологов, однако на протяжении последних лет многие начинающие хирурги из России прошли здесь стажировку и обучение по разным модулям (катарактальной, рефракционной, роговичной хирургии и др.).

Видя такую тенденцию, я обратился к руководству школы с предложением провести образовательный курс в России, в Москве. В итоге этот проект успешно состоялся и прошел в рамках XIX Всероссийского конгресса катарактальных и рефракционных хирургов в октябре 2017 года, организаторами которого стали МНТК «Микрохирургия глаза» и Общество офтальмологов России (ООР). Открою Вам один секрет: курс в Москве был не бесплатным, как это могло показаться всем его участникам, за него заплатили организаторы конгресса. Данный проект был реализован в рамках партнерства ООР и компании «Алкон» в образовательной сфере. Убежден, что это — правильно. Все лучшие технологии, которые есть в мире, мы должны привезти к нам в Россию и представить нашим врачам. Данную работу в рамках Общества будем продолжать и развивать.

— Борис Эдуардович, вопрос к Вам как председателю Общества офтальмологов России (ООР): подведите итоги работы Общества в прошедшем году, каковы планы на 2018 год? На каком этапе находится работа по внедрению «Профессионального стандарта врача-офтальмолога»?

— В целом я удовлетворен тем, как идет работа Общества. И хотя подводить итоги еще рано, мне представляется, что сделано уже немало. Вы упомянули «Профессиональный стандарт врача-офтальмолога». Эта работа сделана, стандарт утвержден. Он готовился под эгидой ООР, но в тесном сотрудничестве с Ассоциацией врачей-офтальмологов, со всеми ведущими учреждениями: МНТК «Микрохирургия глаза», НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, РМАПО. Это — наше общее дело и пример того, как могут и должны работать в тесном сотрудничестве профессиональные общественные организации, ведущие образовательные и научные учреждения. Следующий этап — работа, связанная с аккредитацией специалистов. Сроки ее введения немного отодвинуты, однако рано или поздно это произойдет. В этом направлении много подготовительной работы, а когда система заработает — то будет немало и непосредственной текущей работы. ООР активно включилось в систему оценки научно-образовательных мероприятий в рамках НМО (непрерывного медицинского образования).

Следует отметить и большой пласт международной деятельности. Нами заключены договора о сотрудничестве с Китайским обществом офтальмологов (COS), Всеиндийским обществом офтальмологов (AIOS), Обществом офтальмологов Израиля (IOS), Американской академией офтальмологии (AAO). Достигнуты принципиальные договоренности и с рядом других обществ. В рамках этих договоров будут проводиться обмены делегациями и отдельными специалистами, обмен информацией и обучающими программами. Это — большой образовательный и интеграционный ресурс, который еще только предстоит реализовать и использовать на благо членов ООР. В этом году российские секции будут организованы в рамках конгрессов вышеупомянутых обществ в Индии, Тель-Авиве и Ханчжоу. Ответные визиты делегаций намечены не только на этот, но и на последующие годы.

— Газета с Вашим интервью выйдет в свет накануне очередной конференции «Современные технологии в лечении витреоретинальной патологии», которая пройдет в Санкт-Петербурге. Что ждет участников и гостей на предстоящем форуме?

— Данная конференция — ведущий в стране форум для обмена знаниями и обучения в области офтальмологии, которая на сегодняшний момент очень бурно развивается. Много лет конференция проходила в Москве в стенах МНТК. Сначала как Витреоретинальный клуб, затем расширилась и выросла до сегодняшних масштабов. В прошлом году впервые конференция «Современные технологии в лечении витреоретинальной патологии» состоялась на внешней площадке, в г. Сочи. В этом году оргкомитет принял решение переместить ее в Санкт-Петербург. Думаю, это — стратегически правильное решение, учитывающее тот факт, что врачи из регионов по многим причинам лишены возможности приехать в столицу. Наша задача заключается, в том числе, в обеспечении доступности современных медицинских знаний как можно более широкому кругу практикующих офтальмологов. Выбор непосредственного места проведения конференции — не столь простая задача, как может показаться на первый взгляд. Здесь существенную роль играет наличие современного конгресс-центра, отелей и транспортная доступность.

— Может быть, есть смысл подумать о городах, которые летом примут у себя Чемпионат мира по футболу. Необходимая инфраструктура там будет подготовлена на самом высоком уровне.

— Вполне возможно. Сейчас мы обсуждаем этот вопрос и к марту, когда надо будет анонсировать следующую конференцию, точно определимся.

Что касается программы ближайшей конференции, то мы планируем целый спектр интересных мероприятий. Во-первых, будет проведен симпозиум «Современные представления о сахарном диабете». В нем будет охвачен самый широкий круг вопросов — начиная от патогенеза диабетической ретинопатии и диабетического макулярного отека и заканчивая современным спектром медикаментозных, лазерных и хирургических методов лечения. Не секрет, что в последнее время активно дискутируется тема о том, а нужен ли нам вообще лазер для лечения диабетической ретинопатии? Не заменят ли лазер анти-VEGF инъекции? Накопилось много вопросов по тактике хирургического лечения, по роли ангио-ОКТ и ряду других.

Особого упоминания заслуживает почетная лекция, которую в этом году подготовит авторский коллектив кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии под руководством профессора В.В. Волкова. Не знаю, выступит ли с лекцией сам Вениамин Васильевич или поручит выступление сотруднику кафедры, но мы хотим показать школу отечественной военной офтальмологии, которая всегда вплотную занималась витреоретинальной хирургией, связанной с травмой органа зрения, инородными телами, пролиферацией, кровоизлияниями и т.д. Тем более в этом году кафедра отмечает свой 200-летний юбилей.

Еще один интересный пункт программы — «живая хирургия» в формате 3D. И хотя опыт таких мероприятий за рубежом и в России уже есть, новое оборудование позволит в этот раз провести данное мероприятие на качественно новом уровне. Технологии 3D достигли такого уровня развития, что хирургу даже не нужно заглядывать в микроскоп, он одевает специальные очки и смотрит на экран. Некоторые коллеги убеждены, что за этой технологией будущее, другие воспринимают ее с большим сомнением. Стоит задача не только продемонстрировать что-то новое, но и разобраться самим, что же хирург на самом деле приобретает или теряет в ходе ее использования. Один пример: когда мы преобразуем сигнал в «цифру», а «цифру» передаем на экран, неизбежна задержка во времени в несколько миллисекунд, которая необходима для обработки информации. Принципиальна ли такая задержка, не отразится ли она на качестве хирургии, не станет ли препятствием в случаях непредвиденных ситуаций, когда надо принимать немедленное решение? Мы обсудим эти и другие вопросы, выслушаем точку зрения экспертов, оценим их видение подобных проблем. Думаю, сессия будет иметь чрезвычайно важное значение, поскольку в направлении 3D будет двигаться не только витреальная, но и катарактальная хирургия.

Не снижается интерес участников к видеосессиям и презентациям осложненных случаев, которые мы также запланировали в рамках предстоящего конгресса. Нас ждут выступления онкологов по проблемам внутриглазных опухолей, детских хирургов, имеющих опыт в лечении ретинопатии недоношенных и травм глаза, и многое другое.

— Борис Эдуардович, Вы являетесь единственным российским офтальмологом, обладателем медали Бинкхорста...

— Даже двух медалей Бинкхорста…

— Разве такое возможно?

— Почетные лекции и медали имени Корнелиуса Бинкхорста были учреждены по обе стороны Атлантического океана. Данный факт сам по себе подчеркивает мировую значимость этого ученого и его уникальный вклад в развитие катарактальной и имплантационной хирургии. Так вот, в прошлом году случилось забавное совпадение: одновременно Американское и Европейское общества катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS и ESCRS), не сговариваясь, приняли решение присвоить мне эту награду и дали возможность выступить с почетной лекцией на их конгрессах. Надо сказать, что такое совпадение уникальное, ранее подобных прецедентов не было. Так что одна лекция имени Бинкхорста состоялась в мае в Лос-Анджелесе, а вторая — в октябре в Лиссабоне.

— Следующий шаг теперь — в Зал Славы ASCRS?

— В Зале Славы уже есть два выдающихся соотечественника — академики В.П. Филатов и С.Н. Федоров. Равнозначных им фигур лично я пока не вижу.

— Благодарю Вас, Борис Эдуардович, за интересную беседу!

Беседу вел ***Сергей Тумар***
Фото Сергея Тумара

Профессор **В.П. Еричев**, ФГБНУ «НИИГБ»

Бесконсервантная терапия глаукомы

Информационное руководство для офтальмологов

В издании представлен информационный материал, включающий аналитический обзор специальной литературы и данные автора, касающиеся медикаментозного лечения глаукомы. Основной акцент сделан на бесконсервантную терапию, что особенно важно в связи с проблемой местных нежелательных явлений, проявляющихся прежде всего в форме синдрома «сухого глаза». Информационное руководство рассчитано на ординаторов, аспирантов, врачей-офтальмологов.

Издание подготовлено издательством «АПРЕЛЬ» в 2018 г.

ISBN 978-5-905212-78-9

издательство Апрель

Доктор медицинских наук, профессор **В.В. Волков**:

«К столетнему юбилею вновь надеюсь нарядить ёлку»

> стр. 1

— Вениамин Васильевич, мне очень приятно вновь побывать в Вашем гостеприимном доме. Каждая встреча с Вами — это не просто интервью, а общение со старшим товарищем, с мудрым человеком, всегда готовым поделиться с коллегами не только профессиональными, но и житейскими советами.

— Я всегда тщательно готовлюсь к каждой встрече, к каждому интервью. Несколько часов сижу за рабочим столом, разбираю старые записи, делаю пометки в блокноте… Думаю о том, о чём нужно рассказать, чем поделиться с читателем.

Но в этот раз поймал себя на мысли, что повседневные занятия, в том числе и общение с журналистами и коллегами, даются мне всё сложнее. Всё-таки 97 лет — это солидный возраст! И груз этого возраста, ограничения, которые он накладывает, невозможно просто так сбросить с плеч.

Я никогда не говорил на эту тему, никогда не жаловался на болезни и недомогания, но в этот раз нельзя не сказать и об этой стороне своей жизни. Я счастлив, что судьба подарила мне долгую жизнь. Я счастлив, что и в пожилом возрасте я могу продолжать работать по мере своих сил. Я счастлив, что рядом со мной находятся близкие, родные, дорогие люди, всегда готовые прийти на помощь.

Но солидный возраст — это не только подарок судьбы, но и непростое испытание, к которому человек должен быть готов.

— Как Вы справляетесь с ограничениями и проблемами, которые накладывает возраст?

— Я думаю, чтобы справиться с возрастными ограничениями, необходимо, в первую очередь, их осознать, принять для себя (в психологическом плане). Журналисты не любят об этом говорить. Часто в газетах пишут, что человек, мол, до ста лет и дольше может оставаться молодым и активным… Вроде бы это звучит красиво. Но не всё так просто!

Ресурсы здоровья, которые даны нам природой, ограничены. У кого-то этих ресурсов больше, у кого-то — меньше. Кто-то использует их разумно, кто-то менее разумно. Но ограничения существуют. И необходимо с этим смириться.

И в питании, и в работе, и в физической активности пожилой человек уже не может вести себя так же, как и молодой. Это закон природы! Но, поняв эту закономерность, смирившись с ней, можно и в пожилом возрасте сохранять душевную гармонию, ощущать радость жизни.

Приведу конкретный пример. Почти три четверти века я посвятил офтальмологии. И самое большое ограничение, с которым я столкнулся в преклонном возрасте, связано со зрением. У меня возрастная макулодистрофия (ВМД). И это заболевание привело к существенному ухудшению зрения. Есть проблемы и со слухом, и с опорно-двигательным аппаратом.

Умом я понимаю: всё нормально. Это естественный процесс, с которым сталкиваются практически все пожилые люди. Но сердцем трудно смириться! Особенно с плохим зрением мне, офтальмологу, трудно смириться. Дело не в каких-то бытовых проблемах. ВМД очень мешает в работе за компьютером, в чтении и написании текстов. А ведь именно эта деятельность составляет суть работы учёного.

Но я продолжаю бороться. Я — офицер. В молодости довелось защищать свою страну. А сейчас моя борьба — преодолевать старческие недуги. Хочу оставаться на посту. И готов сделать для этого всё от меня зависящее. Вы знаете, в пожилом возрасте жизнь воспринимается по-другому…

В.В. Волков у новогодней ёлки. 2018 год

— Что Вы имеете в виду?

— Даже такие простые, банальные, вежливые фразы «До свидания! До новых встреч! Буду рад видеть Вас снова!» мне в последнее время стало трудно произносить. В моём возрасте трудно строить планы, трудно загадывать, увидишь ли человека снова…

Но всё равно хочется снова увидеться! И с газетой «Поле зрения», и с «Национальным журналом глаукома» мне бы хотелось продолжить сотрудничество. Старость несёт с собой серьёзные ограничения, увеличивается опасность травм (с этим мне тоже, увы, довелось столкнуться на личном опыте). Но многие вещи, которые радовали в молодости, продолжают радовать и в этом возрасте.

Радость жизни, интерес к жизни, желание узнавать что-то новое всё равно сохраняется. Усталости от жизни у меня нет. Ещё очень многое хочется сделать!

Даже если пожилой учёный уже не может проводить самостоятельных научных исследований (скажем, из-за ограничений по зрению), то он всё равно может оставаться нужным и полезным. Он может быть экспертом, консультантом, редактором научных статей! И я с удовольствием выполняю эту роль.

В прошлом году у меня вышла в свет монография «Открытая травма глаза». Книга подытожила исследования по этой теме за семьдесят лет. Новых монографий я писать не планирую, но в качестве эксперта, рецензента всегда готов помочь молодым коллегам.

С одной стороны, мой опыт может быть им полезен. А с другой стороны, их научный поиск, их достижения на этом пути становятся для меня жизненным эликсиром. Чужой успех радует не меньше, чем свой! Это огромное счастье — быть участником и свидетелем развития науки.

— Вы следите за всеми новыми тенденциями в офтальмологии?

— Меня интересует всё, что происходит в офтальмологии: рефракционная хирургия, исследования глаукомы, лазерные технологии, офтальмоонкология. Наряду с травмой глаза приоритетным направлением в работе для меня в течение нескольких десятилетий являются исследования глаукомы. Я являюсь членом редакционной коллегии «Национального журнала глаукома», который издаётся в издательстве «Апрель».

В этом журнале я регулярно печатался. Особенно приятно вспомнить совместные научные публикации со старшей дочерью Марией, которая тоже является исследователем глаукомы. По этой теме она защитила кандидатскую диссертацию.

Мне сложно загадывать, смогу ли я стать автором или соавтором новых статей… Надеюсь на это! Но, во всяком случае, буду всегда оставаться внимательным читателем журнала. И с другими научными изданиями тоже знакомлюсь очень внимательно. Радуюсь ярким, талантливым публикациям.

— Вениамин Васильевич, нельзя оставить без внимания роскошную, нарядную, огромную пушистую ёлку в Вашей гостиной.

— Трёхметровая красавица! А в прошлом году в нашем доме ёлка была ещё более крупной. Новый год и День Победы — мои самые любимые праздники. Новый год для меня не мыслим без ёлки. При этом ёлка должна быть обязательно настоящей. Никаких искусственных! Чтобы Новый год был настоящим — и ёлка необходима «правильная»!

— Чем Вам искусственные ёлки не нравятся?

— Они мне нравятся. Они могут быть очень милыми и симпатичными. Но есть одно возражение: искусственная ёлка хороша именно как дополнение к натуральной, как новогодний аксессуар. Она никогда не сможет заменить настоящее живое дерево с его непередаваемым ароматом, осыпающимися иголками. В живой ёлке есть какая-то магия, волшебство!

— Видно, что Вы являетесь знатоком новогодних традиций.

— У каждого из нас есть свои пристрастия, важные жизненные ритуалы, личные желания. Кому-то нужна какая-то особенная одежда или необычная еда… А для меня очень важно, чтобы перед Новым годом обязательно была возможность украсить новогоднюю ёлку. Зная это желание и проявляя уважение к деду, внук Андрей всегда берёт на себя покупку ёлки. Спасибо ему за это большое!

Я как-то задумался, сколько раз в жизни я уже наряжал ёлку. Наверное, девяносто раз! Давайте посчитаем вместе. Мне сейчас исполняется 97 лет. Я помню, как участвовал в украшении ёлки, когда мне ещё трёх лет не исполнилось. И потом каждый год — каждый год! — в течение всей жизни у меня были ёлки. И только живые! Если судьба мне благоволит и я смогу отметить столетие, то в преддверии этого юбилея тоже надеюсь нарядить ёлку.

Единственное исключение из этой непрерывной цепочки новогодних торжеств: четыре страшных военных года. В эти четыре года ёлок в моей жизни не было.

— В военные годы было, наверное, не до ёлки.

— Но именно в военные годы люди стремились устроить себе маленькие праздники, отвлечься от суровой и трагической реальности. Конечно же, солдатам и офицерам, находящимся вдали от дома, очень хотелось отметить Новый год. И если такая возможность была, если фронтовая обстановка позволяла, то скромные праздники всё-таки устраивались.

Человек на войне был готов к тому, что каждый прожитый день мог оказаться последним. И мы, военные врачи, фельдшеры, санинструкторы, может быть, как никто другой понимали и осознавали масштаб жертв. Мы понимали ту цену, которую платит народ за грядущую Победу!

Поэтому Новый год на фронте воспринимался по-другому, чем в мирной жизни. Каждый понимал, что этот праздник (если его удавалось отметить) может оказаться последним!

— Не могли бы Вы рассказать о наиболее запоминающихся эпизодах военного времени, в том числе о новогодних впечатлениях военной поры?

— Я поступил в Военно-медицинскую академию в 1938 году. Когда началась война, то я учился на третьем курсе. Ленинград начали бомбить. Из числа курсантов был организован отряд противовоздушной обороны. Днём мы учились, а по ночам дежурили на крышах зданий. Помню взрывы, пожары… Конечно, продовольственное снабжение было скудным. Но никто не роптал, так как курсанты понимали, что обычным ленинградцам, мирным жителям, было гораздо труднее. Курсанты недоедали, а мирные жители в первую блокадную зиму столкнулись с настоящим голодом.

В декабре 1941 года Военно-медицинскую академию эвакуировали в Самарканд. Настроение было тревожным, сосредоточенным. Мы ожидали отправки на фронт. И все рвались на фронт! Стремились сразиться с врагом, внести свой вклад в Победу. Но сначала предстояло завершить курс обучения в Академии. Ради этого нас и эвакуировали в Узбекистан.

Прекрасно помню новогоднюю ночь с 31 декабря 1941 на 1 января 1942 года. Мы в казармах не спали. Отмечали Новый год с узбекским вином и местными закусками. Чем именно мы закусывали — не помню. Но было что-то очень вкусное! После ленинградской голодухи — настоящий праздник!

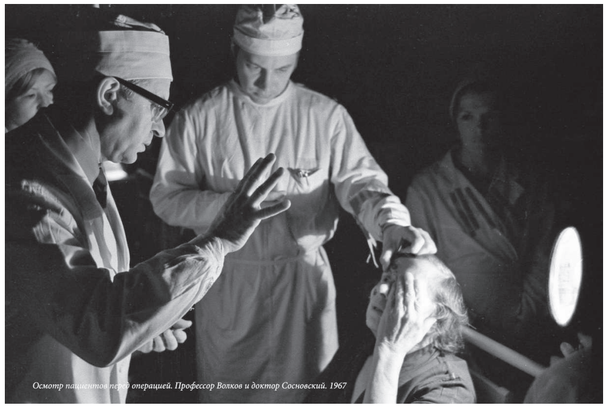
В мае 1942 года у нас закончилось обучение, прошли выпускные экзамены. Нам были присвоены воинские звания. Я стал военным врачом третьего ранга. Но вот такая деталь: учёба в Военно-медицинской академии у нас закончилась, мы получили назначение на фронт, а дипломы об окончании Академии нам не выдали.

— Почему это произошло? С чем это связано?

— Нам сказали: «После войны дипломы получите!» Я думаю, что это не случайно было сделано. Шла война. И диплом Военно-медицинской академии решили давать только тем, кто достойно проявит себя в боевой обстановке. Некоторые из моих сокурсников дипломом по уважительной причине так и не получили: они погибли, защищая страну.

Я не был ранен на фронте. Но мне довелось участвовать во многих кровопролитных боях. И на поле боя я неоднократно оказывал медицинскую помощь не только солдатам и командирам, но и своим коллегам: врачам и санинструкторам.

Здесь важно обратить внимание на один важный момент: значительную часть войны наша армия вела наступательные бои. Она изгоняла фашистов с территории нашей страны, а потом освобождала страны Европы, вела бои в самой Германии. Наступательные, успешные бои наполняли нас чувством патриотизма, гордости за Родину.



Осмотр пациентов перед операцией. 1967 год

С супругой Верой Васильевной. 1985 год

Но, с другой стороны, законы военного искусства таковы, что наступающая сторона, как правило, несёт бо́льшие жертвы, чем обороняющаяся. Наступать сложнее, чем обороняться. И это одна из причин, почему цена Победы для Советского Союза была столь высокой.

Я это прекрасно знаю по своему личному опыту. Наступательные бои могут быть очень кровопролитными, так как необходимо прорвать мощную, глубоко продуманную оборону противника.

— Как начинался Ваш боевой путь?

— Я получил назначение в 15-ю Воздушно-десантную дивизию. Прибыл в Подмосковье. Нас обучали парашютному делу и готовили к заброске в тыл противника. Но ситуация на фронте изменилась. 15-я Воздушно-десантная дивизия была реформирована. И часть её бойцов влилась в 34-ю гвардейскую десантную дивизию.

Таким образом, я не стал десантником. Прошёл всю войну в составе сухопутных частей. Боевые действия начались для меня в августе 1942 года в степях Калмыкии. А завершилась война в мае 1945 года в Австрии.

Бои в калмыцких степях были очень тяжёлыми. Это связано и с рельефом местности. В степи очень трудно укрыться. Калмыкия в то время была южным флангом Сталинградского фронта.

Но я хотел бы, в первую очередь, рассказать не о тех боях, в которых мне довелось принимать участие, а о Наталье Качуевской, санинструкторе 105-го гвардейского стрелкового полка нашей дивизии. 20 ноября 1942 года она совершила подвиг. Как санинструктор она должна была эвакуировать раненых с поля боя. Вернее, она должна была доставить раненых в сравнительно безопасное место, в один из оврагов, и ждать эвакуации.

Именно так санинструкторы всегда и поступают. Они оказывают раненым первую помощь. А потом приходит повозка или машина, и раненых увозят в тыл. Но в этом бою всё случилось по-другому… Овраг, в котором находилась Наташа, окружили фашистские автоматчики. И она, хрупкая двадцатилетняя девушка, вступила в неравный бой с врагом, используя оружие и боеприпасы раненных красноармейцев. Последней гранатой она подорвала себя вместе с наступающими фашистами.

Когда началась война, Наташа училась на актёрском факультете ГИТИСа. Она из артистической семьи. Тоже мечтала стать актрисой. Она на год меня младше. Могла бы жить и радоваться жизни по сей день… Но она окончила курсы санинструкторов и добровольцем ушла на фронт, желая внести свой вклад в приближение Победы.

Место её гибели находится в Черноземельском районе Калмыкии, южнее посёлка Хулхута. Я тоже воевал в тех краях, хорошо знаю эту местность. Когда я встречаюсь со школьниками, с курсантами Военно-медицинской академии, с журналистами, то всегда рассказываю об этом человеке и её подвиге.

На примере Натальи Качуевской можно понять суть работы военных медиков. Ведь санинструктор не должен брать в руки оружия. У него на фронте другие задачи. Но наши медики не только спасали раненых, но и сами готовы были драться с врагом до последней капли крови. Это можно охарактеризовать одним словом — ПАТРИОТИЗМ.

Вообще, война — это очень тяжёлая тема. Трудно об этом говорить…

Кафедра офтальмологии ВМА им. С.М. Кирова. 1975 год

— Где Вы встретили новогоднюю ночь 1942-1943 годов?

— Я очень хорошо помню эту ночь. Мы встретили её маршброском. Это было в Калмыкии. Всю ночь мы были в пути. Боя не было. Мы провели ночь в дороге.

А в январе 1943 года начались тяжёлые бои в Ростовской области. Впоследствии меня избрали почётным гражданином города Зернограда, за участие в освобождении этого города в Ростовской области.

Я помню такой эпизод из января 1943 года. Наши пехотинцы, и я в том числе, двигались по какой-то просёлочной дороге. Впереди неожиданно появляются немецкие танки. А сзади пехотинцев находилась наша артиллерия. Что я видел своими глазами? Я видел, как наши артиллеристы стреляют в немецкие танки, а фашистские танки стремятся подавить нашу артиллерию.

Я видел, как горели фашистские танки, как из них выскакивали люди и пытались спастись. Одновременны наши и немецкие пехотинцы стреляли друг в друга. Слышен был и свист пуль, и разрывы снарядов… Вроде бы ничего героического или выдающегося во время этого боя не произошло. Но почему-то он мне очень запомнился. Очень запомнились тяжелейшие бои при освобождении Батайска, Ростова-на-Дону.

За освобождение Ростова-на Дону я был награждён орденом Красной Звезды. Это награда за организацию эвакуации раненых. Бои были такими кровопролитными, так как рубеж обороны немцев проходил по высокому правому берегу Дона. А мы наступали с низкого левого берега. Получается, что рельеф местности благоприятствовал противнику. И форсирование Дона шло очень тяжело.

Помню, как однажды я был в деревянной избе. И пуля прошла через деревянную стену, просвистела рядом со мной. Меня это тогда очень удивило. Как такое может быть? Пуля прошла через стену! Ещё в течение 1943 года мне довелось участвовать в кровопролитных боях за освобождение Донбасса.

А вот новогоднюю ночь 1943-1944 годов нам довелось отметить по-настоящему! В то время нашу воинскую часть направили в тыл, на кратковременный отдых. И находились мы где-то на побережье Чёрного моря. Точное место сейчас вспомнить не могу. Устроили новогодний праздник в какой-то избе. Вернее, в том месте было несколько заброшенных изб. Очень хорошо посидели, выпили по случаю Нового года. В основном в компании были офицеры-мужчины. Но также были и женщины из медицинской службы.

Потом уже под утро, после окончания новогодних торжеств, все стали расходиться на ночлег. И так получилось, что мы оказались в одной комнате и даже на одной кровати с молодой женщиной-медиком. Имя сейчас не помню. Но вполне привлекательная. Мы оказались с ней одни в этой избе.

Но между нами ничего не случилось. Мы даже не поцеловались, даже не обнялись! Мы даже не разделись! Так и проспали всю ночь на одной кровати в одежде. Об этом сейчас очень странно рассказывать. Мне и тогда казалось это странным. Я не мог понять, что происходит, как нужно себя вести в такой необычной ситуации… Но, с другой стороны, сказалось целомудренное воспитание, какая-то природная застенчивость, юношеский романтизм.

Я считал, что сближение между мужчиной и женщиной возможно после длительного знакомства, романтической дружбы, узнавания друг друга… Совместная встреча Нового года не давала мне права переходить к «решительным действиям». Так, во всяком случае, мне тогда казалось! И всё равно, это был хороший Новый год, так как мы его встретили в мирной обстановке, в хорошей компании.

— Где Вы встречали свой последний военный Новый год?

— В Венгрии. И немцы вместе с их венгерскими союзниками оказывали ожесточённое сопротивление. К Новому году мы уже вышли на границу Венгрии и Австрии. Но прямо перед Новым годом поступил приказ об отступлении вглубь венгерской территории. В Австрии я оказался уже в победном 1945 году. И там закончил войну.

А первый мирный Новый год 1945-1946 гг. прошёл в Ленинграде, вместе с семьёй. В этот Новый год вновь довелось купить и нарядить ёлку. Значит, мирная жизнь вернулась! И перед этим Новым годом на студенческом новогоднем вечере я познакомился со своей будущей женой Верой.

После окончания войны я сразу же подал рапорт на продолжение обучения в Военно-медицинской академии. И такое же желание было у многих военных врачей. Но положительный ответ пришёл не сразу. Во-первых, непростая обстановка была на Дальнем Востоке.

В.В. Волкову 90 лет

В.В.Волков с дочерью Ириной. 2018 год

«Федоровские чтения». 2012 год

В.В. Волкову 95 лет

Часть военнослужащих, в том числе и бойцов нашей дивизии, перебросили туда. Во-вторых, в Военно-медицинскую академию для продолжения учёбы брали не всех.

Но мне не отказали. Я достойно проявил себя на фронте. И тем самым заслужил право продолжить учёбу. Встал вопрос: какую медицинскую специализацию выбрать? Я решил стать офтальмологом. Меня всегда интересовала математика, физика, оптика. Я подумал, что эта специализация предполагает работу со сложными оптическими приборами. Выбор был сделан — и я не ошибся.

— Как Вы думаете, почему во время нашего разговора мы всё время возвращаемся к теме Нового года, хотя сам новогодний праздник уже остался позади?

— Я думаю, это происходит именно потому, что в этом доме, в комнате, где мы общаемся, присутствует ёлка. Она может простоять, как минимум, два месяца. В любом случае, свой день рождения я привык встречать с наряженной ёлкой. И наша ёлка подарила нам праздничное настроение, подсказала интересную тему беседы. Под ёлкой принято класть подарки. Но, согласитесь, красивая ёлка уже сама по себе является подарком. Во всяком случае, для меня!

— Вениамин Васильевич, чтобы Вы могли пожелать газете «Поле зрения»?

— Наша с Вами газета имеет очень глубокое, яркое, интересное название. Поле зрения — это одна из пяти функций зрительного анализатора. Как известно, исследование поля зрения помогает врачам-офтальмологам поставить правильный диагноз. Характер поражения поля зрения может нам очень много рассказать о динамике развития заболевания.

Изучение поля зрения представляет большой интерес не только для офтальмологов, но и для неврологов, нейрохирургов. Это помогает диагностировать поражения головного мозга. Кстати, методики изучения поля зрения постоянно совершенствуются.

Разумеется, газета освещает не только вопросы, связанные с полем зрения… Но, мне думается, что такое удачное, привлекательное, интригующее название накладывает и на авторов, и на редакцию газеты большую ответственность. «Поле зрения» признано быть одним из маяков в мире российской офтальмологии. Её статьи, интервью, репортажи должны давать повод для содержательных научных дискуссий.

Важно, чтобы газета уделяла внимание и научным исследованиям, и практическому здравоохранению, и вопросам подготовки врачебных кадров. Всем сотрудникам и авторам газеты желаю крепкого здоровья и новых творческих успехов!

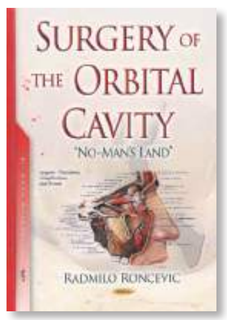
Беседовал ***Илья Бруштейн***

Фотографии автора и Л.И. Балашевича

НА КНИЖНОЙ ПОЛКЕ

Монография Радмило Ончевича «Хирургия полости орбиты» (Radmilo Roncevic «Surgery of the orbital cavity»)

Отзыв профессора Р.Т. Нигматуллина *(Всероссийский центр глазной и пластической хирургии, г. Уфа)*



В 2016 году издательство Nova Science Publishers, Inc. (New York) представило медицинской общественности монографию профессора Радмило Ончевича «Surgery of the orbital cavity». Автор монографии — известный специалист в области реконструктивной и краниофациальной хирургии. Его основное место работы — клиника пластической и реконструктивной хирургии в Белграде (Сербия). С лекциями и показательными операциями он выезжает во многие регионы мира, включая страны Европы и Северной Америки.

Профессор Р. Ончевич хорошо знаком и российскому научному сообществу. Участники XXIII Международного офтальмологического конгресса «Белые ночи» (Санкт-Петербург, майиюнь 2017 г.) имели возможность оценить его доклады, посвященные методикам хирургической декомпрессии орбиты при тиреоидном экзофтальме, а также лечению травматических переломов глазницы. По указанным темам на страницах Российского офтальмологического журнала были опубликованы статьи профессора Р. Ончевича («Травматические переломы глазницы и отношение к ним».– 2016.– Т. 9.– № 3.– С. 101-109; «Эндокринная офтальмопатия: споры о методах декомпрессии орбиты».– 2016.– Т. 9.– № 4.– С. 37-45).

Своим хирургическим опытом он делился со специалистами в Санкт-Петербурге, выполняя показательные операции. В рамках тематического семинара профессор Р. Ончевич выступал с докладами во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии (Уфа, 2014 г.).

В представляемом на суд читателя издании автор обобщает свой многолетний клинический опыт по реконструктивной хирургии глазницы и краниофациальной хирургии в целом. Весь авторский материал скомпонован в шесть глав. Первая глава посвящена хирургической анатомии глазницы и ее органов. Здесь достаточно подробно описаны костные стенки глазницы, топографические взаимоотношения структур ее мягкого остова, экстраокулярных мышц, век, органного кровеносного и лимфатического русла. Примечательно, что автор при подготовке данной главы использовал атлас Р.Д. Синельникова (Москва, 2017 г.), на который и дает ссылку в прилагаемом библиографическом списке.

Вторая глава посвящена хирургическому лечению переломов глазницы, она хорошо структурирована и включает следующие разделы: причины и механизм переломов глазницы, клиническая манифестация и постановка диагноза, методы лечения, клинические примеры и результаты. Особую ценность представляет материал по хирургическому лечению ранений челюстно-лицевой области в условиях военного времени. Приведенные в монографии операции выполнялись лично автором в трагические для Сербии дни 1999 года. Глава содержит убедительные фотоиллюстрации и схемы операций. Частично содержание данной главы отражено в упомянутых авторских статьях на страницах Российского офтальмологического журнала.

Глава третья обобщает опыт профессора Р. Ончевича по хирургическому лечению опухолей глазницы. Здесь приводится классификация опухолей, методы диагностики и лечения. Также представлены клинические примеры лечения пациентов со сложными видами локализации опухолей в назоэтмоидальном регионе, ретромаксиллярном пространстве, основании черепа и другие. В каждом случае обосновывается выбор хирургического подхода и тактики, приводятся детальные схемы операций.

Четвертая глава включает методы диагностики и хирургического лечения тиреоидной офтальмопатии. Здесь также приводятся современные взгляды на патогенез заболевания. Р. Ончевич демонстрирует результаты лечения больных с использованием авторского метода резекции медиальной, латеральной и нижней стенок глазницы. Материалы данной главы нашли отражение в упомянутой публикации в Российском офтальмологическом журнале (№ 4, 2016 г.). Многочисленные клинические примеры убеждают читателя в высокой эффективности метода и стабильности результатов в отдаленном периоде.

В пятой главе обобщается опыт автора в хирургическом лечении патологии слезного аппарата. Здесь также описаны необходимые диагностические процедуры и приводятся методы хирургической коррекции. Как и все разделы, данная глава сопровождается клиническими примерами.

Заключительная шестая глава посвящена порокам развития органов глазницы. В частности, анализируются методы коррекции синдрома «большого глаза» при короткой глазнице с малым объемом, орбитальной гипоплазии, расщелинах костей лицевого черепа и других тяжелых аномалиях развитиях. Отдельно рассмотрены методы хирургической коррекции раннего синостозирования костей лицевого и мозгового черепа. Этот сложнейший раздел краниофациальной хирургии также сопровождается клиническими примерами автора, иллюстрирован схемами операций.

Как и многие зарубежные авторы, профессор Р. Ончевич практически не дает ссылок на российских авторов, известных своими трудами в данной сфере хирургии. Несомненно, представляемое издание только выиграло бы, если бы в главе «Опухоли глазницы» были даны ссылки на фундаментальные труды А.Ф. Бровкиной (2002-2009 гг.), в главе «Травмы глазницы» — приведены работы В.В. Нероева, М.Г. Катаева (2009 г.) и других авторов, а в разделе хирургии слезного аппарата — представлена монография В.А. Ободова (2015 г.). Но это, скорее, является пожеланием к следующему изданию монографии.

В целом следует согласиться с мнением автора о том, что реконструктивная хирургия глазницы — бурно развивающееся направление клинической медицины, и на этом пути нас ждут новые технологии и новые открытия. Издание адресовано офтальмологам, пластическим и челюстно-лицевым хирургам, оториноларингологам и нейрохирургам. Оно будет полезно как опытным специалистам, так и тем, кто только начинает свой путь в реконструктивной краниофациальной хирургии.

Каждый день нужно делать что-то новое

30 лет Санкт-Петербургскому филиалу ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

Директор Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России, д.м.н., профессор **Э.В. Бойко**:

Развивая традиции, продолжая дело С.Н. Фёдорова

> стр. 1

— Эрнест Витальевич, от имени издательства «Апрель» и редакции газеты «Поле зрения» сердечно поздравляю Вас и всех сотрудников Санкт-Петербургского филиала со знаменательной датой!

— Спасибо за поздравления! У меня на столе лежит газета «Ленинградская правда», вышедшая 15 декабря 1987 года, на следующий день после открытия филиала. Публикация журналистки Т. Чесановой называется «Глаза в глаза». Материал Вашей коллеги посвящён не только торжественной церемонии открытия, но и первым операциям, которые были произведены у нас 14 декабря 1987 года С.Н. Фёдоровым и ленинградскими офтальмохирургами.

— Какие это были операции?

— Это были операции рефракционной кератотомии. Собственно говоря, с этих операций, ставших фактически «визитной карточкой» МНТК, и начиналась работа филиала. После завершения операций — пять пациентов одновременно оперировались пятью хирургами на автоматизированной линии «Прозрение» — Святослав Николаевич пообщался с журналисткой «Ленинградской правды», тогдашней главной городской газеты.

«Какие Вы видите у него отличительные черты, в чём лицо Ленинградского филиала?», — спросила репортёр у генерального директора МНТК. Ответ академика хотелось бы полностью процитировать: «Мы рассчитываем на то, что он, как губка, начнёт впитывать в себя всё новое, что появится в Ленинграде — мощном научном и промышленном центре. Я имею в виду новые микроскопы, голографические, ультразвуковые аппараты, пластмассы, любые новые идеи в технологии. Хорошую новую «музыку» мы немедленно начнём тиражировать, потому что всё новое надо без промедления делать достоянием больных. В этом и есть истинный гуманизм».

— Думается, что слова Святослава Николаевича и сейчас звучат актуально и отражают суть работы Санкт-Петербургского филиала и всего МНТК.

— Журналист задала академику (в то время члену-корреспонденту Академии медицинских наук СССР) ещё один вопрос: «По Вашему мнению, таким комплексам принадлежит будущее. В чём их преимущества?» Основатель МНТК ответил: «Это принципиально новая форма союза науки и практики. Комплекс энергично генерирует идеи и одновременно становится ёмким их потребителем. Действующая у нас система стимулов побуждает сотрудников постоянно совершенствовать методы лечения и его организацию, чтобы качество лечения повышалось, а стоимость снижалась. Сэкономленные средства у нас не изымаются, а идут на развитие исследований, приобретение нового оборудования, материальное поощрение работников… Высокий уровень технологии и высокий уровень комфорта как для больных, так и для работы врачей — вот что является собой каждый наш филиал и весь комплекс в целом».

Слова Фёдорова очень точные и ёмкие. К ним сложно что-то добавить… Мы развиваем традиции, продолжаем дело С.Н. Фёдорова, храним его память. Вообще, многие мысли Святослава Николаевича нам очень близки. Как-то он сказал: «Просто каждый день нужно сделать что-то новое. И если удастся сделать в жизни то, о чём мечтаешь, это и есть счастье».

Фёдоров был счастливым человеком. Ему удалось сделать то, о чём он мечтал. И своим счастьем, своим оптимизмом, своей энергией и боевым настроем он щедро делился со всеми, кто находился с ним рядом.

— Юбилей филиала и юбилей основателя МНТК был отмечен научно-практической конференцией «Лазерная интраокулярная и рефракционная хирургия». Не могли бы Вы рассказать об этом научном форуме?

— Научно-практические конференции, приуроченные к 90-летию со дня рождения С.Н. Фёдорова, прошли и в нашей головной организации в Москве, и во всех без исключения филиалах. Организаторами конференции стал наш филиал, а также Санкт-Петербургское региональное отделение Общества офтальмологов России и кафедра офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

В первый день конференции состоялись заседания трёх секций. На секции «Лазерная интраокулярная хирургия» рассматривались лазерные технологии лечения патологии стекловидного тела и сетчатки. В частности, речь шла о лазерном витреолизисе и фотодинамической терапии.

Секция «Лазерная рефракционная хирургия» была посвящена обсуждению современных подходов коррекции аномалий рефракции у взрослых и детей, анализу отдалённых исходов и возможных осложнений рефракционных операций.

Секция «Рефракционные и лазерные аспекты интраокулярной хирургии» в основном занималась современными технологиями энергетической хирургии катаракты. Также мы обсуждали нестандартные и осложнённые клинические случаи интраокулярной и рефракционной хирургии с демонстрацией соответствующего видеоматериала.

В первый день конгресса также состоялся спонсорский симпозиум «Медикаментозное сопровождение рефракционных и интраокулярных лазерных хирургических вмешательств».

9 декабря в рамках конференции состоялся научно-практический семинар «Лазерные методики диагностики заболеваний глаз — ОКТ в клинической практике».

— Нельзя не упомянуть и торжественную часть конференции, которая состоялась 8 декабря.

— Коллеги тепло поздравили наш коллектив с тридцатилетием. Открыл торжественную часть генеральный директор МНТК, д.м.н., профессор А.М. Чухраёв.

Участников приветствовали главный офтальмолог Минздрава РФ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор В.В. Нероев, академик РАН, д.м.н., профессор А.Ф. Бровкина, Герой Социалистического труда, д.м.н., профессор В.В. Волков, а также супруга Святослава Федорова И.Е. Федорова. Также нас поздравили представители Полномочного Представительства Президента РФ по Северо-Западному федеральному округу, Комитета по здравоохранению и Законодательного собрания Санкт-Петербурга, коллеги из медицинских и научных учреждений России, ближнего и дальнего зарубежья. Торжественная часть завершилась праздничным концертом.

К 30-летию филиала и 90-летию со дня рождения С.Н. Фёдорова была поддержана наша инициатива по присвоению скверу, расположенному рядом с филиалом, имени С.Н. Фёдорова. Теперь на карте города есть «Фёдоровский сквер», что утверждено Постановлением Правительства Санкт-Петербурга № 968 от 28.11.2017.

Идея увековечивания памяти С.Н. Фёдорова родилась среди сотрудников филиала и получила одобрение Учёного Совета МНТК, а также многочисленных петербуржцев.

Кстати, в настоящее время на территории сквера идёт строительство станции метро. Её название ещё не утверждено. Но я не исключаю, что метро тоже может быть названо в честь С.Н. Федорова.

— Появление нового топонима на карте Санкт-Петербурга — это не только дань уважения основателю МНТК, но и всему коллективу Санкт-Петербургского филиала. В настоящее время развитие офтальмологии в Северо-Западном регионе России невозможно представить без вашей работы.

— Санкт-Петербургский филиал МНТК — это наиболее крупный специализированный офтальмологический центр в Санкт-Петербурге и всём Северо-Западном регионе. За год мы совершаем до двадцати семи тысяч хирургических вмешательств. За тридцать лет работы было выполнено более 670 000 операций, опубликовано 46 монографий и 560 научных работ. Сотрудниками филиала защищено 28 диссертаций (5 докторских и 23 кандидатских), получено 104 авторских свидетельства на сделанные изобретения.

В настоящее время у нас 370 сотрудников, среди них 3 заслуженных врача РФ, 5 докторов медицинских наук, 1 доктор экономических наук, 21 кандидат медицинских наук, 1 кандидат технических наук, 47 врачей высшей квалификационной категории.

— Кого из сотрудников филиала Вы могли бы особо отметить? Кто за эти годы внёс наибольший вклад в развитие организации?

— Это трудный вопрос. Ярких, талантливых сотрудников так много… Необходимо вспомнить о нашем первом директоре, д.м.н., профессоре Анатолии Ивановиче Горбане (1923-2010).

На должность директора он был назначен 1 декабря 1986 года, за год до открытия учреждения. Именно ему Святослав Николаевич Фёдоров доверил создание команды филиала. Многие из людей, которые пришли сюда работать благодаря первому директору, трудятся до сих пор. Должность директора А.И. Горбань занимал до 1994 года. На его долю пришёлся очень трудный этап в деятельности филиала — распад Советского Союза, коренная перестройка экономических и политических отношений в стране.

Хотелось бы также упомянуть д.м.н., профессора Виталия Гавриловича Шиляева (1926-2004). С 1987 года по 1995 год он занимал должность заместителя директора по научной работе, а потом — до своей кончины работал у нас профессором-консультантом. В разные годы в качестве профессоров-консультантов в клинике также работали Аполлон Николаевич Добромыслов (1919-2004) и Владимир Фёдорович Даниличев.

Активную роль в создании и развитии клиники сыграл д.м.н., профессор Леонид Иосифович Балашевич. С 1987 года по 1994 год он занимал должность заместителя директора филиала, а с 1994 года по 2015 год — директора. После ухода с «командирского мостика» Леонид Иосифович до недавнего времени являлся главным консультантом филиала.

Леонид Иосифович — выдающийся учёный и организатор здравоохранения. Он прекрасно организовал хирургическую работу в филиале, активизировал научную деятельность сотрудников. Вместе с лауреатом Нобелевской премии, академиком Ж.И. Алфёровым Леонид Иосифович является одним из создателей первого российского диодного лазера. Он автор многочисленных научных трудов и монографий по различным областям офтальмологии.

Профессор Балашевич — автор книги «Прозрение», посвящённой истории филиала. Второе издание этой книги было представлено на юбилейной научно-практической конференции в декабре. Кстати, его увлечение фотографией передалось и коллективу.

В стенах филиала регулярно проходят фотовыставки. Например, в настоящее время развёрнуты две фотовыставки. Одна из них знакомит с фотографиями о деятельности С.Н. Фёдорова, а вторая носит название — «Небо, которое любил Фёдоров». Он ведь и погиб в небе, в кабине вертолёта… Это фотографии неба. Очень добрые, романтичные фотографии. Все снимки сделаны нашими сотрудниками.

— Наверное, наблюдательность, внимание к мельчайшим деталям важны и для фотографа, и для врача-офтальмолога.

— Без наблюдательности и живого, пытливого ума невозможно добиться успехов в нашей профессии.

— Не могли бы Вы представить основные подразделения филиала?

— Консультативно-диагностическое отделение возглавляет врач высшей квалификационной категории В.П. Сергеев. В состав отделения входит консультативный кабинет, где врачи ведут амбулаторный приём. Также имеются две диагностические линии: одна — для больных, поступающих на операцию, вторая — для пациентов, кто её уже перенёс. Имеются кабинеты функциональной диагностики и специальных методов исследования, а также оптической когерентной томографии и флюоресцентной ангиографии.

Отделение постоянно пополняется новым оборудованием. Только в последние два года оно получило в своё распоряжение диагностическую часть навигационной системы VERION, автопериметрическую систему COS 5100, оптический биометр LENSTAR LS900. Закуплен диагностический прибор Spectralis с принадлежностями.

Первое хирургическое отделение общего профиля возглавляет к.м.н. И.Я. Баранов. Вторым хирургическим отделением общего профиля руководит врач высшей категории Н.В. Бондаренко. Оба отделения существуют со дня основания филиала. За тридцать лет работы их врачами было выполнено около 300 000 операций на глазном яблоке и его вспомогательном аппарате. За эти годы освоены высокотехнологичные и малоинвазивные вмешательства на хрусталике, в том числе с фемтолазерным сопровождением. Для коррекции афакии используются ИОЛ, в том числе мультифокальные, трифокальные, торические.

Оба отделения проводят операции по кератопластике. Они занимаются хирургией глаукомы: микроинвазивной хирургией непроникающего типа, фистулизирующими операциями, имплантацией дренажей различного типа, транссклеральной и эндоскопической циклокоагуляцией. Также врачи устраняют различные виды косоглазия и птоза верхнего века.

Третье хирургическое (витреоретинальное) отделение действует с 1997 года под руководством врача высшей квалификационной категории, опытнейшего офтальмохирурга Т.М. Джусоева. За прошедшие годы специалисты отделения освоили целый ряд эффективных оперативных вмешательств: факорефракционные операции у пациентов с аметропиями высокой степени, бесшовный способ устранения отслойки сетчатки с одномоментной заменой введенного после витрэктомии ПФОС на силиконовое масло или газ, сочетанное устранение отслойки сетчатки с факоэмульсификацией и имплантацией ИОЛ, хирургическое лечение макулярной патологии, пластические операции на роговице, включая сквозную кератопластику с одновременным устранением витреоретинальной и иной патологии, способ дозированной нейротомии и т.д.

— Судя по Вашему рассказу, это отделение специализируется на пациентах с редкими заболеваниями органа зрения.

— Речь действительно идёт о пациентах с так называемой «нестандартной» патологией. И мы гордимся тем, что врачи филиала могут оказать им квалифицированную помощь. Пациентам с нестандартной патологией оказывают помощь и в четвёртом хирургическом (витреоретинальном) отделении, созданном в 2015 году. Им руководит к.м.н. Я.В. Байбородов. Сотрудниками этого отделения разработана методика визуализации прозрачных эпиретинальных мембран, позволяющая удалять их без использования токсичных красителей и при низкой яркости светового потока. Также применяется технология устранения патологии витреомакулярного интерфейса под контролем оптической когерентной томографии.

Команда доктора Байбородова внедрила двухэтапное хирургическое лечение пролиферативной диабетической ретинопатии с предварительным введением ингибитора ангиогенеза. Также в этом отделении была разработана технология комбинированной факовитрэктомии, заключающаяся в выполнении овального капсулорексиса и стабилизации ИОЛ в капсульном мешке даже при потере передней камеры.

Производятся операции детям с редкими формами донной патологии — Х-сцепленным с полом ретиношизисом, функционирующей ямкой диска зрительного нерва и макулярным разрывом сетчатки.

Отделение интраокулярной лазерной хирургии открыто в 1992 году. Им руководит д.м.н., профессор А.С. Измайлов. В основном отделение занимается лечением больных, страдающих диабетической ретинопатией и макулярным отёком, тромбозом вен сетчатки, возрастной и транссудативной макулодистрофией, глаукомой и вторичной катарактой. Отделение обладает прекрасным техническим оснащением. Только за последние пять лет было приобретено два оптических когерентных томографа с функцией ОКТ-ангио фирмы Carl Zeiss Meditec и OptoVue, зелёный лазерный коагулятор «Point Pure» (Alcon), диодный (зелёный и жёлтый) лазер «Supra» (Quantel Medical) с функцией Micro Pulse, лазерный перфоратор «Visulas YAG III» (Carl Zeiss Meditec), фотоактиватор для ФДТ «Visulas 6893» (Zeiss) и т.д.

В 1997 году было создано отделение лазерной рефракционной хирургии. Его возглавил врач высшей квалификационной категории С.А. Никулин. Отделение оснащено современными эксимерными и фемтосекундными лазерами. Это оборудование позволяет с высокой точностью разработать алгоритм лазерной коррекции. За двадцать лет работы сотрудниками отделения выполнено более

Комплексный подход в терапии СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

1. По данным Государственного реестра лекарственных средств, Государственного реестра медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, а также по данным из открытых источников производителей (официальных сайтов, публикаций), апрель 2017

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Полную информацию Вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ»: Россия, 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел.: +7 495 510 2879.

VALEANT BAUSCH+LOMB

80 000 операций. На сегодняшний день доля фемтосекундных операций в общей структуре лазерных вмешательств составляет более 80%. Среди них абсолютно превалируют операции типа ReLEx SMILE — третья и наиболее совершенная генерация операций по лазерной коррекции аметропий.

В последние годы производится всё больше операций, направленных на лечение первичного кератоконуса, коррекцию гиперметропического сдвига после радиальной кератотомии и других видов кератэктазий. Для их выполнения используется метод кросслинкинга роговичного коллагена.

Детское отделение под руководством д.м.н., профессора Е.Е. Сомова открыто в 2002 году. Оно обслуживает детей от 3 лет, страдающих аномалиями рефракции, амблиопией, привычно-избыточным напряжением аккомодации и расстройствами бинокулярного зрения.

Нельзя не упомянуть клинико-экспертный отдел, который возглавляет одна из самых опытных и заслуженных сотрудников филиала — к.м.н. Э.Л. Сапегина. Эмма Лазаревна почти четверть века занимала должность заместителя директора филиала. В качестве руководителя клинико-экспертного отдела она занимается контролем качества медицинской помощи.

Куратором всей научно-образовательной деятельности филиала является заместитель директора по научной работе, д.м.н., профессор И.Е. Панова, а научно-образовательный отдел возглавляет к.м.н. В.В. Науменко. В филиале действует Научно-методический совет, в который входят 4 доктора и 21 кандидат медицинских наук. Научно-образовательный отдел занимается организацией научных исследований, конференций, семинаров. Именно это подразделение курирует Центр практического обучения офтальмологов факоэмульсификации и витреоретинальной хирургии «Wetlab».

Разумеется, в филиале действует и целый ряд других подразделений: приёмное отделение, операционное отделение, послеоперационное отделение, отделение анестезии и реанимации, клинико-бактериологическая лаборатория, отделение контактной коррекции зрения и оптики, аптека и т.д.

Успеху общего дела способствует и слаженная работа технических и вспомогательных служб. Наш стационар, за который отвечает отделение сервисных услуг, состоит из комфортабельных одно- и двухместных номеров для одновременного размещения 238 пациентов.

— Для меня одной из «визитных каточек» МНТК стали замечательные сдобные пирожки, которые продаются в вашем кафе.

— Служба питания, которую возглавляет Л.С. Донская — важное подразделение филиала, обеспечивающее комфортные условия для пациентов и сотрудников. В нашей клинике кормят вкусно, по-домашнему. Это тоже создаёт тёплую, уютную атмосферу.

Если подытожить рассказ о клинике, то можно сказать словами С.Н. Фёдорова. Он называл своё детище — «фабрикой здоровья». Эти слова относились ко всему комплексу. Но их в полной мере можно отнести и к Санкт-Петербургскому филиалу. Все без исключения подразделения — это «цеха» на «фабрике здоровья».

— Как развиваются международные контакты филиала?

— В течение года у нас оперируется до 500 иностранцев. Всего за тридцать лет в филиале прошли лечение граждане 93 государств. Особенно успешно развиваются контакты с хорватской фирмой Eres. Только эта компания за 25 лет доброго сотрудничества организовала лечение тысяч пациентов. И это не только граждане Хорватии, но и других стран мира и Европейского Союза.

Например, сейчас, когда мы с Вами общаемся, в филиале находятся 9 пациентов, которые воспользовались услугами Eres: 5 граждан Хорватии и 4 гражданина Германии. Для них организуется не только лечение, но и экскурсионная программа. Кроме того, наши врачи регулярно выезжают в командировки в Хорватию для консультации пациентов.

Вообще, медицинский туризм в Россию имеет для нашей страны не только коммерческое, но и важное психологическое значение. Он показывает нашим гражданам, что в родной стране можно получить качественные медицинские услуги. Именно поэтому к нам и едут иностранцы! Конечно, наши граждане тоже выезжают для лечения за рубеж. Это совершенно нормально, но, скорее, не для офтальмологии.

Но в современной России медицинский туризм — это уже не улица с односторонним движением. Не только россияне отправляются за кордон, но и жители других государств — в том числе с самой современной медициной — доверяют своё здоровье мастерству наших врачей.

— Эрнест Витальевич, какие тенденции, какие процессы последних лет Вы считаете наиболее важными? Как меняется филиал в последние годы? Что изменилось с того времени, как Вы стали директором?

— Наиболее важными считаю сохранение и развитие творческой атмосферы в медицинской и научной части коллектива, стремление быть на передовых позициях по развитию самых современных технологий. Это касается и нового качества хирургии катаракты, рефракционных операций, лазерных вмешательств, витреоретинальной хирургии и активного развития офтальмоонкологии.

Не секрет, что многие, ставшие уже многоопытными, врачи, работают с первых дней открытия филиала. Они щедро передают знания и умения своим ученикам, и идет совершенно нормальный процесс смены поколений. Особого внимания требует молодежь: желающим развиваться предоставлены все возможности — от посещения практически любых учебных курсов, научных конференций, семинаров до приглашения в филиал лидеров по современным направлениям (например, только в 2017 году дважды профессор М.Г. Катаев из Москвы читал лекции и проводил мастер-классы по реконструктивно-пластической офтальмохирургии).

Как руководителю иногда приходится использовать организационные или экономические «рычаги», которые в итоге приводят к позитивному общему результату, который не может не радовать. Так, общими усилиями с рефракционным отделением, мы пришли к тому, что за последние два года процент фемторефракционной хирургии по методике «смайл» вырос от 15 до более чем 80! Фактически в этой сфере мы переживаем уже третью революцию. Первая революция — это рефракционная кератотомия. Вторая революция — внедрение эксимерлазерной хирургии. И сейчас мы широкомасштабно вышли на фемтосекундные технологии, сменив идеологию и получив колоссальный практический опыт.

В настоящее время так же, как и в хирургических технологиях, минимальная инвазивность начинает играть большую роль и в диагностических технологиях. В течение 2017 года мы освоили технологию проведения флюоресцентной ангиограммы без применения флюоресцеина, причем на нескольких приборах. Это исследование актуально при заболеваниях глазного дна. Мы можем его проводить без внутривенного введения красителя, а данные от разных приборов дополняют друг друга.

Также я бы хотел обратить внимание на развитие в нашем филиале мультимодальной диагностики. Этот метод позволяет обеспечить наиболее точную постановку диагноза. Теперь осмотр и фотографирование глазного дна происходит при различных видах лазерного освещения. Кроме того, проводится оптическая когерентная томография высокого разрешения, включая ангиорежим. Врач может сопоставить, соединить данные, полученные из различных источников и выдать максимально точный результат.

Методы проведения хирургических операций также постоянно совершенствуются. В частности, в настоящее время мы можем проводить диагностику непосредственно в ходе хирургического вмешательства. У нас имеется оптический когерентный томограф, встроенный в операционный микроскоп. Это обеспечивает динамический контроль хода операции.

В последние два года филиал стал активно заниматься офтальмоонкологией высокого уровня. Было приобретено необходимое радиологическое и хирургическое оборудование, соответствующее высоким мировым стандартам, получены лицензии. Экспертом в этой сфере является заместитель по научной работе, д.м.н., профессор И.Е. Панова. Мне эта тема очень близка, так как в течение многих лет проводил научные исследования по офтальмоонкологии в стенах Военно-медицинской академии, проводил соответствующие лазерные и витреоретинальные операции. Объединяя усилия, в филиале формируется офтальмоонкологическая группа, что позволит справляться с самыми сложными и тяжелыми проявлениями данной патологии.

— Эрнест Витальевич, мы общаемся с Вами накануне Нового года. Как Вы собираетесь отмечать Новый год и Рождество? Ожидаете ли Вы новогодних и рождественских чудес?

— Буду отмечать в кругу родных и близких. Мне думается, что ожидание чуда скорее характерно для детского возраста. Я — человек взрослый и в сверхъестественные чудеса уже не верю, хотя уверен, что чудо может сделать сам человек! Но Новый год очень люблю. Каждый раз встречаю его с желанием и надеждой, что всё плохое останется в прошлом году, а всё хорошее, доброе, светлое, позитивное мы возьмём с собой в новый год.

Это интервью читатели прочтут уже в 2018 году. Надеюсь, что всем нашим коллегам удастся в новогодние и рождественские праздники отдохнуть, набраться сил, зарядиться новой энергией. Это состояние хотелось бы сохранить на весь 2018 год.

— Доводилось ли Вам встречать Новый год на рабочем месте?

— Неоднократно. И это совершенно нормально для врачей разных специальностей, в том числе для офтальмохирургов. В последний раз такая ситуация сложилась 31 декабря 2013 года. К нам в Военно-медицинскую академию привезли сапёра с тяжёлой минно-взрывной травмой, которая привела к тяжёлым повреждениям обоих глаз. Требовалась сложная операция.

Операция началась около шестнадцати часов. А закончили мы её около двенадцати, как раз перед Новым годом. В этот Новый год первый тост был за здоровье пострадавшего пациента.

В МНТК мы не занимаемся экстренной хирургией. Плановые операции на праздничные дни не запланированы. Филиал отдыхает вместе со всей страной. Но, разумеется, в экстренных случаях мы всегда готовы оказать пациентам помощь, в том числе и в новогоднюю ночь.

Мне бы хотелось сердечно поздравить всех читателей газеты «Поле зрения» с Новым годом и Рождеством! Пусть 2018 год станет для всех нас удачным, счастливым, спокойным и гармоничным!

Заведующий отделением интраокулярной лазерной хирургии, д.м.н., профессор **А.С. Измайлов**:

Юбилей С.Н. Фёдорова — повод задуматься о наследии академика

— Александр Сергеевич, хотелось бы поговорить с Вами о том, как изменился филиал за эти тридцать лет?

— Это очень обширная тема. Я бы не рискнул говорить обо всём филиале, поэтому остановлюсь только на работе нашего подразделения. Отделение интраокулярной лазерной хирургии было создано в 1992 году. И с этого времени, вот уже четверть века, мне доверено его возглавлять. Сотрудники нашего отделения участвовали в разработке первого отечественного диодного лазера. Я тоже принимал участие в этой работе. Её результаты вошли в кандидатскую диссертацию, защищённую в 1994 году — «Применение диодного лазера в офтальмологии».

В последующие годы я много занимался глазными проявлениями диабета. В 2004 году вышла в свет монография под редакцией д.м.н., профессора Л.И. Балашевича «Глазные проявления диабета». Одним из авторов этого фундаментального труда мне довелось стать. В том же году была защищена докторская диссертация «Диабетическая ретинопатия и макулярный отёк. Диагностика и лазерное лечение».

Практически все сотрудники нашего подразделения совмещают научную и лечебную работу, публикуются в научных изданиях. Меня как заведующего отделением это очень радует!

Изменения в нашем отделении, так же как и во всём филиале, происходят постоянно. Суть этих изменений состоит в постоянном внедрении новых технологий, новых методов лечения.

Мне думается, что юбилей филиала и 90-летие со дня рождения С.Н. Фёдорова — это повод задуматься о наследии академика. Он ведь был не только выдающимся офтальмологом, но и экономистом, политиком, общественным деятелем. Святослав Николаевич стремился к тому, чтобы новейшее оборудование — отечественное и зарубежное — максимально быстро вводилось в строй. Он был против излишней «бюрократизации» системы здравоохранения.

Разумеется, определённая стандартизация в оказании медицинских услуг необходима. Но мы все знаем, что офтальмологам часто приходится иметь дело с нестандартной патологией.

Сохраняя память о С.Н. Фёдорове, нам всем нужно проявлять активную гражданскую позицию. Хотелось бы, чтобы органы управления здравоохранения активнее привлекали Общество офтальмологов России к решению задач по организации офтальмологической помощи.

— А Вы не могли бы привести конкретные примеры?

— Многие пациенты жалуются, что им трудно попасть в нашу клинику и другие специализированные офтальмологические центры в рамках системы ОМС. Требуется направление от районного врача-офтальмолога. Не всегда и не везде это направление легко получить… Может быть, имеет смысл для людей с определёнными диагнозами, в частности, с диабетом, с глаукомой, отказаться от этой системы направлений? Есть у человека полис ОМС — и он по своему желанию может обращаться в любой специализированный офтальмологический центр. Во всяком случае, о таком порядке можно подумать.

Ещё один вопрос, который меня очень волнует: ситуация с просветительской, профилактической работой с больными диабетом. Как известно, тяжёлые офтальмологические осложнения при диабете можно предотвратить, если вовремя начать лечение. Мне думается, что Общество офтальмологов России могло бы активнее участвовать в организации помощи больным диабетом. По сути, диабет — это общенациональная проблема. И её необходимо решать всем миром.

Юбилей филиала, юбилей нашего Учителя С.Н. Фёдорова — это и мой личный праздник. Хотелось бы поздравить всех наших коллег и друзей! Очень надеюсь, что наследие Святослава Николаевича будет не только изучаться и развиваться в МНТК, но и служить всему российскому здравоохранению.

Заведующий отделением лазерной рефракционной хирургии, врач высшей квалификационной категории **С.А. Никулин**:

Рефракционный офтальмохирург должен быть психологом

— Сергей Александрович, Вы трудитесь в филиале с первого дня, с момента его открытия. Не могли бы Вы рассказать о том, как Вы устроились на работу? Почему решили связать свою жизнь с МНТК?

— Имя С.Н. Фёдорова тогда было на слуху. Он был самым знаменитым советским врачом-офтальмологом. Знакомые рассказали мне, что в Ленинграде создаётся филиал МНТК и его директором назначен А.И. Горбань. Я позвонил Анатолию Ивановичу, попросил его о личной встрече. В то время я был молодым окулистом, жил и работал в Ленинградской области, в городе Луге. Работал одновременно и в районной поликлинике, и в глазном отделении больницы.

Наша первая встреча с Анатолием Ивановичем продолжалась несколько часов. Он не только задавал мне вопросы на профессиональные темы, но и расспрашивал об увлечениях, о прочитанных книгах, понравившихся спектаклях. Было видно, что профессор А.И. Горбань хочет собрать в филиале команду единомышленников.

Почему я хотел работать в МНТК? Для меня был важен профессиональный рост. Хотелось больше оперировать, осваивать новые технологии.

— Ваши ожидания оправдались?

— В полной мере. Здесь я встретил ярких талантливых коллег, настоящих профессионалов, у которых можно многому научиться. Сначала я работал во втором хирургическом отделении общего профиля, которое возглавляет Н.В. Бондаренко. Работа с Натальей Владимировной способствовала моему становлению как офтальмохирурга. Под её руководством были освоены многие новые виды операций. В 1997 году меня назначили заведующим отделением лазерной рефракционной хирургии.

— Не могли бы Вы представить свою команду?

— У нас работают пять офтальмохирургов и шесть оптометристов. Проводятся операции по коррекции близорукости, дальнозоркости и астигматизма. Мы избавляем пациентов от необходимости носить очки или контактные линзы, тем самым существенно повышая качество их жизни. Для многих пациентов услуги рефракционных хирургов необходимы для продолжения их профессиональной деятельности. К нам обращаются пилоты, водители, моряки, сварщики, электрики и люди многих других профессий, где требуется отличное зрение. Каждый год сотрудниками отделения проводится более пяти тысяч операций.

Специфика этой работы состоит в том, что рефракционный хирург обязательно должен быть ещё и психологом. Как правило, рефракционные вмешательства проводятся без острой медицинской необходимости. Таким образом, важно, чтобы пациент имел всю необходимую информацию о показаниях и противопоказаниях каждой конкретной операции и мог принять осознанное решение.

Психологическая подготовка врача важна для того, чтобы на ранних этапах «отсечь» пациентов, находящихся в неадекватном психическом состоянии, не способных понять цели и возможности рефракционной хирургии. Рефракционная хирургия имеет не только физиологические, но и психологические противопоказания.

— Не могли бы Вы привести конкретный пример?

— После 40 лет большинству людей требуются очки для работы вблизи. К сожалению, современная рефракционная хирургия не может справиться с этой проблемой. Мы можем избавить пациента от очков для дали, но для чтения, работы за компьютером очки всё равно потребуются. К сожалению, далеко не все пациенты могут понять и принять этот факт.

С другой стороны, если пациент приходит на операцию с завышенными ожиданиями, то он может впоследствии испытать горькое разочарование. Также такой пациент может начать предъявлять необоснованные претензии, писать жалобы и т.д. Мы стараемся избегать подобных ситуаций, предоставляя пациентам максимально подробную, исчерпывающую информацию о возможностях и методике лечения, уделяя им много времени.

В некоторых случаях врач имеет право отказаться от проведения операции, если, несмотря на все усилия, «общего языка» с пациентом на предварительном этапе не удаётся найти. Для нас принципиально важно, чтобы все без исключения пациенты остались довольными.

— Какое влияние оказывают новые современные технологии на вашу работу?

— Использование фемтосекундных лазеров повышает качество работы, а также снижает количество противопоказаний. Например, сейчас мы можем проводить операции при истончении роговицы. Фемтосекундный лазер работает не на поверхности роговицы, а в толще прозрачных тканей. Поэтому операции возможны даже на тонких и сверхтонких роговицах.

Простым языком мы объясняем это пациентам так: эксимерный лазер может работать только на поверхности роговицы, а фемтосекундный лазер действует внутри роговицы. Этот способ является более щадящим, как говорят специалисты, малоинвазивным. И он позволяет достичь лучшего результата!

Заведующая клинико-экспертным отделом, к.м.н. **Э.Л. Сапегина**:

Передавать опыт молодым — огромное счастье

— Эмма Лазаревна, с какими чувствами Вы встречаете тридцатилетие филиала?

— Тридцать лет филиала — это тридцать лет моей жизни. Формально я была зачислена сюда на работу 15 января 1988 года в качестве заместителя директора по лечебному контролю. Но фактически делами филиала занималась ещё на этапе его строительства. С 1980 года я работала ассистентом у профессора Анатолия Ивановича Горбаня, который заведовал кафедрой офтальмологии в Педиатрическом институте. Когда А.И. Горбаня назначили директором вновь созданного филиала, и он стал подбирать команду, я была вместе с ним, помогала ему по мере сил.

Анатолий Иванович не боялся принимать на работу выпускников медицинских вузов, молодых врачей. Им не хватало опыта, но зато имелось огромное желание работать, огромное желание осваивать новое… С другой стороны, в число сотрудников филиала вошли и опытные доктора из ведущих ленинградских клиник.

Передавать опыт молодым — огромное счастье. Мне приятно наблюдать, что многие доктора «выросли» на моих глазах, превратились в настоящих профессионалов. На работу я хожу как на праздник. И пока позволяют силы, хотела бы оставаться в строю.

— Не могли бы Вы рассказать о своём пути в медицине?

— Этот путь уже довольно долгий. Я родилась в Брянске. Отец погиб на фронте. В родном городе окончила медицинское училище и стала работать медсестрой в городской больнице. Потом вышла замуж, вместе с мужем (театральным режиссёром Борисом Васильевичем Сапегиным) переехала в Одессу. Работала медсестрой в Одесском институте глазных болезней им. В.П. Филатова. В 1971 году окончила Одесский медицинский институт. В том же году мой супруг получил назначение в Ленинград — и с тех пор мы живём в городе на Неве.

Сначала я работала окулистом в городской поликлинике. В 1973 году устроилась врачом-офтальмологом в глазное отделение Больницы им. В.В. Куйбышева (Мариинской больницы). Эта больница была одной из баз Педиатрического института. Там я познакомилась с профессором А.И. Горбанём. Под его руководством защитила кандидатскую диссертацию, потом стала штатным сотрудником его кафедры.

Я не хотела бы давать длинное интервью… У военнослужащих есть такая речёвка: «Служу России!» А мой девиз — «Служу МНТК!» Мы все, сотрудники всех филиалов, дети МНТК.

Заместитель директора по организационно-клинической работе, д.м.н. **М.В. Гацу**:

Хочу, чтобы внуки верили в Деда Мороза и Снегурочку!

— Марина Васильевна, когда Вы пришли в МНТК? Почему решили здесь работать?

— Я устроилась на работу в Санкт-Петербургский филиал МНТК в январе 1992 года. Пришла сюда работать потому, что хорошо знала первого директора организации — Анатолия Ивановича Горбаня. Я окончила Педиатрический институт, а Анатолий Иванович возглавлял кафедру глазных болезней в нашем вузе. Моя первая должность называлась так: врач-исследователь научно-информационной группы.

В 1993 году на базе научно-информационной группы было создано отделение интраокулярной лазерной хирургии, где я продолжила работу как офтальмохирург и учёный.

— Как изменилась Ваша жизнь, когда в сентябре 2012 года Вы стали заместителем директора?

— У меня существенно снизилась хирургическая активность. Раньше я проводила в год до полутора тысяч операций. В последние годы: не более трёхсот-четырёхсот операций. Значительную часть рабочего дня занимает организационная работа. Я отвечаю за организацию потоков пациентов, за оформление документов по федеральным квотам на выполнение высокотехнологичной медицинской помощи, за взаимодействие с фондом ОМС. Кроме того, в моём введении вопросы лицензирования, лечебно-контрольные функции.

Если кто-либо из врачей ошибся в заполнении врачебной документации или допустил какой-либо другой сбой в работе, то необходимо провести с коллегами разъяснительную работу. С одной стороны, врач — это творческая профессия. И каждому медику требуется определённая творческая свобода… С другой стороны, оказание медицинской помощи связано с соблюдением многих формальных процедур, строгой отчётностью. Стараюсь не только контролировать коллег, но и, в первую очередь, им помогать. Хотя я в целом стала меньше оперировать, но сложных пациентов продолжаю оперировать и консультировать.

— Как изменилась за эти годы лазерная офтальмохирургия?

— Мне думается, что главное изменение состоит в том, что в начале девяностых годов лазерные технологии в нашем филиале были сосредоточены исключительно в отделении интраокулярной лазерной хирургии. Но сейчас у нас совершенно другая ситуация. Лазерные технологии применяются практически во всех видах операций: по поводу катаракты, по поводу глаукомы, для коагуляции сетчатки и т.д. При этом лазерные технологии не заменяют «ножевую» хирургию, а дополняют её.

— Что даёт пациентам использование лазерных технологий?

— Пациенты выигрывают из-за того, что мы проводим те же самые операции, но с лучшими результатами. Например, с помощью фемтосекундных лазеров можно производить разрезы внутри роговицы с заранее заданными параметрами. Такой точности не может достичь даже самый опытный хирург! А идеальный разрез гарантирует более быстрое заживление. Кроме того, существенно уменьшается риск осложнений.

Идеальные разрезы очень важны при пересадке роговицы. Специалисты говорят об «абсолютно конгруэнтных» поверхностях. Всё это и обеспечивает лазер!

— Как организовано обучение офтальмохирургов, чтобы они осваивали лазерные технологии?

— Мы стараемся как можно чаще приглашать опытных российских и зарубежных специалистов, чтобы они читали лекции и проводили мастер-классы в стенах филиала. Например, недавно у нас побывал д.м.н., профессор Юрий Юрьевич Калинников из Москвы, который прочёл интереснейшую лекцию о лазерной имплантации стромальных колец при кератоконусе. Именно фемтосекундные лазеры создают «ложе», куда потом имплантируются стромальные кольца. После этой лекции профессор присутствовал в операционной, где наши офтальмохирурги проводили аналогичные операции.

Если обучение невозможно провести в своих стенах, то мы отправляем специалистов на стажировки, курсы повышения квалификации в российские и зарубежные клиники.

— Марина Васильевна, как Вы собираетесь отметить Новый год и Рождество?

— Моя дочь Анна живёт в Барселоне. Она замужем за испанцем. У них двое детей. Внуку Даниэлю — три с половиной года, внучке Луне — полтора года. Новый год будем отмечать с мужем, дочерью, зятем и внуками. Привезём для всех подарки. Мой муж нарядится в костюм Деда Мороза, а я в костюм Снегурочки. Хочу, чтобы внуки верили в Деда Мороза и Снегурочку!

Кстати, в детстве перед Новым годом к нам домой в Ленинграде всегда приходили Дед Мороз и Снегурочка. И я верила в чудо, ждала подарков, радовалась этим подаркам… Хотелось бы, чтобы и мои внуки росли с ощущением сказки.

Они живут в Испании, в Каталонии, но моя дочь говорит со своими детьми на русском языке. Поэтому у них есть замечательный шанс вырасти, впитывая в себя, осваивая три языка, три культуры: русскую, испанскую и каталонскую. Хочется верить, что ситуация в Каталонии будет развиваться мирно, спокойно и всплески сепаратизма не станут в 2018 году омрачать жизнь людей.

— Чтобы Вы могли пожелать своим коллегам к тридцатилетию филиала?

— Это большой праздник для всех нас. Нам приятно работать вместе. Мы являемся одной командой. Надеюсь, что Санкт-Петербургский филиал МНТК всегда будет держать высокую марку.

Беседовал ***Илья Бруштейн***

Фотографии из архива Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России

ПРОЗРЕНИЕ

Л.И. Балашевич

В декабре 2017 года исполнилось 30 лет с момента открытия Санкт-Петербургского (бывшего Ленинградского) филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». С любезного разрешения автора, профессора Л.И. Балашевича, проработавшего директором филиала с 1994 по 2015 годы, публикуем отрывок из второго издания книги «Прозрение», подготовленной к печати накануне юбилейной даты. В публикацию включены: Глава 1 и Глава 3 (в сокращенном виде). Мы заранее приносим извинения за то, что формат газетной статьи не позволил использовать все фотографии сотрудников филиала, стоявших у его истоков, и о которых автор рассказывает с чувством глубокого уважения.

Глава 1.

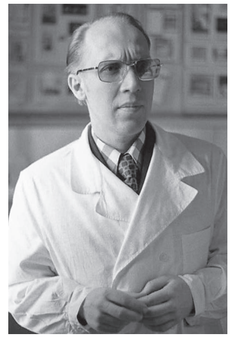
Предыстория

К середине 80-х годов прошлого века стало очевидным не только для населения, но и для руководства Советского Союза, что экономика страны не обеспечивает потребности народа в товарах первой необходимости и продовольствии и не выдерживает соревнования с соперниками — ведущими капиталистическими странами — в области оборонной промышленности и энергетики. Отсутствие конкуренции, социалистическая форма собственности, работа из-под палки властной вертикали, погоня за устраивающей эту вертикаль отчетностью и полное отсутствие личного интереса в успехе предприятия привели к застою в экономике и утрате интереса предприятий к внедрению достижений науки в производство.

Руководство страны оказалось перед фактом необходимости принятия срочных мер для исправления сложившейся ситуации. В то время в Политбюро ЦК КПСС еще не было готовности к радикальным переменам, а в обществе протестный потенциал еще не достиг накала, достаточного для их осуществления под давлением снизу. В результате была сделана попытка решить проблему традиционными для руководства страны командными методами: если руководители предприятий не хотят оперативно внедрять в производство достижения науки, то надо заставить их это делать. Так, в декабре 1985 года появилось Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О создании межотраслевых научно-технических комплексов и мерах по обеспечению их деятельности». Постановление предусматривало создание крупных государственных холдингов, состоявших из профильного научно-исследовательского института и объединенных с ним предприятий, которые под руководством института могли бы оперативно внедрять их разработки в практику директивным путем. В документе, который назывался «Основные направления экономического и социального развития СССР на 1986-1989 годы и на период до 2000 года», задача была сформулирована так: «Усилить интеграцию науки и производства, улучшить организацию и сократить сроки разработки и освоения в народном хозяйстве научных открытий, технических новинок исследовательских институтов и изобретений». Так начиналась знаменитая «перестройка».

Постановление выполнялось достаточно оперативно. К 1987 году было создано 22 межотраслевых научно-технических комплекса (МНТК) в различных областях народного хозяйства, среди них: «Биоген», «Ротор», «Технологические лазеры» и другие. В Ленинграде одно из таких научно-производственных объединений — «Технохим» — возглавлял член-корреспондент АН СССР Борис Вениаминович Гидаспов, в 1989-1991 годах — последний Первый секретарь Ленинградского обкома КПСС.

Ситуация с медицинским обслуживанием населения немногим отличалась от обстановки в промышленности. Несмотря на ряд, несомненно, положительных сторон советского здравоохранения, таких как оказание всех видов медицинской помощи за счет государства, разветвленную сеть поликлиник и больниц, наличие финансируемых государством профильных научно-исследовательских институтов и Академии медицинских наук, общий уровень медицинской помощи и состояние медицинской науки оставались, тем не менее, достаточно убогими. Медицинская наука варилась в собственном соку и была практически полностью отрезана от зарубежных контактов. На оснащение лечебных учреждений поставлялась почти исключительно морально устаревшая отечественная медицинская техника невысокого качества и узкий ассортимент лекарственных препаратов, поскольку медицинская и фармацевтическая промышленность страдали теми же недугами, что и вся экономика. Лечебные учреждения не имели никаких прав, так как все стороны их деятельности были строго регламентированы сверху. Главный врач лечебного учреждения не мог формировать свой штат, не мог самостоятельно



Академик АМН СССР М.М. Краснов (70-е годы)

Профессор С.Н. Федоров (конец 70-х годов)

ничего закупить для больницы, за любой мелочью надо было обращаться с поклоном к начальству, заранее писать заявки, которые не удовлетворялись годами.

Сотрудникам выплачивалась мизерная регламентированная Минздравом зарплата независимо от качества и количества труда. Финансирование лечебных учреждений также осуществлялось сверху и рассчитывалось по количеству коек. В силу экстенсивной модели здравоохранения и отсутствия заинтересованности лечебных учреждений в интенсификации труда населению приходилось иногда годами ждать очереди на выполнение плановых операций.

К счастью, советская офтальмология в 70-е годы стала выделяться в лучшую сторону на общем достаточно унылом фоне советского здравоохранения благодаря наличию в ней немногих ярких личностей, сумевших прорубить окно в мировую офтальмологию. В первую очередь следует назвать Михаила Михайловича Краснова, директора ВНИИ глазных болезней Минздрава СССР, который благодаря сотрудничеству с академиком А.М. Прохоровым, лауреатом Нобелевской премии и ведущим специалистом в области лазерной техники, впервые в мире создал моноимпульсный лазер для офтальмологии и предложил первую в мире лазерную операцию для лечения глаукомы — лазерную трабекулопунктуру. Благодаря полученному в профессорской семье прекрасному воспитанию и знанию английского языка М.М. Краснов опубликовал свою новаторскую работу в США и получил таким образом международную известность.

С.Н. Федоров *(четвертый слева во втором ряду)* среди членов Клуба имплантологов Ридли в Лондоне. 1966 г.

В Ленинграде в 70-80-е годы работал находившийся в расцвете своего таланта профессор Вениамин Васильевич Волков, начальник кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии. На его кафедре был создан первый в мире инфракрасный офтальмологический лазер, проводились интересные работы по офтальмоонкологии и травматологии, были установлены первые контакты с зарубежными, в первую очередь немецкими, офтальмологами.

Наконец, в советскую и мировую офтальмологию в это время метеором ворвался Святослав Николаевич Федоров. Придя никому не известным в Москву из Архангельска, как в свое время М.В. Ломоносов, и получив в 1967 году глазное отделение рядовой городской больницы № 81, к началу 80-х он уже имел в Москве Научно-исследовательскую лабораторию экспериментальной и клинической хирургии глаза МЗ РСФСР, а затем и Институт микрохирургии глаза.

Святослав Николаевич искал и поддерживал все новое, что появлялось в мировой офтальмологии. Он еще в 50-е годы узнал о работах Гарольда Ридли по интраокулярной коррекции и, в отличие от многих, в том числе ведущих офтальмологов мира, оценил перспективность этого направления. С помощью разысканных им умельцев Святослав Николаевич изготовил свой первый искусственный хрусталик и 5 июля 1960 года имплантировал его впервые в Советском Союзе 12-летней девочке Лене Петровой. В начале 60-х годов, когда выезд из СССР в капиталистические страны был почти невозможен, Святослав Николаевич пробился в Лондон и познакомился с Гарольдом Ридли. В 1966 году, когда оргкомитет Международного Конгресса Офтальмологов в Мюнхене отказался принять работу Петера Чойса по интраокулярной коррекции афакии и вообще обсуждать эту тему, Ридли и его немногочисленные сторонники организовали 14 июля 1966 года встречу в Лондоне, на которой основали "Intraocular Implant Club" — «Клуб Интраокулярной Имплантации».

Святослав Николаевич сумел приехать в Лондон на эту встречу и стал одним из 16 членов клуба, включая Ридли, который был избран первым президентом клуба. Святослав Николаевич оказался в хорошей компании — его первыми коллегами по клубу стали такие выдающиеся ученые, как Cornelius Binkhorst (Голландия), Peter Choyce (Великобритания), Benedetto Strampelli (Италия) и др. О том, насколько прозорлив

оказался С.Н. Федоров, говорит тот факт, что маленький клуб превратился сегодня в Европейское общество катарактальной и рефракционной хирургии, собирающее на свои ежегодные конгрессы тысячи офтальмологов со всего мира. К середине 80-х годов С.Н. Федоров стал признанным во всем мире новатором в интраокулярной коррекции афакии.

В начале70-х годов Святослав Николаевич с группой своих учеников разработал технологию первой пригодной для широкого использования в практике операции по хирургической коррекции миопии — кератотомии. Первую такую операцию он выполнил в 1972 году. Как истинный новатор и гениальный организатор, он не только разработал технологию операции, но и организовал в 1976 году в своем институте производство специально для нее созданного инструментария, а также впервые разработал компьютерную программу для расчета плана операции.

В его институте в 1981 году были впервые в советской практике организованы курсы обучения кератотомии для иностранных, в первую очередь, американских хирургов, он имел широкие контакты и известность за рубежом. К этому стоит добавить, что Святослав Николаевич был резким критиком экстенсивной модели здравоохранения и активно выступал за новые формы организации труда.

Увлеченный строительством новых зданий на выделенной институту обширной территории в Бескудниково и постоянно нуждаясь в средствах, Святослав Николаевич в начале 1986 года добился аудиенции у председателя Совета Министров СССР Н.И. Рыжкова, надеясь получить финансовую поддержку на самом высоком уровне. Вместо выделенного получаса встреча затянулась надолго.

Святослав Николаевич со свойственным ему даром убеждения сумел заинтересовать Н.И. Рыжкова своими идеями настолько, что последний спросил: «Хорошо, я помогу вам построить институт. Это решит все проблемы офтальмологии в стране? Нет, не решит. Так, может быть, на базе ваших разработок построить сеть клиник в стране, которые будут реализовывать ваши идеи?»

Так был дан старт созданию первого медицинского межотраслевого научно-технического комплекса, отцом и идеологом которого можно по праву считать Николая Ивановича Рыжкова. Предложение о создании МНТК «Микрохирургия глаза» было внесено в ЦК КПСС, одобрено им, и 24 апреля 1986 года вышло совместное Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 491 о его организации, подписанное Генеральным секретарем ЦК КПСС М.С. Горбачевым и Председателем Совета Министров СССР Н.И. Рыжковым. Этим постановлением была дана «зеленая улица» для внедрения в стране не только технологий, разработанных школой С.Н. Федорова, но и его экономических и организационных идей.

Постановлением на создаваемый комплекс возлагалось «дальнейшее развитие в стране фундаментальных исследований и осуществление единой научно-технической политики в области микрохирургии глаза, ускоренное внедрение новых методов и средств для диагностики и хирургического лечения глазных заболеваний, подготовка научных кадров и повышение квалификации специалистов».

Постановление предусматривало строительство в Москве НИИ «Микрохирургии глаза» (головной организации) и опытного завода, а также 11 филиалов в Волгограде, Калуге, Краснодаре, Ленинграде (ныне Санкт-Петербург), Новосибирске, Оренбурге, Свердловске (ныне Екатеринбург), Тамбове, Хабаровске, Иркутске и Чебоксарах. Для каждого филиала специальным приложением определялись зоны обслуживания населения соседних областей. В частности, Ленинградский филиал, помимо населения города, должен был обслуживать также население Ленинградской, Архангельской, Новгородской, Псковской, Вологодской, Мурманской областей и Карельской АССР. Плановая нагрузка на каждый филиал была определена в 12-15 тысяч операций в год.

Постановлением были определены небывало сжатые сроки строительства и ввода в строй филиалов. Согласно приложению № 2, в 1987 году предусматривался ввод в эксплуатацию Московского института, филиалов в Ленинграде, Чебоксарах и Краснодаре, в 1988 году — в Свердловске, Калуге, Волгограде и Хабаровске и в 1989 году — в Тамбове, Новосибирске, Иркутске и Оренбурге. Соответствующим облисполкомам предписывалось выделить земельные участки для строительства, а строительным министерствам — осуществить инженерную подготовку территорий и выполнение работ нулевого цикла и сооружение инженерных коммуникаций. Кроме того, в отдельном приложении № 3 Министерству сельского хозяйства было поручено изготовить к концу 1987 года 20 хирургических конвейеров и 25 диагностических конвейеров, Министерству оборонной промышленности в тот же срок — 70 операционных микроскопов с потолочным креплением, а Министерству электронной промышленности — 500 000 штук лейкосапфировых лезвий. Уместно заметить, что единственным в стране предприятием, которое имело опыт создания операционных микроскопов для офтальмологии, было Ленинградское оптико-механическое объединение (ЛОМО), которое как раз входило в структуру Миноборонпрома. Однако механическая часть микроскопов была настолько грубой по сравнению с зарубежными аналогами, что в конечном итоге после соответствующих согласований на высшем уровне было принято решение закупить микроскопы в Германии у фирм «Карл Цейсс» и «Меллер-Ведель».

Параграф 2 Постановления имел гриф «секретно», поскольку в нем содержались сведения об объемах финансирования проекта, которые в те времена не предавались огласке. Весь проект обошелся в 500 тысяч долларов валюты и 100 млн клиринговых рублей, т.е. на каждый филиал было затрачено менее 50 тысяч долларов валюты и по 10 млн рублей — смешные по нынешним меркам деньги, учитывая масштаб и социальную значимость объектов. Все эти средства были быстро и эффективно освоены без воровства и откатов, о которых в те времена даже помыслить было невозможно.

В организационной части Постановления содержался также параграф 5 со сноской «не для печати», который гласил: «Государственному комитету СССР по внешним экономическим связям заключить контракты на выполнение иностранными фирмами строительства (на условиях «под ключ») операционных блоков и пансионатов для больных на 300 мест с обеспечением необходимым оборудованием и приборами для головной организации комплекса «Микрохирургия глаза» и каждого его филиала». Поколению, выросшему в постсоветское время, непросто понять, почему такой безобидный параграф не подлежал огласке, но для нас, живших в то время, это было вполне понятно. Идеологизированное государство не могло расписаться в неспособности собственными силами создать инновационное современное медицинское предприятие. Кроме того, насколько нам известно, в Советском Союзе не было подобного прецедента, чтобы лечебное учреждение строилось зарубежным подрядчиком, и руководство страны, вероятно, не хотело излишнего шума со стороны завистников, которых у Святослава Николаевича было более чем достаточно.

Нельзя не обратить внимания и на то, что в данном параграфе идет речь о строительстве филиалов не со стационарами, а с пансионатами для больных. Тем самым была легализована еще одна новаторская идея Святослава Николаевича, направленная на создание для пациентов оптимальных условий для проживания в процессе выздоровления, аналогичных по удобствам хорошему отелю.

Важнейшее значение для будущего МНТК «Микрохирургия глаза» имел раздел Постановления о хозяйственном механизме деятельности комплекса. Именно этот раздел на долгие годы определил динамичное развитие и жизнеспособность комплекса не только в советское время, но и после распада СССР. Впервые руководителю предоставлялось право самостоятельно утверждать структуру и штатное расписание комплекса, а также вводить бригадную форму оплаты труда, размер которой зависел от количества пролеченных пациентов с учетом качества их лечения и обслуживания.

В развитие Постановления новым документом от 22 июля 1986 года «О нормативах затрат на одного больного, прошедшего курс лечения в межотраслевом научно-техническом комплексе «Микрохирургия глаза» Министерства здравоохранения РСФСР», согласованным с Минздравом СССР (министр С.П. Буренков), Советом Министров РСФСР (заместитель председателя Н.Т. Трубилин), Госкомитетом СССР по науке и технике (заместитель председателя К.М. Дюмаев) и Министерством финансов СССР (заместитель министра Н.В. Гаретовский), устанавливались нормативы оплаты комплексу за лечение одного пациента на период 1986-1990 годы. В этом документе было сказано: «В целях стимулирования дальнейшего расширения и повышения качества офтальмологической помощи населению, внедрения новых методов хозяйствования, обеспечения зависимости оплаты труда работников этого комплекса от конечных результатов, объем затрат на содержание комплекса определяется, исходя из стабильных нормативов затрат на одного больного, прошедшего курс лечения, дифференцированных по категории сложности».

Этих категорий было выделено три: в первую вошли кератопластика, сложные виды экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ, ленсэктомия, обычная экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ, операции на единственном глазу, удаление опухолей, витреоретинальные операции; во вторую вошли рефракционные операции при высоких степенях миопии, лазерные операции при вторичной катаракте и при аномалиях рефракции, энуклеация; в третью — рефракционные операции при близорукости средней и слабой степени, операции на веках, лазерная коагуляция при дистрофии сетчатки и т.д. За операции первой категории устанавливалась оплата 326 рублей, второй — 245 рублей и третьей — 167 рублей, в среднем — 214 рублей за законченный случай.

Руководителю предоставлялось также право определять размер и порядок выплаты премий за счет фонда материального поощрения. Для советского здравоохранения, которое финансировалось по количеству коек и никак не было завязано на количество и качество лечения пациентов, это была революционная привилегия, за которую так боролся Святослав Николаевич. Именно она стимулировала стремление коллектива государственного предприятия к интенсификации и повышению качества своего труда.

В этом же разделе было еще два революционных по содержанию параграфа с примечанием «Не для печати». В соответствии с параграфом 11, комплексу предоставлялось право напрямую заключать контракты и соглашения с иностранными фирмами, организациями и частными лицами по импорту товаров для обеспечения деятельности комплекса, на экспорт технологий комплекса и проведение рекламных мероприятий. Параграф 12 разрешал комплексу оставлять в своем распоряжении 50% валютной выручки от оказания услуг иностранным гражданам и продажи технологий за рубеж, которая зачислялась на спецсчет во Внешторгбанке и не подлежала изъятию, блокированию и перераспределению. Сегодня такие права являются совершенно естественными для любого хозяйствующего субъекта, но в советское время предприятие, а тем более медицинское учреждение, могло приобрести оборудование за рубежом только через государственную внешнеторговую структуру по ходатайству соответствующего министерства, а вся заработанная иностранная валюта сдавалась государству.

Как только Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 497 было предано гласности и начались практические шаги по его реализации, активизировались все консервативные силы в обществе, завистники и прямые противники революционных идей С.Н. Федорова. В печати стали появляться статьи, в том числе и известных офтальмологов, с резкой критикой новых методов лечения, разработанных им, с неприятием его новых организационных идей. Высказывались предложения не вкладывать деньги в новый проект, а раздать их бедствующим существующим больницам и клиникам. В борьбе с неуемным новатором применялись и отработанные в годы сталинской диктатуры методы прямого шантажа и угроз…

К счастью, все попытки дискредитировать Святослава Николаевича и его дело потерпели полный провал. Это был тот редкий случай, когда добро победило благодаря многим порядочным и честным людям, которые устояли перед давлением, не стали лжесвидетелями, верили в благородство и чистоту помыслов Федорова.

Глава 3.
Формирование команды и подготовка инфраструктуры

Постановление ЦК КПСС и Правительства о создании МНТК «Микрохирургия глаза» еще не было подписано, а Святослав Николаевич уже знал структуру будущего комплекса, которая была обсуждена не только на исторической его встрече с Н.И. Рыжковым, но и, вероятно, во время визита последнего в Федоровский институт в середине апреля 1986 года. С 4 по 14 апреля 1986 года ассистент кафедры офтальмологии Ленинградского педиатрического медицинского института, которой заведовал А.И. Горбань, Эмма Лазаревна Сапегина, находилась на курсах по имплантации ИОЛ в Институте Федорова в Москве. Одновременно с ней на курсах был Артур Константинович Голенков. Именно в этот период Эмма Лазаревна была свидетелем разговора Святослава Николаевича с А.И. Горбанем, которого он пригласил приехать в Москву, и А.К. Голенковым, которым он предложил возглавить соответственно Ленинградский и Калужский филиалы. Так, Анатолий Иванович стал куратором филиала задолго до начала его строительства. Официально же его назначение директором состоялось только 1 декабря 1986 г. По тем временам такие назначения не могли состояться без одобрения партийных и советских органов. Во время встречи С.Н. Федорова с председателем Исполкома Ленсовета В.Я. Ходыревым в октябре 1986 года, на которой присутствовали его заместитель по филиалам А.Д. Семенов, И.Е. Федорова и сам Анатолий Иванович, на предложение назначить последнего директором Ленинградского филиала В.Я. Ходырев отреагировал резко отрицательно, и Святославу Николаевичу пришлось приложить немало усилий, чтобы отстоять его кандидатуру.

Приняв на себя по просьбе Святослава Николаевича функции добровольного куратора строительства филиала, А.И. Горбань, конечно, знал, что именно ему и придется в дальнейшем руководить его работой. Понимал он и то, что даже прекрасно построенная клиника может эффективно работать только при наличии работоспособной команды сотрудников разных профессий, и в первую очередь медиков.

Естественно, что своих ближайших помощников он выбирал из числа сотрудников своей кафедры и сослуживцев по кафедре офтальмологии Военно-медицинской академии. Первым врачом, принятым на работу в филиал, была бывшая аспирантка А.И. Горбаня Татьяна Вячеславовна Балашова, которая после защиты диссертации была принята на работу ординатором глазной клиники клинической больницы Педиатрического медицинского института. Для ее перевода в филиал потребовалось обращение генерального директора к главному врачу больницы Н.В. Кременецкой с просьбой о переводе. После получения согласия приказом генерального директора комплекса № 29-к от 16.01.1987 года Татьяна Вячеславовна с 20 января была зачислена в штат еще не начавшего свою работу филиала в качестве офтальмохирурга-методиста.

Вторым по счету в штат филиала, также приказом генерального директора от 18 февраля 1987 года, был принят в качестве заместителя директора по науке профессор, полковник медицинской службы Виталий Гаврилович Шиляев, который был ранее заместителем начальника кафедры офтальмологии ВМА имени С.М. Кирова и многие годы работал на кафедре вместе с Анатолием Ивановичем. Виталию Гавриловичу был поручен поиск и отбор врачей для работы в филиале, работа по подготовке оптометристов, отработка документов и многие другие текущие вопросы.

Третьей штатной сотрудницей филиала стала Елена Николаевна Шухаева. Она также была зачислена в штат филиала приказом генерального директора № 171-к от 30 марта 1987 года, поскольку своего делопроизводства в филиале еще не было. В своем ходатайстве в отдел кадров головной организации Анатолий Иванович написал: «Знаю т. Шухаеву 3 года по работе как честного, знающего, преданного делу офтальмохирурга, целиком разделяющего идеологию МНТК по всем направлениям. Прошу принять ее на работу в Ленфилиал МНТК как офтальмохирурга-методиста по подготовке микрохирургических сестер и техников-медоптиков».

Собственно, этой небольшой командой, а также с помощью волонтеров, принятых официально на работу позже, с начала 1987 года и проводилась вся основная работа по подготовке к пуску филиала. Штаб-квартирой служил скромный кабинет Анатолия Ивановича на кафедре офтальмологии Педиатрического медицинского института. Здесь проводили собеседования с кандидатами на работу в филиале и представляли их уже существующей команде. Сохранился протокол первого «расширенного» совещания дирекции филиала, которое состоялось 1 июля 1987 года. На нем присутствовали профессор А.И. Горбань, профессор В.Г. Шиляев, В.М. Иваха, Т.В. Балашова и Е.Н. Шухаева.

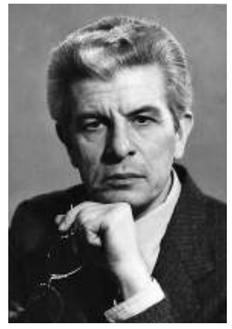
Первая сотрудница, пришедшая на работу в филиал, Т.В. Балашова

Профессор В.Г. Шиляев, пришедший на работу в качестве заместителя директора 18.02.1987 г.

Е.Н. Шухаева, зачисленная в штат филиала третьей по счету приказом С.Н. Федорова от 30.03.1987 г.

Заведующая отделом кадров Г.М. Лис

Секретарь директора Г.А. Минакова


Кандидат медицинских наук Л.И. Балашевич, 1987 г.

Э.Л. Сапегина и А.И. Горбань, 1987 г.

Заведующий диагностическим отделением В.П. Сергеев

Н.В. Бондаренко

А.М. Овсянников, 1987 г.

Главный бухгалтер Т.Н. Скоробогатова (снимок 90-х годов)

Операционные медсестры первого призыва со своей «кормилицей» *(вторая слева)*

Бессменная старшая операционная медсестра Г.И. Букахина

Хирурги первого призыва О.Г. Саксонова, Л.В. Белова, Ю.В. Суходрев

Именно на этом совещании дирекции были впервые представлены кандидатуры Л.И. Балашевича и Э.Л. Сапегиной на должности медицинских заместителей директора.

Массовое зачисление в штат сотрудников началось только в августе после появления собственного отдела кадров. Заведующей и единственным его сотрудником стала Галина Михайловна Лис, переведенная на должность старшего инспектора по кадрам из Треста № 3 Фрунзенского РЖУ приказом директора № 2-к от 3 августа 1987 года. На первых порах она выполняла обязанности и бухгалтера, и кассира, и специалиста по кадрам.

Приказом директора № 8-к от 31 августа 1987 года была принята на работу в качестве секретаря директора Галина Александровна Минакова, работавшая до этого в Военно-медицинской академии. Она стала верным и бессменным помощником Анатолия Ивановича вплоть до его ухода с должности директора. Она продолжает трудиться в этой должности и сейчас.

Пятым сотрудником, который был принят на работу в штат филиала по рекомендации В.М. Ивахи в качестве механика-энергетика до открытия отдела кадров, стал Игорь Анатольевич Васильев, который работал в Производственном объединении «Звезда». Назначение его состоялось 2 июля 1987 года приказом № 1-к. На предпусковой период ему был поручен контроль за выполнением монтажных работ.

На должность своего заместителя по лечебной работе Анатолий Иванович пригласил автора этой книги, также выходца из кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. В период службы Анатолия Ивановича на кафедре в качестве старшего преподавателя я был слушателем факультета усовершенствования врачей и имел возможность слушать его лекции и ассистировать ему на операциях. Свою первую экстракцию катаракты я сделал на клинической базе академии в Дорожной больнице, которую также курировал Анатолий Иванович. В 1987 году я получал право выхода на военную пенсию по выслуге лет, и поскольку перспективы роста на кафедре не было, я начал искать возможности устройства в гражданском здравоохранении. Поскольку Анатолий Иванович уже несколько лет работал заведующим гражданской кафедрой, я решил посоветоваться с ним. Он пригласил меня на встречу к себе домой в небольшую квартирку в «хрущевке» на проспекте Ветеранов.

Во время беседы за чашкой чая вдруг раздался телефонный звонок, и Анатолий Иванович вышел в свой маленький шестиметровый кабинетик, где стоял телефонный аппарат. В ходе разговора я вдруг слышу: «А вот у меня сидит сейчас Леня Балашевич с кафедры Волкова, вот его и возьмем». Надо признаться, что я к тому времени вообще ничего не знал о том, что в Ленинграде реализуется такой грандиозный проект, и недоуменно спросил Анатолия Ивановича, кому это он меня предлагает. Оказалось, звонил Святослав Николаевич по поводу подбора кадров для будущего филиала. И вот тогда только от Анатолия Ивановича я узнал о начале его строительства. На его предложение работать в будущем филиале я согласился без колебаний. Так решилась моя судьба на многие годы. Как тут не поверить в перст Божий! После того как 6 февраля 1987 года мне исполнилось 50 лет, я немедленно подал начальнику кафедры, профессору В.В. Волкову рапорт об увольнении из армии. Поскольку процесс это был не скорый, уже с января 1987 года я начал выполнять поручения профессора А.И. Горбаня по документации хода строительства и подбору среднего медицинского персонала. Официально же на должность заместителя директора по хирургии я был назначен 1 октября 1987 года.

В руководящей команде Анатолия Ивановича с начала 1987 года стала работать на правах волонтера его ассистент и правая рука по кафедре офтальмологии Педиатрического медицинского института Эмма Лазаревна Сапегина, с которой он проработал вместе много лет и которой бесконечно доверял. Официально Эмма Лазаревна была назначена заместителем директора по лечебному контролю уже после открытия филиала приказом № 2-к от 15 января 1988 года, как только смогла уволиться с прежней должности. В предпусковой период и в первые годы работы филиала работа Эммы Лазаревны выходила далеко за пределы ее функциональных обязанностей. Она, по сути, выполняла роль и снабженца, и социального работника, и преподавателя. В условиях тотального советского дефицита она обивала пороги высоких кабинетов, выбивая мебель для филиала, продукты, квартиры для приглашенных в филиал молодых врачей, возглавляла совет трудового коллектива и многое другое.

Руководителей второго эшелона в ранге заведующих медицинскими отделениями и основными службами филиала начали зачислять в филиал после официального приказа директора филиала № 1 от 15 июня 1987 года о начале деятельности учреждения и открытия отдела кадров 3 августа. Он не мог быть сформирован из неопытных людей, и их приходилось искать в других учреждениях, в основном силами заместителей директора. Так, на одной из ключевых должностей среднего звена, руководителя приемно-диагностического отделения, появился с подачи В.Г. Шиляева сотрудник глазной клиники Военно-медицинской академии Владимир Павлович Сергеев. На момент перехода в филиал он занимал должность заведующего клинической лабораторией клиники, а до этого — младшего научного сотрудника. В академии Владимир Павлович занимался не только практической работой, но и исследованием цветового зрения совместно с сотрудниками ГОИ им. Вавилова — доктором технических наук Е.Н. Юстовой и научным сотрудником К.А. Алексеевым. Результатом их исследований было создание пороговых таблиц для исследования цветового зрения, которые приказом Минздрава РФ № 1651 от 23 декабря 1986 года были разрешены для внедрения в практику. В.Г. Шиляев хорошо знал Владимира Павловича по совместной службе в академии и ценил его добрый характер, уживчивость в коллективе, обширные познания в офтальмологической диагностике и высокую работоспособность. Владимир Павлович был принят на должность врача-электрофизиолога приказом директора филиала № 15-к от 19 октября 1987 года, а затем по моему ходатайству приказом № 32-к от 18 декабря 1987 года переведен на должность заведующего приемно-диагностическим отделением, которое возглавляет до настоящего времени.

Заведующих хирургическими отделениями, а их по штату тогда полагалось два, искали среди состоявшихся хирургов глазных отделений городских больниц. Рассматривалась в первую очередь кандидатура талантливого хирурга и человека Льва Васильевича Каргашина, заведующего глазным отделением Куйбышевской больницы, на базе которого работала кафедра Анатолия Ивановича. К сожалению, это назначение не состоялось в связи с его нередкой для русских мужчин пагубной страстью к алкоголю. В итоге одним из кандидатов оказалась Наталья Владимировна Бондаренко, которая работала тогда ординатором глазного отделения городской больницы № 9. Вероятнее всего, Анатолию Ивановичу рекомендовал ее его друг, профессор Отари Александрович Джалашвили, в то время заведующий кафедрой офтальмологии 1-го Ленинградского медицинского института, на которой Наталья Владимировна проходила курс клинической ординатуры в 1983-1985 годах. Весной 1987 года Наталья Владимировна получила письменное приглашение от А.И. Горбаня прибыть на беседу в его кабинет на кафедре офтальмологии Педиатрического медицинского института. Имея смутную информацию о федоровском конвейере, врачи-хирурги скептически относились к этой идее, поскольку уже оперировавшим и имевшим опыт хирургам казалось унизительным сидеть на вспомогательных этапах. Наталья Владимировна не была исключением. Однако после беседы, в ходе которой Анатолий Иванович раскрыл всю глубину и новизну замысла Федорова, она безоговорочно дала согласие на работу в филиале в качестве хирурга.

Несмотря на рекомендации и опыт хирургической работы, Наталья Владимировна была подвергнута разработанной Анатолием Ивановичем процедуре отбора хирургов с заполнением специальной анкеты, проверкой мануальных навыков и даже сдачей теоретического экзамена. Все эти этапы она прошла успешно. На ее анкете Анатолий Иванович сделал пометку: «Зрелый специалист, желает интересной работы, активна, руки хорошие». Приказом директора № 12-к от 2 октября 1987 года она была принята на работу в качестве офтальмохирурга, а с 1 января 1988 года переведена на должность заведующей вторым офтальмохирургическим отделением (приказ № 5-к от 29.01.1988 г.). Наталья Владимировна успешно завершила этот отделение уже почти 30 лет.

Второе хирургическое отделение возглавил Валентин Львович Карецкий, который работал на кафедре детской офтальмологии ГИДУВа.

Хирург С.М. Грановская

Хирург Э.И. Лайхинен

Хирурги О.Б. Крылова и Н.В. Бондаренко

Хирурги Л.А. Переведенцева и Ю.А. Напалкова

Хирург Бахтияр Намазов

Хирург И.В. Адерихин

Хирург Л.В. Бавтуто

Хирург С.Г. Бойков

Хирург Л.В. Белова

Врач-исследователь А. Масленников

Клиническую лабораторию возглавил А.А. Алиев. На должность заведующей аптекой была приглашена В.В. Морякова, которая до этого работала в одной из городских аптек. Заведующим анестезиологическим отделением стал С.П. Цветков, пришедший из Ленинградского НИИ пульмонологии. Он проработал в филиале всего два года. Заведующим отделом медицинской техники был назначен А.А. Афанасьев.

Филиал оснащался компьютерной техникой, в связи с чем необходимо было найти сведущего человека такой редкой в то время профессии. Таким человеком стал Александр Михайлович Овсянников, который работал в недавно созданном вычислительном центре Главного управления здравоохранения города. Он был зачислен на работу приказом № 15-к от 19 октября 1987 года на должность заведующего вычислительным центром.

На важнейшую для филиала должность главного бухгалтера приказом директора № 5-к 10 августа была назначена Татьяна Никифоровна Скоробогатова, работавшая до этого бухгалтером в Пушкинском промкомбинате ЛОСПО. Она работала в филиале до 2005 года вплоть до своей трагической гибели. На перекрестке улицы Ярослава Гашека и Загребского бульвара, прямо у стен филиала, она была сбита автомобилем и скончалась от полученных травм.

Набрать сразу почти три десятка врачей и десятки медсестер, способных немедленно начать обследование и хирургическое лечение пациентов по новым технологиям, даже в условиях такого крупного города, как Ленинград, было очень непросто. Те, кто уже работал в немногочисленных глазных стационарах города, не нуждались в трудоустройстве, а молодых клинических ординаторов кафедры готовили тогда штучно, в основном для своих нужд, поскольку массового приема в ординатуру за плату всех желающих, как это сейчас делается, тогда и в помине не было. Поэтому Анатолий Иванович и его помощники развернули активную работу по поиску кандидатов на должности хирургов, их отбору и предварительному обучению навыкам микрохирургии. В течение июня месяца Анатолий Иванович лично провел собеседования с 25 врачами и 7 интернами, в ходе которых оценивались мануальная техника, теоретическая подготовка, культура речи, общая культура, наличие вредных привычек, а также «прочее» — это место жительства, наличие жилья, особенности характера и т.д. В этом разделе особенно ярко проявлялось чувство юмора и оригинальность высказываний Анатолия Ивановича. Например, в сохранившемся документе о результатах собеседования от 12 июня 1987 года есть такие замечания: «очень уверена, манерна, но в незнании признается честно», «самолюбив, не терпит подначку, юмор слабоват, избыточная самооценка», «языков активно не знает, усмешки не к месту, в остальном — ничего», «экстерьер простоват» и т.д.

Одновременно для проверки мануальных способностей будущих хирургов им была предоставлена возможность оперировать под патронажем В.Г. Шиляева и Э.Л. Сапегиной в глазном отделении больницы им. Куйбышева. Анатолий Иванович был озабочен также подготовкой отобранных хирургов в головной организации по кератотомии и экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ. Еще 20 сентября 1986 года в уже упомянутом выше письме на имя Святослава Николаевича он писал:

«Для специализации должного числа врачей-офтальмологов по профилю будущей работы филиала МНТК желательно срочно организовать при МНИИ МХГ дополнительный набор в клиническую ординатуру — примерно с октября-декабря 1986 года из расчета не менее 4-х мест для Ленинграда (кроме тех двух мест, которые заполняются в сентябре). Это позволит к моменту пуска филиала в каждой из трех планируемых операционных бригад иметь по 2 врача с достаточной — примерно годичной — практической подготовкой в области рефрактивной хирургии и имплантации ИОЛ. Ввиду трудностей с подбором кандидатов из числа врачей со стажем более трех лет (только через три года практической работы врачом общей практики можно было подавать документы в ординатуру — *прим. автора*) прошу принципиально согласовать с Минздравом РСФСР вопрос о допуске на этот период к конкурсу в клинординатуру для МНИИ МХГ перспективных кандидатов, еще не выработавших в сети практического здравоохранения положенного срока. Прошу дать также указание соответствующим службам о составлении для этого набора интенсифицированного плана подготовки, чтобы основная программа была пройдена уже в 1987 году, а завершение клинординатуры могло бы проходить в Ленфилиале после его ввода в действие. Для остальных членов хирургических бригад (ориентировочно для 9-10 человек) необходимо было бы организовать на базе МНИИ МХГ целевые 2-месячные курсы на период с 1.01.87 г. по 1.01.88 г.– для Ленфилиала примерно по 2 человека на каждый заезд.

Для укрепления филиала медсестрами, особенно микрохирургическими, и для надежного закрепления этих кадров необходимо уже сейчас предусмотреть 2 мероприятия: а) провести через Минздрав РСФСР директивный документ, разрешающий Главному управлению здравоохранения Ленинграда специализировать необходимую часть старшекурсников одного из ведущих медучилищ города на офтальмологию с привлечением для преподавания на условиях почасовой оплаты опытных преподавателей-микрохирургов; б) согласовать с Ленгорисполкомом вопрос о закреплении за филиалом части одного из общежитий, строящихся (или имеющихся) в районе комплекса «Микрохирургия глаза» (через соответствующие центральные организации)».

Надо сказать, что часть предложений Анатолия Ивановича были реализованы. В частности, почти все хирурги прошли двухнедельную подготовку в головном институте по кератотомии и имплантации ИОЛ. Первая группа зачисленных в штат филиала молодых хирургов в составе Е.Н. Шухаевой, Н.В. Бондаренко, Э.И. Лайхинена и Л.М. Константиновой была направлена на учебу в головную организацию для освоения техники кератотомии, а Т.В. Балашова и В.Л. Карецкий — техники имплантации ИОЛ с 1 по 17 октября 1987 года. В ноябре на месячные курсы были направлены хирурги Л.М. Бавтуто, В.П. Сергеев, С.М. Грановская, во второй раз — Л.М. Константинова и В.Л. Карецкий. Продолжалась учеба хирургов и в 1988 году.

Дополнительная подготовка медсестер для работы в филиале была организована в медучилище № 8 Э.Л. Сапегиной. Особую сложность представляло для филиала комплектование сотрудниками среднего звена диагностической линии, оснащенной сложной зарубежной автоматизированной техникой. Медсестры для такой работы были не подготовлены, а специальности оптометриста в Советском Союзе вообще не было. К счастью, в Ленинграде на Измайловском проспекте функционировал Электромеханический медицинский техникум МЗ РСФСР, который готовил специалистов по эксплуатации сложной медицинской техники. На его базе и было решено организовать впервые в стране подготовку оптиков-оптометристов. Профессор В.Г. Шиляев разработал и утвердил в МЗ РСФСР программу подготовки оптометристов и организовал и лично провел цикл лекций и занятий по оптометрии для студентов техникума. В 1987 году было выпущено 40 студентов, прошедших подготовку по оптометрии, и все они были распределены на работу в филиалы первой очереди. Приказом директора филиала № 2-к от 3 августа 1987 года в штат филиала были зачислены 15 лучших выпускников техникума. Ольга Быкова, Ирина Кушнир, Мария Ширяева, Ольга Танкачева, Ирина Лялова, Татьяна Амельянчик, Нина Рудницкая, Наталья Таккуева, Валентина Прокофьева, Ольга Лобанова, Светлана Иванова, Наталья Шапкина были приняты на должности оптометристов с окладом 110 рублей, а трое молодых ребят — Иван Жуков, Александр Пупышев и Владимир Касьянов — на должности техников-электриков по эксплуатации и ремонту медицинской техники с окладом 115 рублей. Двое первых из них работают в филиале до настоящего времени.

Вскоре сотрудничество филиала с Электромеханическим медицинским техникумом в области подготовки оптометристов было оформлено юридически. В соответствии с договором от 7 января 1988 года, который подписали А.И. Горбань и директор техникума А.А. Федоров, филиал брал на себя обязательство предоставить базу для прохождения двухнедельной практики студентам на диагностической линии и разработать учебные планы, а также выделить преподавателя из числа врачей филиала, оплату которого брал на себя техникум. Этот договор был заключен на 5 лет с возможностью продления на следующую пятилетку.

Отбор среднего медперсонала был поручен мне и был организован в одном из временных домиков для строителей, куда обращались все желающие из других лечебных учреждений и выпускницы медучилищ. С кандидатами проводились беседы для выяснения профессионального уровня и степени мотивации к интенсивной работе, но не меньшее внимание уделялось возрасту, внешнему виду, коммуникабельности и общему кругозору. В результате такого отбора команда медсестер, отобранных для работы в филиале, оказалась настолько внешне привлекательной, что финские строители, не избалованные красотой финских женщин, падали в обморок и несколько девушек все-таки увезли в качестве своих невест.

Первое массовое зачисление медсестер в штат филиала было произведено тем же приказом № 2-к от 3 августа 1987 года. Это были 10 выпускниц медицинского училища № 8, принятые после дополнительной подготовки, организованной филиалом, на должности операционных медсестер, а именно: Анна Борисовна Наумова, Альбина Евгеньевна Краснова, Ирина Николаевна Подольская, Ирина Анатольевна Потемкина, Ольга Борисовна Охлопкова, Инна Васильевна Скавенникова, Елена Владимировна Михайлова, Стелла Владимировна

Счастье видеть – вернется

Слышала, что в Ленинграде строится глазной центр и уже сейчас принимают заявки от больных на операцию. Расскажите, пожалуйста, о нем.

В. КРАСНОВА, инженер

Ответить на вопросы нашей читательницы мы попросили заместителя директора Ленинградского филиала межотраслевого научно - технического комплекса (МНТК) «Микрохирургия глаза» доктора медицинских наук профессора В. Г. ШИЛЯЕВА.

— Наверное, не стоит особо представлять известного в нашей стране и за рубежом врача и ученого члена-корреспондента АМН СССР профессора С. Н. Федорова. Разработанные им методы по оказанию больным микрохирургической помощи при заболеваниях глаз широко известны и в рекламе не нуждаются. Однако возможности С. Н. Федорова небезграничны, а желающих избавиться от глазных недугов очень много. Поэтому в апреле прошлого года было принято решение о создании межотраслевого научно - технического комплекса, в основе работы которого будут лежать принципы лечения, разработанные этим ученым. МНТК объединит головной научно - исследовательский институт, опытное производство и 12 филиалов.

Один из этих филиалов строится у нас, в Ленинграде. В декабре нынешнего года он будет готов к сдаче, а в январе 1988 года мы уже надеемся принять первых пациентов.

Ими станут прежде всего люди, больные катарактой и глаукомой, а также страдающие близорукостью, в том числе с астигматизмом. Следует учесть, что для корректировки близорукости необходимы следующие условия: возраст пациентов должен быть не менее 18 лет и не старше 40, а зрение от минус 4,0 до минус 10,0 диоптрий.

При лечении катаракты, после ее удаления, в глаз будет введен искусственный хрусталик. При этом не надо ждать полного созревания катаракты, как это практикуется сейчас. Значит, человек будет избавлен от временной «подуслепоты» и связанной с ней инвалидностью. После операции мы сможем вернуть к труду даже профессионалов - водителей, что раньше совершенно исключалось. Больных глаукомой тоже ждет операция. Но в отличие от прежних методик она будет делаться уже в самых начальных стадиях болезни.

Операция избавит людей и от близорукости, правда, тем из них, у кого она прогрессирует, операция понадобится не одна.

В нашем центре не предполагается стационар с длительным послеоперационным пребыванием на больничной койке. Поэтому больным с осложненными формами перечисленных заболеваний, а также страдающим диабетом, гипертонией, атеросклерозом и прочими тяжелыми недугами, для лечения надо обращаться в офтальмологические кабинеты и больницы. Не будет у нас и глазной хирургии для детей.

Теперь отвечу на вопрос, о том, как встать к нам на учет и в очередь на операцию. Для этого достаточно вырезать из газеты, заполнить и наклеить на плотную бумагу напечатанный сегодня талон предварительной записи, вложить его в конверт и отправить нам по временному адресу: 194100, Ленинград, Литовская улица, дом 2, ЛПМИ, кафедра глазных болезней. Желательно также вложить в отправление пустой конверт с написанным на нем обратным адресом пациента. Это облегчит нам работу по направлению адресату ответа с сообщением о номере очереди и сроках обращения к нам. Кстати, окончательное решение о предстоящей операции остается за нами: мы будем выносить его после всестороннего обследования в центре.

Думаю, что долго ждать не придется: ежемесячно в центре будет выполняться свыше тысячи операций. Добавлю, что при центре будет пансионат на 300 мест для временного размещения больных.

□

На снимке так будет выглядеть Ленинградский филиал МНТК с операционно-диагностическим блоком (справа) и пансионатом.

Ленинградский филиал межотраслевого научно-технического комплекса "Микрохирургия глаза"

ТАЛОН ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЗАПИСИ

Заполняется пациентом

ФИО .....

Возраст ..... Профессия .....

Домашний адрес с индексом .....

.....

Телефоны: д. ..... сл. .....

Ваша болезнь: близорукость, глаукома, катаракта (подчеркнуть)

Если близорукость, то когда в последний раз усиливали очки .....

Заполняется врачом-окулистом

Глаз	Visus без кор.	Рефракция	Visus с кор.
Прав.			
Лев.			

Диагноз: .....

(миопия-прогрессирующая, стабилизированная, глаукома-стадия, катаракта - степень зрелости)

Подпись врача .....

Пол-ка № ..... Дата .....

Временный адрес: 194100 Ленинград, Литовская, 2, ЛПМИ, каф. глазных болезней

Публикация талона предварительной записи в газете «Вечерний Ленинград» 10.08.1987 г.

Медсестрами-анестезистками были зачислены Сания Молдабековна Таубаева, ставшая старшей медсестрой, Екатерина Дмитриевна Голицынская, Лилия Евгеньевна Голованец, Мария Николаевна Деревенко, Альбина Евгеньевна Краснова, Ирина Анатольевна Потемкина и Людмила Владимировна Горохова. Почти полностью был укомплектован штат медсестер службы долечивания и реабилитации. Старшей медсестрой стала Наталья Викторовна Чупрова, сестрами Надежда Николаевна Сидорова, Людмила Евгеньевна Ковалевская, Татьяна Юрьевна Березуева, Елена Алексеевна Алешина, Светлана Эдуардовна Бирюкова, Вера Николаевна Филиппова, Жанна Владимировна Московская, Вера Алексеевна Крохина, Ольга Валентиновна Савик, Юлиана Николаевна Максимова, Мария Георгиевна Кузьмина, Юлия Борисовна Котрелева, Татьяна Васильевна Парабанюк, Елена Анатольевна Шаркова, Елена Борисовна Седова, Алла Петровна Анисимова, Вера Владимировна Жукова, Елена Николаевна Фенева, Вера Григорьевна Рубежова. На должности процедурных медсестер приняты Татьяна Анатольевна Троценко, Оксана Валентиновна Михайлова и Ольга Равиловна Аугалиева.

Этим же приказом были приняты на работу первые хирурги, прошедшие отбор, — Игорь Валерьевич Адерихин из Городской глазной больницы № 7 и Лариса Владимировна Белова из Детской городской больницы. Приказом № 6-к от 20 августа был принят по переводу из Педиатрического мединститута Юрий Львович Арван, 1 сентября приказом № 9-к — Сергей Георгиевич Бойков по окончании клинической ординатуры и анестезиолог Игорь Леонидович Трофимов. Приказом № 10-к от 14 сентября были зачислены в штат хирургов Юлий Владимирович Суходрев переводом из Педиатрического мединститута и Светлана Михайловна Грановская по окончании ординатуры. Переводом из поликлиники № 34 была принята в число хирургов Лариса Михайловна Константинова, а из больницы № 26 — Эйнар Иванович Лайхинен. Зачислена в штат хирургов приказом от 2 ноября № 17-к Людмила Михайловна Бавтуто по переводу из больницы № 16 имени Куйбышева, а 8 октября приказом № 14-к был принят в качестве хирурга Тамерлан Мелитонович Джусоев, которого «раскопали» в Гдовской районной больнице. Он стал впоследствии заведующим созданного позднее отдела витреоретинальной хирургии. Бахтияр Рауф-оглы Намазов, работавший окулистом Железнодорожной поликлиники в Ленинграде, был зачислен хирургом 13 ноября приказом № 19-к.

В ноябре из медсанчасти завода «Красный треугольник» была переведена в филиал на должность хирурга Ольга Геннадьевна Саксонова, одна из красивейших наших врачей, ставшая вскоре женой Ю.В. Суходрева. Они поженились в 1989 году, и поскольку это был первый брак между сотрудниками филиала, Анатолий Иванович издал 30 марта специальный приказ № 25 с поздравлением молодых. Приказом им была выплачена премия в размере 365 рублей — по рублю за каждый день первого года семейной жизни! В этом — весь Анатолий Иванович! В декабре накануне открытия филиала были переведены на должности хирургов Александр Николаевич Масленников из Городской больницы № 16, только что окончивший интернатуру, а из Лужской центральной районной больницы — Сергей Александрович Никулин, ставший впоследствии заведующим отделением рефракционной хирургии, а также Людмила Александровна Переведенцева. Уже после официального открытия филиала 17 декабря приказом № 31-к была принята на должность хирурга работавшая в ПТО «Оптика» Юлия Алексеевна Напалкова. Таким образом, к моменту открытия филиала ценой немалых усилий комплектование кадрами хирургов и врачей других специальностей было практически завершено.

Ключевое звено офтальмологов, наделенных управленческими функциями, — директор, заместители директора по научной и лечебной работе, заведующий диагностическим отделением — составили выходцы из кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии. Это были уже опытные, состоявшиеся люди со своим сложившимся кругом научных интересов и имевшие богатый разносторонний клинический и хирургический опыт и прошедшие трудный путь военной службы. Они привнесли в филиал на новую почву дух классической школы первой в России кафедры офтальмологии с ее богатыми традициями, заложенными выдающимися учеными В.И. Добровольским, Л.Г. Белярминовым, В.Н. Долгановым, Б.Л. Поляком, и активно передавали свой опыт и знания молодым врачам. Обогащенная новаторскими и во многом революционными идеями С.Н. Федорова, безоговорочно воспринятыми воспитанниками академии, эта школа приобрела новое качество и, как показало время, дала прекрасные плоды, обеспечив господство в филиале атмосферы петербургской интеллигентности, взаимного уважения и творческого поиска.

Комплектованием штата вспомогательных служб занимался в основном заместитель директора по общим вопросам В.М. Иваха. В октябре приказом № 14-к был принят на должность главного инженера Григорий Владимирович Раху, работавший в Главном управлении капитального строительства Ленгорисполкома. Следующим приказом от 19 октября заведующим пансионатом был назначен Олег Михайлович Науменко, работавший в гостинице «Москва». Старшим администратором пансионата была в ноябре назначена Ирина Михайловна Жеребятьева, работавшая в гостинице «Енисей». Она вскоре сменила О.М. Науменко на его должности, так как он нашел другое место работы, и исполняет ее до настоящего времени. Ирине Михайловне удалось собрать работоспособную женскую команду, несмотря на всегда имевший место дефицит младшего персонала в лечебных учреждениях города, которая на протяжении почти тридцати лет обеспечивает чистоту и уют в пансионате и осуществляет квалифицированный уход за пациентами.

Приказом № 16-к от 22 октября была принята на работу в качестве заведующей производством кафе пансионата Лариса Сергеевна Донская, которая впоследствии стала заведующей кафе и работает в этой должности и сегодня.

Для обеспечения бесперебойного функционирования филиала сразу после его открытия нужно было заранее продумать и закрепить в виде документов принципы функционирования всех его служб, организацию их работы и функциональные обязанности руководителей всех уровней. Этой крайне ответственной работой интенсивно занимался сам Анатолий Иванович Горбань… Для отработки организации и документального сопровождения работы к 5 октября 1987 года профессор В.Г. Шиляев разработал специальный план подготовки документов и бланков к открытию филиала. Этот план был утвержден директором 7 октября. В соответствии с планом Анатолий Иванович брал на себя разработку функциональных обязанностей директора и его заместителей, а также общее недельное расписание работы филиала. Профессор В.Г. Шиляев должен был разработать проект функциональных обязанностей всего врачебного состава филиала. На заместителя директора по лечебной работе Л.И. Балашевича планом возлагалась разработка инструкции дежурным врачам, памятки по послеоперационному лечению пациентов после их выписки из филиала для поликлинических врачей, проект бланков историй болезни и частные расписания работы лечебных подразделений. На В.М. Иваху возлагалась работа по созданию служебных инструкций для немедицинского персонала.

Первым документом, который Анатолий Иванович начал разрабатывать задолго до открытия филиала, было «Положение о структуре филиала МНТК МХГ, правах и обязанностях руководителей его служб, подразделений и бригад»… Документ интересен в первую очередь тем, что в нем хорошо отражено дыхание того времени, уважение к рядовому труженику, к коллективу. По пафосу, стилю это не сухая бюрократическая трудночитаемая бумага, а написанный настоящим романтиком-профессором манифест. Процитируем некоторые пункты этого документа:

«1.1. ЛФ МНТК МХГ, созданный постановлением Партии и Правительства, призван в составе всего МНТК МХГ решить ряд актуальных медицинских, организационных, экономических, научных и социально-политических задач, выдвинутых ходом перестройки. Основная тяжесть этой важной работы ложится на плечи рядовых тружеников филиала — санитарок и медсестер, врачей и офтальмохирургов, рабочих и вахтеров, поваров и техников, которые будут лечить больных и обеспечивать в филиале порядок, чистоту, дееспособность сложнейшего оборудования. Для успешной коллективной работы из персонала филиала комплектуются структурные подразделения, каждое из которых призвано наилучшим образом решать строго определенную задачу, что может быть оценено по достигнутому конечному результату как в количественном, так и в качественном отношении.

1.6. Поиск путей и средств решения полученных от дирекции долговременных заданий и преодоления возникающих оперативных трудностей в объеме их прав возлагается целиком на ответственность конкретных руководителей. Обоснованность самостоятельных решений должна оцениваться вышестоящим руководителем по значимости и своевременности достигнутых конечных результатов, а не на основе планирующей и неконкретной документации. Неспособность решать управленческие задачи в пределах своей должностной компетенции лишает сотрудника права занимать в Ленфилиале руководящую должность».

В этом документе были определены структура филиала на предпусковой период и принципы руководства. Анатолий Иванович исходил из планируемого перехода в 1988 году на бригадный подряд и составлял документ с учетом этого обстоятельства. Всего создавалось 12 бригад: бригада управления филиалом, приемно-диагностическая бригада, оперблок с анестезиологической службой, 2 бригады хирургов, бригада долечивания и реабилитации, медико-технического обеспечения, научного обеспечения с вычислительным центром, инженерно-технического обеспечения, хозяйственно-эксплуатационной, общественного питания, бригада гостиницы. Управление филиалом включало директора, заместителей по научно-медицинским вопросам, по лечебной работе, по лечебному контролю и реабилитации, заместителя по общим и инженерным вопросам, а также главного бухгалтера, руководителя планово-экономической службы и старшего инспектора по кадрам.

Предложенная Анатолием Ивановичем структура не только оправдала себя в предпусковой период, но и осталась принципиально той же до настоящего времени, если не считать существенного увеличения числа хирургических бригад в связи с возросшими возможностями филиала и изменением технологий.

Анатолий Иванович разделил руководящий состав филиала на 4 уровня: первый уровень представлял директор, второй — его заместители, и для первых двух уровней служебные инструкции написал лично, а для остальных уровней это право было делегировано заместителями начальникам служб. Эти инструкции резко отличались от тогдашних унифицированных унылых забюрократизированных документов. Каждая инструкция о правах и обязанностях конкретного человека учитывала и его индивидуальные особенности и таланты, вплоть до увлечений, и была написана под конкретных личностей. Вот, например, «Права и обязанности директора филиала»:

«Директор филиала подчиняется Генеральному директору МНТК МХГ и его прямым заместителям; имеет обязанности и права, вытекающие из Положения о филиале МНТК МХГ и Закона о государственном предприятии.

Исполнение этих обязанностей директор осуществляет путем руководства семью штатными службами ЛФ с опорой на четыре общественные организации (партийная, комсомольская, профсоюзная организации и Совет трудового коллектива).

Кроме этого, в пусковой период директор лично участвует в таких видах практической работы: проведение операций наиболее сложным больным; предметное обучение офтальмохирургов имплантациям ИОЛ разных типов; медицинская экспертиза в конфликтных ситуациях; чтение лекций для врачей ЛФ по актуальным проблемам микрохирургического инструментария и специального оснащения для глазных массовых операций; руководство научными работами сотрудников ЛФ по медико-технической проблематике; выработка научно-медицинских, организационных и экономических перспектив деятельности филиала; решение сложных вопросов деятельности ЛФ в пусковой период на уровне генеральной дирекции МНТК, городских партийных и советских организаций; совершенствование демократических основ в работе филиала с целью формирования грамотного и сплоченного коллектива, способного активно решать социальные и экономические задачи второго этапа перестройки в сфере народного здравоохранения.

С.Н. Федоров на третьем этапе конвейера 14.12.1987 г.

Квалификационные требования: офтальмолог, доктор медицинских наук, профессор; стаж работы офтальмохирургом не менее 25 лет; наличие опыта руководства научно-медицинским сменным коллективом; не курит». Последнее требование с юридической точки зрения, конечно, абсолютно волюнтаристское, но Анатолия Ивановича это нисколько тогда не смущало.

Точно так же под конкретных людей были написаны инструкции и для заместителей директора. Например, зная мое увлечение фотографией и опыт работы по лазерной тематике в Военно-медицинской академии, Анатолий Иванович поручил мне, помимо решения медицинских проблем, вести фоторегистрацию становления филиала, подготовить помещение и оснастить фотолабораторию, найти хорошего штатного фотографа, подготовить фотоэкспозицию по истории филиала для холлов амбулатории и гостиницы, подготовить памятный альбом, а также разработать концепцию развертывания в филиале лазерного центра, оснастить его аппаратурой, разработать график его работы и решить кадровые проблемы. В течение предпускового периода Анатолий Иванович взял на себя практически всю работу по организации прохождения потока пациентов по диагностической линии, поскольку раньше ни у кого не было опыта организации работы в таких условиях. Он лично прорабатывал и рисовал на кальке разные варианты, обсуждал их с заместителями и врачами до тех пор, пока не находился вариант, пригодный на практике. Он также сам руководил работой по изготовлению и развешиванию в холлах, переходах и коридорах диагностического отдела указателей для пациентов, которые верой и правдой прослужили несколько лет без существенной корректировки. Для сотрудников были изготовлены нагрудные визитные карточки, разработаны эскизы форменной единообразной одежды с помощью привлеченных дизайнеров.

Большое внимание уделялось оформлению интерьеров. А.И. Горбань сам и его ближайшие помощники подбирали и заказывали декоративные скульптуры, витражи и мебель. Для этой цели мы побывали даже в Художественном училище имени Мухиной (б. Штиглица) и закупили несколько дипломных работ студентов. К моменту открытия филиал представлял собой разительный контраст с привычными унылыми серыми интерьерами традиционных советских больниц.

Одной из важных проблем, которые пришлось решать временному штабу, было создание резерва пациентов, чтобы высокопроизводительное

Арефьева, Лилия Евгеньевна Голованец и Мария Николаевна Деревенко. В октябре дополнительно принята выпускница Елена Владимировна Магид. В ноябре были зачислены в штат операционных медсестер работавшие в клинике Санитарно-гигиенического мединститута и имевшие большой опыт практической работы Людмила Владимировна Середа и Галина Ивановна Букахина. Последняя стала старшей операционной сестрой и до настоящего времени незаменима на этой должности.

По состоянию на 6 ноября 1987 года штат среднего медперсонала был укомплектован на 83,8%. Помимо уже перечисленных выше, были зачислены заведующей регистратурой Людмила Федоровна Старцева, и сейчас работающая в этой должности, медрегистраторы Татьяна Васильевна Богомолова, Ксения Карловна Звягинцева, Валентина Ивановна Жукова, Марина Генриховна Пинт.

Заместитель министра здравоохранения РФ В.В. Суворов перерезает ленточку на процедуре открытия филиала

С.Н. Федоров и А.И. Горбань дают интервью прессе после выполнения показательных операций

Первая пациентка Н.А. Доценко, прооперированная на конвейере 14.07.1987 г.

Дарящие свет

СЕГОДНЯ В ЛЕНИНГРАДЕ ОТКРЫЛСЯ ФИЛИАЛ МЕЖОТРАСЛЕВОГО НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА»

Тысячи людей следили за созданием этого лечебного центра в нашем городе. И не только ленинградцы — новый филиал Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» должен обслуживать жителей и города на Неве, и ряда областей Северо-Запада. Еще задолго до открытия филиала газетами были распространены анкеты, которые после тщательного анализа помогли выявить потребности в услугах этого необычного медицинского учреждения.

В чем же его необычность?

— Прежде всего в «технологии» работы, — рассказывает заместитель директора филиала по науке доктор медицинских наук профессор В. Г. Шиляев. — Методика операций в нашем центре при обеспечении высочайшего качества дает возможность примерно в десять раз увеличить производительность. А это значит — здесь будет выполняться от 64 до 100 операций в день, 12—15 тысяч в год. Обеспечат это не только лучшие хирурги-офтальмологи, но и великолепное, на лучшем мировом уровне оборудование. Все службы подчинены главному — возвращению людям зрения. Особую сложность представлял подбор кадров для необычной клиники. Буквально на каждую должность был проведен конкурс.

Кроме опытных, отлично зарекомендовавших себя хирургов, таких, как кандидат медицинских наук Л. И. Балашевич, В. Л. Корешкий, подобраны несколько молодых, весьма перспективных врачей, как, например, И. Б. Адерихин.

Итак, центр открыт. По сути дела это не больница. Люди, которым назначена операция, будут жить в своеобразной гостинице, в комфортабельных номерах. Здесь не будет больничного режима, пациенты смогут совершать экскурсии по Ленинграду, общаться с родственниками, чувствовать себя как дома. Известно, что такие условия гораздо эффективнее способствуют скорейшему выздоровлению.

Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза», созданный членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР, Героем Социалистического Труда С. Н. Федоровым, продолжает расширяться, открывая все новые региональные филиалы. В стране началось кардинальное наступление на глазные болезни. И сейчас в эту благородную работу включается ленинградский филиал.

Первые операции в ленинградском филиале уже сделаны. Скоро этот центр начнет набирать силу, и его адрес — угол Загребского бульвара и улицы Ярослава Гашека — станет широко известен во многих городах Северо-Запада.

А. ВОЛОДИН

* * *

По случаю открытия Ленинградского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» сегодня здесь состоялся митинг.

С пожеланиями успеха в гуманном деле на благо здоровья ленинградцев к его участникам обратились заместитель министра здравоохранения РСФСР В. В. Суворов, генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» Герой Социалистического Труда, член-корреспондент АМН СССР С. Н. Федоров.

На митинге выступил заместитель председателя Исполкома Ленсовета Л. Г. Перекрестов.

(ЛенТАСС)

На снимках: Ленинградский филиал Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза»; заместитель директора филиала Э. Л. Сапегина осматривает больного с помощью щелевой лампы; оптометрист диагностического отделения О. Н. Быкова за исследованием.

Фото А. ДЕМЬЯНЧУКА

Публикация в «Ленинградской правде» об открытии филиала

учреждение не простаивало и на полную мощность использовало людские и материальные ресурсы. Надо сказать, что информация о строительстве филиала в Ленинграде быстро распространилась среди населения, и в местные газеты стали обращаться потенциальные пациенты с вопросами о том, как попасть на лечение. В то время и сама пресса искала в первую очередь не «чернуху», как сейчас, а положительные примеры из жизни города, и первая статья корреспондента Т. Чесановой, содержавшая интервью с Анатолием Ивановичем Горбачем о строительстве и будущих возможностях филиала, была опубликована в «Ленинградской правде» 24 января 1987 года. В мае в той же газете было опубликовано интервью с тогдашним главным офтальмологом Комитета по здравоохранению города Ю.С. Астаховым, который рассказал о возможностях будущего филиала и коснулся также проблемы доступа больных к его услугам.

Возможно, именно интерес прессы навел профессора В.Г. Шиляева на мысль решить проблему создания резерва пациентов через газеты. Для этой цели он разработал форму талона предварительной записи на операции, в котором пациент должен был заполнить сведения о себе (фамилия, имя и отчество, профессия, адрес, телефон), а врач поликлиники — данные о диагнозе. В качестве пробы такой талон был опубликован сначала в малотиражных газетах крупных предприятий («Кировец», «Ленинградский рабочий»). В результате этой акции к 15 мая на адрес временного пребывания штаба на Литовской улице, дом 2, в Педиатрическом мединституте, поступило до 1000 талонов. После такого удачного старта талон вместе с интервью профессора В.Г. Шиляева корреспонденту В. Красновой был опубликован 10 августа 1987 года в очень популярной в то время газете «Вечерний Ленинград»…

К ноябрю 1987 года число присланных талонов достигло 35 000 человек. Подавляющее большинство заполнивших талоны были миопами, но примерно 6000 страдали глаукомой и катарактой. Теперь возникла другая проблема — как весь этот массив обработать, как выстроить справедливую очередь, как избежать претензий и злоупотреблений. Мошенников хватало и в советское время, и уже вскоре после открытия филиала пациентам за деньги предлагали услуги якобы внеочередного приглашения, а некоторые даже приторговывали своей очередью.

В выходившей тогда бесплатной информационной газете мы нашли такое объявление: «Меняю очередь в МНТК на холодильник»!

Ленинградская пресса продолжала периодически освещать ход строительства филиала. В номере «Ленинградской правды» от 26 ноября 1987 года была опубликована статья Т. Чесановой «Гадать ли на «Ромашке?», в которой она подробно рассказала о подготовке к пуску. Надо сказать, что в ходе общения с профессорами А.И. Горбачем и В.Г. Шиляевым и при личном знакомстве с ходом строительства корреспондент Т. Чесанова сама стала большим поклонником С.Н. Федорова и его идей. Строительство филиалов первой очереди широко освещалось также и в общесоюзной прессе. В частности, в октябре были опубликованы статьи о ходе строительства Чебоксарского и Краснодарского филиалов в газетах «Правда» (29 октября 1987 г.) и «Советская Россия» (29 октября 1987 г.)…

…Официальное открытие филиала состоялось 14 декабря 1987 года. На церемонию открытия прибыла представительная делегация из Головной организации во главе со Святославом Николаевичем Федоровым. Министерство здравоохранения РФ представлял на открытии заместитель министра В.В. Суворов, а администрацию города Ленинграда — заместитель председателя Ленгорисполкома Л.Г. Перекрестов, с участием которых состоялось торжественное открытие филиала. После процедуры разрезания ленточки филиал официально считался открытым. На церемонию были приглашены также руководители офтальмологических учреждений и кафедр и рядовые офтальмологи. Были выполнены показательные операции на конвейере с участием на главном этапе самого Святослава Николаевича и в присутствии корреспондентов. После завершения операций Святослав Николаевич вместе с А.И. Горбачем дали интервью корреспондентам газет и телевидения. Всем была предоставлена возможность ознакомиться с филиалом, его оснащением и принципом его работы, основанным на максимальном использовании производительности автоматизированных приборов для диагностики и компьютерных расчетов плана операций, которые никогда прежде не использовались в советской офтальмологии. Надо было жить в то время, чтобы представить впечатление, которое производило это учреждение на рядовых офтальмологов, никогда не видевших таких интерьеров и такого оборудования. Первой пациенткой, прооперированной на конвейере, была молодая женщина Наталья Александровна Доценко. В холле, где пациенты после кератотомии отдыхали после операции за чашкой чая, ее буквально атаковали многочисленные представители прессы. Репортажи об этом событии были опубликованы на следующий день в газете «Ленинградская правда» и вечером того же дня — в газете «Вечерний Ленинград». Вот что писала корреспондент «Ленинградской правды» Т. Чесанова:

«В порядке исключения репортерам и фотокорреспондентам, обладавшим во все стерильное, разрешили войти в операционную. Конечно, лучше побывать здесь в качестве журналиста, чем пациента, но все, что мы здесь увидели, удивляло и радовало, поскольку ничем не напоминало обычные медицинские учреждения. Поднялись мы и на «чердак». Хитросплетение белоснежных труб. В них воздух очищается, обеззараживается, и над операционными столами стерильный воздушный колпак. Столы-каталки расходятся из центра веером — как лепестки ромашки. Поэтому и назвали этот круговой конвейер «Ромашкой». Нажимается кнопка, и больной едет по кругу. Каждый хирург, сидящий под подвесным микроскопом, делает свой этап операции. Делает мастерски. Новый поворот — новый этап, столь же виртуозно исполненный, потому что хорошо освоенный. И так, пока не завершится полный круг».

После показательных операций состоялся митинг, прозвучали многочисленные поздравления, после которых с ответной речью выступил А.И. Горбань, который поблагодарил выступающих за добрые пожелания и от имени коллектива заверил, что он настроен на успешное решение стоящих перед филиалом задач.

На следующий день, 15 декабря, состоялось первое совещание с врачами филиала, на котором выступил заместитель генерального директора по работе с филиалами А.Д. Семенов, который со свойственным ему красноречием призвал команду к ударной работе по освоению новых технологий и новой техники… ■

От хорошего к лучшему: Swept-Source OKT — новый тренд в диагностике и мониторинге глаукомы

В рамках прошедшего XV Юбилейного конгресса «Глаукома: теории, тенденции, технологии» **кафедрой офтальмологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова** и компанией **MS Westfalia GmbH** был организован сателлитный симпозиум «От хорошего к лучшему: Swept-Source OKT — новый тренд в диагностике и мониторинге глаукомы». Он состоялся 1 декабря 2017 года и привлек внимание многочисленной аудитории.

Докладчики: **В.С. Акопян**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова; **Н.С. Семенова**, к.м.н., доцент кафедры офтальмологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова; **А.В. Ларичев**, к.ф-м.н., доцент кафедры медицинской физики МГУ им. М.В. Ломоносова.

Первый доклад на тему «Сосудистая теория» глаукомной оптической нейропатии: прошлое, настоящее или будущее?» от группы авторов представил профессор В.С. Акопян (Москва). Не совсем обычное название доклада «является попыткой связать результаты, полученные молодыми соавторами в небольшом целевом исследовании, с общими представлениями о природе и механизмах глаукомной оптической нейропатии, о которой не утихают споры, хотя во многом природа этого явления и клинические проявления хорошо известны большинству коллег». Глаукома является второй причиной неизлечимой слепоты в мире, и симпозиум посвящен возможностям оптической когерентной томографии при первичной глаукоме. ОКТ является высоковостребованным и высокоинформативным диагностическим и мониторинговым методом в изучении глаукомы. ПОУГ является многофакторным возрастным заболеванием, характеризующимся, прежде всего, гибелью ганглиозных клеток сетчатки и ремоделированием соединительной ткани на уровне головки зрительного нерва, т.е. фактически решетчатой пластинки склеры. Однако до сегодняшнего дня офтальмологи не могут определить момент старта апоптоза ганглиозных клеток, т.к. структура этой нейрональной части сетчатки очень сложна.

Оптическая когерентная томография используется как в диагностике, так и в мониторинге глаукомы более 15 лет. С помощью ОКТ изучается циркулярно-папиллярный слой нервных волокон сетчатки; комплекс ганглиозных клеток сетчатки (ГКС); слой ганглиозных клеток и дендритов; топография ДЗН. Функция ангиографии в ОКТ позволяет изучать сосудистое русло сетчатки и ДЗН.

Цель работы заключалась в оценке плотности микрососудистого русла сетчатки при ПОУГ, а также в сопоставлении данных swept-source ОКТ-ангиографии с измерениями нейрональных изменений сетчатки, выполняемых методами традиционной ОКТ. В исследовании приняли участие 12 больных глаукомой (24 глаза) и 12 пациентов (24 глаза), составляющих контрольную группу. Всем пациентам выполнялась swept-source ОКТ-ангиография в макулярной зоне и на ДЗН, а также ОКТ макулярной зоны и ДЗН по протоколу 3D-Wide (классический метод); проводилось измерение толщины сетчатки и ее компонентов в макулярной зоне, зоне ДЗН и вокруг него. В исследовании применялся оптический когерентный томограф Triton производства компании Topcon. Был проведен анализ оптических когерентных томограмм плотности сосудистого русла в режиме ОКТ-А в программе IMAGEnet. Сравнение результатов, полученных в двух группах, показало значительно меньшую плотность микрососудистого русла при первичной глаукоме как в макулярной зоне, так и в перипапиллярной зоне. Была выявлена корреляция средней силы между плотностью микрососудистого русла и средней толщиной слоя волокон макулярной зоны, а также корреляция между плотностью микрососудистого русла и средней толщиной слоя волокон макулярной зоны, толщиной комплекса ганглиозных клеток сетчатки (ГКС) и плексиформным слоем. Корреляция средней силы была отмечена между плотностью сосудистого русла и средней толщиной перипапиллярного слоя нервных волокон вокруг зрительного нерва. При сопоставлении плотности микрососудистого русла в перипапиллярной и макулярной зонах была зафиксирована значительная корреляция. Клинические случаи ПОУГ продемонстрировали связь между состоянием сетчатки с ослабленной капиллярной перфузией и соответствующим этой зоне участком поля зрения, а также соответствие между скотомами в поле зрения, зонами истончения СНВС и ГКС и зонами сниженной сосудистой плотности.

Завершая свой доклад, профессор В.С. Акопян сделал вывод о том, что при ПОУГ выявлена равномерно сниженная сосудистая плотность в макулярной зоне и вокруг ДЗН; зонам сниженной сосудистой плотности соответствуют характерные для глаукомной оптической нейропатии участки истончения СНВС и ГКС.

Продолжил работу симпозиума доклад, сделанный Н.С. Семеновой от группы авторов, на тему «От традиционной спектральной ОКТ к swept-source ОКТ с целью оценки глаукомной оптической нейропатии». С первых дней появления метода ОКТ его объектом выступала не только сетчатка, но и ДЗН. С развитием оптической когерентной томографии расширялись возможности в оценке толщины перипапиллярного слоя нервных волокон; общей толщины сетчатки в макулярной зоне; толщины комплекса ганглиозных клеток сетчатки; толщины слоя ГК и их дендритов.

Технология swept-source ОКТ обладает рядом преимуществ по сравнению со спектральной ОКТ; благодаря высокой скорости сканирования — 100 000 А-сканов/сек — можно одномоментно получать широкоформатные сканы, способные охватить одновременно зону вокруг ДЗН и всю макулярную зону.

Цель работы — сопоставить результаты ОКТ-измерений, производимых томографами с технологией SD и SS; оценить диагностическую значимость ряда параметров «глаукомной программы» SD и SS томографов. Дизайн исследования: 49 пациентов с ПОУГ; 20 пациентов с офтальмогипертензией; 24 участника без признаков ПОУГ. Сравнивалась толщина перипапиллярного слоя нервных волокон сетчатки (ПСНВ) в 4-х секторах, а также средняя толщина по всей окружности; оценивалась толщина комплекса ганглиозных клеток в верхнем и нижнем секторах, а также средняя по всей макулярной зоне; оценивалась общая толщина сетчатки. Сравнение толщины ПСНВ во всех секторах показало значимое отличие, при этом показатели SD-ОКТ были несколько выше, чем показатели, полученные методом SS-ОКТ. Сравнение толщины комплекса ганглиозных клеток сетчатки показало численное превышение показателей SS-ОКТ по отношению к SD-ОКТ. При сравнении общей толщины сетчатки в различных секторах обнаруживается статистически значимая разница между двумя томографами. Возможными причинами различий являются: разные области сканирования; разные протоколы сканирования («шаг» и усреднение); разные границы слоя: у RTVUE-100 — наружная поверхность слоя ПЭС, у DRI OCT Triton — внутренняя поверхность слоя ПЭС; разница в технологии ОКТ.

Докладчик затронула вопрос о важности приближения «к истинным анатомическим значениям» при проведении измерений в глазу. Большое значение для практических врачей имеет возможность отличить больных людей от здоровых. Для этого был проведен ROC-анализ параметров, измеренных двумя томографами: толщина ПСНВ, комплекс ГКС, общая толщина сетчатки; кроме того, были проанализированы параметры, имеющиеся только в одном томографе: для SD-ОКТ — индекс глобальной (GLV) и фокальной потери объема (FLV) комплекса ГКС; для SS-ОКТ — средняя толщина слоя ганглиозных клеток сетчатки (GCL+), толщина GCL+ в верхнем и нижнем секторах макулярной зоны (MZ). Исследования показали, что наиболее информативными и диагностически значимыми параметрами, полученными спектральным томографом, являются толщина нижнего сектора ПСНВ и индекс фокальной потери; диагностически значимые параметры SS-ОКТ: средняя толщина ПСНВ, толщина верхнего и нижнего секторов ПСНВ, толщина нижнего сектора GCL+ и GCL++, толщина верхнего сектора GCL+, средняя толщина GCL+.

В заключение Н.С. Семенова отметила, что диагностика глаукомы основывается на комплексном применении целого ряда диагностических методов, однако до сих пор глаукоматологи не знают, почему возникает это заболевание, поэтому на сегодняшний день говорить о преимуществах какого-то одного метода над другими нельзя.

С докладом «Swept-source vs Spectral domain ОКТ. Взгляд физика» выступил А.В. Ларичев. Исследовали зрения всегда мечтали заглянуть в «живой глаз», и большой прорыв в этом направлении был сделан в начале XX века, когда был изобретен безрефлексный офтальмоскоп и появилась возможность наблюдать с хорошим качеством за состоянием глазного дна. За свое изобретение Альвар Гульстранд (Швеция) получил Нобелевскую премию по физиологии. Очередным принципиальным шагом в развитии этих технологий стал лазерный сканирующий офтальмоскоп, работающий на принципе конфокальной фильтрации и позволяющий при наблюдении выделять различные слои сетчатки. Существенным недостатком прибора является ограничение по глубине, что привело к появлению метода, основанного на когерентных свойствах света.

Принцип работы спектральной ОКТ и swept-source ОКТ идентичен: обе методики регистрируют спектр, только при спектральной томографии используется широкополосный источник света и спектр регистрируется при помощи спектрометра; в технологии swept-source регистрация происходит при помощи светодиода, а у источника перестраивается длина волны. Результатом работы данных приборов является получение спектра, при этом создатели стремятся максимально улучшить соотношение «сигнал — шум». Сделать это в глазу путем увеличения подсветки нельзя в силу ограничений по санитарным нормам. Технологии, использованные в swept-source томографах, позволили в 2 раза повысить соотношение «сигнал — шум», гарантируют устранение фона, дают возможность более эффективно использовать диапазон аналого-цифрового преобразователя.

Формат сателлитного симпозиума позволил участникам задавать многочисленные вопросы докладчикам, что явилось свидетельством огромного интереса аудитории к заявленной теме.

Подготовил ***Сергей Тумар***

Фото Сергея Тумара

YAG-лазерный витреолизис: место в клинической практике

Сателлитный симпозиум, организованный компанией **«Трейдомед Инвест»**

20 октября 2017 года в рамках XVIII Всероссийского научно-практического конгресса с международным участием «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии» состоялся сателлитный симпозиум на тему «YAG-лазерный витреолизис: место в клинической практике», организованный при поддержке компании «Трейдомед Инвест».

Модератор: профессор А.В. Дога. ***Президиум:*** профессор А.В. Дога, д.м.н. П.Л. Володин, М. Векенир.

С первым докладом «YAG-лазерный витреолизис: реальный вариант лечения для пациентов с деструкцией стекловидного тела» выступил М. Векенир (Антверпен, Бельгия).

Основой механизма формирования помутнений в витреальной полости является нарушение структуры стекловидного тела, сопряженное, как правило, с возрастными изменениями. Наиболее выраженный субъективный дискомфорт вызывают помутнения, расположенные вблизи зрительной оси в задней трети стекловидного тела (недалеко от макулы). Даже мелкие помутнения вблизи сетчатки, как правило, приводят к выраженному зрительному дискомфорту, так как являются причиной более четкой тени на сетчатке. В то же время даже крупные помутнения за хрусталиком вызывают меньше зрительных жалоб.

Витрэктомия является эффективным способом удаления помутнений, однако сопряжена с высоким риском осложнений. Так называемая минимально инвазивная витрэктомия, направленная только на удаление помутнений, драматически ускоряет «старение» стекловидного тела, способствует формированию тракций и отслойки сетчатки в отдаленном периоде. Докладчик представил данные клинических наблюдений, показавших корреляцию частоты отслойки сетчатки с более молодым возрастом пациента, перенесшего витрэктомию по поводу помутнений. Кроме того, известен повышенный риск отслойки сетчатки после осложненной хирургии катаракты, потребовавшей удаления передней части стекловидного тела. Тотальная витрэктомия также сопряжена с риском разрывов и последующей отслойки сетчатки.

Лазерный витреолизис является альтернативным, более безопасным и менее инвазивным методом лечения плавающих помутнений стекловидного тела.

Эффект лазерного воздействия заключается в формировании плазменного облака в точке конвергенции лазерного излучения, механической фрагментации и испарении ткани помутнения. Испарение вызвано мгновенным нагревом ткани помутнения до температуры 4000 градусов. Механическая фрагментация происходит под действием сверхзвуковой волны, вызванной расширением нагретой ткани.

Автор подчеркнул, что эффективное и безопасное лазерное воздействие на структурах витреальной полости возможно только при наличии коаксиального освещения, достигнутого в лазерной системе Ultra Q Reflex (производство компании ELLEX). Рекомендованная энергия для витреолизиса — от 3 до 6 мДж.

М. Векенир остановился на критериях подбора пациентов для лазерного витреолизиса: артифакия, локализация помутнений не ближе 3 мм от сетчатки и хрусталика, наличие полной ЗОСТ. Показанием для лазерного вмешательства являются выраженные жалобы пациентов, вызванные помутнениями в стекловидном теле и приводящие к снижению качества жизни. Докладчик отметил, что мультифокальная оптика ИОЛ, радиальная кератотомия, астигматизм могут существенно усложнить проведение операции вплоть до ее невозможности.

С докладом на тему «Функциональные результаты YAG-лазерного витреолизиса пациентов с помутнениями стекловидного тела: «за» и «против» выступила к.м.н. Е.К. Педанова.

Семь из десяти человек отмечают наличие помутнений в поле зрения в определенный период жизни. Жалобы чаще предъявляют лица трудоспособного возраста. Выделяют первичные помутнения стекловидного тела, вызванные изменением его структуры или ослаблением связи с сетчаткой (задняя отслойка стекловидного тела, кольцо Вейса) и вторичные помутнения как следствие кровоизлияний, амилоида, воспаления, введения лекарственных средств, астероидного гиалоза, формирования крышечки разрыва, попадания инородных тел. Около 76% людей отмечают наличие помутнений в поле зрения, а 33% предъявляют жалобы на вызванный ими зрительный дискомфорт и ухудшение качества жизни. Помутнения оказывают значимое влияние на повседневную активность: чтение, вождение автомобиля, работу на компьютере.

За столом президиума — д.м.н. П.Л. Володин, профессор А.В. Дога, к.м.н. Е.К. Педанова. Докладчик — М. Векенир

С.А. Сутягин, профессор А.И. Ивашина

М. Векенир (Бельгия)

К.м.н. Е.К. Педанова (Москва)

Для точной визуализации и локализации помутнений докладчик предложила использовать дополнительные методы исследования: сканирующую лазерную офтальмоскопию, эхографию, а при расположении помутнений вблизи глазного дна — оптическую когерентную томографию.

Одним из методов лечения помутнений является YAG-лазерный витреолизис, направленный на фрагментацию и испарение помутнений, что приводит к исчезновению или значительному уменьшению зрительных симптомов. Эффективность метода составляет 85-92%. В большинстве случаев лазерное вмешательство позволяет отсрочить или отменить хирургическое вмешательство.

Е.К. Педанова обратила внимание на то, что использование обычных YAG-лазерных систем для вмешательств на стекловидном теле сопряжено со сложностью фокусировки глубоко расположенных структур и обеспечения коаксиальности излучения и осветителя, так как при соостном расположении лазерное излучение частично экранируется осветителем щелевой лампы. Повышается риск повреждения хрусталика или сетчатки. Технические сложности привели к тому, что технология не получила широкого распространения.

Данный технический недостаток был успешно решен в лазерной системе Ultra Q Reflex, обеспечивающей соосность оптики щелевой лампы, осветителя и лазерного луча за счет смещения зеркала осветителя из поля зрения в момент выстрела. По характеристикам лазер не отличается от современных установок: длина волны — 1064 нм; длительность импульса — 4 нс; диаметр пятна — 8 мкм.

Автор детально остановилась на технике вмешательства. Методика витреолизиса предполагает применение специальных контактных линз, обеспечивающих работу в стекловидном теле на разном фокусном расстоянии. Докладчик подчеркнула необходимость постоянного контроля локализации помутнения относительно хрусталика и сетчатки. Начинать работу следует с энергии 2 мДж, постепенно повышая мощность до получения оптического «пробоя» с появлением парогазовых пузырьков. Уровень энергии для рассечения помутнений зависит от их плотности и обычно составляет 3-6 мДж. За один сеанс рекомендуется проводить не более 500 выстрелов.

Оптимальный функциональный и анатомический результат может быть достигнут только при адекватном отборе пациентов для вмешательства и точном анализе влияния помутнений на качество зрения. Наиболее благоприятный прогноз вмешательства можно ожидать при наличии у пациента кольца Вейса, плотных облаковидных и паутиновидных помутнений. Оценка эффективности вмешательства проводится на основании результатов стандартизированных или нестандартизированных опросников, с помощью теста на контрастную чувствительность с применением таблицы Пелли-Робсона, видеотестера, а также теста, разработанного Фрайбурским университетом, FrACT.

В докладе были представлены собственные данные комплексного обследования пациентов до и после лазерного витреолизиса с помощью лазерной системы Ultra Q Reflex. Результаты исследований через 3 и 6 месяцев после вмешательства продемонстрировали статистически значимые отличия от дооперационных значений по показателям контрастной чувствительности, светочувствительности сетчатки, субъективной оценке качества зрения. В течение всего периода наблюдения МКОЗ оставалась стабильно высокой, ВГД находилось в пределах нормальных значений.

L. Cullivier, М.А. Панин, Е.К. Педанова, М. Векенир, П.Л. Володин

Е.К. Педанова подчеркнула, что негативные результаты лазерного витреолизиса следует ожидать при наличии у пациента очень плотных мембран, диффузных помутнений, «невизуализируемых» помутнений, амилоида, воспалительных клеток. Ключевым моментом вмешательства является соблюдение техники безопасности: не рекомендуется работать на расстоянии менее 2 мм от поверхности хрусталика и сетчатки.

Завершая свое выступление, Е.К. Педанова отметила, что лазерный витреолизис является эффективным и безопасным вмешательством при условии правильного отбора пациентов и строгого соблюдения техники безопасности.

Подводя итог мероприятию, профессор А.В. Дога подчеркнул, что за последние годы в США произошел «бум» на приобретение лазеров данного типа небольшими частными клиниками. Причина заключается в универсальности лазера в отношении YAG-лазерных вмешательств, высочайшей точности манипуляций и значительной востребованности методики витреолизиса среди пациентов.

Подготовил ***Сергей Тумар***

Фото предоставлены компанией «Трейдомед Инвест»

22-я Московская международная оптическая выставка (MIOF)

С 14 по 16 февраля в МВЦ «Крокус Экспо», г. Москва, состоится самое крупное на рынке оптической индустрии России мероприятие — 22-я Московская международная оптическая выставка (MIOF).

«Золотой лорнет – 2017»

Ведущая — Анна Орис

Ведущая — актриса Анна Орис с ассистентами

Площадка MIOF — традиционное место встречи ведущих дистрибьюторов мировых оптических брендов с представителями оптовой и розничной торговли. На февральской выставке 114 компании (увеличение на 20% по сравнению с 2016 годом) из России, Белоруссии, Китая и Турции покажут новинки по всем направлениям оптической индустрии (очки, линзы, профессиональное оборудование, программное обеспечение для салонов оптик и многое другое), в том числе новые коллекции солнцезащитных очков ведущих европейских и азиатских производителей к предстоящему весенне-летнему сезону.

В MIOF примут участие крупнейшие компании российской оптической индустрии: «Аввита», «Инвеко Холдинг», «Маркизапроект», «Марколин-Рус», «Мегаполис», «Нью-Оптика», «Оптик Диас», а также дебютанты 2018 года, в числе которых иностранные и отечественные бренды: «Визионикс Рус», «Линко НПП», «Реал Кэр», «Светленз», «ХО Групп» и другие.

Экспозицию MIOF сопровождает программа Делового и образовательного форума, включающая мероприятия различных форматов: семинары, тренинги, презентации и т.п., в рамках которых можно будет узнать об эффективных навыках повышения продаж, оптимизации работы и повышения прибыльности салонов оптик, методах выявления потребностей клиентов в новой очковой продукции.

В рамках форума, при поддержке Business France, пройдут встречи представителей французских компаний Надин Дром (Nadine Drome), директора по экспорту компании JFREY, и Антони Бинга (Anthony Bing), директора по экспорту компании Oxibis, с коллегами из российских оптовых и розничных организаций.

15 февраля с 14.00 до 18.00 с небольшим циклом лекций приглашен выступить специалист в области контактной коррекции с мировым именем Мартин Конвей (Martin Conway), научный консультант компании Contamac, FBCLA, FIACLE (Великобритания). Господин Конвей является одним из самых известных лекторов и практиков в области контактной коррекции, читает лекции на мировых научных конференциях в Европе, Азии, Северной и Южной Америке, на Ближнем Востоке и также в России. Публикуется в научных журналах. Он был генеральным директором Barnes Hind / Hydrocurve, преподавателем и консультантом по клиническим вопросам Sauflon, CIBA. Является научным консультантом компании Contamac (Великобритания, Saffron Walden), являющейся мировым лидером в области научных разработок и производства материалов для контактных линз. Мартин Конвей имеет более чем 40-летний опыт работы в области контактных линз. Он зарегистрирован в Общем оптическом совете Великобритании по специальному контактному объективному регистру. Он является членом Британской ассоциации контактных линз (FBCLA) и Международной ассоциации преподавателей контактных линз (FIACLE).

Ожидается приезд на выставку Вильяма Морриса (Великобритания), владельца одноименной компании и торговой марки великолепной коллекции очков и оправ. В. Моррис выступит на форуме с лекцией о продвижении очков английских брендов.

Второй раз будет организована «Витрина моды», специальное место для выставки моделей очков и оправ, соответствующих главным направлениям в мировой моде и дизайне. Будут представлены самые яркие представители оптической моды: J.F. Rey, Starck Eyes, Etnia Barcelona, Alain Mikli, Minima, Oksibis, ETE lunettes, Elite Model's fashion eyewear.

Особая ценность проекта MIOF состоит в уникальной возможности всего за три дня получить максимум полезной информации из всех областей оптической индустрии, найти новых поставщиков, первыми сделать заказы на предстоящий сезон, повысить уровень профессиональных знаний, обменяться опытом с коллегами, приобрести дополнительные контакты для дальнейшего взаимовыгодного сотрудничества.

Торжественная церемония открытия 22-й Московской международной оптической выставки MIOF состоится 14 февраля, в III павильоне МВЦ «Крокус Экспо» (зал 15). Онлайн-регистрация на официальном сайте выставки позволит представителям оптической отрасли получить входной билет бесплатно. Проект MIOF ориентирован на специалистов! Розничная торговля не предусмотрена!

Центральное место в программе занимает IV Церемония вручения Национальной премии оптической индустрии «ЗОЛОТОЙ ЛОРНЕТ», которая подведет итоги 2017 года, отметив лучшие торговые компании, сети, торговые марки, а также отдельные проекты и специалистов, внесших наибольший вклад в развитие оптического рынка и в повышение уровня профессионального обслуживания населения. Конкурс поддерживается Министерством здравоохранения России.

Для участия в конкурсе было подано 98 заявок от 47 предприятий, допущены к конкурсу: 27 предприятий, 33 заявки.

Среди ярких проектов: в номинации «Образовательный проект года» передача «Оптикум» на радио «Медиаметрикс» с Инессой Леббех, которая в течение полугода еженедельно рассказывала большой аудитории слушателей о современном состоянии оптометрии и офтальмологии. В номинации «Инновация» заявлены интерактивные очки производства компании «ИнтерОПТИК», которые обеспечивают воспроизведение визуальной информации и используются для решения различных задач в космосе, воздухе, на земле и на воде. Очки могут использоваться не только для отображения информации, но и для взаимодействия в группе, поиска объектов и людей, для оснащения поисковых служб, в открытом космосе и при подготовке специалистов на земле и под водой.

Сразу три претендента на самую интригующую номинацию Премии: в категории «Частная торговая марка» свои коллекции заявили компания «Аввита» (линия Nicoleta Buchi), компания «Новая линия» (Emilia Line by Enni Marco), компания «ПРИОР груп» (IQ-GLASSES). На выставке «Silmo Paris – 2017» в рамках специальной премии к пятидесятилетию салона — «50th ANNIVERSARY» — оправа из лимитированной женской коллекции Emilia line by ENNI MARCO получила Special Award Silmo D'Or. В рекламной кампании коллекцию «ПРИОР групп» представляет артист Кирилл Кяро (сериалы «Нюхач», «Психологини» и другие). Артист обещал прийти и поддержать своих партнеров.

Для гостей и номинантов церемонии награждения премией «Золотой лорнет» обращайтесь по телефону: +7 903 549-04-49.

Елена Якутина
goldlornet@gmail.com

«макула» 2018
18-20 мая 2018
РОСТОВ-НА-ДОНУ
ИНТЕР ЮНА
VIII ВСЕРОССИЙСКИЙ (и ЗАРУБЕЖНЫЙ) СЕМИНАР
(«круглые столы», кулуары и «подковёрье»)
«Пуд соли»... в лазерной микрохирургии» – 40 лет ростовской школе лазерной микрохирургии глаза.
15 лет нашим «МАКУЛАМ»
НАУЧНАЯ ТЕМАТИКА. Тематика и акценты на «круглом столе», в целом, прежние: абсолютно все, что имеет отношение к **патологии макулы, фовеа, фовеолы – патогенез, клиника, лечение, систематизация** и т.д.
- Выдержки из фундаментальных работ по **(пато-) морфологии и (пато-) физиологии макулы.** Нейровизуалистика и нейроэргоника.
- Точные методы оценки функций макулы. Проблемы достоверного и корректного прогноза зрительных функций после лечения.
- **ЦСХРПатия – оптимальное лечение?**
- **Макулопатии: миопические, диабетические, возрастные. Принципы и методы лечения.** Хирургическое лечение патологии макулы.
- **Роль, место и тенденции развития «классической» лазеркоагуляции:** принципы, тактика. **Другие** методики лазерного лечения.
- Медикаментозное лечение патологии макулы (антиVEGF- и другие препараты): принципы, эффективность, проблемы, осложнения. **Целесообразность и мотивация антиVEGF-монотерапии при ДМО.**
- **Реабилитация** утраченных ретинальных функций (в т.ч. – «бионическая»). Возможности и перспективы.
- **Мультифокальные ИОЛ** при патологии макулы.
- Макулопатии (или их рецидивы), вызванные хирургическим вмешательством – после рефракционной, катарактальной, витреоретинальной и других типов хирургии.
- **Отдельные клинические наблюдения (демонстрации, парад мнений), «релакс-разминки» и «релаксы ретинолога».** Видеофестиваль «Фовея-на-Дону-2018».

В рамках 7 «круглых столов» предполагается обсудить более 30 докладов ведущих ученых.
Из них более трети – доклады и микролекции от коллег из Зап. Европы и Сев. Америки.

Все вопросы участия на сайте:www.interyuna.ru/macula; e-mail: macula@interyuna.ru
тел. оргкомитета: +7(863) 292-44-33; факс: +7(863) 295-03-86.

ОКТ-ангиография при глаукоме: результаты V Международного конгресса «ОКТ-ангиография»

15-16 декабря 2017 года, Рим

15-16 декабря 2017 г. в Риме прошел V Международный конгресс «ОКТ-ангиография, «En Face» ОКТ и достижения в ОКТ» (the Fifth International Congress on OCT Angiography, «En Face» OCT and advances in OCT). Это ежегодное мероприятие собирает более 2 тысяч специалистов различных областей (врачей, физиков, инженеров) со всего мира. Конгресс посвящен новейшим диагностическим технологиям в области медицины, обеспечивающим визуализацию биологических тканей со сверхвысоким разрешением. В офтальмологии данная технология произвела революционный переворот за последние несколько лет, изменив в значительной степени не только представления о патогенезе многих заболеваний сетчатки и зрительного нерва, но и давший толчок к развитию перспективных методов лечения.

Профессор Л. Шметтерер, профессор М. Пэк, профессор Н.И. Курышева

В этом году российские офтальмологи посетили конгресс в качестве слушателей и докладчиков. Профессор Н.И. Курышева уже в третий раз приглашается организаторами конгресса в качестве модератора симпозиума, посвященного ОКТ-ангиографии при глаукоме. В этом году она впервые представила новую теорию патогенеза глаукомы, основанную на данных, полученных ею совместно с коллегами на основе ОКТ-ангиографии.

Симпозиум «ОКТ-ангиография при глаукоме» был посвящен рассмотрению новейших данных по визуализации сосудистого русла диска зрительного нерва (ДЗН), внутренних слоев макулы и хориоидеи при глаукоме.

Симпозиум проводился ведущими специалистами в этой области: профессорами Michel Puech (Париж), Natalia Kurysheva (Россия) и Leopold Schmetterer (Австрия-Сингапур).

Первый доклад «ОКТ-ангиография и ДЗН при глаукоме» сделал Мишель Пэк.

Он подчеркнул, что инновационный метод исследования микроциркуляторного русла глаза — оптическая когерентная томография-ангиография (ОКТ-А) — позволил получить новые сведения об анатомии и физиологии микроциркуляции сетчатки и диска зрительного нерва.

Докладчик рассказал о том, что на сегодня накоплены данные литературы о снижении перипапиллярного и макулярного кровотока при различных стадиях глаукомы. В работах разных авторов и сотрудников Парижского Центра «Исследование органа зрения», который представлял профессор Пэк, была обнаружена корреляция этих изменений со структурными и функциональными нарушениями. Новые протоколы исследования перипапиллярной сетчатки с их секторальными фрагментациями позволяют более детально изучить последовательность вовлечения слоя нервных волокон в патологический процесс, а также проследить связь этих изменений с функциональными потерями.

Особо докладчик остановился на важности исследования кровотока в области решетчатой мембраны склеры. При этом особое внимание он обратил на снижение плотности капиллярной сети именно в нижневисочном секторе перипапиллярной сетчатки в диагностике глаукомы. По мнению профессора Пэка, это может быть связано с тем, что именно в этих отделах чаще всего встречаются локальные дефекты в решетчатой мембране склеры (РМС). Подобные дефекты создают условия для атрофии нервной ткани и снижения микроциркуляции. Подтверждением тому является возникновение геморрагий в нижневисочном секторе по краю ДЗН, что весьма типично для глаукомы. В литературе высказывается мнение, что именно локальные дефекты в РМС наряду с повышением ВГД являются критическими для возникновения окклюзии капилляров как в самой мембране, так и в проходящих сквозь нее нервных волокнах.

В докладе «Цветовые карты отклонений от нормы» Ричард Розен (США) представил новое компьютерное приложение к анализу изменений в картине ОКТ-А при глаукоме. Разработанные карты отклонений от нормы при визуализации перипапиллярной сетчатки позволяют не только локализовать патологический процесс, связанный со снижением кровотока, но и оценить степень его снижения путем сравнения с нормальными значениями. По аналогии с цветовыми картами оценки истончения СНВС появилась возможность довольно точно определять, какие именно зоны ДЗН и перипапиллярной сетчатки недостаточно перфузируются. Следует отметить, что подобные карты Р. Розен представил также для других видов патологии сетчатки и зрительного нерва, но уже на других симпозиумах, проходивших в рамках конгресса.

В докладе «Насыщение ретинальных сосудов кислородом и исследование допплеровской-ОКТ и спектроскопией» Леопольд Шметтерер (Сингапур) остановился на новой технологии исследования ретинальной микроциркуляции, основанной на предыдущих наработках в области допплерографии и ретинальной сатурации. Важно отметить, что с помощью данной технологии неоднократно исследовалась функциональная активность сетчатки в ответ на изменение притока к ней кислорода. Было показано, например, что увеличение объема вдыхаемого кислорода (гипероксия) приводит к сокращению диаметра сосудов сетчатки и снижению кровотока. Используя допплеровскую ОКТ, Bower et al. обнаружили снижение общего кровотока в сетчатке на 6% при сохранении гипероксии в течение 5 минут. По данным Riva et al., это снижение составило 12%. Использование методов энтопического феномена синего поля и лазерной допплеровской флоуметрии выявили снижение индекса кровотока в условиях гипероксии на 30%. Профессор Шметтерер также предложил цветовые карты, позволяющие исследовать перфузию различных отделов перипапиллярной сетчатки, что открывает новые перспективы исследования не только структурных, но и функциональных изменений при глаукоме.

В докладе С.И. Жуковой (Россия) «Изменения хориоидального кровотока в ответ на флуктуации ВГД и оценка эффективности местной гипотензивной терапии путем ОКТА» автор озвучила результаты собственных исследований по изменениям данных ОКТ и ОКТ-А в ответ на снижение офтальмотонуса, вызванного антиглаукомной операцией. С.И. Жукова подчеркнула, что в ответ на снижение ВГД в раннем послеоперационном периоде происходит увеличение объема орбитального кровотока (в первую очередь хориоидального). При этом наиболее выраженные изменения хориоидеи были выявлены в нижнем и носовом сегментах, соответственно зонам формирующейся перипапиллярной атрофии. К концу первого месяца полнокровие хориоидеи уменьшается, далее толщина хориоидеи при нормализации ВГД остается стабильной. В отличие от хориоидального кровотока колебания ретинального были менее выраженными. Это свидетельствует о более сложных и наиболее устойчивых механизмах ауторегуляции ретинального кровотока. Таким образом, изменения хориоидального кровотока и при колебаниях ВГД более значительны и могут быть выявлены гораздо раньше.

В докладе Jali Jia (США) автор метода ОКТ-ангиографии подчеркнула, что результаты ОКТ-А полностью подтвердили сведения о ретинальном кровотоке, полученные ранее при гистологических исследованиях на приматах. Применив недавно метод проекционной ОКТ-А, позволяющий избежать артефактов от поверхностно расположенных сосудов, дающих тень на нижележащий плексус, авторы ОКТ-ангиографии внесли некоторые уточнения, которые будут использованы в последующих алгоритмах проведения исследования. Так, они ввели понятие «поверхностный сосудистый комплекс», который включает в себя поверхностный сосудистый плексус (от внутренней пограничной мембраны до глубины, охватывающей 80% толщины ганглиозного слоя, а также радиальный перипапиллярный плексус, располагающийся на уровне СНВС). «Промежуточный сосудистый плексус» («intermediate» capillary plexuses, ICP), по их данным, захватывает 20% наружного слоя ГКС и 50% внутреннего ядерного слоя.

«Глубокий сосудистый плексус» («deep» capillary plexuses, DCP) включает в себя 50% наружных отделов внутреннего ядерного слоя и наружный плексиформный слой. Таким образом, внутренний сосудистый комплекс состоит из промежуточного и внутреннего сосудистых плексусов.

В выступлении профессора Н.И. Курышевой (Россия) «Роль ОКТ-А в мониторинге глаукомы» докладчик подчеркнула важность поиска новых маркеров прогрессирования заболевания, поскольку имеющиеся на сегодня структурные и функциональные критерии не слишком коррелируют друг с другом (изменения в полях зрения, как правило, существенно отстают от таких морфометрических параметров, как толщина слоя нервных волокон или ганглиозного слоя макулы). Даже столь чувствительные методы, как паттерн-ЭРГ или паттерн-ЗВП, далеко не всегда являются предикторами структурных изменений. Докладчик обратила внимание слушателей на работу Hwang и соавторов, которые в 2012 г. впервые, применив допплер-ОКТ, показали, что микроциркуляторные нарушения в сетчатке могут коррелировать с функциональными изменениями при глаукоме независимо от структурных отклонений. Таким образом, они могут являться ранним предиктором развития заболевания. Эти наблюдения вскоре были подтверждены другими авторами, которые применили ОКТ-ангиографию при разных стадиях глаукомы, включая результаты собственных исследований докладчика. Она подробно остановилась на результатах ОКТ-А макулярной зоны при глаукоме и показала, что снижение плотности капиллярной сети наряду со снижением амплитуды ПЭРГ являются ранними предикторами структурных и периметрических изменений при глаукоме.

Ценность исследования плотности капиллярной сети в макуле, тем не менее, была показана другими авторами. Наблюдая за пациентами более года, Shoji с соавторами заметили, что плотность капиллярной сети снижалась особенно значительно у больных глаукомой по сравнению со здоровыми лицами или с теми, у кого имелось подозрение на глаукому. Примечательно, что выпадение капиллярной сети во внутренних слоях макулы было замечено даже у тех больных, у кого толщина макулярной сетчатки оставалась неизменной. Это — первое исследование, в котором показано, что ОКТ-А может быть использована для динамического наблюдения за больными. Авторы подчеркивают важность получения достоверного сигнала сканирования на всех этапах обследования больного, что повышает надежность этого динамического наблюдения.

Докладчик обратила внимание слушателей на то, что Scripsema et al. впервые провели сравнительный анализ ценности ОКТ-А при ПОУГ и глаукоме нормального давления (ГНД). Интересно, что при ПОУГ плотность капиллярной сети в перипапиллярной сетчатке оказалась достоверно более низкой, чем при ГНД, что авторы объяснили большим количеством местных гипотензивных препаратов (особенно бета-блокаторов, которые влияют на глазную гемоперфузию), применяемых больными глаукомой повышенного давления по сравнению с ГНД. Примечательно, что ВГД у них на момент исследования все равно было выше, чем в группе ГНД и контроле. Влияния повышенного ВГД на результаты ОКТ-А авторы не отрицали, однако его они не исследовали. В этой работе была получена высокая корреляция параметров ОКТ-А с морфометрическими характеристиками, такими как толщина СНВС. Таким образом, в данной работе оказалось особенно заметным, что применение местных гипотензивных препаратов во время исследования может влиять на результаты ОКТ-А и на выводы, которые делаются авторами.

Многие авторы задавались вопросом о связи циркуляторных показателей со структурными. Этот вопрос закономерен, поскольку сетчатка является наиболее энергозатратной структурой организма. Уже давно было замечено, что и в норме меньшему калибру ее сосудов соответствовала меньшая толщина СНВС, макулы и меньшие размеры ДЗН.

В своем следующем сообщении Н.И. Курышева предложила вниманию слушателей новую концепцию патогенеза глаукомы, в котором ведущую роль в развитии заболевания играют сосудистые нарушения, кающиеся, прежде всего, венозного оттока и хориоидальной перфузии.

Докладчик, базируясь на данных собственных исследований, объяснила, почему на ранних этапах глаукомного процесса возможно снижение плотности капиллярной сети во внутренних слоях макулы даже при условии нормальной перфузии в глазной артерии и перипапиллярной хориоидее. Она подчеркнула, что по мере совершенствования диагностических технологий появляются новые факты, убедительно свидетельствующие о раннем снижении ретинальной гемоперфузии, которое опережает как структурные, так и функциональные расстройства при глаукоме, исследуемые классическими способами: ОКТ и периметрией. Имеющиеся в литературе противоречия на этот счет могут быть объяснены различным дизайном исследований, в частности тем, что при отборе пациентов недостаточно учитывались сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и применение ими системных и местных гипотензивных препаратов. По мнению докладчика, очень важно учитывать тот факт, что метод ОКТ-А не дает информации о кровотоке как таковом, не позволяя измерить ни его скорость, ни сопротивление кровотоку. В то же время это — удобный метод оценки структурных изменений, использование которого наряду с классическими морфометрическими и функциональными методами позволит лучше понять патогенез глаукомы.

Подготовила профессор
Н.И. Курышева

Материалы по итогам конференции «Актуальные вопросы нейроофтальмологии – 2018»

26 января 2018 года, Москва

26 января 2018 года в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России состоялась очередная ежегодная XVIII Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция, в которой приняли участие более 300 коллег из Москвы и Московской области, Волгограда, Рязани, Санкт-Петербурга, Казани, Тюмени и других городов России.

Конференцию открыл директор ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко», академик РАН, профессор Александр Александрович Потапов, который подчеркнул актуальность обсуждаемых проблем, научную и практическую значимость конференции.

Профессор В.П. Еричев, академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор Н.К. Серова

Основной темой конференции в этом году стала патология зрительного нерва (клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение).

Программные лекции профессора Н.К. Серовой и профессора В.П. Еричева были посвящены глаукоме нормального давления и ее дифференциальной диагностике. Профессор Н.К. Серова в своей лекции «Глаукома нормального давления или…?» рассмотрела симптоматику внутричерепных патологических процессов, вызывающих оптическую нейропатию, нередко ошибочно трактуемую как глаукома нормального давления. Подтверждением послужил доклад О.Б. Кучиной с соавторами, которые представили случаи поражения зрительного нерва при аневризме внутренней сонной артерии, симптоматика которых может быть расценена как нормотензивная глаукома.

Большой интерес вызвала лекция профессора В.П. Еричева «Глаукома нормального давления: самостоятельная нозологическая форма?» По мнению автора, нормотензивная глаукома является одним из вариантов открытоугольной глаукомы.

Профессор Я.О. Груша

А.А. Каландари

Н.А. Сергеева

Д.С. Спирин

Коллеги из ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» С.А. Борзенок и М.Х. Хубецова представили доклад «Современные подходы к клеточной терапии глаукомной оптической нейропатии». Авторы продемонстрировали технологию получения сфероидов прогениторных клеток глазного лимба, секретирующих нейротрофические факторы, предотвращающие апоптоз клеток сетчатки.

Р.С. Джинджихадзе

Н.В. Ласунин

Д.А. Гольбин

В.Р. Алиханова

Тему терапии оптических нейропатий продолжило сообщение Т.А. Невиницыной от группы авторов из Москвы (ФГБНУ «НИИГБ» и др.), показавших эффективность митохондриально-адресованного антиоксиданта (препарат Визомитин) при лечении наследственных оптических нейропатий.

Целый ряд докладов был посвящен различным формам оптических нейропатий. Так, высокую оценку получило сообщение д.м.н. Н.Л. Шеремет с соавторами (ФГБНУ «НИИГБ») «Структура, причины и факторы риска развития ишемической оптической нейропатии». Авторы подчеркнули, что определение этиологии заболевания важно не только для офтальмологического, но и терапевтического и неврологического прогноза. Существенным было определение факторов генетической предрасположенности к ишемической оптической нейропатии.

Коллега из г. Рязани О.В. Кузьмичева доложила наблюдения субклинической оптической нейропатии на фоне герпетической инфекции. Неподдельный интерес вызвал доклад профессора Е.Е. Гришиной (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского) «Поражение зрительного нерва у больных с лейкозом».

Большое значение для практических офтальмологов имел доклад д.м.н. Н.М. Елисеевой «Дифференциальная диагностика застойных дисков зрительных нервов», где были приведены обобщенные данные, позволяющие проводить дифференциальную диагностику застойных дисков зрительных нервов и отеков дисков зрительных нервов другой этиологии. Также Н.М. Елисеева подчеркнула необходимость понимания особенностей патогенеза развития застойных дисков зрительных нервов для их диагностики.

В.Р. Алиханова с соавторами продемонстрировала возможности эхографической диагностики различных опухолей зрительного нерва.

Уникальный материал представила Н.А. Сергеева с группой авторов из ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» в докладе «Динамика зрительных функций у пациентов с менингиомой зрительного нерва после проведения стереотаксической радиотерапии». Авторы показали, что стереотаксическая радиотерапия является эффективным и безопасным методом лечения менингиом зрительного нерва, позволяющим сохранить, а в ряде случаев и улучшить зрительные функции при контроле роста опухоли.

Д.м.н. Н.М. Елисеева, академик РАН А.Ф. Бровкина, С.М. Свердлин

Не менее интересны были сообщения, посвященные врожденной патологии зрительного нерва: С.М. Свердлина (Волгоград) «Синдром «вьюнка» и А.С. Стоюхиной «О диагностике ямки ДЗН».

Профессор Я.О. Груша в своем докладе представил результаты анализа 100 операций постановки пальпебрального импланта у пациентов с хроническим лицевым параличом.

Участники с большим интересом выслушали сообщения нейрохирургов: Н.В. Ласунина «Хирургия краниоорбитальных менингиом: нужна ли реконструкция?», сравнившим результаты различных способов реконструкции орбиты, и Д.С. Спирина, посвященный сложному вопросу хирургического лечения злокачественных опухолей околоносовых пазух с распространением в орбиту.

Дискуссию вызвал доклад А.А. Каландари с соавторами «Эндоскопическая трансназальная декомпрессия зрительного нерва при оптической нейропатии у пациентов с эндокринной офтальмомиопатией в активной фазе заболевания». Нейрохирурги Р.С. Джинджихадзе и Д. А. Гольбин рассказали о возможностях транспорбитальных хирургических доступов.

В конце каждой секции было много вопросов к докладчикам, разворачивалась оживленная дискуссия.

Председатели секций — академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор Н.К. Серова, профессор В.П. Еричев, профессор Я.О. Груша — дали высокую оценку конференции.

В заключение профессор Н.К. Серова поблагодарила участников конференции и пригласила присутствующих принять участие в следующей XIX Научно-практической нейроофтальмологической конференции «Актуальные вопросы нейроофтальмологии».

Материал подготовила Е.И. Бутенко

Фото Сергея Тумара

Кафедра офтальмологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Уважаемые коллеги!

Кафедра офтальмологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, расположенная на базе Городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова и ФГБУ «Российская детская клиническая больница» г. Москвы, проводит сертификационные циклы повышения квалификации врачей (ПК) по специальности «Офтальмология» и «Офтальмология (детство)» в объеме 144 часов, а также циклы повышения квалификации (ПК): «Оптическая коррекция аметропий у детей и взрослых» — 36 часов, «Охрана зрения новорожденных детей» — 36 часов, «Ортокератология для практикующих офтальмологов» — 36 часов, «Кератопластика» — 24 часа, «Глаукома» — 36 часов, ПК с ДОТ и ЭО «Современные аспекты диагностики и послеоперационного ведения пациентов с катарактой» (дистанционный) — 36 часов.

В программу циклов включены лекции и практические занятия по актуальным вопросам офтальмологии (глаукома, сосудистая патология, сахарный диабет, современная хирургия катаракты и глаукомы, кератопластика, ортокератология, детская офтальмология и т.д.).

По окончании обучения выдается удостоверение о повышении квалификации и сертификат специалиста, установленного образца Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Циклы проводятся на бюджетной и внебюджетной основе.

Стоимость обучения на внебюджетной основе

ПК «Офтальмология», 144 часа (сертификационный)	18 000 руб.
ПК «Офтальмология (детство)», 144 часа (сертификационный)	18 000 руб.
ПК «Охрана зрения новорожденных детей», 36 часов	9 000 руб.
ПК «Ортокератология для практикующих офтальмологов», 36 часов	7 000 руб.
ПК «Кератопластика», 24 часа (включая ВетЛаб)	25 000 руб.
ПК «Глаукома», 36 часов	10 000 руб.
ПК «Оптическая коррекция аметропий у детей и взрослых», 36 часов	9 000 руб.
ПК с ДОТ и ЭО «Современные аспекты диагностики и послеоперационного ведения пациентов с катарактой», 36 часов	10 000 руб.

Заключение и оформление договоров проводится в деканате ФДПО с понедельника по четверг с 10:00 до 17:00, обед – 12-13 час. Тел. 8-495-434-81-90, e-mail: **fuv219@rambler.ru**, **lonskaya.irina@inbox.ru** *Адрес:* г. Москва, ул. Островитянова д. 1, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, факультет дополнительного профессионального образования, ком. 220. *Проезд:* ст. метро Коньково, далее на авт. № 712, 295, 361 до остановки «Медицинский Университет».

Занятия проходят на базах кафедры:

- в **ГКБ № 1** по адресу: г. Москва, Ленинский проспект, д. 10, корпус 7, аудитория на -1 этаже;
- в **РДКБ** по адресу: г. Москва, Ленинский проспект, д. 117, к. 2, 4 этаж, ком. 342;
- в **ООО «Доктор Линз Консалтинг»** по адресу: г. Москва, ул. Сокольнический вал, 1А, 4 этаж.

Лекции читают: зав. кафедрой — Игорь Борисович Медведев, доктор медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации, ведущий специалист России в области рефракционной кератопластики; д.м.н., профессор В.Ю. Евграфов; д.м.н., профессор О.В. Парамей; к.м.н., доцент Л.Н. Колесникова; к.м.н., доцент Н.В. Максимова; к.м.н., доцент Д.Ф. Покровский; к.м.н., ассистент О.В. Туманова.

Список документов для зачисления на циклы повышения квалификации

Копии всех документов предоставляются:

- **для сертификационных циклов повышения квалификации (ПК — 144 часа) — 2 экземпляра, заверенных в отделе кадров или нотариально;**
- **для циклов повышения квалификации без последующей сертификации — 1 экземпляр, заверенный в отделе кадров или нотариально.**

1. Заявка на обучение в виде ходатайства от работодателя на имя декана ФДПО, Сергеенко Е.Ю., или от слушателя. Образцы заявок на сайте кафедры www.rgmu-eye.ru.
2. Путевка, заполненная по месту работы и заверенная круглой печатью учреждения или заполненная слушателем при отсутствии работодателя.
3. Копия 1 и 2 страницы паспорта (без заверения).
4. В случае изменения фамилии — копия документа, подтверждающего это изменение (без заверения).
5. Копия диплома об окончании ВУЗа.
6. Копия удостоверения о последипломном образовании (интернатуре, ординатуре или о профессиональной переподготовке).
7. Копия трудовой книжки (заверенная по месту работы не ранее, чем за 1 месяц до даты начала цикла).
8. Справка с места работы — при необходимости подтверждения специальности и стажа (оригинал).
9. Копия сертификата специалиста (при наличии).
10. Копия документа о повышении квалификации на сертификационном цикле (при наличии).
11. Копия СНИЛС (без заверения).
12. Анкета (образец на сайте кафедры www.rgmu-eye.ru).
13. Согласие на обработку персональных данных (образец на сайте кафедры www.rgmu-eye.ru).
14. Результаты медицинского обследования на туберкулез (флюорография) сроком давности не более 6 месяцев.
15. Медицинский халат, сменная обувь.

УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ ПЛАН на 2018 год

Название цикла	Даты проведения	Вид обучения	Контингент слушателей
Офтальмология *(сертификационный цикл)*	09.01. – 02.02.2018 05.02. – 02.03.2018 12.03. – 06.04.2018 14.05. – 08.06.2018 03.09. – 28.09.2018 01.10. – 26.10.2018 06.11. – 30.11.2018 03.12. – 28.12.2018	ПК – 144 часа	Врачи-офтальмологи
Офтальмология *(детство)* *(сертификационный цикл)*	09.01. – 02.02.2018 05.02. – 02.03.2018 19.03. – 13.04.2018 14.05. – 08.06.2018 03.09. – 28.09.2018 01.10. – 26.10.2018 06.11. – 30.11.2018 03.12. – 28.12.2018	ПК – 144 часа	Врачи-офтальмологи
Глаукома	09.04. – 13.04.2018 18.06. – 22.06.2018 29.10. – 02.11.2018	ПК – 36 часов	Врачи-офтальмологи
Оптическая коррекция аметропий у детей и взрослых	12.03. – 16.03.2018 23.04. – 27.04.2018	ПК – 36 часов	Врачи-офтальмологи
Охрана зрения новорожденных детей	16.04. – 20.04.2018 18.06. – 22.06.2018	ПК – 36 часов	Врачи-офтальмологи, неонатологи, врачи отделений реанимации новорожденных, педиатры перинатальных центров
Ортокератология для практикующих офтальмологов	22.01. – 26.01.2018 26.02. – 02.03.2018 26.03. – 30.03.2018 02.04. – 06.04.2018 14.05. – 18.05.2018 21.05. – 25.05.2018 10.09. – 14.09.2018 17.09. – 21.09.2018 15.10. – 19.10.2018 22.10. – 26.10.2018 26.11. – 30.11.2018 03.12. – 07.12.2018	ПК – 36 часов	Врачи-офтальмологи
Современные аспекты диагностики и послеоперационного ведения пациентов с катарактой *(дистанционный, внебюджетный)*	16.04. – 20.04.2018	ПК – 36 часов	Врачи-офтальмологи

Контактная информация:

Заявки на обучение принимаются по телефонам: **8-495-536-92-92**, **8-495-936-94-75** (детство)
в рабочие дни до 16 час. и по электронной почте кафедры: **glazmed@list.ru**

Образцы заявок на обучение на сайте кафедры: **www.rgmu-eye.ru**

Шилкин Герман Алексеевич

(1938 – 2018)

9 января 2018 года, за месяц до своего 80-летнего юбилея, скончался доктор медицинских наук, профессор Герман Алексеевич Шилкин. Как дань памяти профессору Г.А. Шилкину мы перепечатываем статью о нем, которую Герман Алексеевич прислал в издательство «Апрель» для публикации в книге «История офтальмологии в лицах». Книга вышла в свет в 2015 году.

Герман Алексеевич Шилкин родился 9 февраля 1938 г. в г. Орехово-Зуево в семье журналиста. После окончания школы в 1955 г. поступил во 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова.

Будучи студентом, активно занимался в научном студенческом кружке при кафедре глазных болезней, заведующая кафедрой — профессор Н.А. Плетнева.

Получив диплом врача, направлен на работу в отдаленный район Приморского края, где два года проработал районным окулистом.

В 1963 г. поступил в аспирантуру при кафедре глазных болезней 2-го МОЛГМИ. Кандидатскую диссертацию на тему «Состояние второго глаза при остром приступе глаукомы» защитил в 1967 г. Научные руководители — профессор Н.А. Плетнева и профессор М.М. Краснов.

После окончания аспирантуры работал городским ординатором в глазной клинике 1-го МОЛГМИ, с 1967 по 1969 гг. — ассистентом кафедры глазных болезней под руководством профессора В.Н. Архангельского. В 1969 г. перешел на кафедру глазных болезней ММСИ на должность ассистента, затем доцента. Заведующий кафедрой — профессор С.Н. Федоров. В 1983 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Закрытоугольная глаукома: патогенез, клиника, диагностика, лечение, хирургическая профилактика». Получил сначала должность, затем звание профессора.

Г.А. Шилкин — талантливый ученый. Его исследования отличались оригинальностью, научным предвидением, новым подходом к проблеме. Он являлся одним из ведущих специалистов по ряду направлений в офтальмологии, занимался изучением сосудистой и трофической системы зрительного анализатора.

В результате многопрофильных исследований (совместно с Н.С. Ярцевой и др.) установлен ряд базисных факторов структуры гемодинамики и трофики глазничного региона. Уточнены и расширены представления о гемодинамических характеристиках глаза, орбиты, их корреляции с бассейнами сонной, вертебральной артерий. Предложены цифровые методы расчета ретинального пульса, дифференциальной диагностики состояния кровотока в разных слоях хориоидеи.

Создана система вазореконструктивных операций (ВРО), профилактической хирургии и консервативного лечения.

Сосудистая система глазничного региона, анатомически происходящая из системы как внутренней, так и наружной сонной артерий, едина и функциональна. Поступление крови в орбиту и глаз осуществляется не только за счет нагнетания крови из магистральных сосудов шеи и головы.

Выявлена система дополнительных механизмов регуляции кровотока глазничного региона. Важным ее фактором служит насасывание крови в орбиту и глаз подобно действию водоструйного насоса за счет работы параорбитальных мышц — фронтальных, орбикулярных, наружных мышц глаза и/или снижения периферического сопротивления кровотоку в них через более мелкие дистальные сосуды и другие механизмы. Предложены способы ее стимуляции.

Функциональной основой нарушения внутриглазной гемо- и гидродинамики в ряде патологий служит поражение преимущественно мелких сосудов, артериолярно-капиллярного слоя. От его состояния зависят результаты ВРО.

Установлена роль ретробульбарной клетчатки (РБК) как трофической матрицы глаза. Ей нет аналогии в организме. Она является депо для полиненасыщенных жирных кислот (они составляют 40% сухого остатка фоторецепторов сетчатки). Также в слезной железе найдены клетки APUD-системы. В ней находится цилиарный ганглий, регулирующий гемодинамику региона. В эмбриогенезе РБК характеризуется сложным строением, большим количеством малодифференцированных клеток и кровеносных сосудов. Источником ее развития служит параксиальная нейромезенхима. Она обладает нутритивной, сосудообразующей, индуцирующей, формообразующей функциями, обуславливая развитие зачатков глаз. Из нее формируются хориокапилляры, сосудистое русло век и орбиты, склера, внутренние и наружные мышцы, содержимое и костная стенка орбиты. Артериальный слой хориоидеи и центральной артерии сетчатки формируется из другого источника — системы каротид. Дефекты развития РБК — бессосудистые полости, уплотнения приводят к возникновению осевой миопии, гиперметропии, дистрофиям сетчатки, экскавации ДЗН. Нормализация гемодинамики приводила к коррекции роста глаз, остроты зрения при осевой гиперметропии, дистрофиях сетчатки.

Показано, что внутриглазная жидкость (ВГЖ) служит дополнительным и/или компенсаторным фактором трофики прозрачных структур сетчатки и глиальных структур ДЗН при ишемии.

Выявлено (в эксперименте и частично в клинических наблюдениях), что ВГЖ вырабатывается не только цилиарным телом, но и хориоидеей, и РБК. Этим задним путем обеспечивается поступление аскорбиновой кислоты к хрусталику. Выявлено два дополнительных пути ее оттока: через плоскую часть цилиарного тела и трансвитреальным путем и сетчаткой.

Значительно расширены представления о роли слезной железы, ее гемодинамике и функциях. Она является важным фактором трофики тканей глаза и индикатором их состояния. Ее кристаллография специфически меняется при различной глазной и органной патологии. Предложены методики кристаллографии нативных препаратов слезы.

Показаны закономерности кристаллографической картины слезной жидкости при различных формах дистрофической патологии глаз и роль изменений слезной жидкости для выявления риска при контактной коррекции и рефракционной хирургии.

Склера с колебаниями пульсового давления крови в хориоидее осуществляет изменение объема супрахориоидального пространства, выполняя функцию, близкую к акту дыхания, способствуя обмену тканевых жидкостей.

Расширена и уточнена роль аномалий анатомических структур и гемо- и гидродинамики глаза при глаукоме (ПОУГ и ПЗУГ), миопии и кератоконусе.

Еще задолго до внедрения УЗ-сканирования методом фотоимпозиции выявлены не видимые за радужкой профиль передней и задней камер глаза, положение цилиарных отростков, радужки, хрусталика, измерен их объем.

Современное развитие рефракционной хирургии требует ясного знания процессов аккомодации: четкого видения разноудаленных объектов (РУО) — далеких и близких. В признанной ныне классической теории аккомодации по Гельмгольцу (ТГ) ряд базовых вопросов упрощен или не затрагивается.

Аккомодация — высокоточная многозвеньевая, но скоростная следящая система, работающая в больших диапазонах расстояний и разнообразия параметров объектов. Г.А. Шилкиным вместе с А.Н. Бессарабовым и др. создана комплексная модель аккомодации с учетом следующих позиций: волновых свойств света, его вероятностных энергетических характеристик в зависимости от расстояния до видимого объекта; фрагментарным, а не поточечным зрительным охватом объекта; специфики условий прохождения световых волн через разные оптические среды, зрачок и фоторецепторы (ФР) сетчатки и минимумом потери энергии фотона; анатомо-физиологических неоднородностей и ассоциаций функционирования оптики, сетчатки и других структур глаза; фильтрации лучей света, теории Гельмгольца об особенностях биомеханики изменений оптики глаза; нейрофизиологических способов восприятия световых волн и их передачи с учетом правил теории информации в условиях ограниченных возможностей зрительного анализатора как системы связи; пространственно-частотных признаков опознавания изображения и способа хранения его в памяти.

Г.А. Шилкиным предложены оригинальные концепции патогенеза миопии, гиперметропии, закрыто- и открытоугольной глаукомы, катаракты.

Хирургия. Система вазореконструктивных операций на лицевых ветвях сонной и вертебральной артерий при ряде глазных патологий: восстановительная хирургия глаукомы, различных дистрофий, отслойки сетчатки, миопии, осевой гиперметропии. Им предложен ряд новых методов предсказания, диагностики, лечения и хирургической профилактики ряда болезней глаз.

Разработан ряд новых методов консервативного лечения: трансдермальная терапия; вибромассаж; защита фоторецепторов светофильтрами от повреждения лучами света при дистрофической патологии органа зрения; ретробульбарная трансплантация β-клеток поджелудочной железы; ИК-светодиодное излучение; экстракорпоральная хирургия; медикаментозная терапия при диабете; контактная коррекция при дистрофиях роговицы; пептидная коррекция фильтрационной глаукомной подушечки.

Г.А. Шилкин — научный консультант 3 докторских и руководитель 11 кандидатских диссертаций. Автор 250 статей, 5 методических указаний, 25 изобретений, соруководитель 6 работ студентов и молодых ученых МГМСУ им. Евдокимова, удостоенных золотых медалей РАМН. Им подготовлено большое количество офтальмологов, от ординаторов до профессоров.

Советы будущим районным окулистам

Андрей Александрович Воронцов
Врач-офтальмолог ОГБУЗ «Межевская РБ»

Уважаемые читатели!

На страницах газеты «Поле зрения» мы публиковали серию заметок «Географическая офтальмология», авторами которых были коллеги, писавшие эти заметки для профессионального интернет-сообщества «Терра-офтальмика». Одним из редакторов Сообщества является Андрей Александрович Воронцов. Он мечтал попасть в ординатуру, и на 5 курсе Ивановской медицинской академии Андрей заключил договор, по которому он был обязан после ординатуры отработать 5 лет врачом в ОГБУЗ «Межевская РБ».

После окончания ординатуры в сентябре 2012 года молодой доктор приехал на свое место работы в село Георгиевское. И вот уже на протяжении 5 с половиной лет А.А. Воронцов работает врачом-офтальмологом в Межевской районной больнице Костромской области. В 2015 году он стал победителем конкурса «Земский доктор – 2015». В 2016 году группа волонтеров Сообщества, в первую очередь, по его инициативе и при его активном участии осуществила перевод Программы обучения в ординатуре по офтальмологии Международного комитета по офтальмологии (ICO), за что на сайте организации ему и всей группе участников перевода была выражена благодарность.

Накопившийся опыт работы А.А. Воронцов оформил на страницах Сообщества в виде цикла заметок «Советы будущим районным окулистам». Данные заметки показались мне интересными, и я посчитал, что с ними должны познакомиться как начинающие офтальмологи, так и их более опытные коллеги.

К.м.н. А.С. Обрубов

Совет первый. Лекарственное обеспечение

Если вы решили работать в районе в одном из заброшенных уголков нашей Родины, где офтальмологов кроме вас нет, то вы должны быть готовы к тому, чтобы вести как амбулаторных, так и стационарных офтальмологических больных в неофтальмологических стационарах районных больниц общего профиля. Первое, что вам необходимо сделать, — составить список препаратов, которыми вы сможете пользоваться в поликлиническом кабинете, а также в дневном и круглосуточном стационарах. Скорее всего, вас попросят включить в список те препараты, которые входят в формулярный перечень лекарственных препаратов области на текущий год, при этом список не должен быть слишком дорогим для больницы.

В первый день работы в районной больнице я подал список препаратов, с которым вы познакомитесь чуть ниже. В последующие годы работы список препаратов оставался примерно тем же. Возможно, это облегчит ваш выбор.

Рис. 1. Поликлиника

Рис. 2. Стационар

Все препараты относятся к жизненно необходимым и важнейшим лекарственным препаратам (ЖНВЛС):

1) метилпреднизолон (для внутривенных инфузий);
2) преднизолон (таблетки);
3) дексаметазон (глазные капли, ампулы);
4) хлорамфеникол (глазные капли);
5) доксициклин (капсулы);
6) амоксициллин + клавулановая кислота (таблетки);
7) цефтазидим (порошок для приготовления раствора для в/в и в/м введения, а также для приготовления усиленных глазных капель);
8) гентамицин (ампулы, в т.ч. для усиленных глазных капель);
9) тобрамицин (глазные капли);
10) гатифлоксацин (глазные капли);
11) моксифлоксацин (глазные капли, таблетки);
12) ванкомицин (лиофилизат для приготовления раствора для инфузий и усиленных глазных капель);
13) флуконазол (таблетки);
14) ацикловир (глазная мазь, таблетки);
15) диклофенак (глазные капли);
16) ибупрофен (таблетки);
17) оксибупрокаин (глазные капли);
18) пилокарпин (глазные капли);
19) ацетазоламид (таблетки);
20) дорзоламид (глазные капли);
21) тимолол (глазные капли);
22) тропикамид (глазные капли);
23) гипромеллоза (глазная форма);
24) дексапантенол (глазная форма — гель);
25) повидон-йод (раствор);
26) хлоргексидин (раствор);
27) атропин (глазные капли);
28) маннитол (раствор для внутривенных инфузий);
29) лидокаин (ампулы);
30) фенилефрин (глазные капли, ампулы);
31) этамзилат (таблетки);
32) метоклопрамид (таблетки);
33) ранитидин (таблетки);
34) флуоресцеин натрия (раствор);
35) лоратадин (таблетки);
36) тетрациклин (глазная мазь).

Итак, 36 препаратов.

В каких препаратах было отказано, например, на 2015 год: 23, 34.

Флуоресцеин и диагностические гели получены из других источников (спасибо, в том числе коллегам).

Также свяжитесь с руководителем районной аптечной базы и попросите держать в необходимом вам количестве эти, и не входящие в перечень ЖНВЛС, препараты, на которые вы планируете выписывать рецепты, например, цикломед, опатанол, траватан, пару-тройку препаратов искусственной слезы на ваш выбор и т.д.

После того как вы решили для себя первую задачу, вы смело можете назначать лечение, зная, что стационарный больной его получит, а амбулаторный обязательно найдет выписанный препарат в местных аптеках.

Совет второй. Юридические вопросы работы

До первого рабочего дня оцените ваш будущий кабинет на его соответствие стандартам оснащения. Все, что вам не хватает или что требует обновления, должно быть обозначено и оговорено с главным врачом до начала работы и в виде печатной заявки на имя главного врача подано в ближайшее время или по случаю. Потом выпросить все необходимое будет несколько сложнее.

Стандарт оснащения глазного кабинета вы найдете в Приложении № 6 Приказа Минздрава РФ № 902н от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».

Ознакомьтесь с этим приказом. В нем есть и другая полезная информация, касающаяся оказания офтальмологической помощи.

Вам также необходимо ознакомиться с основными приказами, необходимыми для работы. Пользуйтесь поиском на интернет-ресурсе «Консультант-плюс». Будьте внимательны:

1. Некоторые редакции на этом сайте доступны только после 20:00.

2. Недействующие редакции обозначаются красным крестом со ссылкой на действующую.

Соберите все эти документы в адаптированном для себя виде в какую-нибудь папку, не помешает их иметь и в бумажном варианте на случай отключения электроэнергии.

В самый первый рабочий день к вам может обратиться пациент с одной из следующих целей:

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**

1. Проконсультироваться на счет возможности получения группы инвалидности по зрению. Есть ли показания для установления более высокой группы и стоит ли ему вообще начинать этим заниматься?

В этом нам поможет разобраться Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 664н от 29 сентября 2014 г. «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы».

В пункте 4 приказа вы найдете степени нарушения функций. Чтобы их определить количественно, вам поможет пункт 8 расположенной ниже таблицы. Теперь, зная степень и прочитав пункты приказа 8, 9, 10, вы сможете определить, на какую группу инвалидности может рассчитывать ваш взрослый пациент; для категории «ребенок-инвалид» смотрите пункт 11.

2. Подписать справку на оружие.

Открываем Постановление Правительства РФ от 21.07.1998 N 814 (ред. от 17.05.2017) «О мерах по регулированию оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации». Находим раздел VI «Приобретение оружия и патронов», смотрим пункт 24.

3. Устройство на работу.

Пациент предъявляет вам бланк, на котором работодатель указывает производственные факторы или пункт Приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н (ред. от 05.12.2014) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Находим эти производственные факторы или сам указанный пункт и ищем в колонке справа то, что касается офтальмолога.

4. Подписать водительскую справку.

Смотрим Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2014 г. N 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством».

Офтальмологов касаются разделы III, IV, а также раздел «Перечень медицинских ограничений к управлению транспортным средством».

5. Проконсультироваться с вами по вопросам медицинских ограничений к прохождению военной службы/обучения в военных учреждениях.

Если вам предстоит скорое участие в военно-врачебной комиссии в качестве врача-офтальмолога, вам необходимо ознакомиться с Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 (ред. от 30.03.2017) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». Статьи расписания болезней глаза следуют с 29 по 36. Также смотрите таблицу 1 «ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ...» и обязательно ознакомьтесь с началом документа вплоть до статей расписания различных болезней.

6. Пациент обратился к вам с вопросами, касающимися оказания высокотехнологичной медицинской помощи, либо это ваша инициатива в желании помочь пациенту.

Вы должны знать виды операций по ВМП и уметь оформить необходимые бумаги, например, приложение № 1 (талон на оказание ВМП). Смотрите Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 января 2015 г. N 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления».

7. Пациент пришел узнать, положено ли ему диспансерное наблюдение, или если у вас возник вопрос о диспансерных группах.

В этом вам поможет разобраться Приказ Министерства здравоохранения СССР № 770 от 30 мая 1986 г. (ред. от 12 сентября 1997 г.) «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения».

Задав поиск для «врача-офтальмолога» по тексту документа вы попадете в раздел: «Примерная схема динамического наблюдения за лицами, подлежащими диспансеризации у врача-офтальмолога».

Прочитав его, вы поймете, что групп, реально требующих диспансерного наблюдения, совсем немного и незачем нагружать себя лишней работой, проводя каждые полгода осмотр пациентов, например, с неамблиогенным астигматизмом.

8. Подписать больничный лист.

Старайтесь не делать ошибок в заполнении листков нетрудоспособности. За это главный врач получает по шапке, а потом и вы следом.

Прочтите ПРИКАЗ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н (ред. от 02.07.2014) «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности» и новые изменения, внесенные в приказ.

9. Определить группу здоровья ребенка.

Смотрите ПРИКАЗ Минздрава России №621 от 30 декабря 2003 г. «Алгоритм определения групп здоровья у детей».

В таблице вы найдете нозологические формы, касающиеся офтальмологии.

10. Определить группу для занятия физической культурой.

Смотрите 4-ю стр. «Приложение. Медико-педагогический контроль за организацией занятий физической культурой обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья». ПИСЬМА N МД-583/19 от 30 мая 2012 г. «О методических рекомендациях». «Медико-педагогический контроль за организацией занятий».

11. Допуск к занятиям физической культурой и спортом при заболеваниях органа зрения.

Можно ориентироваться на документ «Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов» (РАСМИРБИ), разработанный совместно с ФМБА (доступен в интернете).

12. Распечатайте для себя список шифров по МКБ 10, которые имеют отношение к офтальмологии (например, на сайте http://mkb-10.com/).

13. В приказе Минздравсоцразвития № 541н от 23 июля 2010 г. «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» ознакомьтесь с должностной инструкцией врача-офтальмолога. Не забывайте, что деление на взрослого и детского офтальмолога в РФ искусственное, юридического деления нет, поэтому в районе вы должны оказывать офтальмологическую помощь всем, кто к вам обратится, даже если есть детская поликлиника (может там заболел свой врач-офтальмолог или его вообще нет).

14. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ должен быть известен любому гражданину РФ.

15. Стандарты первичной медико-санитарной помощи в офтальмологии:

Приказы Минздрава России от 24.12.2012 N 1491н, N 1520н, N 1492н, N 1483н, от 29.12.2012 N 1666н, N 1667н, N 1700н (в таблице найдете то, что касается нашей специальности).

Стандарты — это не руководство к действию (пока), но иногда вы можете извлечь из них пользу, и просто стоит знать, что они есть, на всякий случай.

16. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при болезнях глаза и его придаточного аппарата можно прочесть в Письме Фонда социального страхования РФ № 02-18/10-5766 от 1 сентября 2000 г.

17. В документе «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» в Постановлении Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. № 1492 г. смотрите разделы 25-26 «Офтальмология».

Рис. 3. Диплом I степени за победу в конкурсе «Земский доктор»

Рис. 4. Благодарность за активное участие в четвертом областном конкурсе «Земский доктор – 2015»

18. Перечень лекарств офтальмологическим больным для льготных категорий граждан каждый ищет для своего субъекта РФ.

В целом по стране этот перечень очень скуден и полезен там только тимолол и пилокарпин, в некоторых регионах включен траватан и другие препараты.

19. Поступающие в кадетские корпуса, в пожарные-спасательные академии (в ВУЗы МЧС) освидетельствуются по тому же приказу, что и военные: Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 (ред. от 30 марта 2017 г.) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».

20. О дезинфекции медицинского оборудования посмотрите разделы в базе «Консультант-плюс».

21. Стандарты медицинской помощи при глазных болезнях, утвержденные приказами Минздрава. Доступны на сайтах Ассоциации врачей-офтальмологов и www.eyepress.ru.

22. Документы по санаторно-курортному лечению в офтальмологии.

Приказ Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. №256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» (с изменениями и дополнениями).

Проконсультироваться по сложным случаям или воспользоваться поиском для некоторых вопросов вы сможете в соответствующем разделе «Медицинское право» Русского Медицинского Сервера http://forums.rusmedserv.com/.

Помните, что все юридические документы регулярно обновляются, поэтому следите за этим.

С уважением к вашей работе!

А.А. Воронцов

Продолжение следует

Венозные окклюзии и глаукома как взаимовлияющие факторы

Эксперты: **В.П. Еричев**, д.м.н., профессор, заместитель директора по инновационной деятельности ФГБНУ «НИИГБ», заслуженный врач РФ, Москва; **Е.В. Карлова**, д.м.н., заведующая глаукомным микрохирургическим отделением Самарской областной клинической офтальмологической больницы (СОКОБ) им. Т.И. Ерошевского, Самара

Профессор В.П. Еричев
(Москва)

(Продолжение. Начало см. в «Поле зрения № 5, 2017 г.)

Профессор **В.П. Еричев**

Добрый день, уважаемые коллеги!

Мы начинаем вторую часть конференции. Формулируя название конференции, которая обозначена как «Венозные окклюзии и глаукома: проблема в проблеме», мы меньше всего думали о вторичной неоваскулярной глаукоме. Но первые два эксперта очень хорошо «вмонтировали» в свои выступления тезис о неоваскулярной глаукоме как об осложнении или возможном исходе окклюзии вен сетчатки. Я благодарен профессору В.В. Страхову за то, что он «нагнал страху» относительно возможного взаимоотношения венозных окклюзий и ПОУГ. К этому великолепному докладу хотел бы добавить маленький штрих в отношении сочетания первичной глаукомы и венозных окклюзий.

Из своей практики каждый офтальмолог знает, что число больных с венозными окклюзиями из года в год не уменьшается, равно как и не снижается количество больных с ПОУГ. Статистики относительно сочетания венозных окклюзий и первичной глаукомы существует много. Результаты одного из исследований представлены на *рис. 1*. Совершенно очевидно, что в более раннем возрасте частота возникновения венозных окклюзий невелика (всего 0,09%). После 65 лет цифра увеличивается более чем в 6 раз. То же самое можно сказать и о первичной глаукоме. Известно, что в возрасте от 40 до 65 лет ПОУГ встречается в 1,5-2% случаев. В возрасте старше 65-70 лет доля больных глаукомой возрастает до 14-16%. По статистике сочетание этих двух патологий также инволюционно зависимо: в возрасте до 65 лет окклюзия вен сетчатки с глаукомой встречается в 0,2%; после 65 лет — в 1,7%.

Хорошо известны три теории развития глаукомного процесса: механическая, сосудистая и метаболическая. Профессор В.В. Страхов сегодня говорил о сосудистом компоненте ПОУГ. Сторонники этой теории с разной степенью доказательности приводят аргументы в пользу того, что, действительно, сосудистый фактор имеет довольно существенное значение не только в развитии глаукомы, но и в развитии глаукомного процесса в общем. Среди сосудистых проблем сосудистая дисрегуляция приобретает особое значение. Среди клинических признаков сосудистой дисрегуляции различают глазные и системные симптомы *(рис. 2)*. Сегодня уже шла речь о кровоизлиянии у ДЗН. Крайне редко это может встречаться в норме; чаще (до 4%) — при глаукоме нормального давления; чаще — при обычно протекающей ПОУГ и значительно чаще — при глаукоме с низким давлением. Локальная констрикция или дилятация сосудов — еще один признак сосудистой дисрегуляции и зависит от того, в каком взаимоотношении вазоактивные агенты воздействуют на сосудистое русло. Перипапиллярная хориоретинальная атрофия — симптом, на который необходимо обращать внимание при офтальмоскопии ДЗН у больных глаукомой. Возможно, перипапиллярная хориоретинальная атрофия участвует в возникновении кровоизлияния у ДЗН. Часто ускользает от внимания врачей такой существенный фактор, как низкое перфузионное давление.

Существуют также и системные проявления сосудистой дисрегуляции, на фоне которых развиваются локальные, офтальмологические симптомы. Это — системная гипотензия, особенно с критичными ночными падениями артериального давления, рассматриваются как самостоятельные факторы риска прогрессирования глаукомы, особенно если речь идет о глаукоме с нормальным ВГД. Вазоспастический синдром, который реализуется через мигренеподобные состояния, или болезнь Рейно — удел в основном пациентов молодого возраста. Все это может развиваться на фоне сердечно-сосудистой патологии разного уровня и разной сложности проявления.

В зависимости от степени реализации сосудистой дисрегуляции офтальмоскопическая картина ДЗН воспринимается по-разному.

На *рис. 3* представлены типы ДЗН при глаукоме. Это касается больных, страдающих глаукомой низкого давления. Интересный факт: изменение полей зрения, результаты функциональных исследований, картина визуализации свидетельствуют о том, что при венозных окклюзиях, которые сопровождаются дефектами слоя нервных волокон, функциональные нарушения обнаруживаются в 19% случаев, в группе контроля — в 2,8%. Толщина СНВС на парных глазах при односторонней окклюзии венозных сосудов при абсолютно нормальном давлении была значительно ниже по сравнению с контролем. Это дает основание рассуждать о возможной общности системных факторов риска ОВС и глаукомы. Существуют также и дополнительные факторы риска — возраст, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, повышенное ВГД. Повышенное ВГД представляется наиболее активным фактором, участвующим в развитии ПОУГ. При повышенном ВГД при «мягкой» склере (или фиброзной оболочки в целом) действие ВГД приводит к тому, что склеральный канал расширяется, решетчатая пластинка растягивается и деформирует все, что проходит через ее каналы *(рис. 4)*. При «жесткой» склере не происходит значительного расширения склерального кольца, тем не менее решетчатая мембрана деформируется (прогибается) в результате прямого воздействия ВГД. На *рис. 5* при трехмерной реконструкции этой области глазного яблока показаны векторы силового воздействия на склеральное кольцо, решетчатую мембрану и интраокулярную часть зрительного нерва. Эти векторы различны как по направлению, так и по силе воздействия, что в значительной степени зависит от механических свойств фиброзной оболочки. Профессор В.В. Страхов упоминал о возможном изменении мембраны Бруха при повышении ВГД и изменении склерального кольца. В эксперименте при кратковременном повышении ВГД до 50 мм рт.ст. эти факты были подтверждены.

Трехмерная реконструкция решетчатой мембраны в эксперименте на обезьянах при эпидиоскопическом серийном срезе слоев решетчатой мембраны позволила получить интересные сведения о том, насколько деформируется сама решетчатая мембрана под действием повышенного ВГД. Изменяется архитектоника склеральной ткани и всех структур, находящихся перед и после решетчатой мембраны. На правых снимках *рис. 6* показана зона особого интереса при изменении биомеханических свойств решетчатой мембраны. Это представляет важность с той точки зрения, что заполненность воронки нейроглией создает условия, при которых сосудистые пучки также подвергаются влиянию всех происходящих в этой зоне факторов. Естественно, если повышенное ВГД вызывает деформацию отверстий, через которые проходят волокна зрительного нерва и сосуды, то они также подвергаются деформации. Кроме того, действуют системные факторы, такие как изменение состояния венозных стенок, реологические показания крови, что создает дополнительные условия для возникновения так называемых «венозных окклюзий» сетчатки.

Я воспользовался схемой *(рис. 7)* анатомо-топографической классификации ОВС, которую предложил еще Дюк Элдер, и, на мой взгляд, она более убедительна и информативна, которой мы пользуемся в настоящее время. Получены интересные сведения, указывающие на то, что более чем в 80% случаев при глаукоме венозные окклюзии встречались в парных глазах в области ДЗН. И рассуждения о биомеханических изменениях помогут понять, почему сосудистые «события» происходят чаще всего именно в этой зоне.

Типы венозных окклюзий, если не принимать во внимание окклюзии, связанные с А/В перекрестом, разнообразны. У 40% пациентов с ОВС диагностирована ПОУГ, у большинства — с высоким уровнем ВГД, что еще раз доказывает участие этого важного патогенетического фактора в развитии не только глаукомы, но и влияющего на возникновение и развитие венозных окклюзий. Системные факторы риска развития сосудистых проблем усиливаются в более пожилом возрасте. Возможный механизм: при выраженной экскавации происходит значительное растяжение и ослабление стенок вены; при повышенном ВГД и более низком венозном давлении создаются дополнительные условия для ОВС. Из этого следует важный с практической точки зрения вывод о целесообразности мониторинга ВГД в парном глазу для своевременного предупреждения развития ОВС.

Окклюзии вен сетчатки могут проходить и без отека ДЗН. Отсутствие отека — топографический признак ОВС; отсутствие отека — признак расположения окклюзии в области РП; окклюзия ЦВС без отеков встречается примерно в 65% случаев (в соотношении 2/1); у каждого пятого пациента с ОЦВС диагностируется ПОУГ.

Другой вариант развития ОВС (не связанный с А/В перекрестом) — с отеком ДЗН. Причины: повышенное внутричерепное давление; пониженное внутриглазное давление; злокачественная артериальная гипертензия; передняя ишемическая нейропатия (ПИН); неврит зрительного нерва. Отеки ДЗН при ОВС могут быть вызваны нарушением аксоплазматического тока и ишемией за решетчатой мембраной. Особенности: более молодой возраст и низкая заболеваемость ПОУГ.

Последний слайд *(рис. 8)*, хорошо демонстрирующий «события», которые можно видеть при ОВС в области А/В перекреста. В этой связи я бы хотел подчеркнуть важный факт: сочетание двух инволюционно зависимых заболеваний — ОВС и ПОУГ — имеет важное значение как с точки зрения понимания патологических процессов, так и с практической точки зрения для минимизации последствий этих заболеваний. Об этом мы будем говорить при обсуждении третьего вопроса.

Сейчас я передаю слово д.м.н. Елене Владимировне Карловой.

Статистика

	Возраст	Частота встречаемости
Окклюзия вен сетчатки*	До 65 лет	0,09%
	Старше 65 лет	0,54%
Глаукома	До 65 лет	2%
	Старше 65 лет	14%
Окклюзия вен сетчатки* + глаукома	До 65 лет	0,2%
	Старше 65 лет	1,7%

*David R., Zangwill L., Badarna M., Yassur Y.

Рис. 1.

Рис. 2.

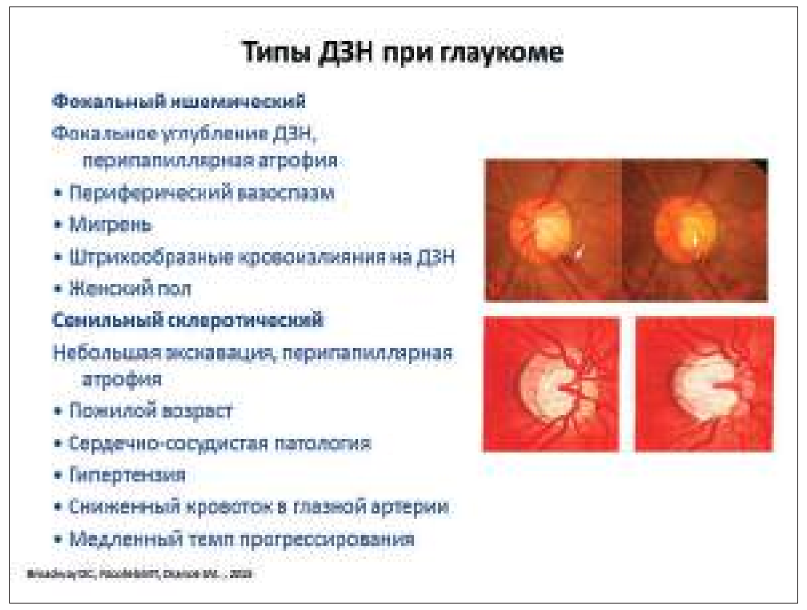


Рис. 3.

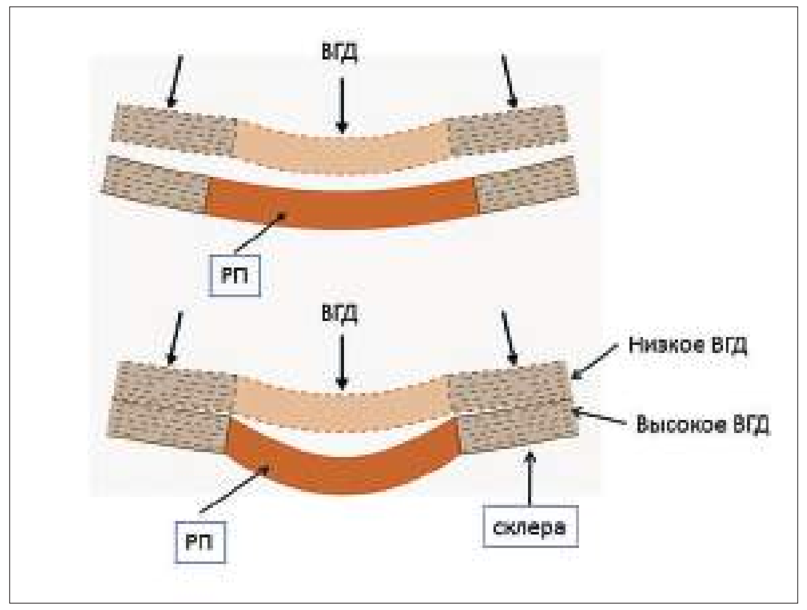


Рис. 4.

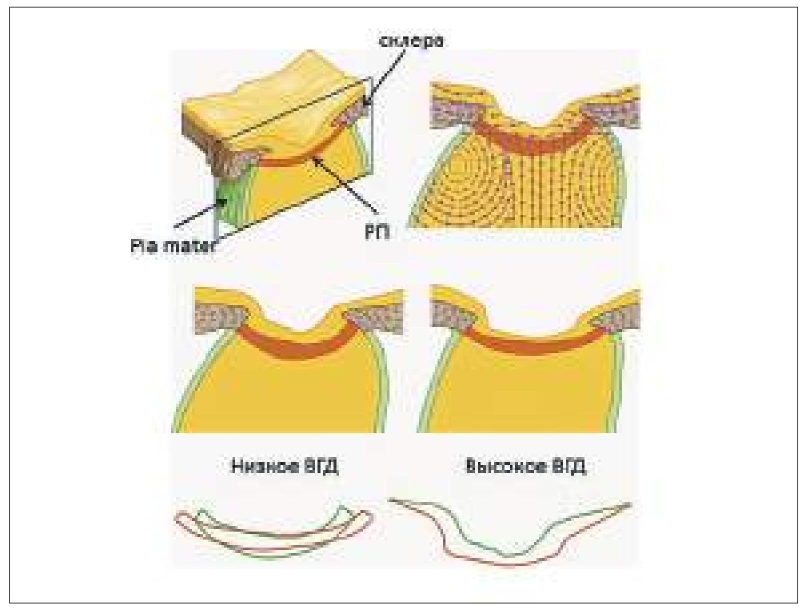


Рис. 5.

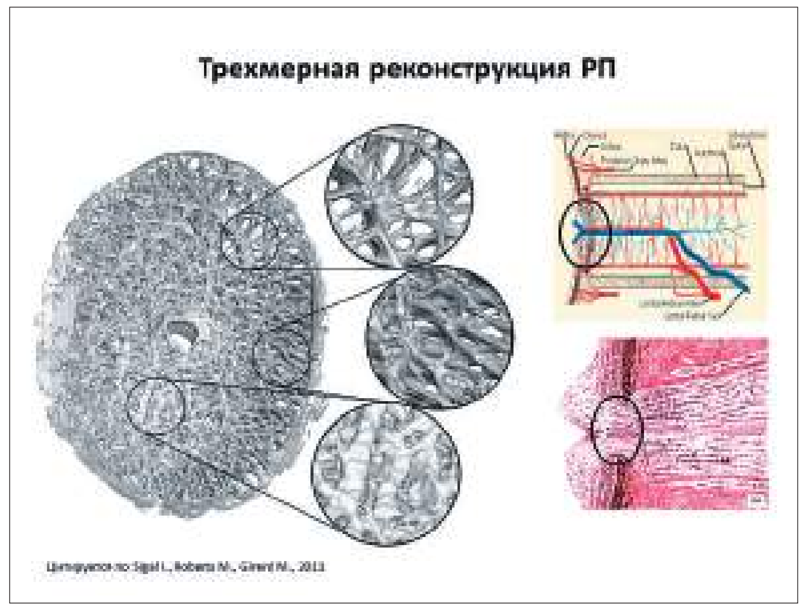


Рис. 6.

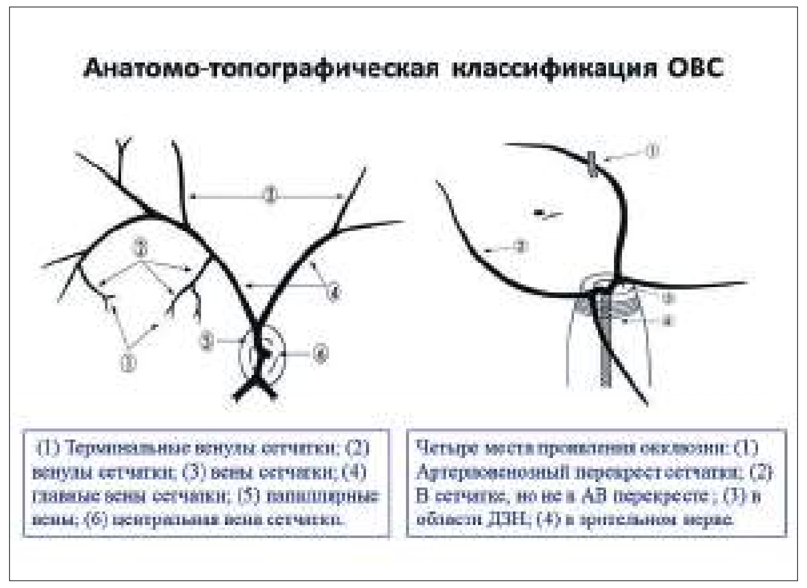


Рис. 7.

Рис. 8.

Е.В. Карлова, *д.м.н., СОКОБ им. Т.И. Ерошевского, Самара*

Добрый день, уважаемые коллеги!

Я очень благодарна организаторам конференции за предоставленную возможность выступить, поучаствовать в дискуссии на такую острую и актуальную тему.

Внимание к сочетанию ПОУГ и венозных окклюзий возникло в результате непрекращающихся жалоб сотрудников нашего глаукомного центра на то, что участились случаи, когда с неоваскулярной глаукомой, развившейся как осложнение окклюзии, поступают именно те пациенты, которые наблюдались раньше с ПОУГ. С одной стороны, возникает вопрос о том, как правильно организовать мониторинг и диагностику — своевременную и правильную — этих двух состояний, чтобы минимизировать потери при наблюдении и лечении таких пациентов; с другой стороны (это тема третьей части), огромное количество вопросов и противоречий возникает именно тогда, когда мы пытаемся лечить сочетание этих состояний.

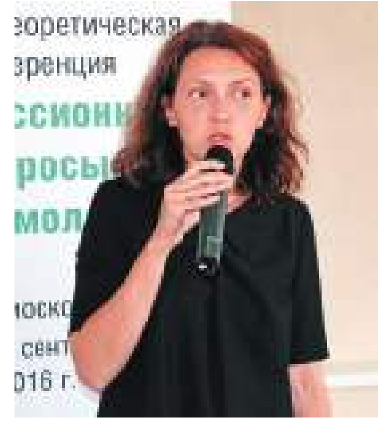
Хотела бы начать с того, что патология офтальмотонуса при окклюзиях вен сетчатки может быть следствием сразу нескольких состояний. Я имею в виду пациентов, которые обратились к нам со снижением остроты зрения, с окклюзией, которую мы видим на глазном дне. Это может быть офтальмогипертензия, сочетающаяся с окклюзией; первичная открытоугольная глаукома, которая имелась у пациента ранее, и мы видим ее в сочетании с окклюзией; вторичная неоваскулярная глаукома, являющаяся следствием случившейся окклюзии.

Говоря о первичной патологии офтальмотонуса, офтальмогипертензии и ПОУГ, возникает вопрос, что общего может быть у этой патологии с окклюзией вен сетчатки? Хотела бы сделать еще несколько ремарок на эту тему.

Офтальмогипертензия. Офтальмогипертензия — неплохо изученное состояние, однако данные, имеющиеся в нашем распоряжении, базируются на одном большом исследовании OHTS (Ocular Hypertension Treatment Study). Одной из ветвей исследования стала группа пациентов, у которых в последующем случилась окклюзия вен сетчатки (ОВС), интересная группа в свете обсуждаемой сегодня темы. Выяснилось, что ОВС чаще встречалась в группе пациентов, не получавших гипотензивную терапию по поводу офтальмогипертензии (2,1% vs 1,4%).

Первичная глаукома. Выявляемость в популяции старше 40 лет — около 1,8%; выявляемость среди пациентов с сахарным диабетом — 6,7%; выявляемость в группе пациентов с гипертонической болезнью — 9,8%. Гипертоническая болезнь, дающая рост выявляемости пациентов с ПОУГ, является доказанным фактором риска развития окклюзии вен сетчатки — доля этого фактора 42-62%. В связи с этим возникает вопрос: возможно, встречаемость этих двух состояний является следствием того, что гипертоническая болезнь, повышающая риск и того и другого заболевания в отдельности, имелась у большой группы пациентов, что и определило сочетание «ПОУГ – ОВС».

Однако исследования, посвященные окклюзиям вен сетчатки, которые были проведены в 1995 году, показали, что ПОУГ является дополнительным, самостоятельным фактором риска развития окклюзии вен сетчатки, что является дискутабельным утверждением. Другие авторы продолжали изучать этот вопрос. В последние примерно 10 лет были опубликованы работы, показывающие результаты обследования у пациентов также и парных глаз. При исследовании парных глаз у 674 пациентов с окклюзией ЦВС (548) и ветвей (129) первичная глаукома отмечена в 9,9%, офтальмогипертензия — в 16,2%. Полученные данные позволяют задаться вопросом: являются ли эти два состояния (ПОУГ и ОВС) общими по своему патогенезу? Ответом на этот вопрос является отчасти сегодняшняя дискуссия. Однако авторы этой работы, опубликованной



Д.м.н. Е.В. Карлова
(Самара)

в 2016 г. *(рис. 1)*, иначе подошли решению вопроса. В этой работе патогенез не изучался глубоко, фактически корейскими авторами было выполнено эпидемиологическое исследование. Надо сказать, что корейские ученые за последние 5 лет по праву могут считаться лидерами в исследовании сочетания ПОУГ и ОВС. Авторы задались вопросом: «Существуют ли общие звенья патогенеза?» и ответили на него следующим образом. Авторы исследовали 445 пациентов с окклюзией ЦВС и ее ветвей, обследовали парные глаза; в процессе исследования 30 человек выбыло, а из оставшихся 415 глаз признаки глаукомных изменений ДЗН выявлены у 18 пациентов (4,3%). Данные этого исследования были сопоставлены с предыдущими работами корейских ученых, исследовавших всю популяцию, и показали, что достоверной разницы в частоте встречаемости в общей популяции пациентов с ПОУГ и пациентов с ОВС отмечено не было. Такие противоречивые результаты, они не совсем соответствуют нашему представлению об этих двух заболеваниях, однако статистически обоснованы и заслуживают нашего пристального внимания. Любопытно то, что авторы смотрели прицельно на изменения зрительного нерва при окклюзиях. Авторами были выделены три типа

Рис. 1.

Рис. 2.

Рис. 3.

Рис. 4.

Рис. 5.

Рис. 6.

Рис. 7.

Рис. 8.

характерных для глаукомы изменений зрительного нерва при окклюзиях вен сетчатки *(рис. 2-4)*: смещение сосудистого пучка, расширение экскавации. Вывод, сделанный авторами, состоит в том, что характерные для глаукомы изменения зрительного нерва представляют собой отдельный признак и должны изучаться отдельно.

Хочу обратить внимание еще на одну работу, написанную в 2015 г., в которой речь идет о том, что структурные изменения зрительного нерва у пациентов с окклюзиями, как анатомический, механический предрасполагающий фактор, не могут расцениваться как фактор, провоцирующий развитие окклюзии вен сетчатки.

Обсуждая звенья патогенеза, сложности диагностики, мы должны понимать, что большинство наших пациентов обращаются к нам чаще с картиной венозной окклюзии, поэтому позволю себе несколько практических ремарок. Первичная глаукома и офтальмогипертензия могут быть выявлены при обращении пациента по поводу окклюзии вен сетчатки; диагностировать первичную глаукому в таком случае бывает сложнее, необходим осмотр парного глаза; обследование пациентов с ОВС на глаукому способствует раннему выявлению и профилактике слепоты.

Теперь я бы хотела коротко остановиться на нашем опыте. Мы наблюдали 82 пациента с подтвержденным сочетанием ПОУГ и ОВС. В 53 случаях на момент обращения по поводу окклюзии пациент наблюдался с диагнозом ПОУГ; в 19 случаях диагноз ПОУГ был установлен позднее при наличии явных изменений парного глаза; лишь в 10 случаях при обращении пациента по поводу ОВС был установлен сопутствующий диагноз ПОУГ.

Я не решилась добавить еще один слайд в свою презентацию, где бы анализировался показатель выживаемости пациентов, обратившихся к нам с окклюзиями. Из 82 человек через 5-7 лет после обращения к нам около 50 человек не было в живых. Причина — острые сосудистые события: инфаркты, инсульты в подавляющем большинстве случаев. Главное — низкая выживаемость, потому что сосудистые события не позволяют пациентам жить долго после такой сосудистой катастрофы в глазу. Мы должны особое внимание уделять выбору терапии, так как, вероятно, то, с чем пациент попадает к нам — это дебют заболевания и при правильном подходе, серьезном отношении к этому событию мы могли бы продлить жизнь пациента.

Позвольте обратиться к нескольким примерам. Клинический пример 1 *(рис. 5)*: обращает на себя внимание состояние ДЗН. Часто, увидев картину окклюзии, понимая причину снижения зрения и установив диагноз, врач на этом останавливается. К сожалению, ОВС может быть выявлена у пациентов с глаукомой случайно, на фоне низких зрительных функций. Клинический пример 2 *(рис. 6)*. В другом глазу: о/у IIIа глаукома, грубые изменения ДЗН, острота зрения — 0,1. Как надо подходить к выбору терапии такой пациентки? Конечно, это — сложный и актуальный вопрос.

Позволю себе сказать несколько слов и о вторичной неоваскулярной глаукоме. Основные причины заболевания известны: окклюзия центральной вены сетчатки; диабетическая ретинопатия; глазной ишемический синдром. Первое упоминание о возможном случае неоваскулярной глаукомы после окклюзии центральной вены сетчатки было сделано в 1866 г. (C.A. Robertson). В 1871 г. описан случай возникновения глаукомы после «апоплексии сетчатки» (A. Pagenstecher). В 1906 г. — наличие новообразованных сосудов радужки у больных с окклюзией ЦВС (G. Coats). Вторичная неоваскулярная глаукома как осложнение ОВС при отсутствии лечения может приводить к неоваскуляризации: ОВВС — 22-29% глаз; ОЦВС — 33% глаз без ишемии. Различают ишемический, неишемический тип. При ишемическом типе окклюзии вероятность развития зависит от площади поражения сетчатки (75 ДЗН и более — высокий риск); в подавляющем большинстве случаев — при окклюзии ЦВС.

Кумулятивный риск развития неоваскуляризации *(рис. 7)* — это тот слайд, который показался мне очень понятным, понятным особенно для исследователей, которые занимаются скринингом, например, диабетической ретинопатии: когда вначале расширяется зрачок, затем начинается осмотр врача. На широком зрачке неоваскуляризацию в углу передней камеры и маленькие сосуды в радужке практически не видно. Этот слайд иллюстрирует темпы развития неоваскуляризации в различных структурах глаза и говорит нам о том, что мы должны обращать внимание на самые ранние признаки, о которых сегодня во время работы первой сессии так подробно рассказывалось. Клинический пример *(рис. 8)*: от момента снижения зрения до обращения в клинику прошло всего 3 недели, и вопрос стоял о хирургии глаукомы, т.к. никакие другие способы не приводили к снижению ВГД. Таким образом, неоваскулярная глаукома развилась в течение 3 недель. Условия ранней диагностики: осмотр радужки на предмет выявления новообразованных сосудов с УЗКИМ ЗРАЧКОМ; осмотр угла передней камеры — гониоскопия; выявление новообразованных сосудов на периферии сетчатки; использование перечисленных методов в программах скрининга.

Спасибо за внимание!

Дискуссия

Профессор **В.П. Еричев**

Спасибо большое, Елена Владимировна. Вы удачно смогли объединить первичную и вторичную глаукомы при такой сосудистой катастрофе, как окклюзия вен сетчатки. Врачи часто задают вопросы относительно офтальмогипертензии, лечить или не лечить. В нозологической структуре и в отчетах она не значится, но она есть. Мне кажется, она «размыта» в сторону ПОУГ. Не совсем понятно, получают больные лечение или не получают. В свете Ваших сообщений о том, что в два раза чаще окклюзии возникают у больных с офтальмогипертензией, не получавших гипотензивную терапию, можно ли это использовать в качестве рекомендации о том, что офтальмогипертензию необходимо лечить всякий раз, как только этот диагноз будет поставлен?

Д.м.н. **Е.В. Карлова**

Пациенты часто задают вопрос на эту тему, и мы отвечаем, что по результатам крупного исследования офтальмогипертензия переходила в глаукому в 4 раза чаще в группе нелеченых пациентов. Обычно такой аргумент работает.

Академик РАН **А.Ф. Бровкина**

Значит это — начальный этап глаукомы, а не офтальмогипертензия, и он проявляется повышением давления. Офтальмогипертензия может быть симптоматическим проявлением других заболеваний. Означает ли это ранний симптом первичной открытоугольной глаукомы?

Д.м.н. **Е.В. Карлова**

Так утверждать еще никто не решился.

Академик РАН **А.Ф. Бровкина**

Вы снижаете ВГД, и глаукома не развивается?

Д.м.н. **Е.В. Карлова**

Так бывает не всегда, но тенденция такова, что мы, конечно, лечим.

Академик РАН **А.Ф. Бровкина**

Есть офтальмогипертензия симптоматическая с другими признаками: повышение внутривенозного давления. Снижаем внутривенозное давление, и капать не надо — давление снизится. Нарушен венозный отток в орбите по той или иной причине. А если офтальмогипертензия — единственный симптом, открытый угол, других признаков вы не видите? Если вы этот симптом оставляете, и дальше появляются другие признаки, то по логике развивается глаукома.

Профессор **В.П. Еричев**

Вы сделали хорошее дополнение: «появляются другие признаки». А если они не появляются, если есть только один признак, «повышенное ВГД», и все?

Академик РАН **А.Ф. Бровкина**

Есть офтальмогипертензия, еще Аркадий Павлович Нестеров описывал: «глаукома не развивается, зрение не снижается, офтальмогипертензия постепенно исчезает», по какой причине не знаю. Но я говорю о логике. Если в группе пациентов (одного возраста, одного пола) есть офтальмогипертензия, и у определенного количества больных, которым вы не капаете капли, развилась глаукома. У меня вопрос: при одинаковых сроках наблюдения? Потому что возникает следующий вопрос: в какие сроки наблюдения этот признак переходит в явную стадию болезни? А Вы говорите: кому капаем, у того глаукома не развивается, а кому не капаем — у того развивается. Значит это — признак болезни.

О.К. Воробьева *(Москва)*

Я хотела добавить относительно продолжительности жизни. С 1974 по 2000 годы нами было пролечено в общей сложности около 5,5 тыс. больных. Эти больные проходят у нас мониторинг (диспансеризацию). На сегодняшний день мы не располагаем данными порядка 200 больных, не знаем, живы они или нет, т.к. больные были из разных городов, не только из Москвы и области. В «мир иной» ушло около 460 больных. Наши больные, помимо лечения у окулиста, наблюдались у кардиолога, потому что сердечно-сосудистая патология была на третьем месте, на первом — дислипидемия, у каждого седьмого больного диагностировался варикоз нижних конечностей. Эти больные, естественно, нуждались в приеме необходимых препаратов. Больные проходили УЗ-допплерографию, имели стенозы и т.д. Эти больные постоянно нуждаются в наблюдении. Это — хронические больные, и чтобы они долго жили, их необходимо научить правильно лечиться.

Профессор **И.Б. Алексеев**

На сегодняшний день, к сожалению, такой диагноз, как «офтальмогипертензия» довольно редкий среди всех офтальмологических диагнозов, еще реже назначается гипотензивное лечение. За рубежом «офтальмогипертензия» — диагноз достаточно частый, пациентам назначается стандартное гипотензивное лечение в зависимости от причин, приводящих к повышенному ВГД, если их удается определить. Если не удается, назначается симптоматическое лечение. Хочу сказать в общем, что повышение ВГД, помимо того, что является фактором риска, является одним из важнейших, как сейчас принято говорить, предикторов возникновения и развития глаукомы, а также, как мы сегодня выяснили, различных сосудистых катастроф заднего отрезка. Безусловно, офтальмогипертензия должна контролироваться сначала медикаментозно.

Академик РАН **А.Ф. Бровкина**

Игорь Борисович, в вашем распоряжении много гипотензивных средств разнонаправленного действия. Когда вы подбираете тот или иной гипотензивный препарат, вы говорите «пути оттока, скорость образования жидкости» и т.д. Я, практический врач, хочу спросить: если диагностирована простая гипертензия, из большого арсенала гипотензивных средств что выбрать лучше всего? Лучше всего пилокарпин, который за все отвечает? Принципиально неправильная постановка вопроса. Вы пришли к тому, о чем говорила: офтальмогипертензия — это симптом. Можно проводить симптоматическое лечение? Можно. Существует целый ряд патологических процессов, где мы проводим симптоматическое лечение. А когда речь идет о глаукоме, что бы вы ни говорили о сосудистой патологии и т.д., вы проводите патогенетическое лечение: «крутите дырочку» — открываете пути оттока и лечите следствие. К чему я веду разговор? Если рассматривать офтальмогипертензию как симптом — у нас с Вами была общая ученица, она занималась симптоматичной офтальмогипертензией у больных эндокринной офтальмопатией, — и эта симптоматичная колоссальная офтальмогипертензия при отсутствии ПОУГ великолепно лечилась «бешеными» дозами глюкокортикоидов. Снимали патологический процесс в орбите, освобождали венозный ток, и офтальмогипертензия исчезала. А есть группы больных, которым месяцами капают гипотензивные капли без всякого результата. Мы должны понимать, от чего зависит тот или иной симптом и какое лечение назначать, или скажите, какие капли капать при лозунге «офтальмогипертензия неизвестной природы».

Профессор **И.Б. Алексеев**

Алевтина Федоровна, Вы сами себе противоречите. Вы говорите об офтальмогипертензии, связанной с эндокринной патологией, это — совершенно конкретный пример. Но офтальмогипертензия встречается значительно чаще, чем эндокринная офтальмопатология.

Академик РАН **А.Ф. Бровкина**

Если есть офтальмогипертензия неясной природы, эссенциальная офтальмогипертензия, и вы назначаете капли. Ответьте мне на вопрос: какие капли из этого огромного арсенала гипотензивных средств необходимо назначать?

Профессор **В.П. Еричев**

Капли, угнетающие продукцию камерной влаги. Аркадий Павлович Нестеров доказал, что при офтальмогипертензии отток внутриглазной жидкости не страдает, поэтому снижение ВГД препаратами, улучшающими отток внутриглазной жидкости, неэффективно.

Профессор **И.Б. Алексеев**

Причины нарушенной гидродинамики можно определить по данным электронной тонографии в подавляющем большинстве случаев.

Профессор **А.А. Рябцева**

Алевтина Федоровна, я с Вами полностью согласна. Очень давно в нашем институте (МОНИКИ) была выполнена работа Л.А. Гузей. Она исследовала гипертензию больных с эндокринным профилем. В то время не было простагландинов, и что она только ни делала! Но гипертензия не поддавалась, пока не вступали в работу эндокринологи. Необходимо корректировать общий статус.

Профессор **В.В. Страхов**

Лет 15 назад в западных странах проводилось мультицентровое исследование. Пациенты с эссенциальной офтальмогипертензией были разделены на 2 группы. Здесь — внимание: всякая другая гипертензия, в которой мы понимаем механизм, лечится причинно. Мы сейчас говорим только об эссенциальной гипертензии, причина которой нам не ясна. Одну группу пациентов просто наблюдали, другой — давали бета-адреноблокаторы. Через 5 лет в группе контроля глаукома развилась в 14% случаев; в другой группе, где пациентам капали лекарства, — в 3% случаев. Это дало основание принять решение о том, что в случае, если мы не знаем причину эссенциальной гипертензии, необходимо назначать бета-адреноблокаторы.

А.А. Антонов *(Москва)*

Добрый день, коллеги! Хотел бы вмешаться в дискуссию с одним моментом, который, как мне кажется, был упущен с самого начала. Мы сейчас обсуждаем вопросы «снижать, насколько, гипертензия, негипертензия, какая она бывает и т.д.» Валерий Петрович (Еричев) в своем докладе затронул тему биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза, и поймите, что ВГД, которое мы сейчас обсуждаем, это та косвенная цифра, которую мы получили в результате измерения ВГД. Дело в том, что ВГД не всегда соответствует тем показателям, которые мы получили. Индивидуальные свойства и склеры, и роговицы на это дополнительно влияют. Возникает вопрос: насколько сильно влияют. Сергей Эдуардович (Аветисов) в своем докладе дает примерно трехкратный разброс биомеханических показателей. Получается, что тонометрическая ошибка, которая получается у всех пациентов, которым мы измерили ВГД, может составлять 5-7-10 мм рт.ст. в некоторых ситуациях. Даже группа офтальмогипертензии будет разнородной: среди этих пациентов, у которых действительно повышено ВГД и которых необходимо лечить, окажутся пациенты, у которых мы неправильно определяем показатели тонометрии. Поэтому, назначая капли этим пациентам, мы не получим эффекта. Вторая сторона вопроса, о чем говорил Владимир Витальевич (Страхов), что снижать ВГД надо больше и больше. Подумайте о том, что у пациентов, которых вы прооперировали, в большинстве случаев показатели тонометрии занижены. У пациентов, которым выполнено хирургическое вмешательство, показатели тонометрии ниже, чем до хирургического вмешательства, поэтому вероятность ошибки играет большую роль. Недавно у нас была пациентка, оперированная после ЛАСИК; дополнительно сниженное ВГД бесконтактным тонометром у нее определяется на уровне 6-7 мм, при этом роговично компенсированное давление составляет 13-14 мм рт.ст. Эти 6-7 мм могут быть у любого вашего оперированного пациента. Я хочу сказать, что мы с вами обсуждаем не внутриглазное давление, а показатели тонометрии. И этот аспект вносит дополнительные сложности в нашу дискуссию.

Профессор **В.В. Страхов**

Ситуацию, когда склеральная оболочка оказывает влияние на офтальмотонус, лучше назвать «ложной гипертензией».

А.А. Антонов, профессор **В.П. Еричев** *(одновременно)*

Это еще больше запутает ситуацию.

А.А. Антонов

Если использовать показатели роговично компенсированного давления (в нашем институте мы опираемся именно на него), количество людей с офтальмогипертензией и с глаукомой с «нормальным уровнем внутриглазного давления» значительно уменьшилось, с 25% до 5%, как и должно быть по классификации. Та же ситуация и с «ложной нормотензивной» глаукомой.

Профессор **В.В. Страхов**

Сюда же относятся и пациенты с толстой роговицей.

А.А. Антонов

Я не люблю термин «толстая роговица». Давайте говорить о «жесткой фиброзной оболочке глаза», поскольку у нас есть возможность это измерять. В рутинной практике — да, это — толстая роговица, гипертермотропы. Обратная сторона — тонкие роговицы, плоские роговицы и миопы.

Профессор **В.П. Еричев**

Мы обсудили важные вопросы, касающиеся возникновения и развития венозных окклюзий, взаимосвязи венозных окклюзий с первичной и вторичной глаукомой как следствие этого заболевания. Однако остается важный вопрос: что делать в случае повышения ВГД у больных, страдающих венозными окклюзиями. Ответить на него нам помогут эксперты. Первое слово я предоставляю профессору Евгению Алексеевичу Егорову, президенту Российского глаукомного общества.

(Окончание отчета о конференции будет опубликовано в «Поле зрения» № 2, 2018 г.)

Директор — руководитель Уральского Центра глазного протезирования OKORIS **И.А. Сироткина**:

Мы создаём «волшебные глаза» для юных и взрослых пациентов

> стр. 1

— Ирина Анатольевна, знаю, что Вы не обделены вниманием прессы, особенно региональных СМИ Южного Урала. Что Вы ждёте от нашего сегодняшнего разговора?

— Давайте начнём наш серьёзный, важный разговор с весёлой ноты, с врачебного анекдота… *Окулист обследует радужную оболочку глаза пациента, чтобы поставить по ней диагноз. — Да, — говорит он — Вы серьезно больны… Сразу могу сказать, что у Вас диабет, цирроз печени, жировая дегенерация миокарда, нарушения в составе крови… — Подождите, доктор, — Вы же смотрите не в тот глаз, этот у меня стеклянный.*

— Как говорится: в каждой шутке есть доля… шутки. Чем Вам запомнился именно этот анекдот?

— Во-первых, юмор очень помогает всем нам: и врачам, и пациентам… Во-вторых, именно этот анекдот удивительно точно и ёмко показывает суть нашей работы, суть глазного протезирования. Современные глазные протезы уже давно перестали восприниматься как «инородные тела»… В большинстве случаев их практически невозможно отличить от «собственных» глаз.

— Всё-таки врачи-офтальмологи вряд ли будут обследовать «радужную оболочку протеза», как рассказано в Вашем анекдоте.

— Анекдот — это всегда преувеличение, гипербола… Но, с другой стороны, могу сказать по собственному опыту: это преувеличение не столь велико. У меня в медицинской практике было немало случаев, когда ко мне приходили пациенты с глазными протезами — и я сразу не могла отличить «свой» глаз от пластмассового.

— Речь идёт о протезах, выпускаемых Вашим Центром?

— И нашим Центром, и другими российскими и зарубежными центрами протезирования. Разумеется, потеря глаза — это всегда трагедия. Это не просто стрессовая, а экстремальная ситуация для человека. Речь идёт о невосполнимой потере. Глаз — не только орган зрения, но и отражение нашей души, нашей индивидуальности… Но в современных условиях в этой экстремальной ситуации пациенту можно эффективно помочь: создать для него индивидуальный протез или подобрать стандартное изделие, делающее «незаметным для окружающих» физический недостаток.

— Не могу не согласиться с Вами в том, что современные протезы выглядят очень натуралистично, их трудно отличить от «собственного» глаза. Но протезы создают новую проблему: у человека появляется странный, необычный взгляд… Этот странный взгляд порой вызывает недоумение у окружающих,

К.м.н. И.А. Сироткина

они не могут понять его причину. Пациенты начинают сомневаться, как им правильно поступить: рассказывать ли окружающим о своём протезе или оставлять их в неведении.

— Вы затронули важную психологическую тему. С одной стороны, качество глазных протезов в последние годы и десятилетия существенно возросло, их уже трудно однозначно идентифицировать как инородные тела, особенно, если речь идёт о неспециалисте. С другой стороны, протез всё-таки остаётся протезом. Полностью сравняться со «своим» глазом он не может. Поэтому и возникает странность во взгляде.

Кроме того, восприятие протеза окружающими людьми (и самим пациентом) зависит от множества факторов: состояния культи, конъюнктивальной полости, век и т.д. Необходимо ли пациенту сообщать окружающим о наличии у него глазного протеза? На этот вопрос все пациенты отвечают по-разному. Это зависит от психологических установок конкретного человека. Есть люди, которые стараются скрыть эту особенность даже от самых близких людей. А есть и те, кто, наоборот, говорит на эту тему максимально открыто, со всеми подробностями.

Состояние здоровья человека, наличие у него тех или других болезней, физических недостатков — это его личное дело. Обсуждать вопросы здоровья необходимо с медиками. Можно поделиться своими проблемами с самыми близкими родственниками и друзьями. С посторонними людьми, в том числе с коллегами по работе, лучше сохранять сдержанность. Я бы не стала сообщать о наличии протеза каждому встречному.

— Как вести себя пациентам, если их прямо об этом спрашивают, если им задают вопросы: «Что у тебя с глазами? Почему ты так странно смотришь?»

— Я бы отвечала на такие вопросы уклончиво, без подробностей. Мол, есть некоторые проблемы с глазами… И всё! На этом разговор можно закончить или перевести на другую тему.

Это моя позиция. Но есть и пациенты, которые думают по-другому. Некоторые считают глазной протез важной частью своей личности, «особым знаком». Например, в нашем Центре некоторые пациенты заказывают фантазийные протезы со смайликами, знаками радиации и т.д. Разумеется, такой протез на лице сразу же привлекает всеобщее внимание.

— Довольно странно ходить каждый день на работу с глазным протезом со смайликом, особенно если работа связана с общением с людьми, обслуживанием клиентов.

— Экзотические, фантазийные протезы предназначены не для каждого дня, а для праздников, вечеринок. А в повседневной жизни такие пациенты носят самые обычные изделия. Почему бы не иметь глазной протез для «особых случаев»?

Мода на дизайнерские протезы пришла в глазное протезирование из протезирования конечностей. Там ведь тоже появляется всё больше оригинальных, необычных изделий.

— Что нужно знать врачам-офтальмологам о глазном протезировании? Обладают ли они этими знаниями?

— Мне думается, что знаний о глазном протезировании нашим коллегам, особенно врачам первичного звена, катастрофически не хватает. К огромному сожалению, многие офтальмологи вообще не считают глазное протезирование частью своей профессии.

Глазное протезирование обеспечивает медицинскую, косметическую, психологическую и социальную реабилитацию офтальмологических пациентов. Какие знания в этой сфере необходимы врачам первичного звена? Им необходимо владеть информацией о показаниях и противопоказаниях при назначении глазных протезов, методах подбора, установки, извлечения протезов, ухода за этими изделиями и т.д.

Если к врачу обратился пациент с глазным протезом, то обязанность врача состоит в том, чтобы выяснить, как давно носит пациент протез и когда он последний раз был у протезиста. Необходимо извлечь протез из конъюнктивальной полости, оценить состояние полости, а также культи и протеза. Особое внимание обращается на положение протеза в полости, его подвижность, отсутствие сколов, трещин и ряд других показателей. Также врач должен уметь проконсультировать пациента об уходе за протезом и гигиене конъюнктивальной полости.

— В теории всё отлично. А что происходит на практике?

— На практике некоторые врачи-офтальмологи первичного звена глазные протезы просто игнорируют… При проведении осмотра они не извлекают протез из конъюнктивальной полости, не задают пациентам никаких вопросов, касающихся протезирования.

И получается замкнутый круг. Если врачи-офтальмологи не осведомлены о порядке использования протезов, то у пациентов знаний ещё меньше. Глазной протез необходимо регулярно извлекать из глазной полости, мыть его…

— Чем моют глазные протезы?

— Обычно используются средства для ухода за контактными линзами. Но теоретически протез можно помыть обычным мылом. В этом нет ничего страшного! Когда протез моется, то с него счищаются белковые отложения. Такую процедуру необходимо проводить от одного раза в неделю до одного раза в месяц. Вынимать протез на ночь (или на какой-то длительный срок в течение дня) не рекомендуется. Его нужно помыть и вставить обратно.

— Как ухаживать за конъюнктивальной полостью?

— Специальный уход, как правило, ей не требуется. Можно просто помыть конъюнктивальную полость обычной водой. При необходимости врач-офтальмолог может назначить увлажняющие капли.

— Что происходит, когда правила ухода за протезом нарушаются?

— Возможны самые различные осложнения, воспалительные процессы, образуются кисты конъюнктивы. При длительном использовании протеза без замены и ремонта возникает хроническое воспаление слизистой и подслизистой ткани, что приводит к сокращению полости, завороту век. Протез буквально выталкивается из конъюнктивальной полости. И может сложиться ситуация, что человек теряет возможность носить протез.

Чтобы восстановить эту возможность ему потребуется длительное консервативное лечение с использованием давящих повязок или сложная, трудоёмкая операция, когда офтальмохирургам приходится заново создавать конъюнктивальную полость, выстилать её слизистой оболочкой. При этом лоскуты слизистой оболочки офтальмохирурги, как правило, берут со щеки самого человека.

Такие операции проводятся, в том числе и у нас в Челябинске. Но, конечно же, гораздо лучше не доводить дело до подобных осложнений. Мне приходится иметь дело с пациентами, которые месяцами, а то и годами(!) не вынимают протезы из глазной полости. При этом эти люди порой регулярно посещают врачей-офтальмологов. Но во время врачебных визитов тема обращения с протезами вообще не поднимается.

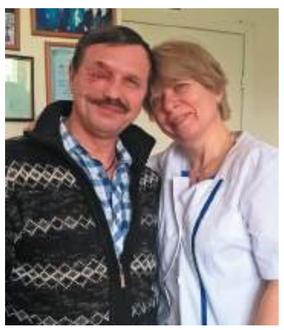
Например, одна пациентка регулярно посещала офтальмолога по поводу глаукомы. Но наш коллега не обращал внимание дамы на то, что она не умеет обращаться со своим протезом.

— Получается, что главная проблема состоит в том, что пациенты не вынимают протезы из конъюнктивальной полости, не осуществляют их гигиеническую обработку?

— Это важный вопрос, но не единственный. В любом случае, протезы нужно регулярно менять. Это рекомендуется делать каждые два года. Часто срок использования протеза можно и продлить. Но в любом случае рекомендуется один раз в год (или хотя бы один раз в два года!) посещать

Мастер-протезист
Елена Борисовна Юнусова

Мастер-протезист
Светлана Владимировна Изгагина



К.м.н. И.А. Сироткина с пациентом

Мой учитель в протезировании —
к.м.н. Виктор Алексеевич Рыжов

протезиста, чтобы специалисты могли дать заключение: можно ли продолжать носить старый протез или необходимо заказать новый.

Недавно ко мне обратился пациент с кистой конъюнктивы. Он не менял протез в течение двенадцати лет. Правда, этот протез из конъюнктивальной полости он регулярно вынимал, проводил гигиеническую обработку… На протезе образовался скол. Я спросила у мужчины: «Почему же Вы не поменяли свой глазной протез? Неужели Вы не обращали внимания на скол на протезе? Вас это не смущало?» Он мне ответил: «Я не задумывался о замене протеза. У меня не было никаких жалоб, меня ничего не беспокоило… Наоборот, когда образовался скол, мне стало даже удобнее пользоваться протезом. Когда я посещал офтальмолога, никто не делал мне каких-либо замечаний по поводу протеза».

Кстати, у этого человека высшее медицинское образование. Он не офтальмолог, а врач другой специальности. Но и ему самому не хватило медицинских знаний, и коллеги-офтальмологи его не просветили.

Ещё один случай. Пациенту с одним глазом в солидной, авторитетной клинике проводили операцию по поводу катаракты на втором глазу. Но во время операции из второго глаза глазной протез даже не извлекли! О нём просто забыли… Таким образом, создалась реальная опасность инфекционного заражения единственного глаза. Хорошо, что всё обошлось без негативных последствий. Но в любом случае такие ситуации недопустимы!

С другой стороны, мне бы не хотелось, чтобы мои слова воспринимались как упрёк в адрес своих коллег. Работа врачей-офтальмологов и глазных протезистов в целом идёт успешно. И я очень благодарна всем своим многочисленным коллегам, которые во время врачебных приёмов уделяют нашей теме значительное внимание. Но нам нужно совершенствовать совместную работу. Важно, чтобы все пациенты, которым необходимо протезирование, своевременно получали всю необходимую информацию.

— Все ли пациенты, перенесшие операцию по энуклеации органа зрения, нуждаются в глазном протезировании?

— Да, все. Глазное протезирование — и я хочу это специально подчеркнуть! — имеет не только косметический, но и медицинский аспект. Глазной протез закрывает, защищает конъюнктивальную полость. Он оберегает её от воспалений и других осложнений. По сути дела, протезу нет альтернативы.

Я уже не говорю о психологическом и социальном аспекте. В современном мире человек уже не может ходить в «пиратской повязке»… Имеются единичные случаи, когда конъюнктивальная полость разрушена и не подлежит восстановлению. Тогда изготавливают эктопротез, т.е. глазной протез вставлен в искусственные (силиконовые) веки и крепится непосредственно к коже. Но если есть возможность носить обычный протез, то лучше так и сделать.

Бывают, конечно, и неоднозначные ситуации… Например, конъюнктивальная полость полностью заросла, она не пригодна для ношения протеза. Теоретически мы могли бы провести пациенту операцию по восстановлению полости и в дальнейшем осуществить протезирование. Но пациенты часто не хотят лишних хлопот и лишних операций... А при заросшей конъюнктивальной полости в протезировании действительно нет медицинской необходимости. Она имело бы в этом случае скорее социальную и психологическую функцию.

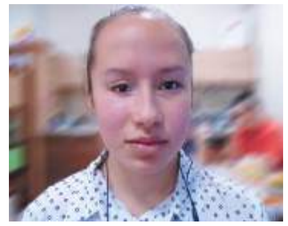
Конечно, мы не можем ничего навязывать пациенту. Но надо дать людям всю необходимую информацию, чтобы они сами могли принять осознанное решение.

— В нашем разговоре до сего момента шла речь о протезировании одного глаза. Есть ли у Вас пациенты, которым требуется протезирования обоих глаз?

— Таких пациентов, к счастью, совсем немного, но они тоже есть. Не могу не упомянуть большого друга нашей клиники, руководителя Челябинской областной организации Всероссийского общества слепых (ВОС) Татьяну Павловну Савицкую. Разумеется, я никогда не разглашаю персональные данные пациентов, но Татьяна Павловна дала согласие на использование её имени.

Такие люди как Т.П. Савицкая могут быть примером мужества, стойкости, оптимизма. В детстве она видела. Но из-за тяжёлой болезни потеряла не только зрительные функции, но и оба органа зрения. Для Савицкой

К.м.н. И.А. Сироткина в операционной



Пациентка и друг
Центра протезирования Альфия

К.м.н. И.А. Сироткина
в операционной

очень важно всегда выглядеть обаятельно и элегантно. С её имиджем чёрные очки совершенно не сочетаются. Поэтому протезирование в нашем Центре стало единственно возможным выходом.

Ещё один пример двойного глазного протезирования, которое нам только предстоит осуществить. Недавно к нам обратились родители новорожденного с двусторонним анофтальмом. В отличие от одностороннего анофтальма — это достаточно редкая патология. У нас второй такой пациент. А детей с односторонним анофтальмом мы в течение многих лет успешно протезируем.

С точки зрения качества жизни родителей и ребёнка, двусторонний анофтальм — это несравненно более тяжёлая, более трагическая ситуация, чем односторонний. Большинство детей с односторонним анофтальмом имеют хорошее зрение. Монокулярное, но вполне хорошее. А двусторонний анофтальм — это тотальная слепота.

— Методика двойного протезирования чем-то отличается от одинарного?

— Единственное отличие состоит в том, что при одинарном протезировании протез должен максимально соответствовать собственному глазу. При двойном протезировании мы исходим исключительно из пожеланий клиентов. Важно изготовить протезы так, чтобы они были симметричны, смотрели в одну сторону и двигались синхронно, а цвет глаз выбирает сам заказчик.

— Давайте поговорим о детском протезировании.

— Я хотела бы сказать, что мы в беседах с детьми и подростками никогда не используем слова «протез», «протезирование». Эти понятия могут оказать дополнительное травмирующее влияние на детскую психику. Мастера-протезисты называют свою продукцию «линзочки» или «волшебные глаза». Согласитесь, звучит гораздо более оптимистично! Мы создаём «волшебные глаза» для юных и взрослых пациентов.

У нашего Центра большой опыт работы с детьми, включая новорожденных. Много юных пациентов с односторонними анофтальмами и микрофтальмами. Здесь есть своя специфика. При анофтальмах и микрофтальмах третьей степени протезирование нужно начинать уже в возрасте одного-трёх месяцев. Мастера-протезисты работают в союзе с офтальмохирургами. Необходимо сформировать конъюнктивальную глубокую полость. Это происходит в течение нескольких лет. Ребёнок растёт очень быстро — и протезы тоже необходимо часто постоянно менять. Если говорить простым языком, то конъюнктивальная полость должна быть «растянута», а костная глазница соответствовать по размерам здоровой стороны.

В течение первого года жизни ребёнок растёт очень быстро. Поэтому в течение года мы меняем до восьми глазных протезов. С одного года до трёх лет протезы необходимо менять каждые два-шесть месяцев, с трёх до пятнадцати лет — один-два раза в год. В зависимости от роста ребенка. С пятнадцати лет протезы меняются один раз в два года (или реже).

Пациенту с врожденным анофтальмом необходимо не только сформировать конъюнктивальную полость, но и культю. Как правило, это происходит в возрасте пятишести лет.

— Вы сказали, что глазное протезирование необходимо начинать уже в возрасте одного-трёх месяцев. А что делать в том случае, если время упущено?

— Необходимо понимать, что при анофтальмах и микрофтальмах своевременное протезирование обеспечивает правильное формирование черепной коробки. Ребёнок растёт с гармоничными чертами лица… Если упустить время, то есть опасность необратимых последствий развития асимметрии лица, опасность уродства.

Разумеется, и офтальмохирурги, и протезисты работают со всеми детьми. Но чем раньше начать протезирование, тем лучше будет эффект! Мне бы хотелось, чтобы в газете был опубликован портрет нашей пациентки Альфии. Сейчас этой симпатичной, обаятельной девушке-подростку уже 15 лет. Она родилась с односторонним анофтальмом в 2002 году. И мы работаем с ней с самого рождения!

Красивые, гармоничные черты лица Альфии смогли к настоящему времени сформироваться именно потому, что протезирование было начато с самого рождения. Девушка и её мама дали согласие на публикацию фотографии, т.к. они благодарны нашему Центру за проведённую работу. Пример Альфии может быть интересен для многих родителей детей с анофтальмом.

— Оплачивается ли глазное протезирование в рамках ОМС?

— К сожалению, рассчитывать на бесплатное протезирование могут только пациенты с инвалидностью. Это касается и детей. Соответствующие «реабилитационные услуги» должны быть прописаны в «Индивидуальной программе реабилитации и абилитации» (ИПРА) инвалида. Проблема заключается в том, что значительная часть пациентов с анофтальмами и микрофтальмами, а также люди, пережившие удаление глаза (энуклеацию, эвисцерацию, экзентерацию) во многих случаях не имеют право на инвалидность.

Глазные протезы

Как известно, инвалидность по зрению определяется исходя из зрительных возможностей «лучшего глаза». Наличие или отсутствие второго глаза в расчёт не принимается.

— Вы считаете такую ситуацию правильной?

— Я не специалист по медико-социальной экспертизе (МСЭ). Это отдельная область медицины. Но как офтальмохирург и глазной протезист могу сказать, что, по моему мнению, глазное протезирование должно полностью покрываться из средств ОМС. Это должно касаться стандартных глазных протезов. Если человек хочет заказать индивидуальный протез, то совершенно логично, что он оплачивает его из своего кармана. Но стандартным протезом — а в нашей беседе мы уже упоминали, что он имеет не только косметическое, но и медицинское значение! — должно обеспечивать государство.

Собственно говоря, в ряде западных стран, например, в Германии, так и происходит. Там люди получают бесплатные протезы вне зависимости от наличия или отсутствия инвалидности. Принцип ОМС во всех странах мира состоит в разумной достаточности. Государство стремится обеспечить граждан необходимым минимумом медицинских услуг, но при этом не выйти за пределы своих экономических возможностей, избежать злоупотреблений.

Мне думается, что глазное протезирование полностью подходит под эту формулу. Ни один врач не станет удалять глаз без серьёзнейших медицинских показателей. Поэтому никаких злоупотреблений здесь просто быть не может!

Более того, я бы пошла и дальше… Людям, перенесшим операцию по удалению глаза, нужно установить инвалидность второй группы сроком на один год. Речь идёт не о постоянной, а о краткосрочной инвалидности. Как правило, человеку требуется целый год, чтобы приспособиться к монокулярному зрению. Поэтому совершенно логично, что в течение этого срока ему будет оказана соответствующая поддержка: выплата пособия, участие в реабилитационных мероприятиях.

— Ирина Анатольевна, хотелось бы узнать о Вашей жизни, о Вашем пути в медицине и глазном протезировании.

— Я родилась в 1964 году в городе Златоусте Челябинской области. Папа был главным конструктором. Он — лауреат Государственной премии СССР. Мама работала педагогом, директором школы. Медиков в семье не было. Но уже в пятнадцать лет я решила стать врачом, чтобы «самой быть здоровой и всем людям помогать быть здоровыми». Так я сформулировала жизненную цель.

Поступила в Челябинский медицинский институт. Уже на первом курсе решила стать врачом-офтальмологом. Для меня глаз — самый красивый, самый удивительный, самый загадочный орган человека. После окончания третьего курса у нас была сестринская практика. Я проходила её в офтальмологическом отделении областной больницы. Это время ещё больше укрепило моё желание связать свою судьбу с офтальмологией.

Интернатуру по офтальмологии я прошла в родном институте. С 1993 года по 2014 год работала врачом-офтальмохирургом в Челябинской областной клинической больнице № 3. В разговорной речи челябинцы

К.м.н. И.А. Сироткина и профессор И.А. Филатова

К.м.н. И.А. Сироткина и д.м.н., профессор В.У. Галимова

К.м.н. И.А. Сироткина и д.м.н., профессор Э.Р. Мулдашев

называют эту клинику «Больницей Скорой помощи». Клиника действительно специализируется на всех видах травматизма, в том числе на глазном травматизме.

Проводя экстренные офтальмохирургические операции, я стала интересоваться и темой глазного протезирования. К сожалению, при травмах глаза, требующих хирургического вмешательства, в десяти процентах случаев необходимо удаление органа зрения. Довольно часто мы вынуждены расстаться с одним глазом, чтобы сохранить зрение на втором!

Поэтому, наверное, любой офтальмолог, занимающийся оказанием экстренной медицинской помощи, начинает интересоваться протезированием. В 2002 году я стала руководителем лаборатории глазного протезирования. Одновременно продолжалась моя работа в клинике в качестве офтальмохирурга.

В 2014 году после преобразования лаборатории в «Уральский центр глазного протезирования OKORIS» я перестала быть штатным сотрудником клиники, но совместная работа с коллегами-офтальмологами продолжается. Наш Центр располагается на территории больницы. Это удобно для пациентов: в одной месте они могут посетить и врачей-офтальмологов, и мастеров-протезистов.

Кстати, в моей жизни был случай, который навсегда врезался в память. Когда я была ещё подростком, то познакомилась со студентом-одногруппником моей сестры.

Крепкий, симпатичный, весёлый парень. Но невозможно было не обратить внимания на его глазной протез. Этот протез смотрелся просто уродливо! Я знала, что у парня из-за протеза есть проблемы с девушками, они его избегали… Мне стало жалко этого молодого человека. И тогда я впервые задумалась о возможностях, недостатках и перспективах глазного протезирования. Разумеется, я не знала, что через много лет сама стану заниматься этой темой.

Ещё один случай, о котором не могу не рассказать. В 1998 году мне довелось побывать на международной офтальмологической конференции в Екатеринбурге. Среди докладчиков были генеральный директор Всероссийского Центра глазной и пластической хирургии, д.м.н., профессор Э.Р. Мулдашев и первый заместитель генерального директора этого медицинского центра, д.м.н., профессор В.У. Галимова.

В их докладах шла речь об использовании разработанного под руководством Э.Р. Мулдашева биоматериала Аллоплант для различных видов офтальмологических операций. Я познакомилась с Эрнстом Рифгатовичем и Венерой Узбековной и обсудила с ними вопрос использования Аллопланта для формирования опорно-двигательной культи при удалении глаза с сохранением белочной оболочки. Меня эта тема очень заинтересовала, как говорится, «задела за живое».

В то время подобной модификации Аллопланта ещё не существовало, но уже через год, в 1999 году, он появился, и сейчас эта методика активно используется по всей России. Потом состоялась командировка в Уфу, где я прошла обучение по изготовлению глазных протезов по уникальной технологии Всероссийского Центра глазной и пластической хирургии. Обучение мое проходило в Лаборатории эстетической коррекции.

Зная, что я занимаюсь офтальмопластикой, организатор и руководитель лаборатории Виктор Алексеевич Рыжов, спросил:

— Что же ты хочешь?

— Хочу, чтобы пациенты после удаления глаза, выглядели красиво,— ответила я.

— А рисовать умеешь?— спросил Виктор Алексеевич.

— Ну… В детстве рисовала немного.

— Садись и рисуй.

Так я училась…

Осознать, что дали мне в руки, смогла только через много лет.

Немецкие протезисты, увидев наши протезы на X Конгрессе глазных протезистов Европы, очень удивились, что так могут выглядеть пластмассовые протезы.

Авторы этой новаторской технологии — Виктор Алексеевич Рыжов и техники-протезисты лаборатории Геннадий Иванович и Владимир Иванович Тимохины. Только союз офтальмолога-хирурга, занимающегося хирургией переднего отрезка глаза, каждый операционный день восстанавливающего анатомическую целостность глаз, и двух изобретателей смог создать заготовку для изготовления глазного протеза, позволяющую «оживить» взгляд пациента с анофтальмом.

До этого все производители использовали технику зарисовки радужки непосредственно на склере, что не позволяло получить ровный диск радужки и зрачка, протез выглядел кукольным.

Изобретение Рыжова и его соратников позволило изготовить протез с плавным переходом склеры в роговицу, воспроизвести полупрозрачный лимб, что придает натуральный вид искусственному глазу. Заготовка воспроизводит даже куполообразную форму радужной оболочки.

Эту технологию подхватили все российские производители глазных протезов и многие из них не знают, что именно Виктор Алексеевич сделал такой щедрый подарок нам и нашим пациентам.

Яркий, веселый, позитивный человек, он много лет поддерживал меня словом и делом. Если бы не его настрой: «Ира, да это легко!» — я бы оставила протезирование. Слишком много было сложностей в организации и становлении.

Виктор писал замечательные остроумные стихи, посвящая их друзьям и коллегам. Про себя он сочинил песню на мелодию арии «Мистера Икса», которая заканчивалась словами «быть протезистом — судьба моя…» Эта ария в авторском исполнении пользовалась неизменной популярностью в любой аудитории. Недавно Виктора Алексеевича Рыжова не стало. Рано, очень рано. Но дело, которому он посвятил способности, душу, сердце, жизнь… осталось. Учитель! Перед именем твоим позволь смиренно преклонить колени. Светлая память…

В Челябинске мы тоже стали использовать Аллоплант для проведения подобных операций с созданием опорно-двигательной культи и сразу протезировать наших пациентов. Могу сказать, что в настоящее время Челябинская областная клиническая больница № 3 проводит эти операции по формированию опорно-двигательной культи только с использованием Аллопланта. Есть и другие материалы, но их в больнице не применяют.

— Почему эта тема — формирование опорно-двигательной культи — является столь важной для Вас?

— Это действительно очень важная тема! От опорно-двигательной культи во многом зависит успех протезирования. Именно опорно-двигательная культя восстанавливает объем утраченного глаза и обеспечивает подвижность протеза, обеспечивает движение глазного яблока.

— Таким образом, искусственное глазное яблоко синхронно совершает движение с родным глазом?

— Да, движение глаза и протеза синхронны, но полного объема движений глазной протез не имеет, т.к. при движении его края упираются в конъюнктивальные своды, а глаз проскальзывает. Но если регулярно (один раз в два года) изготавливать новый индивидуальный протез, то каждое следующее протезирование позволяет получить больший объем движений, за счет растяжения сводов.

— То есть без опорно-двигательной культи протезирование невозможно?

— Без опорно-двигательной культи протезирование необходимо проводить как можно раньше, лучше сразу на операционном столе. Тогда наиболее правильно формируется полость и возможно получить лучший эстетический результат, в том числе подвижность протеза. Но без формирования опорно-двигательной культи адекватного объёма нарушаются анатомические соотношения тканей в орбите и результат протезирования не всегда удовлетворительный.

Аллоплант как биоматериал идеально подходит для формирования культи. Этой теме была посвящена и моя кандидатская диссертация «Формирование опорно-двигательной культи с использованием комбинированного биоматериала Аллопланта», которая была защищена в 2005 году.

— Сколько пациентов обслуживает «Уральский Центр глазного протезирования»?

— Ежегодно мы принимаем около тысячи человек, из них 250 человек — новые пациенты. Всего в нашей картотеке 3500 пациентов. Это не только жители Челябинской области, но и других регионов Уральского федерального округа. Есть пациенты из соседнего Казахстана. Некоторые люди приезжают из дальних регионов России, хотя они вполне могли бы осуществить глазное протезирование поближе к дому, но доверяют нам.

Все пациенты — очень разные. Кто-то ответственно и дисциплинированно относится к собственному здоровью, приходит к нам регулярно. Некоторые люди «исчезают» на долгие годы, хотя им давно пора заменить протез или его отремонтировать.

— Чем отличаются индивидуальные и стандартные протезы?

— В индивидуальном протезе художник-протезист рисует радужку глаза, создает форму точно соответствующую полости пациента, воссоздает сосудистый рисунок на склере, чтобы искусственный глаз максимально повторял родной. То есть индивидуальный протез создаётся для конкретного человека. Как правило, он удобнее и смотрится лучше! Но и стандартные протезы, как правило, удовлетворяют и всем медицинским, и эстетическим требованиям.

Проблема заключается в том, что любая лаборатория глазного протезирования должна иметь в наличии не менее двух тысяч стандартных протезов. Тогда у пациента будет выбор, и он сможет подобрать подходящий протез. А в нашем Центре стандартных протезов всегда гораздо больше!

К сожалению, в России ещё есть кабинеты (лаборатории) глазного протезирования, в которых в наличии имеется не более полутысячи протезов. Это недопустимо мало! В таком случае пациенту приходится «брать что дают». Протез, может, и будет неплохим, но не соответствовать полости. Две тысячи протезов на выбор — это разумный, необходимый стандарт, который всем организациям нашего профиля нужно соблюдать.

— Не могли бы Вы рассказать о технологии изготовления глазных протезов?

— И в России, и в мире существует два вида глазных протезов: стеклянные и пластмассовые. Наш Центр занимается изготовлением исключительно пластмассовых протезов. Современные технологии позволяют создавать пластмассовые протезы, отлично имитирующие анатомические структуры своего глаза. В чём главное достоинство стеклянного протеза? В блеске стекла, имитирующем блеск живых глаз. На сегодняшний день такого же блеска можно достичь и со специальной пластмассой.

Технология изготовления (прессовки) глазных протезов схожа с технологией зубного протезирования. Применяются практически те же инструменты и механизмы.

— Ирина Анатольевна, как бы Вы могли охарактеризовать смысл Вашей работы, цель работы «Уральского центра глазного протезирования OKORIS»?

— Глаза — зеркало души. И даже искусственный, но с любовью изготовленный глаз несет в себе черты характера его хозяина, отражая сомнения, ожидания, радость, надежду… После проведения протезирования человек чувствует себя свободно и независимо, не привлекая к себе любопытных взглядов, живет полноценной жизнью.

Коллектив «Уральского центра глазного протезирования OKORIS» — небольшой, исключительно женский. У нас работает пять техников-протезистов. Большинство из них трудится с момента образования нашего медицинского Центра. Всем своим коллегам я очень благодарна за преданность делу, ответственность, душевную щедрость, готовность помочь словом и делом. Хотелось бы назвать всех поимённо: Елена Борисовна Юнусова, Людмила Юрьевна Суханова, Светлана Владимировна Изгагина, Татьяна Викторовна Мельникова, Валентина Владимировна Карюкина. Не сомневаюсь, что вместе мы ещё долгие годы будем работать на благо наших пациентов.

Беседовал ***Илья Бруштейн***

Фотографии из архива И.А. Сироткиной

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.

Интернет — всему голова

Е.Н. Якутина

Генеральный директор ООО «Маркет Ассистант Груп», доцент МосГУ

Продолжение, начало см. в №№ 4-6/2016, 1-6/2017

Интернет неизбежно входит в нашу жизнь. В самые дальние города и села необъятной Родины. И если вы еще не используете этот инструмент самопиара и саморекламы, самое время этим заняться.

Самые частые вопросы в связи с интернет-продвижением представители оптического бизнеса мне задают такие: Сколько стоит разработка сайта и, наверное, это дорого? Как продвинуть себя в социальных сетях и какие из них выбрать?

Отвечу сразу на эти два.

Сайт-визитка, в котором отражены основные направления вашей деятельности, даны фотографии докторов или важных для клиентов сотрудников, контактные данные и несколько призывов-объяснений, почему именно к вам надо обратиться за услугой, может быть заказан по готовому шаблону и стоит не больше пяти тысяч рублей. Вы заплатите еще за доменное имя и хостинг, оплата впоследствии будет ежегодной. Если ваше название уникальное, то стоимость домена будет низкой. Стоимость хостинга зависит от провайдера и от объема сайта. Если это сайт-визитка, состоящий из 1-3 страниц, то в пределах 500 рублей.

Более современный дизайн сайта-визитки — одностраничник или лендинг, который состоит из непрерывно разворачивающейся вниз ленты, без переключения между страницами. Похоже на слитую вместе презентацию, и по содержанию идентичен ей. Лендинг удобен для просмотра на смартфонах и планшетах. Почти все современные сайты имеют адаптивный дизайн, когда происходит автоматическая подстройка под размеры экрана пользователя, сайт становится шире или уже, перестраивает картинки по горизонтали или вертикали. Огромное количество готовых, и даже бесплатных, шаблонов этих сайтов можно найти в интернете. Дизайны сайтов удобно делятся на группы, можно найти и оптику, и клинику, и медицинский центр, и интернет-магазин оптики. Опытные игроки могут создать себе сайт за несколько часов, заполняя шаблон собственным содержанием и прикрепляя фотографии. Новичок провозится день-два, но получит вполне удовлетворительный результат.

И, конечно, в отсутствии времени, при наличии достаточного бюджета, можно найти специалистов, и частных веб-мастеров, и диджитал-агентства, которые разработают сайт под ключ. Стоимость такой работы начинается от 50 тысяч в столице, от 35 тысяч — в регионах, но здесь рекомендую очень внимательно смотреть на веб-мастера: и мы, многоопытные сотрудники агентства, попадались в сети дешевых и недобросовестных исполнителей, к сожалению.

В интернет-пространстве существует два основных вида рекламного продвижения — реклама своего сайта и прямая реклама услуг на чужих сайтах и порталах. По типу интернет-реклама делится на контекстную и банерную.

Банер — рекламный модуль, который ведет заинтересованного зрителя на ваш сайт. Переход осуществляется, когда пользователь наводит курсор на банер и нажимает (кликает) на него.

Контекстная реклама выдает при поиске по ключевым словам ранжир сайтов, на которых они индексируются. Это вам известно: в поисковике набираю слово «косоглазие», затем появляется экран, на котором видно, на каких сайтах можно узнать про эту проблему. Чаще всего наверху списка появляются сайты, владельцы которых заплатили за выдачу в топе.

Есть способ оплаты за показы и за переходы клиентов на ваш ресурс. Тот и другой интересны по-своему. Но есть и тонкости: «кликабельность» рекламы зависит от ее визуальной и смысловой привлекательности. Понятно, что размещение банера про косоглазие, например, на сайте для охотников и рыболовов вряд ли вызовет бурный интерес, переходы будут катастрофически малы. Поэтому есть задача для владельца сайта или агентства, которое ему помогает: грамотно определить и настроить аудиторию, которой будет показываться ваша банерная реклама.

Таргетируй ее

Вы искали когда-нибудь платье для новогоднего корпоратива? Или, скажем, плитку для ремонта ванной комнаты? Тогда вы знаете, что после кропотливо проделанного поиска, реклама этого платья и уже купленной плитки будет вас преследовать еще минимум месяц. Вы будете искать пансионат на Байкале, а поисковик упорно будет подсовывать вам рекламу платьев и плитки. Это и есть таргетированная реклама. Современные поисковые машины знают о вас почти все. Они считывают след, который вы оставляется в интернете и все более прицельно к вам относятся, сужая свой круг поиска по возрасту, месту проживания, профессиональным и личным интересам (который вы и проявили, когда искали платье, плитку или пансионат). И вы, как рекламодатель, тоже можете воспользоваться таким сужением целевой аудитории. Задайте вашему веб-рекламисту показы банерной рекламы, скажем, для продвижения проверок зрения пресбиопов, ограничивая возраст, город, как минимум.

Контекстную рекламу настраивают таким же образом.

Таргетирование можно провести и в социальных сетях, и мессенджерах, здесь это делается даже проще, поскольку каждый из регионов имеет предпочтительный ресурс. В Перми — это «Вайбер», в Махачкале — «Инстаграмм», в Москве среди молодежи — «ВКонтакте», у среднего возраста более популярен «Фейсбук». В соцсетях надо завести свою страничку, делается это бесплатно, размещать три-четыре раза в неделю интересные заметки (посты), прикрепляя не менее заманчивые фотографии. Автоматически настраивается перепечатка этих постов на ваш сайт.

Трудность состоит в том, что соцсети требуют постоянного обновления. Как только вы перестаете «постить», аудитория вас забывает, особенно, если страничка принадлежит предприятию, а не интересной персоне.

Прежде чем начинать работу по привлечению новых пользователей, необходимо привести в сообщество имеющихся пациентов, для этого вы можете воспользоваться ретаргетингом (дать рекламу по базе существующих пациентов). Необходимо включить название вашего сайта и адрес ваших страниц в социальных сетях во все офлайновые рекламные носители — визитки, бланки, листовки, буклеты. Чем больше — тем эффективнее.

Люди думают о своем здоровье, и зрении в том числе, когда появляются проблемы. Редок пациент, который профилактически ищет в интернете оптический центр, чтобы проверить зрение. Поэтому надо сконцентрироваться на аудитории 35 лет и старше с семьей. Либо, если вы работаете с детьми — ориентир на мам и бабушек как на людей, принимающих решение.

О чем разговор?

Содержание сайта и страничек — особая забота. Лучше заранее написать план публикаций и придерживаться его в течение длительного срока.

К обязательным элементам сайта относят:

- перечень оказываемых услуг;
- прейскурант;
- контакты;
- список филиалов с проездом;
- отзывы.

Полезно также представление на сайте:

- списка основного персонала клиники с описанием званий, опыта, профессиональных достижений и иных характеристик (лучше с грамотно отснятыми фотографиями, доброжелательными и нехмурыми лицами, особенно для сайтов детских клиник);
- размещение статей различной тематики (не только непосредственно относительно болезней, но и по профилактике или каких-то иных аспектов здорового образа жизни). При этом важно, чтобы статьи были написаны понятным простому потребителю языком и были посвящены достаточно интересным темам.

В содержании сайта и любого рекламного объявления стараемся избегать негатива, не говорим о болезнях, рисуем перспективы: «Ваше прекрасное зрение», «Как здорово все видеть», «Гарантируем заботу о вашем зрении».

Завлекая мам и бабушек, делаем упор на заботу о зрении близких: «Вы и ваш малыш хорошо видят», «Вы заботитесь о своих родителях?»

Для привлечения аудитории реклама всегда использовала триаду, которая работает даже, если использовать одно из слов: «Получите», «Бесплатный», «Секс». Третье отбросим, первое и второе используем как некую дополнительную ценность. Один из веб-разработчиков написал неплохие слова на эту тему: «То, что работает идеально и для всех — бесплатная запись на консультацию.

www.fnx.dp.ua

www.mediart.pro

В большинстве платных клиник первая консультация стоит около тысячи рублей, и это довольно жалкая и неприятная сумма за то, чтобы просто поговорить с врачом, учитывая тот факт, что вы планируете лечиться в данной клинике и оставите у них денег намного больше. Очень раздражает, когда ты заплатил за консультацию тысячу рублей, а потом тебе говорят, что стоимость лечения составит 60 000 рублей. То есть я потратил тысячу, чтобы услышать, что должен вложить 60».

Широко используются online-консультации врачей, которые могут быть размещены на официальном сайте компании либо на специализированном форуме, с упоминанием имени врача, его должности, научного звания и места работы. Даже если клиент в настоящий момент не имеет намерения обратиться в клинику, а просто изучает симптомы или способы лечения, он запомнит название организации и более вероятно, что при необходимости воспользуется ее услугами, а не конкурентов.

Ответ не должен быть: «Вам нужно записаться на прием», а примерно такого содержания: «Вот вся информация, которую можно предоставить дистанционно, чтобы сказать более конкретно — нужно записаться на прием». В результате клиника повышает свой уровень экспертности и уровень доверия со стороны пользователей.

Можно также разместить запись на прием, и есть интернет-сайты, с которыми можно интегрироваться и обеспечить себе онлайн-запись.

Расскажите о благотворительных акциях или спонсорстве.

Среди интересного, познавательного и поучительного контента могут быть истории от практикующих врачей, интересные случаи из врачебной практики, профессиональные секреты или просто пояснение как проводится та или иная манипуляция или операция. В работе врача множество нюансов, которые также интересно узнать простым смертным.

Рассказывайте просто, поясняйте увлекательно. Изображение глаза с подписями уже никому не интересно.

Как выглядит?

Оформление сайта напрямую зависит от целевой аудитории. Например, если это люди в возрасте, то может быть полезным немного увеличить шрифт текста и упростить навигацию по сайту — не стоит усложнять посещение клиентам. На сайте должны присутствовать фотографии людей, однако при выборе готового варианта стоит быть осторожней — в существующих базах фотографий чаще всего изображаются иностранцы, и обычно это можно заметить по загару, белоснежной улыбке и иным признакам. Поэтому стоит либо использовать фотографии моделей, либо очень тщательно выбирать снимок.

Размещайте фотографии процесса вашей работы. Спросите разрешение у ваших пациентов, можно ли их сфотографировать и выложить фотографии в интернет (это обязательно, и согласие возьмите письменно). Снимите процесс вашей работы, только без кровавых подробностей, пожалуйста.

И я понимаю, что вы не проверяете зрение и не делаете операций собакам и кошкам, но самые умилительные и почти 100-процентно просматриваемые фотографии в интернете — это они. Кошки, дети, молодые женщины. От законов рекламы уйти невозможно.

НОВОСТИ

Иркутский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» — планета добра

Два года назад в Иркутском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» была успешно прооперирована медведица Марта с двусторонней катарактой. И сейчас Марта успешно продолжает карьеру канатоходца, выступает под куполом цирка! 3-го февраля Марина Анатольевна Шантурова, ведущий офтальмохирург Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», к.м.н., заслуженный врач РФ, удалила катаракту и имплантировала искусственные хрусталики еще одной Марте — шестимесячному еноту из Иркутского ботанического сада. Сверхточная диагностика позволила определить все параметры глаза, размеры которого практически в 2 раза меньше глаза человека, и рассчитать силу искусственного хрусталика. Ювелирная хирургическая техника наших хирургов, инновационные технологии диагностики, обезболивания позволяют справиться с самыми сложными заболеваниями глаза даже у таких четвероногих пациентов!

Радио для тех, кто умеет слушать

С 11 февраля 2011 года во Всемирной паутине работает «Радио ВОС» — официальная Интернет-радиостанция Всероссийского общества слепых.

Ведущий рубрики «К незримому солнцу» побывал в редакции «Радио ВОС» и встретился с его сотрудниками. Многие незрячие люди мечтают о карьере радиоведущего, звукорежиссёра, радиожурналиста... Но всегда ли эти мечты подкреплены реальными представлениями о будущей профессии? Какими знаниями и навыками должны обладать работники радио? Какие черты характера помогут стать «звездой» радиоэфира? Ответы на эти и многие другие вопросы можно почерпнуть из бесед с сотрудниками «Радио ВОС».

Из девяти штатных сотрудников «Радио ВОС» трое являются незрячими. Все они стали героями нашей публикации. В этом номере газеты мы публикуем интервью с главным редактором радиостанции Иваном Онищенко. В следующем номере нас ждёт встреча с программным директором «Радио ВОС» **Игорем Роговских** и звукорежиссёром **Иваном Черемных**.

Илья Бруштейн

Иван Онищенко

Главный редактор «Радио ВОС» **Иван Онищенко**:

Все наши передачи — о различных средствах и способах реабилитации

— Иван Владимирович, в наше время каждая организация, каждая структура должна постоянно доказывать своё право на существование, своё право на место под солнцем... Позвольте сразу задать Вам два вопроса. Зачем Всероссийскому обществу слепых нужно было создавать и финансировать собственную радиостанцию? И зачем эта радиостанция нужна каждому отдельному ВОСовцу, каждому незрячему или слабовидящему человеку?

— Было бы в корне неправильно говорить о том, что ВОС необходима только наша радиостанция. На самом деле для Общества слепых жизненно важны все средства массовой информации, учредителями которых является наша общественная организация и её региональные отделения.

Огромную роль в жизни незрячих людей продолжает играть рельефно-точечная (брайлевская) печать. Хотя число знатоков Брайля, к сожалению, в последние годы сокращается — это важное направление нашей работы. По Брайлю издаются ВОСовские журналы «Наша жизнь» и «Литературные чтения».

Члены общества, имеющие остаточное зрение, могут познакомиться с публикациями плоскопечатной версии журнала «Наша жизнь», которая издаётся укрупнённым шрифтом.

Общество слепых также является учредителем звукового журнала «Диалог». Существует и целый ряд региональных звуковых журналов: «Пульс времени» из Омска, «Ключ» из Челябинска, «Голос Пермской региональной организации ВОС» из Перми и т.д.

Все эти СМИ в равной мере важны и полезны. У каждого из них есть своя ниша. Но, несомненно, что у Интернет-радиостанции есть три неоспоримых преимущества. Первый наш «козырь»: оперативность. Ни звуковой журнал, ни печатное СМИ не сможет с нами в этом конкурировать. Второе важное преимущество: интерактивность, т.е. активное, энергичное вовлечение слушателей в процесс создания радиопередач.

Особенно это относится к передачам, идущим в прямом эфире. Каждый желающий может позвонить в студию, задать свой вопрос ведущим и гостям. Человек берёт телефонную трубку, набирает номер — и через одну-две минуты редактор и звукорежиссёр уже «выводят» этот звонок в эфир. Теперь он уже не просто слушатель, а полноправный эксперт, участник радиопередачи! Его мнение важно, ценно и востребовано!

И третий фактор, который нельзя не упомянуть: обращение к молодёжной аудитории. Разумеется, Интернет доступен для людей всех возрастов. Но именно молодёжь и люди среднего возраста составляют наиболее активную часть пользователей Всемирной паутины. Поэтому если ВОС хочет быть современной организацией, интересной и нужной для молодого поколения, она обязательно должна быть представлена в Интернете.

Я бы никогда не стал утверждать, что наша радиостанция нужна каждому незрячему или слабовидящему человеку. Это было бы слишком самонадеянно! Но практически все наши передачи — о различных средствах и способах реабилитации. Они содержат ценный реабилитационный опыт.

— Какой информации, на Ваш взгляд, не хватает незрячим и слабовидящим людям?

— Я могу привести простой пример. В Московской области, в городе Волоколамске уже несколько десятилетий действует Центр реабилитации слепых ВОС. Там ведётся разносторонняя деятельность, которая касается и социально-бытовой, и профессиональной, и психологической реабилитации. Есть подобные Центры и в других регионах.

Но далеко не все инвалиды по зрению знают об их существовании… И даже если человек что-то слышал краем уха, он далеко не всегда понимает, что курс реабилитации в Волоколамске (или в филиалах Центра в Бийске и Железногорске) надо пройти именно ему! Это должно быть сознательным решением. Радиослушателю необходимо понять, что ему нужна реабилитация, что она повысит его качество жизни, сделает его счастливее.

Я глубоко убеждён в том, что наши радиопередачи могут не только дать полезную информацию, но и принципиально изменить жизнь человека.

— Какие передачи «Радио ВОС» Вы могли бы порекомендовать тем читателям газеты «Поле зрения», которые ещё не стали Вашими радиослушателями?

— У нас есть передачи на любой вкус, для людей с самыми разными интересами и с различным жизненным опытом. Например, передача «Бытовой вопрос» помогает незрячим людям увереннее чувствовать себя в быту. Рассматриваются темы от уборки квартиры до глажки и приготовления пищи.

Эксперты этой программы помогут подобрать подходящий утюг и самую лучшую мультиварку. Мы разбираемся и с чисткой обуви из различных материалов, и с покупкой сантехники, и с организацией ремонта квартиры или дачи «под ключ»…

Речь идёт не только о приглашении мастеров, которые будут ремонтировать жилище. Среди слепых и слабовидящих людей есть немало умельцев, которые сами берутся за выполнение практически всех ремонтных работ. Это не только экономит семейный бюджет, но и способствует повышению самооценки! Если незрячий человек смог сам остеклить лоджию или положить плитку в ванной — это важнейшая часть реабилитации.

У нас регулярно выходят замечательные программы «Тифломаркет» и «Тифлочас», знакомящие с различными гаджетами, ориентированными на незрячих: специальными органайзерами, смартфонами, диктофонами, тифлофлеш-плеерами, планшетами, брайлевскими принтерами и дисплеями и т.д.

Главный редактор «Радио ВОС» Иван Онищенко

Также в этой передаче анализируются компьютерные программы и приложения, актуальные для наших товарищей по несчастью: синтезаторы речи, программы экранного доступа, голосовые ассистенты, компьютерные игры для незрячих и т.д.

— Производители технических устройств и программного обеспечения выступают в качестве спонсоров этих программ?

— Нет и ещё раз нет! Мы — социальная некоммерческая радиостанция. У нас на «Радио ВОС» вообще отсутствует реклама. И вышеназванные передачи тоже не имеют к рекламе никакого отношения, это площадки для дискуссий, для диалога. Мы даём высказаться специалистам, даём высказаться пользователям… Звучат голоса и тех, кому нравятся какие-либо устройства или программы, и тех, кто отвергает эти разработки, считает их ненужными, бесполезными.

Зрячим людям даже трудно себе представить, с каким жаром и с какой страстью инвалиды по зрению обсуждают различные новинки тифлотехники! В этот момент они в чём-то похожи на футбольных фанатов! В «Тифлочасе» и «Тифломаркете» обсуждается не только продукция, представленная на рынке, но и различные перспективные разработки, которые пока существуют только в чертежах и эскизах.

— Какие программы посвящены деятельности Всероссийского общества слепых, его руководящих органов и подразделений?

— Я бы не стал проводить такого разделения: эти программы рассказывают о деятельности ВОС, а другие — посвящены остальным темам… На самом деле практически все передачи освещают те или иные аспекты деятельности ВОС: спортивную, бытовую, социокультурную реабилитацию, создание доступной среды и т.д.

Выходит цикл передач «Новая площадь, 14. События и люди ВОС». Он рассказывает о деятельности центрального аппарата нашей организации, который располагается в Москве, на Новой площади. Программа «Наши люди» знакомит с руководителями региональных и местных организаций ВОС. Мы стремимся не только представить личности отдельных активистов

Главный редактор «Радио ВОС» Иван Онищенко и редактор Елена Колосенцева

Главный редактор «Радио ВОС» Иван Онищенко и певица Диана Гурцкая

и руководителей организации, но и через этих людей показать организацию реабилитационного процесса.

Одна из самых добрых и любимых передач — «На длинном поводке». Она создаётся в содружестве с московским учебно-кинологическим центром «Собаки — помощники инвалидов». Речь идёт о собаках-поводырях. И это не просто поводыри, а близкие друзья незрячего человека, фактически члены семьи.

Можно узнать много нового об уходе за животными, особенностями их поведения, режиме кормления, потребностях в ветеринарной помощи и т.д. В этой передаче рассматриваются конкретные ситуации, связанные с передвижением по городу человека и собаки. Например, собака неожиданно остановилась на тротуаре, сидит, не хочет двигаться дальше... Что это значит? Спереди препятствие? Или собаку что-то испугало? Или собака чует какую-то опасность? Или она просто себя плохо чувствует, у неё испортилось настроение и пропало желание продолжать маршрут?

Мне очень нравится передача «Прекрасное далёко», одним из ведущих которой я являюсь. А второй ведущий — спортсмен, путешественник, альпинист, организатор туристической и спортивно-массовой работы из Санкт-Петербурга Андрей Гостев. Как можно догадаться из названия, эта программа посвящена туризму и активному отдыху.

Один из выпусков «Прекрасного далёка» был посвящён велотандемам во всём их многообразии. Мы рассказывали и о небольших велопрогулках, и о многодневных походах (можно даже сказать, экспедициях) на тандемах. В этой же передаче речь шла о специальных тревоковых тандемах. Таким образом, тандем — это и спорт, и отдых, и приключения, и возможность для дальних путешествий.

— Меня очень заинтересовала передача о велотандемах. Она впечатлила обилием конкретной информации.

— Мы говорили о требованиях, которые предъявляются и к зрячему, и к слепому участникам тандема. Они должны действовать чётко и слаженно, иначе тандемом будет невозможно управлять. Всё-таки речь идёт о более тяжёлой и громоздкой конструкции, чем обычный велосипед.

— «Радио ВОС» велотандемы интересуют с точки зрения физкультурно-спортивной реабилитации незрячих, приобщения их к велосипедному спорту. Но ведь изначально тандемы не были реабилитационным средством.

— Совершенно верно! Велотандемы появились практически одновременно с одиночными велосипедами. И только в последние десятилетия Общества слепых

Директор департамента по делам инвалидов Министерства труда и социального развития РФ Григорий Лекарев в эфире «Радио ВОС»

и слабовидящих в различных странах мира «открыли» тандем как реабилитационное средство для инвалидов по зрению. Появились волонтёры — замечательные люди, спортсмены-велосипедисты, которые изъявили желания помогать слепым, образуя с ними тандемы.

Но и сами незрячие, если они хотят приобщиться к велосипедному спорту, не должны чувствовать себя просто «пассажирами», которых «выгуливает» зрячий велосипедист. Они необходимо упорно тренироваться, повышать свою физическую силу и выносливость, чтобы вместе со зрячим партнёром успешно вести тандем в течение длительного времени.

Передача о велотандемах была интересна ещё и тем, что она рассказывала о походах в зимнее время. Оказывается велосипед и велотандем — это всепогодное средство передвижения, а не только весенне-летнее развлечение!

В других выпусках «Прекрасного далёко» шла речь о покорении незрячими экстремалами горных вершин, их участии в байдарочных походах и даже о спусках в глубокие пещеры вместе со спелеологами.

— Такие передачи способствуют хорошему настроению. Приятно осознавать, что инвалидам по зрению доступны самые различные виды отдыха и самые неожиданные виды деятельности.

— Это и есть цель нашей радиостанции! Возможности незрячих людей во всех сферах жизни гораздо обширнее, чем мы все это представляем. Послушайте, например, наши передачи «Профи-шоу». Они посвящены опыту слепых в различных профессиях. Мы уже рассказывали о незрячих юристах, программистах, музыкантах, радиоведущих, социальных работниках, менеджерах по продажам, массажистах, психологах, педагогах и даже о… незрячем поваре-кондитере.

Правда, справедливости ради, надо отметить, что повар-кондитер Римма Корнюшкина из Свердловской области в совершенстве освоила эту профессию ещё задолго до потери зрения. Но все другие специальности, которые я упомянул, вполне можно начать изучать, будучи незрячим.

Разумеется, наша радиостанция немыслима без музыкальных программ «Бардовская песня», «Звучащая Вселенная», «Зона особой музыки», «Музыка кино», «Концертный зал «Радио ВОС» представляет». Особое внимание уделяется музыкальному творчеству инвалидов по зрению. Но и зрячих музыкантов мы тоже не забываем.

Имеется у нас и специальная программа, посвящённая спортсменам-паралимпийцам. Она носит название «ПараОлимп». Передача «Кино без преград» посвящена развитию тифлокомментирования.

Недавно у нас стала выходить программа «Новости трудоустройства». Там представляются вакансии из различных городов, доступные для людей с инвалидностью по зрению. «Изюминкой» этой программы является так называемый «контрольный звонок». Я в качестве ведущего звоню по телефону, указанному в одной из вакансий.

— Вы представляетесь в качестве журналиста «Радио ВОС»?

— Особенность «контрольного звонка» в том и состоит, что я представляюсь по телефону не журналистом, а обычным незрячим соискателем. Для меня важно услышать, готов ли этот работодатель видеть в числе своих сотрудников инвалидов по зрению? Также во время телефонного разговора можно прояснить требования конкретной вакансии, особенности работы, условия оплаты и т.д.

— Иван Владимирович, будучи мужчинами, давайте поговорим о передаче «Между нами, девочками». Мне она представляется одной из самых ярких, искромётных и задорных на Вашей радиостанции.

— Секрет успеха этой программы в её ведущих. Это две очаровательные дамы: Анастасия Худякова и Дана Мерзлякова. Анастасия — зрячий человек, редактор новостных программ нашего радио. Дана — незрячая, успешная певица. Эта программа содержит особый женский взгляд.

— А что значит «особый женский взгляд»?

— Очевидно, что незрячие девушки и женщины по-другому выбирают себе наряды, по-другому накладывают макияж, по-другому готовят еду, чем их «глазастые» ровесницы. Да и поиски личного счастья, общение в социальных сетях, проведение свободного времени у слепых красавиц имеет свои особенности.

Значительная часть слушательниц программы составляют инвалиды по зрению. Поэтому для этой передачи, которая затрагивает деликатные темы личной жизни, для нас принципиально важно было подобрать двух женщин-ведущих с разными физическими возможностями: слепую и зрячую. И такой тандем у нас сложился.

— Две ведущие могут сопоставить, сравнить свой жизненный опыт?

— Именно так и происходит. Это важная составная часть концепции этой передачи. Среди гостей программы также, как правило, присутствуют и дамы с хорошим зрением, и с инвалидностью. Иногда и мужчины участвуют в качестве гостей.

В принципе, темы этой программы близки к тематике любого женского журнала: в ней говорят и о воспитании детей, и об уходе за волосами, и о диетах перед началом пляжного сезона, и о поиске «принца на белом коне».

Но ВОСовская специфика всегда присутствует. Например, незрячая женщина может ответить на вопрос, какую роль играет для неё внешность её потенциального избранника… Когда незрячая мама одна гуляет во дворе дома с ребёнком, она по-другому воспринимает вопросы безопасности, т.к. визуальный контроль за перемещениями малыша ей недоступен.

И есть много других особенностей, которые обсуждаются в этой передаче.

— Какие передачи больше всего запомнились лично Вам?

— Я бы хотел рассказать о двух героях передачи «Чай со сливками». Это программа посвящена встречам с интересными людьми. И героями программы порой становятся люди необычные. Во всяком случае, необычные для нашей радиостанции.

Однажды у нас в гостях побывал профессиональный юрист, начальник отдела социальных программ и проектов Управления социальной политики и реабилитации Всероссийского общества глухих (ВОГ) Максим Ларионов. Я не был ведущим этой программы, но мне тоже довелось пообщаться с Максимом, взять у него интервью (хотя это интервью и не пошло в эфир). В этом факте не было бы ничего удивительного… Но я — незрячий. А Максим Ларионов — тотально глухой.

— И как же Вы общались?

— Получился разговор слепого с глухим! Самое примечательное, что мы с Максимом общались напрямую, без сурдопереводчика, как это обычно происходит при общении с инвалидами по слуху. И мы понимали друг друга!

Максим ничего не слышит, но он прекрасно считывает вопросы с губ, если говорить медленно и чётко. И он, несмотря на глухоту, хорошо владеет голосом, уверенно отвечает на вопросы.

Разумеется, радио не способно разговаривать на языке жестов, на языке глухих. Но эта передача наглядно продемонстрировала, что глухие люди вполне могут владеть обычной голосовой речью и на равных общаться со своими слышащими согражданами.

— Почему Вам запомнилась именно эта передача, именно эта встреча?

— Во-первых, «Радио ВОС», к сожалению, пока ещё редко рассказывает о проблемах и заботах других категорий инвалидов. Надеюсь, что мы в будущем сможем восполнить этот пробел. Это было бы очень важно! У каждой группы людей с ограниченными возможностями здоровья есть свои специфические потребности. Нам всем надо знать о них.

Создание безбарьерной среды — наша общая задача. Людям с разными видами инвалидности и без инвалидности необходимо взаимодействовать. Например, для глухих важно визуальное дублирование любой звуковой информации в общественных местах. Если, скажем, в метро по громкой связи передаётся какое-то сообщение, то его необходимо продублировать на информационных табло, размещённых на станциях и в вагонах поездов. А таких табло в метро, к сожалению, пока нет.

А для слепых, наоборот, требуется, чтобы все сообщения передавались в звуковом виде. Эти требования не противоречат друг другу. Их вполне можно совместить.

Во-вторых, чёткая артикуляция Максима и его виртуозное умение считывать слова с губ — это большое личное достижение гостя нашей радиостанции. И это достижение произвело на меня сильное впечатление!

Ещё один герой программы «Чай со сливками», который мне запомнился — Константин Силаков из Подмосковья. Он стал героем передачи совершенно случайно. Парень недавно отслужил срочную службу в армии, в Воздушно-десантных войсках, вернулся домой. В московском метро он предложил помощь одному из незрячих сотрудников нашей радиостанции. Так мы с ним познакомились и решили пригласить к нам в студию.

— Чем же он Вас заинтересовал?

— Мне думается, для «Радио ВОС» полезно расширять тематику передач, рассказывать о самых различных аспектах современной жизни. Значительная часть нашей аудитории — это инвалиды детства. По понятным причинам в армии они не служили. Разумеется, им было интересно узнать о буднях армейской службы.

Это относится и ко мне лично. Я — незрячий с рождения. У меня просто не было шанса попасть в армию. Поэтому было интересно познакомиться с человеком с другим жизненным опытом. Мы — радиостанция Общества слепых. Но это не значит, что нам нужно «вариться в собственном соку» и рассказывать только о жизни инвалидов. Всегда полезно расширить свой горизонт.

Константин Силаков идеально подходил для героя программы. Он не просто отслужил срочную службу, что является конституционным долгом каждого здорового мужчины, но сознательно хотел стать десантником. Служить в Воздушно-десантных войсках было его желанием, его мечтой — и эта мечта осуществилась!

— Иван Владимирович, как бы Вы могли описать аудиторию «Радио ВОС»?

— Во Всероссийском обществе слепых на сегодняшний день состоит около двухсот двадцати тысяч человек. Постоянными слушателями нашей радиостанции являются более десяти тысяч человек. Это «костяк», самая преданная часть нашей аудитории. Те люди, которые практически ежедневно знакомятся с нашими передачами в прямом эфире и в записи.

Время от времени нашими слушателями становятся более пятидесяти тысяч человек: инвалиды по зрению, члены их семей, социальные работники, учёные-реабилитологи и т.д. Нас слушают не только в России, но и во всех бывших республиках СССР и в других странах, где имеются русскоязычные общины.

Среди наших слушателей и общественных корреспондентов немало активистов-ВОСовцев, людей, которые принимают активное участие в деятельности региональных и местных организаций ВОС.

— Как Вы считаете, какие темы, какие проблемы в настоящее время больше всего волнуют Вашу аудиторию?

— Нашу аудиторию и всё Общество слепых нельзя рассматривать как какую-то особую социальную группу. Незрячих и слабовидящих людей объединила общая беда, но ВОС является зеркальным отражением нашего общества. И я не случайно использую в своём ответе зрительную аналогию!

Члены ВОС — очень разные. У них разный образовательный уровень, разное материальное положение, разные интересы. Поэтому я бы не стал выделять какие-то общие темы и общие проблемы, которые волнуют всю аудиторию.

— Наверное, всё-таки темы доступной среды, инклюзивного образования вызывают интерес у значительного числа слушателей?

— Интерес к этим темам есть. Но жизненный опыт у радиослушателей совершенно разный. В ряде крупных городов, как и в Москве, сейчас стали активно укладывать тактильную плитку. Кому-то это нравится, кому-то не нравится. Кто-то считает, что, в принципе, такая плитка нужна, но её укладывают не совсем правильно… Другие радиослушатели живут в городах, где никто о специальной плитке ничего не слышал.

Но разница не только в этих внешних условиях. Очень различается уровень мобильности. У нас есть незрячие экстремалы, которым не только тактильная плитка не требуется — они и без обычного асфальта вполне могут обойтись! Эти люди самостоятельно передвигаются по любому дорожному покрытию и даже там, где вообще дорог нет…

С другой стороны, есть и немало инвалидов по зрению, которые из дома без сопровождения никогда не выйдут. Можно весь город заполонить звуковыми светофорами, тактильной плиткой и специальными перилами — они всё равно останутся дома!

Всё это многообразие суждений, многообразие жизненного опыта мы и стремимся отразить в своих передачах.

Что касается инклюзивного образования… Мнений на этот счёт тоже много. Но всё-таки большинство слушателей хотела бы, чтобы инклюзивные формы обучения развивались без ущерба для ныне существующих специализированных школ для инвалидов по зрению.

— Как организована на «Радио ВОС» работа с региональными корреспондентами?

— Это важная часть нашей работы. Одна из моих задач как главного редактора состоит в том, чтобы все регионы нашей страны, все региональные организации ВОС были достойно представлены в эфире.

У нас есть специальная передача, которая так и называется — «Из регионов». Коллектив нашей радиостанции небольшой. У нас всего 9 штатных сотрудников. Все они работают в Москве. Наши региональные помощники — это общественные корреспонденты. Они не получают вознаграждения за свою работу. Но сотрудничество с нашей радиостанцией позволяет им проявить себя, раскрыть свой творческий потенциал.

Кроме того, такая общественная работа помогает постичь мир радио, познакомиться с профессиями радиокорреспондента, звукорежиссёра, редактора программ. Этот опыт наши помощники могут использовать на открытом рынке труда. Сейчас во всех регионах России возникает много радиостанций. Инвалиды по зрению вполне могут предлагать им свои услуги.

— Этот процесс уже идёт. Например, в Санкт-Петербурге на «Радио Петербург» еженедельно выходит получасовая программа «ВОСзрение», посвящённая деятельности региональной организации Общества слепых Северной столицы.

— Разумеется, Всероссийскому обществу слепых необходимы свои средства массовой информации, в том числе и собственное Интернет-радио. Но не менее важно сотрудничать с крупными радиостанциями, обращёнными к массовой аудитории, с крупными телеканалами, ведущими печатными СМИ. «Радио ВОС» может помочь в решении этой задачи. Мы можем играть роль координатора всей медийной работы ВОС в сфере радиовещания.

— «Радио для тех, кто умеет слушать» — так звучит девиз «Радио ВОС». Что Вы хотели выразить этими словами?

— Этот девиз — призыв остановиться и задуматься. Умеем ли мы слушать и слышать друг друга? Хотим ли мы этого? Важно, чтобы услышали друг друга люди с инвалидностью и люди без инвалидности, чтобы друг к другу прислушивались коллеги, родственники, члены семьи. Умение слушать — это умение создавать гармонию вокруг себя. И в этой гармонии мы все нуждаемся.

Фотографии Ильи Брутштейна и из архива «Радио ВОС»

Окончание в следующем номере

УВЕОПАТИИ: особенности диагностики и течения

А.Д. Чупров, Л.И. Попова, Л.В. Демакова

КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница», ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России, ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова», Оренбургский филиал

В книге «Увеопатии: особенности диагностики и течения» представлена подробная систематизированная информация о хронических иридоциклиарных дистрофиях. Изложенный материал соответствует современным требованиям медицинской науки. Книга снабжена многочисленными фотографиями, рисунками, схемами, таблицами. Материалы собраны на базе КОГБУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница», кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России.

Книга подготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ».

ISBN 978-5-905212-71-0

издательство Апрель

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* Препарат года с 2007 по 2015 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

ПАРИН-ПОС® Гепарин НОВИНКА

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

1-4 степень 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 Арцнаймиттель ГмбХ
107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Тел./факс: (495) 684-34-43
E-mail: ursapharm@ursapharm.ru www.ursapharm.ru

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

Источник микронутриентов
для стекловидного тела глаза человека

ВитроКап®

При зрительном дискомфорте,
вызванном плавающими помутнениями,
«летающими мушками» перед глазами

Surgix
ophthalmic surgical products

www.surgix.ru
info@surgix.ru

ebiga VISION

www.ebiga-vision.com
http://плавающие-мушки.net/ru/

На правах рекламы

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 2018. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 202.

© «Поле зрения», 2018. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ».

Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.