

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№1(51) ЯНВАРЬ-ФЕВРАЛЬ 2019

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ



> стр. 10

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Актуальные вопросы нейроофтальмологии. Краниоорбитальные процессы: опухоли, сосудистые процессы, травма

XIX Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция

25 января 2019 года в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России состоялась очередная ежегодная XIX Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция, в которой приняли участие более 500 коллег из Москвы и Московской области, Волгограда, Рязани, Пензы, Тюмени, Иркутска и других городов России.

Конференцию открыл директор ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, академик РАН Александр Александрович Потапов. В приветственном слове к участникам конференции он пожелал успехов на предстоящей конференции, подчеркнул актуальность и своевременность обсуждаемых

проблем, неподдельный интерес к ним офтальмологов, отоларингологов, эндокринологов, неврологов и нейрохирургов России и стран СНГ.

Тема XIX Научно-практической нейроофтальмологической конференции «Краниоорбитальные процессы: опухоли, сосудистые процессы, травма» позволила

охватить широкий спектр диагностики, симптоматики и тактики лечения краниоорбитальной патологии. Программа конференции состояла из четырех секций: первая секция конференции была посвящена краниоорбитальной травме, вторая — краниоорбитальным новообразованиям. Третья секция посвящена

краниоорбитальной сосудистой патологии. Помимо основных тем, обсуждались другие патологии зрительного анализатора, собранные в рубрике «Разное».

Большой интерес вызвала лекция академика РАН И.Н. Пронина (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ)

..... > стр. 8

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

«Рефракция – 2018»

XIII Юбилейная офтальмологическая конференция

23 ноября 2018 года в Самаре в отеле «Лотте Самара» состоялась XIII Юбилейная офтальмологическая конференция «Рефракция – 2018», посвященная 55-летию образования Самарской областной клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского и 25-летию Центра коррекции зрения «ОКТОПУС».

С приветственными словами в адрес участников и гостей конференции выступили председатель Самарской Губернской Думы, ректор Самарского государственного медицинского университета, заслуженный деятель науки Российской Федерации, профессор Г.П. Котельников; заместитель министра здравоохранения Самарской области

Т.И. Сочинская; директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования В.Е. Романов; генеральный директор ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраев; главный внештатный специалист детский офтальмолог Минздрава РФ, заместитель директора ФГБУ «МНИИ

глазных болезней им. Гельмгольца» по научной работе, заслуженный врач Российской Федерации, профессор Л.А. Катаргина; директор ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ», заслуженный врач Российской Федерации, профессор М.М. Бикбов; генеральный директор Центра коррекции зрения «ОКТОПУС» В.И. Пилягин.

Научную часть конференции открыл доклад профессора Л.А. Катаргиной «Офтальмологические кадры и их роль в организации офтальмологической помощи в Российской Федерации», в котором докладчик, в частности, отметил, что в РФ при достаточной общей численности врачей-офтальмологов выявлен кадровый

..... > стр. 4

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

Из истории СОКОБ им. Т.И. Ерошевского

> стр. 3

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Работа, ставшая призванием
Интервью с Т.М. Джусоевым

> стр. 18



Если за что-то берешься,
делай это отменно

Интервью с к.м.н.

А.Б. Дурасовым > стр. 22

ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ



Лечение пациента — это искусство, творение добра

Интервью с к.м.н.

С.И. Абрамовым > стр. 24

ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ

WETLAB для медицинских сестер как новый формат повышения квалификации

> стр. 30

Также в номере:

Досье > стр. 2

Событие в поле зрения > стр. 9, 21

Научные статьи > стр. 27

«Оптический MAGAZINE» представляет > стр. 32

Оптический бизнес > стр. 34

Чтение для души > стр. 35

К незримому солнцу > стр. 36



Азнабаев Марат Талгатович

Доктор медицинских наук, профессор

Уважаемый Марат Талгатович! От души поздравляем Вас с юбилеем!

Вы внесли большой вклад в развитие отечественной офтальмологической науки, воспитали целую плеяду ярких, одаренных учеников и последователей. Ваши творческие идеи блестяще воплотились в их работах. Отрадно, что Вы до сих пор плодотворно трудитесь, уделяете неустанный и пристальный внимание просветительской, наставнической деятельности. Желаем Вам крепкого здоровья, успехов, исполнения намеченных планов!

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

Марат Талгатович Азнабаев родился 1 февраля 1939 г. в селе Якшибегово Кумертауского района Башкирской АССР. В 1945-1955 гг. учился в Якшибеговской средней школе. Затем в течение года работал в колхозе «Искра». В 1956 г. поступил в Башкирский государственный медицинский институт (БГМИ). После окончания лечебного факультета в 1962 г. продолжил учебу в клинической ординатуре и в 1964 г. поступил в аспирантуру кафедры глазных болезней БГМИ. В 1969 г. под руководством заслуженного деятеля науки РСФСР и БАССР, профессора Г.Х. Кудоярова защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме «Материалы к клинике и хирургии блефароптоза».

В 1971-1979 гг. М.Т. Азнабаев — доцент кафедры глазных болезней Башгосмединститута, ведет большую педагогическую и лечебно-консультативную работу в детском и других отделениях Уфимского НИИ глазных болезней, разрабатывает наиболее сложные и малоизученные вопросы пластической офтальмохирургии. Им были получены новые данные о механизмах возникновения и развития блефароптоза, а предложенные принципиально новые методы восстановительных операций при этой патологии включены в «Руководство по глазной хирургии» под редакцией видного ученого-офтальмолога М.Л. Краснова (М., 1976).

Основным направлением научной деятельности академика АН РБ М.Т. Азнабаева является разработка системы комплексного лечения врожденной патологии глаз у детей. Им впервые в стране доказана эффективность микрохирургического вмешательства при врожденных катарактах у детей с первых недель жизни, возможность одномоментных операций на обоих глазах и применения мягких контактных линз на 6-7-й день после операции у новорожденных. В начале 1972 г. им одним из первых в Советском Союзе были внедрены операции под микроскопом, предложены оригинальные способы операций и создана серия инструментов и устройств для детской офтальмохирургии. В последующие годы он активно внедряет микрохирургическое направление в офтальмологию, разрабатывает способы хирургического лечения врожденной офтальмопатологии, базирующиеся на принципиально новом подходе — операции через микроразрезы

(1,5 мм) с применением оригинальных инструментов и устройств. Это обеспечило существенное снижение травматичности вмешательства и расширение показаний к хирургическому лечению с периода новорожденности. По инициативе и под руководством М.Т. Азнабаева в институте созданы и усовершенствованы реанимационно-анестезиологическая служба, а также система ранней контактной коррекции афакии и последующей зрительной реабилитации оперированных детей. Уфимский НИИ глазных болезней стал одним из ведущих центров страны по лечению врожденной катаракты. В настоящее время предложенные ученым методы широко внедрены во многих офтальмологических стационарах России.

Как высококвалифицированный хирург и исследователь он разрабатывает экспериментальные образцы нового инструментария и оборудования для операционной. По его проектам созданы операционный стол и кресло хирурга, целевой осветитель на операционном микрооскопу, серийно выпускаются наборы микронструментов для хирургии катаракты и блефароптоза.

Марат Талгатович продолжает дальнейшее наблюдение за влиянием ранних хирургических операций на последующий рост и развитие глазного яблока, доказывает безопасность и преимущественность операций у детей раннего возраста.

В 1980 г. М.Т. Азнабаев был назначен директором Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней Минздрава РСФСР, которым руководил 26 лет, до 2006 г. За эти годы УфНИИ глазных болезней стал одним из ведущих научно-исследовательских учреждений России, был назван академиком С.Н. Федоровым в VII Съезде офтальмологов России (2000 г.) «флагманом российской офтальмологии». Докторская диссертация на тему: «Новые методы и эффективность микрохирургии катаракт новорожденных и детей» была успешно защищена в 1987 г. в МНТК «Микрохирургия глаза», возглавляемом академиком С.Н. Федоровым. В том же году М.Т. Азнабаев был избран заведующим кафедрой глазных болезней (по совместительству с основной должностью директора УфНИИ глазных болезней), где и продолжает работать профессором по настоящее время.

Им созданы уфимская научная школа офтальмологов и научное направление «Фанная хирургия врожденной и приобретенной офтальмопатологии».

За цикл работ «Хирургические методики реабилитации детей с врожденными заболеваниями хрусталика», проведенных под руководством М.Т. Азнабаева, группа его учеников — научных сотрудников детского отделения УфНИИ глазных болезней — отмечена премией комсомола Башкирии в области науки, техники и производства (1987). Будучи руководителем института, Марат Талгатович одновременно ведет интенсивную научную и лечебную работу, консультирует и активно оперирует. Им выполнено более 10 тыс. операций.

Научная деятельность М.Т. Азнабаева отличается фундаментальным подходом, новизной и практической значимостью. Выполненные им и его сотрудниками работы проводились в тесном сотрудничестве с представителями различных клинических и теоретических дисциплин — педиатрами, генетиками, иммунологами, фармакологами, микробиологами, вирусологами и др. Ярд новаторских разработок М.Т. Азнабаева и его учеников получило признание в мировой офтальмологии (хирургия при врожденной слепоте у новорожденных, создание способов и инструментов в хирургии блефароптоза).

Научные разработки Марата Талгатовича и его сотрудников экспонировались на ВДНХ СССР, международных выставках в Москве, а также Индии, Китае, Германии и других странах, отмечены медалями, дипломами и грамотами. В течение 10 лет Марат Талгатович выполнял обязанности председателя диссертационного совета, через который прошло около 40 работ, непосредственно под его научным руководством выполнены и защищены 7 докторских, 43 кандидатских диссертаций.

При активном участии М.Т. Азнабаева проводились Всероссийский съезд офтальмологов в г. Уфе (1987), научно-практические конференции, в том числе с участием зарубежных специалистов. С целью обмена опытом институт посещали специалисты из Германии, Китая, Саудовской Аравии, Турции, Иордании, Кувейта, Сирии и других стран. Ученики Марата Талгатовича в порядке оказания шефской помощи работали в Китае, Монголии, Турции, Гвинеи, Алжире и др. Зарубежные специалисты проводили интерес к научным разработкам М.Т. Азнабаева и его учеников, выступавших с докладами на международных конгрессах офтальмологов в Сингапуре, Японии, Турции, Великобритании, США и других странах.

Ученый активно выступает за внедрение новейших достижений науки и техники в области медицины, в частности, офтальмохирургии. За период его работы в должности директора Уфимского НИИ глазных болезней был переоснащен современным лазерным, ультразвуковым и другим оборудованием, что позволяет проводить исследования и лечение на самом высоком уровне; в 1986 г. построены два современных корпуса общей площадью 9800 м². Введение их в строй позволило облегчить работу сотрудников и значительно улучшить качество оказания офтальмологической помощи населению Башкортостана и прилегающих регионов России. Их эффективное использование обеспечивает возможность ежегодно консультировать более 70 тыс. больных и проводить более 10 тыс. операций. На базе Уфимского НИИ глазных болезней созданы научно-производственные лаборатории по выпуску интраокулярных линз («искусственных хрусталиков») последних моделей на технологической линии фирмы «IOI, International» (США), контактных линз на технологической линии «Сoburn Optical International» (США), вискоэластиков и аллотрансплантатов для офтальмохирургии.

При непосредственном участии академика АН РБ М.Т. Азнабаева в республике созданы микрохирургические офтальмологические центры на базе районных и городских больниц: в городах Янаул, Сибай, Уччалы, Туймазы, Кумертау, село Малояз Салаватского района, что сделало возможным оказание высокотехнологичной офтальмологической помощи в сельской местности на уровне центральных клиник. По его предложению совместно с Детским фондом СССР в 1991-1992 гг. была проведена Всероссийская акция «Слепые дети» с обеспечением консультативной и хирургической помощи специалистами института слабовидящим детям.

Учениками Марата Талгатовича создан ряд офтальмологических клиник: «Оптимед-сервис», «Еврооптик», «РИА-Медоптик» в г. Уфе, его воспитанники работают в настоящее время в Москве, Санкт-Петербурге и за рубежом: в Австралии, Португалии и др.

В 1995 г. М.Т. Азнабаев был избран действительным членом АН РБ, членом Президиума АН РБ; почетным членом Научного общества имплантологов Канады (1994), действительным членом Международной тюркской академии (2000), членом Международного совета

по хирургии катаракт и рефракционной хирургии глаза (1994), членом Ученого совета института Барракера (Испания, 2003), президентом Ассоциации офтальмологов Республики Башкортостан (1997). Он являлся главным редактором всероссийского журнала «Проблемы офтальмологии», председателем региональной секции редакционного совета «Русского офтальмологического журнала», членом редакционных советов журналов «Вестник офтальмологии», «Рефракционная хирургия», «Офтальмологический журнал Казахстана».

М.Т. Азнабаев является автором более 600 научных трудов, в т.ч. 17 монографий и книг, которые многосторонне отражают деятельность ученого и офтальмохирурга и хорошо известны клиницистам в России и за рубежом. Ряд статей опубликован в Германии, Китае, Турции, Японии, Италии, Южной Кореи и других странах. Он — автор более 140 изобретений, защищенных авторскими свидетельствами и патентами РФ. Благодаря Марату Талгатовичу впервые у тюркских народов появились «Русско-башкирский толковый словарь офтальмологических терминов» (Уфа, 2004), а также «Русско-башкирский толковый словарь медицинских терминов» (Уфа, 2007).

Приказом Минздрава России М.Т. Азнабаеву неоднократно объявлялась благодарность за организаторскую, изобретательскую и рационализаторскую деятельность, за большой экономический эффект от внедрения научных разработок. За заслуги в здравоохранении и науке удостоен званий «Заслуженный деятель науки РФ» (2004), «Заслуженный деятель науки РФ» (1991), «Заслуженный врач РСФСР» (1986), «Заслуженный врач БАССР» (1977), награжден орденами Почета (1999), «За заслуги перед Республикой Башкортостан» (2014), Салавата Юлаева (2004) и Чести и Славы (Республика Абхазия, 2004), Государственной премии РФ в области науки и техники за издание «Атласа глазной патологии» (2011), премии Академии наук РБ имени Г.Х. Кудоярова за цикл работ и монографию «Лазерная макроисторинтология» (2007).

Марата Талгатовича отличают организованность и целеустремленность, блестящее мастерство врача, трудолюбие, чуткое восприятие и понимание задач времени, огромный научный и практический опыт, неуклонное следование лучшим традициям, заложенным его учителями — профессором Г.Х. Кудояровым и академиком С.Н. Федоровым.

Из книги «История офтальмологии в лицах», 2015 г.



Борзенко Сергей Анатольевич

Доктор медицинских наук, профессор

Уважаемый Сергей Анатольевич! От души поздравляем Вас с юбилеем!

Ваш талант, увлеченность любимым делом помогли Вам состояться в профессии, успешно реализовать научные проекты, которые по праву получили достойную оценку Ваших коллег. Хочется отметить Вашу преданность родной МНТКовской школе, своим учителям и, в первую очередь, — Святославу Николаевичу Федорову. Желаем Вам крепкого здоровья, творческих успехов, всего самого доброго!

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

Сергей Анатольевич Борзенко родился 15 февраля 1959 г. в семье военнослужащего. В 1982 г. окончил Кубанский государственный медицинский институт им. Красной Армии. В 1983-1985 гг. проходил службу в Вооруженных силах России. В 1986-1988 гг. работал в клинической ординатуре при Московском НИИ «Микрохирургия глаза», затем в очной аспирантуре при МНТК «Микрохирургия глаза». С.А. Борзенко создал первый в России Глазной тканевой банк и руководил им с 1991 по 2005 гг., а с 2005 по

2011 гг. заведовал лабораторией трансплантологии и клеточных технологий в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». С 2011 г. по настоящее время руководит впервые созданным в России Центром фундаментальных и прикладных медико-биологических проблем при ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. С 1993 г. читает лекции на факультете повышения квалификации Научно-педагогического центра ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» по актуальным проблемам фундаментальной офтальмологии. С 1998 г.

врачей по кератопластике проводит мастер-класс по разработанной им программе «Донорство роговицы» — ключевая проблема офтальмотрансплантологии». В 1995 г. защитил кандидатскую диссертацию по специальностям «глазные болезни» и «патологическая физиология» на тему «Медико-биологические аспекты прогнозирования жизнеспособности сквозного трансплантата роговицы». В 2008 г. защитил докторскую диссертацию по специальностям «глазные болезни» и «трансплантология и искусственные органы» на тему «Медико-технологические и методологические основы эффективной деятельности глазных тканевых банков России в обеспечении

операций по трансплантации роговицы». Круг научных интересов — фундаментальная и клиническая офтальмология, трансплантология и искусственные органы, клеточная биология и регенеративная медицина, молекулярная и патологическая физиология, иммунология и геномная патология. Руководитель Центра фундаментальных и прикладных медико-биологических проблем ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, профессор кафедры глазных болезней Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Врач-офтальмолог высшей категории. Член профильной

комиссии по трансплантологии Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации. Член правления Московского научного общества офтальмологов и Общества офтальмологов России. Председатель секции «Клеточные технологии и глазные тканевые банки» при Обществе офтальмологов России. Действительный член Европейской ассоциации глазных банков и офтальмотрансплантологов. Член диссертационных советов при ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России и при ФГБУ «ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова» Минздрава России.

Из книги «История офтальмологии в лицах», 2015 г.

Из истории СОКОБ им. Т.И. Ерошевского

К 55-летию основания больницы

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



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



Коллектив больницы. 1985 г.

Это была первая в стране крупная специализированная офтальмологическая больница, которая явилась базой кафедры глазных болезней медицинского института и научно-исследовательской проблемной лаборатории по изучению глаукомы, что позволило создать довольно большой по тому времени объединенный коллектив врачей — больших ординаторов, преподавателей кафедры и научных сотрудников лаборатории.

Под руководством Т.И. Ерошевского коллектив больницы и кафедры превратился в одну из крупнейших офтальмологических школ страны — школу Т.И. Ерошевского. Первоначально больница функционировала на 250 коек и имела в своем составе консультативную поликлинику и 4 специализированных отделения: глаукомное, трахоматозное и два хирургических. В 1964 году было открыто детское отделение на 50 коек, в результате чего общее количество коек возросло до 300.

Первым главным врачом офтальмологической больницы была участница Великой Отечественной войны Тамара Васильевна Филатова, которая руководила ею с этапа строительства до 1973 года. С 1973 по 1979 гг. больницей руководил Алексей Васильевич Пронин. С 1979 по 1999 гг. больницу возглавляла Анна Ивановна Золотарева — ученица Т.И. Ерошевского, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ. Под руководством А.И. Золотаревой были достигнуты значительные успехи: в несколько раз повысилось количество ежегодно протренируемых больных; в 1979 году был создан лазерный центр, в котором впервые в стране начало применяться низкодозированное гелий-неоновое лазерное

излучение при лечении воспалительной, сосудистой и другой патологии глаз; в 1989 году при больнице была открыта лаборатория индивидуального глаукомного протезирования — одна из шести в СССР; в 1998 году — открыто первое в России отделение эксимерлазерного офтальмологического лечебного учреждения.

Настоящее время Самарской областной клинической офтальмологической больницей им. Т.И. Ерошевского руководит доктор медицинских наук, заведующий кафедрой глазных болезней СамГМУ, отличник здравоохранения Самарской области Андрей Владимирович Золотарев, который одновременно является директором НИИ глазных болезней СамГМУ.

В больнице трудятся 144 врача, 228 медицинских сестер; в коллективе — 9 докторов медицинских наук, 15 кандидатов медицинских наук, 40 врачей высшей категории. В стационаре, насчитывающем 376 коек, ежегодно лечатся 24 000 пациентов; поликлиника принимает 130 000 пациентов.

С момента открытия больницы ее сотрудники под руководством профессора Т.И. Ерошевского не только занимались практической лечебной работой, но и проводили научные исследования по различным разделам офтальмологии. Под руководством Тихона Ивановича Ерошевского было защищено 19 докторских и 42 кандидатских диссертаций. Всего же за прошедшие

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

Основным принципом работы больницы в течение 55 лет ее существования было и остается оказание доступной, высококачественной офтальмологической помощи пациентам. Применяется самое современное офтальмологическое оборудование, передовые технологии диагностики и лечения болезни, современные методики организации оказания офтальмологической помощи.

В настоящее время больница насчитывает 11 отделений: офтальмотерапевтическое, травматологическое, глаукомное, реконструктивно-пластическое, офтальмологическое, офтальмохирургическое, офтальмопатологическое, офтальмофизиологическое, офтальмофизиологическое, офтальмофизиологическое, офтальмофизиологическое, офтальмофизиологическое. Кабинет оснащен современной педиатрической ретинологической камерой, позволяющей выявлять заболевания на ранних стадиях. Врачи кабинета проводят выездную консультационную работу в отделениях недоошенных детей педиатрических стационаров

Самары и Самарской области и лазерное лечение детей с ретинопатией недоошенных на базе детской городской больницы № 1.

Направления дальнейшего развития областной офтальмологической больницы и всей офтальмологической службы области сформулированы в областной целевой программе, разработанной в 2011-2012 годах. В числе приоритетов — повышение доступности высококвалифицированной офтальмологической помощи, продвижение унифицированных сквозных медицинских технологий, оптимизация коеного фонда.

Планируется создание сети высокотехнологических межрайонных лечебно-диагностических центров и филиалов Самарской областной офтальмологической клинической больницы им. Т.И. Ерошевского в крупных городах Самарской области. Первый филиал в 2013 г. начал работу в г. Чапаевске, где обеспечен одинаковый с областной больницей технологический уровень, в том числе — недоступные ранее для сельского района компьютерный периметр, OCT, УЗ-сканер, фактометр и динамического наблюдения детей с ретинопатией недоошенных. Кабинет оснащен 55-летним юбилей — знаменательная дата, отражающая неоценимый вклад основателя больницы, Тихона Ивановича Ерошевского, и успехи его учеников, развивающих академические традиции в единстве с новейшими технологиями на благо пациентов.

Huvitz

HOCT – 1/1F

Stormoff

- 3D OCT и фундус камера в одном приборе
- Скорость 68000 А-сканов/сек
- Автонаведение, автотрекинг и автосъемка
- Идеальное соотношение цены и качества от известного южнокорейского производителя
- Доступен для оптик и частных клиник

Тел.: (495) 780-0792; (495) 780-7691; (495) 956-0557

www.stormoff.com
oko@stormoff.com

«Рефракция – 2018»

XIII Юбилейная офтальмологическая конференция

Организаторы: Министерство здравоохранения Самарской области; ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ; ГБУЗ «Самарская областная клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского»; Центр коррекции зрения «Октопус».

23 ноября 2018 года в Самаре в отеле «Лотте Самара» состоялась XIII Юбилейная офтальмологическая конференция «Рефракция – 2018», посвященная 55-летию образования Самарской областной клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского и 25-летию Центра коррекции зрения «ОКТОПУС».

> стр. 1

дисбаланс между регионами и уровнями оказания медицинской помощи.

Во всех регионах отмечается приоритет кадрового ресурса стационарной помощи над амбулаторно-поликлинической. Требуется пересмотр штатного расписания структурных подразделений медицинских учреждений с учетом показателей деятельности региональной медицинской службы, оценки кадрового дисбаланса на основании нормативно-правовых актов и расчетных показателей, в соответствии с территориальной программой государственных гарантий ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ.

Внедрение новой специальности «Клинический оптометрист» позволит снять часть нагрузки с врача поликлинического звена и повысит качество его диагностической, лечебной, профилактической и реабилитационной деятельности.

Рекомендовано внедрение дополнительных мотивационных мероприятий для врачей с целью повышения качества знаний и уровня квалификации.

Об организации работы национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ) рассказал в своем докладе профессор Н.С. Ходжаев. Основными направлениями деятельности НМИЦ являются: организация оказания медицинской помощи; дистанционное консультирование, проведение консилиумов с применением телемедицинских технологий; лекарственное обеспечение и регулирование обращения медицинских изделий; анализ и стратегическое развитие здравоохранения; кадровое обеспечение и подготовка кадров; научные исследования; международная деятельность.

55-летнюю историю Самарской областной клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского, внучка основателя больницы — заведующего кафедрой глазных болезней Куйбышевского медицинского института, члена-корреспондента АМН СССР,



Открытие конференции

заслуженного деятеля науки РСФСР, Героя Социалистического Труда, профессора Тихона Ивановича Ерошевского — напомнила, что больница по многим направлениям деятельности была первой в стране. В частности, в 1967 г. — открылась первая в СССР лаборатория контактной коррекции; в 1972 г. — разработан новый метод изготовления косметических контактных линз; в 1973 г. — открыт первый в СССР глазной банк; в 1998 г. — заработало первое в РФ отделение эксимерлазерного лечения; в 2002 г. — впервые в РФ внедрена фотодинамическая терапия; в 2009 г. — впервые в стране ангио-VEGF терапия стали проводить по линии ОМС; в 2011 г. — первый в РФ 3D-операционный микроскоп; 2012 г. — первое в РФ отделение мобильной офтальмологии и т.д.

С докладом «Фемтохирургия переднего отрезка глаза» выступил профессор М.М. Бикбов (Уфа). Важными условиями успешной

хирургии птеригиума являются воспроизводимость процедуры вне зависимости от опыта хирурга; формирование толщины аутоотрапантата и минимальное повреждение конъюнктивальных сосудов; оптимальная хирургическая техника: формирование ультраотонного трансплантата вне зависимости от опыта хирурга, сокращение времени операции, минимальное рубцевание бульбарной конъюнктивы в области удаления, быстрое заживление в области забора аутоотрапантата.

При проведении кератопластики фемтолазер позволяет выполнять сложные манипуляции на роговой оболочке глаза с точностью до нескольких микрон с высокой безопасностью, обеспечивающие более высокие анатомо-функциональные результаты. Автоматизация сложных хирургических вмешательств позволяет сократить время операции, повышает ее точность и делает их доступными для хирургов разной квалификации.

О новых подходах к лечению хронических заболеваний доложил профессор А.В. Золотарев (Самара). Цель и задачи исследования, о котором подробно рассказал А.В. Золотарев, заключались в выявлении и детальном изучении причин низкой приверженности пациентов терапии глаукомы. Предметно рассматривались такие вопросы, как

путь пациента с глаукомой: вхождение в категорию, путь формирования терапии, сложности на каждом этапе; восприятие пациентами терапии: ее значимости, эффективности, спонтанное отношение к длительности и регулярности терапии; выявление основных причин низкой приверженности терапии; выделение основных психотипов пациентов с ПОУГ; определение степени комплаентности каждого из психотипов; изучение взаимосвязи комплаентности и динамики клинических показателей; определение возможных путей повышения комплаентности.

Работу секции «Лазерное и хирургическое лечение глазной патологии» открыла профессор Е.В. Ченцова, представившая доклад на тему «Новое в офтальмотравматологии». Среди современных тенденций в офтальмотравматологии докладчик выделила активное внедрение хирургии закрытого типа при травме переднего отрезка и ее последствиях; раннюю витреоретинальную хирургию при тяжелой закрытой и открытой травме; использование бактерицидных агентов в экстренной эндовитреальной хирургии; расширение показаний к применению фемтолазера при последствиях травм роговицы; фемтолазерную ФЭ при травматическом подвывихе хрусталика; внедрение клеточных технологий в лечение травм и ожогов глаза.

«Лазерное лечение первичной глаукомы: актуальные тенденции, современные технологии» — доклад, представленный Т.В. Соколовской. Среди способов активного воздействия на зону фильтрации угла передней камеры наиболее травматичными являются лазерные вмешательства. Далее докладчик остановилась на преимуществе и недостатках некоторых методов, в частности, аргон-лазерной трабекулопластики, диодной инфракрасной лазертрабекулопластики, паттерн-лазерной трабекулопластики, селективной лазерной трабекулопластики (СЛТ), гидродинамической активации оттока, YAG-лазерной активации трабекулы (YAG-LAT). Сравнение YAG-LAT и СЛТ показало, что методики не приводят к выраженным деструктивным изменениям в цилиоангулярной зоне и, в частности, к разрушению трабекулярной сети, что подтверждает малую травматичность методов. Оба метода имеют минимальный риск осложнений, могут проводиться в амбулаторных условиях.

Методику хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки с пилингом внутренней пограничной мембраны (ВПМ) с помощью 25G технологии представил Т.А. Халимов (Уфа). Цель работы заключалась в исследовании эффективности оперативного лечения пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки на основе пилинга ВПМ в зависимости от тампонады витреальной полости различными высокомолекулярными соединениями. Результаты

исследования показали, что анатомические и визуальные результаты витректомии с удалением ВПМ у пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки были лучше результатов, полученных без пилинга ВПМ. Однако процедура удаления ВПМ сопровождается нарушением ретиальной архитектуры, уменьшением толщины слоя нервных волокон и ухудшением поверхностных слоев сетчатки по данным ОКТ. Необходим более тщательный подход к решению вопроса об удалении ВПМ в качестве профилактической меры против развития ЭРМ. Микроинвазивная хирургия 25G предпочтительна, т.к. является наиболее безопасной и обеспечивает лучшие результаты благодаря уменьшению тракционного компонента, что является решающим фактором в оперативном лечении пациентов с интактной макулярной зоной.

М.Н. Астрелин (Уфа) от группы авторов выступил с докладом, посвященным фундаментальным аспектам ультрафиолетового кросслиннга. Многочисленные исследования позволили прийти к заключению, что, оставаясь патогенетически обоснованным методом лечения кератэктазий, УФ-кросслиннг роговицы может быть включен в терапию различных заболеваний фиброзной оболочки глаза, сопровождающихся дезорганизацией коллагена. При соблюдении протоколов кросслиннга метод не вызывает фатальных и опасных патоморфологических изменений в роговице, является безопасным для различных структур глаза. Характерные морфологические и ультраструктурные изменения в тканях глаза (локализация и выраженность демаркационной линии, активирование процессов апоптоза кератоцитов) могут служить критерием оценки эффективности и безопасности процедуры, стать основой дальнейшего усовершенствования процедуры.

Продолжила тему кросслиннга Л.Г. Фастовцева, представившая от группы авторов биомеханические и рефракционные аспекты локального кросслиннга, которые заключаются в том, эта методика показала свою эффективность при коррекции эктазий и аметропий и обладает выраженным управляемым рефракционным эффектом.

Доклад профессора Е.С. Милюдина (Самара) был посвящен особенностям формирования эпителиального слоя трансплантата роговицы. Показаниями к операции по методу сквозной кератопластики являются язвы роговицы, первичные дистрофии, вторичные дистрофии. Как показали клинические наблюдения, в значительном проценте случаев стадия реэпителизации в послеоперационном периоде значительно откладывается и может привести к отторжению трансплантата. Схема послеоперационного лечения пациентов, разработанная авторами, включает противовоспалительные препараты: НПВП,

кортикостероиды. Стероиды снижают количество свободной арахидоновой кислоты путем блокирования фермента фосфолипазы. Местное применение кортикостероидов подавляет воспаление в тканях переднего сегмента глаза, уменьшая миграцию воспалительных клеток и ограничивая выработку провоспалительных факторов.

Однако в раннем послеоперационном периоде могут возникнуть дополнительные осложняющие моменты, препятствующие эпителизации роговицы, это — денервация роговицы, частое закапывание растворов лекарственных препаратов, истощение регенераторных способностей клеток эпителии. На процесс регенерации роговицы можно оказывать прямое воздействие путем внесения в область дефекта активных компонентов внеклеточного матрикса — цитокинов и факторов роста, протеогликанов, гликозаминогликанов и гликопротеинов. Также с успехом применяется метод покрытия эпителиального дефекта роговицы амнионом, а также покрытие дефекта роговицы культивированными эпителиальными клетками на амниотической мембране либо на другой аналогичной подложке.

Глазные капли, содержащие гиалуронат натрия, позволяют создать на поверхности передней пограничной мембраны временную пленку, что обеспечивает сохранность гликокаликса эпителиальных клеток и создает более благоприятные условия для фиксации мигрирующих эпителиоцитов в зоне дефекта. Для этих целей применяются эпоксини, стабилизирующие клеточные мембраны (15-30 дней), антигипоксические, цитопротективные, мембраностабилизирующие препараты: декспантенол, солкосерил (не более 5 дней).

Таким образом, заключил профессор Е.С. Милюдин, применение противовоспалительной терапии и препаратов, содержащих гиалуронат натрия и антиоксидант в послеоперационном периоде, способствует более легкой фиксации мигрирующих эпителиоцитов и формированию полноценного многослойного эпителии, что позволяет рекомендовать данную схему для больных после кератопластики.

Секция «Современные подходы к лечению заболеваний сетчатки»

С докладом «Опыт использования ретиальной ручной фундукции SMARTSCOPE в районной больнице. Перспективы развития телемедицины» выступил Р.А. Дороничев (Сергиев Посад). Основные направления применения фундо-камеры: фоторегистрация, фотоархивация, дистанционное консультирование. Как отметил докладчик, ближайшая задача, требующая решения, заключается в создании в каждой из 7 поликлиник Сергиево-Посадского района «точки» SMARTSCOPE для



Профессор Г.П. Котельников



Профессор А.М. Чухраёв



Профессор Л.А. Катаргина



Профессор М.М. Бикбов



Т.И. Сочинская

исследования показали, что анатомические и визуальные результаты витректомии с удалением ВПМ у пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки были лучше результатов, полученных без пилинга ВПМ. Однако процедура удаления ВПМ сопровождается нарушением ретиальной архитектуры, уменьшением толщины слоя нервных волокон и ухудшением поверхностных слоев сетчатки по данным ОКТ. Необходим более тщательный подход к решению вопроса об удалении ВПМ в качестве профилактической меры против развития ЭРМ. Микроинвазивная хирургия 25G предпочтительна, т.к. является наиболее безопасной и обеспечивает лучшие результаты благодаря уменьшению тракционного компонента, что является решающим фактором в оперативном лечении пациентов с интактной макулярной зоной.

М.Н. Астрелин (Уфа) от группы авторов выступил с докладом, посвященным фундаментальным аспектам ультрафиолетового кросслиннга. Многочисленные исследования позволили прийти к заключению, что, оставаясь патогенетически обоснованным методом лечения кератэктазий, УФ-кросслиннг роговицы может быть включен в терапию различных заболеваний фиброзной оболочки глаза, сопровождающихся дезорганизацией коллагена. При соблюдении протоколов кросслиннга метод не вызывает фатальных и опасных патоморфологических изменений в роговице, является безопасным для различных структур глаза. Характерные морфологические и ультраструктурные изменения в тканях глаза (локализация и выраженность демаркационной линии, активирование процессов апоптоза кератоцитов) могут служить критерием оценки эффективности и безопасности процедуры, стать основой дальнейшего усовершенствования процедуры.

Продолжила тему кросслиннга Л.Г. Фастовцева, представившая от группы авторов биомеханические и рефракционные аспекты локального кросслиннга, которые заключаются в том, эта методика показала свою эффективность при коррекции эктазий и аметропий и обладает выраженным управляемым рефракционным эффектом.

Доклад профессора Е.С. Милюдина (Самара) был посвящен особенностям формирования эпителиального слоя трансплантата роговицы. Показаниями к операции по методу сквозной кератопластики являются язвы роговицы, первичные дистрофии, вторичные дистрофии. Как показали клинические наблюдения, в значительном проценте случаев стадия реэпителизации в послеоперационном периоде значительно откладывается и может привести к отторжению трансплантата. Схема послеоперационного лечения пациентов, разработанная авторами, включает противовоспалительные препараты: НПВП,

кортикостероиды. Стероиды снижают количество свободной арахидоновой кислоты путем блокирования фермента фосфолипазы. Местное применение кортикостероидов подавляет воспаление в тканях переднего сегмента глаза, уменьшая миграцию воспалительных клеток и ограничивая выработку провоспалительных факторов.

Однако в раннем послеоперационном периоде могут возникнуть дополнительные осложняющие моменты, препятствующие эпителизации роговицы, это — денервация роговицы, частое закапывание растворов лекарственных препаратов, истощение регенераторных способностей клеток эпителии. На процесс регенерации роговицы можно оказывать прямое воздействие путем внесения в область дефекта активных компонентов внеклеточного матрикса — цитокинов и факторов роста, протеогликанов, гликозаминогликанов и гликопротеинов. Также с успехом применяется метод покрытия эпителиального дефекта роговицы амнионом, а также покрытие дефекта роговицы культивированными эпителиальными клетками на амниотической мембране либо на другой аналогичной подложке.

Глазные капли, содержащие гиалуронат натрия, позволяют создать на поверхности передней пограничной мембраны временную пленку, что обеспечивает сохранность гликокаликса эпителиальных клеток и создает более благоприятные условия для фиксации мигрирующих эпителиоцитов в зоне дефекта. Для этих целей применяются эпоксини, стабилизирующие клеточные мембраны (15-30 дней), антигипоксические, цитопротективные, мембраностабилизирующие препараты: декспантенол, солкосерил (не более 5 дней).

Таким образом, заключил профессор Е.С. Милюдин, применение противовоспалительной терапии и препаратов, содержащих гиалуронат натрия и антиоксидант в послеоперационном периоде, способствует более легкой фиксации мигрирующих эпителиоцитов и формированию полноценного многослойного эпителии, что позволяет рекомендовать данную схему для больных после кератопластики.

Секция «Современные подходы к лечению заболеваний сетчатки»

С докладом «Опыт использования ретиальной ручной фундукции SMARTSCOPE в районной больнице. Перспективы развития телемедицины» выступил Р.А. Дороничев (Сергиев Посад). Основные направления применения фундо-камеры: фоторегистрация, фотоархивация, дистанционное консультирование. Как отметил докладчик, ближайшая задача, требующая решения, заключается в создании в каждой из 7 поликлиник Сергиево-Посадского района «точки» SMARTSCOPE для

оказания удаленной консультативной помощи и принятия решения о дальнейшей тактике ведения пациента. При необходимости — отправка полученных данных в федеральные центры для принятия быстрого и окончательного решения по возникшему вопросу. Ожидаемый результат: уменьшится время ожидания консультации; дифференцированный подход; ускорение времени оказания необходимой медицинской помощи в случае реальной необходимости; разгрузка КДЦ районной больницы, а в конечном итоге — частичная разгрузка КДО федеральных учреждений; улучшение общего эмоционального фона пациентов.

При ограниченном бюджете учреждения, по мнению докладчика, наличие портативной фундукции позволило бы решить ряд организационных проблем, связанных с разнородностью лечебных учреждений от головного учреждения. Д.м.н. И.А. Лоскутов сделал доклад на тему «ВМД: вопросы и ответы. Перспективы лечения». У пациентов с неоваскулярной ВМД можно добиться значительного улучшения при применении антиангиогенного лечения препаратом анти-VEGF, фотодинамической либо лазерной терапии. При «сухой» форме на данный момент доказана эффективность только



В.Е. Романов



Профессор Н.С. Ходжаев

превентивного лечения добавками AREDS (снижает риск прогрессирования ВМД на 25-30% в течение 5 лет). Далее докладчик подробно остановился на средствах, применяемых в лечении ВМД: противовоспалительных средствах; антиоксидантах; средствах, тормозящих накопление липофусцина и влияющие на ретиноидный цикл; средствах, улучшающих хорoidalный кровоток; на терапии стволовыми клетками. Современные средства диагностики и лечения ДМО представила в своем докладе Н.К. Маурина. Основными направлениями терапии пациентов с диабетическим макулярным отеком являются: коррекция гликемического статуса; нормализация артериального давления; коррекция нарушений липидного обмена; офтальмологическая терапия макулярного отека. Среди возможных средств терапии макулярного отека докладчик выделила интравитреальное введение анти-VEGF препаратов как терапию «первого выбора»; лазеркоагуляцию сетчатки по типу «модифицированной решетки»; интравитреальное введение препаратов, содержащих глюкокортикостероиды; комбинированное лечение. Критерии эффективности терапии: функциональные результаты — динамика средней остроты зрения, частота случаев с повышением/понижением остроты зрения на 15 букв (3 строки таблицы

ПОЛНАЯ ЛИНЕЙКА СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

ХИЛАБАК® ОМЕГА
Биологически активная добавка к пище
СБАЛАНСИРОВАННЫЙ КОМПЛЕКС
Разработан специалистами по «сухому глазу»
• Прием с пищей комбинации незаменимых жирных кислот ω-3 и ω-6 рекомендован TFOS DEWS-II

ХИЛАБАК®
Глазные капли
ЗОЛОТЫЙ СТАНДАРТ
слезозаместительной терапии
• Обеспечивает длительное увлажнение^{2,3}

ТЕАЛОЗ®
Глазные капли
УНИКАЛЬНЫЙ БИОПРОТЕКТОР
глазной поверхности
БИОПРОТЕКЦИЯ:
• Осмопротектор^{4,5}
• предотвращает потерю воды клетками
• Защищает белки и липиды клеточных мембран⁶
• Восстанавливает состояние глазной поверхности^{2,4}

ООО Теа Фарма 115280, Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 28, стр. 5 (офис 5106) Тел: +7 (495) 787 7535

1. Лестко-владимир К. Хилабак® Омега. Уменьшение провоспалительных. Перед применением необходимо ознакомиться с листком-вкладышем. 2. Nakamura M et al. Characterization of water retentive properties of hyaluronan. Cornea 1993; 12(6):433-4. 3. Simson et al. Ocular Surface Residence Times of Artificial Tear Solutions. Cornea 1998; 17(4):288-293. 4. Vancay P.H. Omega-3 polyunsaturated fatty acids, metabolic and cardiovascular risk factors in high myopia and other diseases. J Lipid Biol 2009; Aug; 38(8): 1132-19. 5. Matsuo T. Therapeutic effects of omega-3 polyunsaturated fatty acids on dry eye disease. J Ophthalmol 2001; 20(1):15-27. 6. Luyckx J, Baudouin C. Tear-lake: an intriguing disaccharide with potential for medical application in ophthalmology. Clin Ophthalmol 2011; 5:577-81. 7. Aragon P et al. Sodium hyaluronate eye drops of different osmolality for the treatment of dry eye in Sjogren's syndrome patients. Br J Ophthalmol 2002; 86(7):884-8. Baudouin C et al. Preservatives in eye drops: the good, the bad and the ugly. Prog Retin Eye Res 2010; 29(4):312-34



Вручение почетной грамоты профессору Е.Б. Ерошевской



Вручение почетной грамоты профессору В.М. Малову



P.A. Дороничев



Профессор Е.В. Ченцова



Профессор Е.Б. Ерошевская



Д.м.н. И.А. Лоскутов



Профессор Е.С. Милудин



В кулуарах конференции



«Живая хирургия»



Участники конференции



В кулуарах конференции

Снеллена); анатомические результаты — динамика толщины «центральной сетчатки»; уменьшение степени тяжести фоновой ретинопатии (по 11-ступенчатой шкале DRSS).

В настоящее время дискуссионным является вопрос о том, на какой вид лечения целесообразно переходить при недостаточной

эффективности систематизированной анти-VEGF терапии в течение 6-8 месяцев: выполнение лазеркоагуляции сетчатки по типу «модифицированной решетки»; терапия стероидными препаратами. Проводится исследование эффективности комбинированной терапии (анти-VEGF терапия плюс имплантат, содержащий 0,7 мг дексаметазона).

Молекулярно-генетические аспекты диабетической ретинопатии (ДРП) осветила в своем докладе А.Г. Исхакова (Самара). Генетическая предрасположенность к развитию ДРП, по мнению зарубежных исследователей, может определять до 25-50% риска развития ДРП. Цель исследования заключалась в изучении взаимосвязи полиморфизмов генов-кандидатов в развитии

диабетической ретинопатии и повышении эффективности прогноза развития в основе комплексного персонализированного подхода. В результате исследования были выявлены существенные взаимосвязи полиморфизмов генов VEGF, AKR1B1 и APOE с развитием ДРП; исключительно генетический

скрининг на вероятность ДРП на данном этапе, по мнению авторов, недостаточно достоверен; комбинация клинических и генетических факторов позволяет существенно повысить достоверность и точность прогноза.

Необходимы дальнейшие масштабные исследования для поиска вовлеченных в патогенез ДРП полиморфизмов.

Е.В. Баландина (Самара) поделилась опытом применения препарата Озурдекс в реальной клинической практике при построении инфильтративной ретинопатии, при диабетическом макулярном отеке, при открытоугольной глаукоме.

Практика применения имплантата дексаметазона показала хороший профиль эффективности и безопасности у пациентов с макулярным отеком различной этиологии, доказанный как в клинических исследованиях, так и в реальной клинической практике.

Использование данного препарата возможно у больных с ПОУГ при соблюдении следующих условий: стойкая компенсация ВГД только медикаментозным путем, более пристальный мониторинг ВГД после инъекции.

Назначение данного препарата пациентам с рецидивирующим макулярным отеком на фоне хронического неинфекционного увеита требует индивидуального подхода и более глубокого обследования для выявления возможной этиологии увеита.

С заключительным докладом секции на тему «Антиангиогенная терапия заболеваний сетчатки: современное состояние и перспективные направления» выступил А.В. Дурасов (Самара). Автор привел подробный анализ многоцентровых рандомизированных клинических исследований эффективности и безопасности различных режимов и дозировок инъекций ранибизумаба; клинической эффективности препарата Эйлеа в различных режимах введения.



Д.м.н. Е.В. Карлова, д.м.н. А.В. Золотарев, Т.В. Соколовская



И.В. Развейкин, профессор В.М. Малов, Н.Д. Бородина



Профессор А.Д. Чупров, профессор Н.С. Ходжаев



Профессор М.М. Бикбов, профессор Л.А. Катаргина



И.В. Развейкин, А.И. Золотарева

Секция «Патология глазной поверхности»

С докладом «Воспалительные заболевания роговицы и их профилактика при ношении контактных линз» выступила И.А. Лещенко. Кератиты, ассоциированные с применением КЛ, классифицируются на кератиты легкой степени и бессимптомные; средней степени тяжести и симптоматические. Существуют также бессимптомные инфильтраты (А1) и бессимптомный инфильтративный кератит (АК). К кератитам средней степени тяжести относятся инфильтративный кератит (ИК), синдром остроугольного «красного глаза» (CLARE), периферическая язва роговицы (CLPU). Кератит тяжелой степени — микробный кератит (МК).

Микробный кератит: частота возникновения в год — 3-5 случаев на 10 000 пользователей (дневной режим ношения), 20-25 случаев на 10 000 пользователей (продолжительное ношение). Возбудителем МК, связанного с ношением КЛ, является синегнойная палочка. Акантамебный кератит (АК): АК в 85-90% случаев встречается у носителей КЛ; причина возникновения — повсеместно распространенные свободно живущие амебы. Заболевание трудно поддается лечению. Примерная частота возникновения в США — 2 случая на 1 млн носителей, Великобритания — 19 случаев на 1 млн носителей.

Причинами кератита являются следующие факторы: наличие микроорганизмов, состояние макроорганизма, «входные ворота».

Патогенез МК, вызванного синегнойной палочкой: ослабление иммунной системы; многофункциональный раствор может повысить адгезию бактерии к поверхности роговицы; синегнойная палочка проникает под липидные отложения, а гипоксия может способствовать проникновению микроорганизма в клетку; факторами патогенности являются подвижность, токсинообразование и продукция гидролитических ферментов; образует биопленку, защищающую целую колонию; пленка крепится к задней поверхности КЛ; адгезия важна, но большая часть бактерий проникает в роговицу.

Для снижения риска инфицирования контейнеров рекомендуется менять контейнеры каждые 2 недели; чаще — у пациентов из группы высокого риска; использовать контейнеры с противомикробными свойствами; в будущем возможно использование КЛ с противомикробными свойствами.

Далее докладчик остановилась на правилах пользования пинцетом, правилах обработки рук; состоянии макроорганизма.

Противопоказаниями для ношения КЛ являются: острые и хронические общие заболевания организма (ревматизм и др. коллагенозы, туберкулез, заболевания иммунной системы); общие



Участники конференции



В кулуарах конференции

острые воспалительные заболевания (грипп, ОРЗ, ангина и др.); любые заболевания/реакции с повышением температуры тела; хирургические операции и ранний послеоперационный период; обострение хронических заболеваний воспалительного характера; тяжелые формы сахарного диабета; воспалительные заболевания глаз — то есть факторы, способные вызвать снижение иммунитета. Ношение КЛ во время аденовирусной инфекции приводит к иммунологическому стрессу и снижает защитные силы организма, что может сопровождаться нежелательными реакциями со стороны глаза.

Модифицированными факторами риска микробного кератита могут служить ночное ношение КЛ, непрерывное (более 6 суток) ношение КЛ, курение.

Ношение КЛ может оказывать влияние на защитные факторы переднего отдела глаза следующим образом: создание ниши для образования бактериальных колоний и последующего воспаления и инфекции; изменение баланса протеинов слезной пленки; воздействие на синтез полиморфноядерных лейкоцитов (ПЯЛ) во время сна; воздействие на уровень иммуноглобулинов; нарушение целостности эпителия роговицы.

Лечение кератита включает следующие меры: немедленное прекращение ношения КЛ; ежедневное наблюдение и антибактериальное лечение: антибиотики (желательно из группы ципрофлоксацинов) местно, первые 2-3 дня каждые 20-30 мин., далее — 4-6 раз в день; мидриатики (цикломед или гомотропин) 2-3 раза в день первую неделю; НПВС (диклофенак, индометацин в каплях) 2-3 раза в день со второй недели лечения; корнеоэпителиальные препараты (корнерегель) 2 раза в день; туширование роговицы и снятие некротических слоев; электрофорез с лизазой и антибиотиками; кросслинкинг.

Доклад на тему «От кератитов до язвы роговицы: особенности ведения пациента в реальных условиях»

сделала профессор Е.А. Дроздова (Челябинск). Докладчик подробно описала алгоритм лечения бактериальной язвы роговицы в условиях стационара — инстилляции антибиотиков, антисептиков, внутримышечные или внутривенные инъекции цефалоспориновых антибиотиков. Патогенетическая терапия включает применение мидриатиков, антиаллергических препаратов, противовоспалительную терапию, после подавления инфекции применяется репаративная терапия.

Доклад, который сделала д.м.н. Е.Г. Полунина от группы авторов, касался вопроса влияния кератитов косметологических процедур в перiorбитальной зоне на глазную поверхность. В настоящее время все большее распространение приобретают такие косметологические процедуры, как ботулотоксин, наращивание ресниц, пирсинг, татуаж век, блефаропластика, дермальные филлеры, которые могут привести к различным осложнениям в перiorбитальной зоне.

Среди возможных осложнений автор выделила отек и рубцевание; некроз в области окружающей ткани; выцветание зоны микропигментации; гранулематозные воспалительные реакции; аллергический контактный дерматит; фототоксичность; инфекционные осложнения; мейбомит и кератоконъюнктивит; ССГ; гематома; эктропион и энтропион век; потеря чувствительности лица; гиперемия зоны косметологического воздействия; лагофтальм; светобоязнь; диплопия; птоз; сосудистые окклюзии и др.

Результаты проведенных исследований показали, что косметологические процедуры негативным образом влияют на клинко-функциональное состояние глазной поверхности и морфофункциональное состояние мейбомиевых желез; повышается симптомомокомплекс ССГ; приводит к токсико-аллергическим реакциям верхнего века (наращивание ресниц); мейбомиту (татуаж век, инъекции ботокса); вызывают блефароконъюнктивит (инъекция ботокса) и т.д.

Авторами предложены следующие практические рекомендации: перед применением косметологических процедур в перiorбитальной зоне необходимо обследовать пациентов на предмет выявления признаков ССГ (жалобы, характерные для ССГ и дисфункции мейбомиевых желез, проведение теста Ширмера, определение времени разрыва слезной пленки). Необходимо также информировать пациентов о возможных осложнениях, связанных с применением косметологических процедур в перiorбитальной зоне, рекомендовано ограничить режим ношения контактных линз, особенно при сочетании косметологическим воздействием. При выявлении признаков симптомокомплекса ССГ рекомендовано назначение слезозаместительной терапии и гигиены век.

Е.В. Кудряшова (Санкт-Петербург) представила доклад на тему «Терапия LASIK-ассоциированного ССГ у пациентов с миопией высокой степени». Проведенные исследования показали, что местное применение 0,05% циклоспорина А в качестве вспомогательного пред- и послеоперационной терапии при LASIK (в течение 3 месяцев до операции и 1 месяца после операции) у пациентов с миопией высокой степени и, соответственно, высоким риском развития послеоперационного ССГ снижает выраженность симптомов и приводит к скорейшей стабилизации функционального результата.

Об опыте применения очковых линз Perifocal у детей с предикторами миопии доложил Р.А. Ибатуллин. Доклад на тему «Дискорфорт в МКЛ (TFOS). Доказательная медицина и выбор МКЛ» представила А.Е. Горбачук (Нижегород). По данным литературы, дискомфорт при ношении контактных линз может быть ассоциирован с сухостью и нарушением смачиваемости КЛ, с высоким модулем и дизайном края, с токсической реакцией на многофункциональные растворы. Подход к лечению должен включать понимание факторов ДКЛ, лечение на ранних стадиях, знание и подбор МКЛ с лучшими техническими характеристиками, долгосрочный прогноз успешного, безопасного и комфортного ношения КЛ, сохранение приверженности клиентов, улучшение качества жизни пациентов.

Секция «Актуальные вопросы современной оптометрии»

Т.Н. Воронцова (Санкт-Петербург) рассказала о принципах медикаментозной терапии привычно-избыточного напряжения аккомодации (ПИНА). ПИНА является результатом высокого уровня зрительной нагрузки, при этом длительное наличие ПИНА приводит

к росту переднезаднего размера глазного яблока и истинной миопизации глаза.

Привычно-избыточное напряжение аккомодации — это длительное существование избыточного тонуса аккомодации, вызывающий миопизацию манифестной рефракции и не снижающий максимальную корригированную остроту зрения.

Основными направлениями лечения ПИНА являются расслабление цилиарной мышцы (оптико-рефлекторное и медикаментозное), нормализация тонуса цилиарной мышцы (ИРТ, лазерная стимуляция, медикаментозное лечение), рациональная очковая коррекция, гигиена зрительного труда, антиоксиданты.

А.В. Егорова (Ижевск) в докладе «Аппаратная терапия: комплексный подход» подробно осветила различные методики аппаратной терапии, практикуемой в Европе, США, Азии, России при нарушениях аккомодации, рассказала о возможности применения инструментария, о преимуществе мягких контактных линз OKVision Prima BIO Bi-focal design.

Об опыте применения очковых линз Perifocal у детей с предикторами миопии доложил Р.А. Ибатуллин. Доклад на тему «Дискорфорт в МКЛ (TFOS). Доказательная медицина и выбор МКЛ» представила А.Е. Горбачук (Нижегород). По данным литературы, дискомфорт при ношении контактных линз может быть ассоциирован с сухостью и нарушением смачиваемости КЛ, с высоким модулем и дизайном края, с токсической реакцией на многофункциональные растворы. Подход к лечению должен включать понимание факторов ДКЛ, лечение на ранних стадиях, знание и подбор МКЛ с лучшими техническими характеристиками, долгосрочный прогноз успешного, безопасного и комфортного ношения КЛ, сохранение приверженности клиентов, улучшение качества жизни пациентов.

Актуальные вопросы нейроофтальмологии. Краниоорбитальные процессы: опухоли, сосудистые процессы, травма

XIX Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция

25 января 2019 года в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России состоялась очередная ежегодная XIX Научно-практическая нейроофтальмологическая конференция, в которой приняли участие более 500 коллег из Москвы и Московской области, Волгограда, Рязани, Пензы, Тюмени, Иркутска и других городов России.

> стр. 1

«Современные методы диагностики краниоорбитальной патологии». В ней лектор коснулся новых методов нейровизуализационной диагностики, также осветил стандартные методы исследования, которые позволяют установить диагноз и выбрать правильную тактику лечения.

Нейрохирург, д.м.н. С.А. Болчин (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ) осветил вопросы краниоорбитальной травмы и современные подходы к диагностике и хирургическому реконструктивному лечению повреждений.

Несомненную практическую значимость имела лекция профессора Н.К. Серова (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ) «Краниоорбитальная травма как причина развития оптической нейропатии», которая была посвящена этиологии, патогенезу развития травматической оптической нейропатии. Профессор осветила современный подход к ведению пациентов с этой, нередко встречающейся, патологией зрительного анализатора.

Рассматривались вопросы диагностики и лечения орбито-краниальных ранений неметаллическими инородными телами, которые изложил в своем докладе Я.А. Латышев (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ).

Далее были представлены доклады из ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России (Москва) и кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, посвященные вопросам нейроофтальмологической симптоматики при различной локализации краниоорбитальных повреждений, этапной реконструкции и эффективности пластик орбиты различными биоматериалами. Интерес представили доклады д.м.н. И.А. Филатовой и Р.Ф. Гайдудинова, в которых были освещены вопросы реконструктивной хирургии придаточного аппарата глаза и пластики орбиты.

В разделе, посвященном краниоорбитальным новообразованиям, нейрохирург Н.В. Ласунин (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ) в своей лекции дал представление о современных подходах к хирургическому лечению краниофациальных менингиом.

Высокую оценку участников конференции получили доклады Н.Н. Григорьевой и М.В. Нерсисян (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ), изложивших результаты исследований по диагностике, симптоматике, эндоскопическому и комбинированному лечению редкой патологии — юношеских ангиофибром основания черепа.

Н.А. Сергеева с соавторами (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ) осветила вопросы симптоматики, диагностики и дифференциальной диагностики менингиомы оболочек зрительного нерва.

Следующее сообщение С.С. Клеянкиной (НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ) «Роль трепанобиопсии в морфологической диагностике новообразований орбиты»; гистологическая и цитологическая биопсия — это диагностика» вызвало интересную дискуссию на эту тему.



Академик РАН А.А. Потапов



Академик РАН А.Ф. Бровкина



Академик РАН И.Н. Пронин



Академик РАН Л.К. Мошетова



Профессор Н.К. Серова



Профессор С.Б. Яковлев



Профессор Д.В. Давыдов



Д.м.н. И.А. Филатова



Д.м.н. С.А. Болчин



Н.В. Ласунин



Я.А. Латышев



Т.С. Хейло



Н.Н. Григорьева



Р.Ф. Гайдудинова



Я.А. Латышев



О.Ю. Павлова

Третья секция конференции была посвящена краниоорбитальной сосудистой патологии. В этой части конференции большой интерес слушателей вызвала лекция профессора С.Б. Яковлева (заведующего отделением эндovasкулярной нейрохирургии НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ), в которой были освещены современные подходы к лечению краниоорбитальной сосудистой патологии.

В свою очередь Я.Н. Архангельская (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ) в своем сообщении «Интракраниальные дуральные артерио-венозные фистулы, имитирующие артерио-венозные фистулы в кавернозном синусе» акцентировала внимание аудитории на клинических симптомах, диагностике и дифференциальной диагностике, а также течении сосудистой патологии, и на то, что офтальмолог является ведущим звеном в постановке первичного диагноза этих заболеваний. Нейроофтальмологическая симптоматика является основной в клинической картине

артерио-венозных фистул, офтальмологические симптомы представлены признаками нарушения венозного оттока из глаза и глазницы, но имеют некоторые особенности в зависимости от источника кровоснабжения соустья.

Не менее содержательной оказалась заключительная часть конференции, где затрагивались различные вопросы нейроофтальмологии. Темы докладов отразили вопросы диагностики и лечения оптических нейропатий различного генеза, врожденных аномалий орбиты и черепа.

Неподдельный интерес офтальмологической аудитории вызвал доклад нейрохирурга, к.м.н. Л.А. Сатанина с соавторами (НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко МЗ РФ) «Краниофациальные пороки развития у детей, сопровождающиеся аномалиями орбит: диагностика, возможности хирургической коррекции». Докладчик наглядно представил ряд редкой патологии до и после операции, с которой могут встречаться офтальмологи.

С интересом были выслушаны доклады профессора М.Г. Катаева (НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ) «Эффективность хирургического лечения нейрогенного косоглазия» и к.м.н. С.М. Свердлина (Волгоград) с соавторами «Световой рефлекс Водозова при стойком и псевдозном зрении диска зрительного нерва и его диагностическое значение».

Свое сообщение он посвятил 100-летию со дня рождения профессора Александра Михайловича Водозова. Коллега из Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Н.А. Маслоva представила новый метод лечения транспульлярной термотерапии при передней ишемической нейропатии, а у Д.Ю. Самсонова из Иркутского филиала МНТК была интересная информация по поводу редкого осложнения центральных друз диска зрительного нерва у детей, одним из которых может стать перипапиллярная хориоидальная неоваскуляризация.

М.С. Кривошеина (НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, Москва) доложила о влиянии локализации очагов демиелинизации на поражение зрительного нерва у пациентов с рассеянным склерозом. Интерес вызвало сообщение д.м.н. И.В. Зольниковой с соавторами (МНИИ ГБ им. Гельмгольца МЗ РФ) «Гено-фенотипический портрет пигментного ретинита и палочко-колбочковой дистрофии сетчатки при мутациях в генах, мутации в которых описаны для врожденной стационарной ночной слепоты».

После окончания секции развернулась активная дискуссия. Участники конференции имели возможность обменяться своими мнениями и опытом с коллегами из различных регионов.

В заключительном слове профессор Н.К. Серова дала высокую оценку всем докладом, поблагодарила докладчиков и участников конференции и выразила надежду, что конференции и впредь будут содержательными, полезными и взаимообогащающими, и пожелала всем успехов в профессиональной деятельности.

Оргкомитет конференции

Неинцизионная лазерная хирургия глаукомы: возможности технологии MicroPulse

Сателлитный симпозиум компании «Трейдомед Инвест» в рамках XI Российского общенационального офтальмологического форума «РООФ – 2018»

Модератор — профессор Н.С. Ходжаев.

Открывая заседание, профессор Н.С. Ходжаев сказал, что задача симпозиума заключается в ознакомлении аудитории с результатами применения технологии MicroPulse, в их сопоставлении с традиционными подходами, в определении направлений, требующих дальнейшего развития.

С докладом на тему «MicroPulse P3: обзор литературы и анализ эффективности стандартного протокола лечения» от группы авторов выступила А.В. Баева (Москва). В настоящее время широко используются различные направления лечения глаукомы: медикаментозная терапия, лазерная хирургия, оперативные вмешательства, циклофотокоагуляция на далеко зашедшей стадии заболевания. Цель лечения глаукомы заключается в сохранении зрительных функций и высокого качества жизни пациента наиболее рациональным способом.

«Золотым стандартом» хирургического лечения заболевания остается синустрабекулэктомия, однако наблюдение последних лет показывают, что количество хирургических операций по поводу глаукомы неизбежно снижается. За последние 20 лет врачи постепенно отходят от традиционной фильтрационной хирургии по причине значительных рисков осложнений. В настоящее время происходит переход к минимально инвазивным технологиям. Это касается и методики транссклерального циклофотокоагуляционного воздействия. Анализ публикаций показал, что у больных с терминальной стадией глаукомы практически во всех случаях имели место хирургические вмешательства, не обеспечивающие стойкого гипотензивного эффекта и сопровождающиеся большим количеством осложнений.

«Золотым стандартом» циклофотокоагуляции является метод с применением контактного диодного лазера, который, однако, может вызвать большое количество побочных эффектов: боль, восстановление, ожоги конъюнктивы, катаракту, фтизис, повышение ВГД, потерю зрения, симпатическую офтальмию.

В 2015 году для лечения широкого спектра стадий и типов глаукомы стала применяться новая технология — MicroPulse, позволяющая снижать эффект кумулятивного нагрева ткани за счет деления непрерывного излучения на короткие микроимпульсы с интервалами. Ультразвуковая биомикроскопия (УВМ) показала отсутствие видимых повреждений тканей после проведения микроимпульсной циклофотокоагуляции. Гистологическое исследование на кадаверных глазах продемонстрировало значительно меньшие коагуляционные повреждения по сравнению с классической циклофотокоагуляцией.

Предполагаемый механизм снижения давления — активизация увеосклерального пути оттока. Употребительный эффект, как показывают ранние клинические исследования, достигается за счет расширения межклеточного и супрахоноидального пространства.



А.В. Сидорова, профессор Н.С. Ходжаев, М.П. Югаев

Технология MicroPulse имеет повышенный профиль безопасности, обеспечивает полное купирование болевого синдрома в послеоперационном периоде. Долгосрочные результаты исследования NUHS (Сингапур) показали снижение ВГД в среднем на 33% через 18 месяцев и уменьшение количества применяемых медикаментозных препаратов с 2,1 до 1,3. Ранее проведенное исследование в США показало хороший клинический эффект даже при исходно незначительно повышенном ВГД. Подобные результаты были получены в ходе других исследований. Недавние публикации авторов в США продемонстрировали возможность снижения ВГД на 40-50%. Однако эти результаты были достигнуты при использовании суммарной экспозиции в 200 секунд, что более чем в два раза превышает рекомендуемые производителем параметры.

В заключение автор отметила, что MicroPulse является многообещающей технологией, обеспечивающей при стандартных параметрах хорошие сочетание безопасности и эффективности. Дальнейшее изучение режимов лазерного воздействия в различных клинических ситуациях, возможно, увеличит эффективность данной методики, а также расширит границы ее применения.

А.В. Сидорова (Москва) от группы авторов представила доклад «Транссклеральное лечение глаукомы в режиме MicroPulse: пилотное исследование». Базовым методом лечения глаукомы терминальной стадии является контактная диодная лазерная циклофотокоагуляция. К терминальным стадиям может приводить первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ), рефрактерная глаукома, «силиконовая» глаукома в результате осложненной эндотомонады витреальной полости, а также тяжело поддающаяся лечению неоваскулярная глаукома. Контактная диодная лазерная циклофотокоагуляция может приводить к серьезным осложнениям: реактивному иридоциклиту, увеиту, гипемие, гемофтальму, гипотонии с переходом в субтравми глазу.

Технические характеристики лазера, используемых для контактной диодной лазерной циклофотокоагуляции: длина волны излучения — 810 нм; выходная мощность излучения — 0,1-3 Вт; длительность непрерывного импульса излучения — до нескольких минут.

А.В. Сидорова представила систему Cyclo G6 Glaucoma laser system (производитель — IRIDEX, США): длина волны — 810 нм; энергия импульса — 50-3000 мВт; экспозиция — 10 мс-90с; порты — лазерный, освещение; дисплей — жидкокристаллический, цветной, сенсорный; совместимые зонды — G-Probe, G-Probe illuminate, MicroPulse; режим MicroPulse — рабочий цикл: 1-50%. Система позволяет проводить транссклеральную коагуляцию цилиарных отростков. Основное отличие системы от других инфракрасных лазеров заключается в наличии режима MicroPulse, позволяющем использовать микроимпульсную модуляцию лазерного излучения, а также в использовании специализированных зондов, обеспечивающих высокую точность позиционирования лазерного луча.

Далее автор подробно остановилась на результатах клинической апробации прибора Cyclo G6. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. В основную группу вошли 26 пациентов с ПОУГ (стадия 4С) или вторичной некомпенсированной глаукомой (оперированная отслойка сетчатки, фактопическая глаукома), лечение которых проводилось методом микроимпульсной транссклеральной циклофотокоагуляции. Возраст пациентов — 27-83 года. В контрольную группу вошли 28 пациентов с ПОУГ (стадия 4С) или вторичной некомпенсированной глаукомой, развившейся вследствие тромбоза центральной вены сетчатки, лечение которых осуществлялось методом контактной диодной лазерной циклофотокоагуляции (АЛОД-01 «АЛКОМ», Россия). Возраст пациентов — 51-81 год. Срок наблюдения в двух группах составил 4 месяца.

На 5-й день после операции с использованием контактной диодной лазерной циклофотокоагуляции (АЛОД-01 «АЛКОМ», Россия). Возраст пациентов — 51-81 год. Срок наблюдения в двух группах составил 4 месяца.

На 5-й день после операции с использованием контактной диодной лазерной циклофотокоагуляции (АЛОД-01 «АЛКОМ», Россия). Возраст пациентов — 51-81 год. Срок наблюдения в двух группах составил 4 месяца.

Через 4 месяца после операции с применением классической диодной лазерной циклофотокоагуляции наблюдалось дальнейшее нарастание анатомических изменений цилиарного тела с характерным резким уменьшением его толщины. После микроимпульсной циклофотокоагуляции толщина цилиарного тела соответствовала дооперационной.

Динамика ВГД (в мм рт.ст.) у пациентов после транссклеральной микроимпульсной циклофотокоагуляции: ВГД до операции — 40,23±5,13; в первый день — 30,38±6,11; на 14 сутки — 28,92±6,55; через 1 месяц — 29,84±4,68; через 2 месяца — 28,75±5,50; через 4 месяца — 28,65±4,25.

Динамика ВГД (в мм рт.ст.) у пациентов после контактной диодной лазерной циклофотокоагуляции: ВГД до операции — 40,07±2,74; в первый день — 31,35±4,01; на 14 сутки — 30,05±3,93; через 1 месяц — 29,78±2,70; через 2 месяца — 30,42±2,26; через 4 месяца — 30,23±3,21.

Количество гипотензивных препаратов у пациентов основной группы снизилось в среднем с 3,0 (до операции) до 1,53 после операции, в контрольной группе — с 3,0 до операции до 2,1 после операции.

Болевой синдром у пациентов основной группы исчез сразу после проведения операции по микроимпульсной технологии, в дальнейшем наличие болевого синдрома не отмечалось на протяжении всего периода наблюдения. В контрольной группе после проведения контактной транссклеральной диодной лазерной циклофотокоагуляции пациентам потребовалась медикаментозная депривация развивающегося болевого синдрома в течение 1-2 суток на фоне гипотензивной терапии.

Далее докладчик остановилась на результатах долгосрочных зарубежных исследований, проведенных в различных медицинских центрах. По результатам исследований, проведенных Ahmed с соавторами, отмечено снижение ВГД в среднем на 30% через 3 месяца; количество препаратов снизилось с 3,3 до 2,4.

Наблюдение через 78 месяцев (Singapore, National University Health System) показало снижение ВГД на 39%; среднее ВГД составило 24,8 мм рт.ст. Через 18 месяцев снижение ВГД составило 45%.



А.В. Баева

По мнению авторов доклада, механизм снижения ВГД — трабекулярный и увеосклеральный. Как показали исследования на приматах, проведенные в University of Washington, сокращение цилиарного тела, происходящее под воздействием лазера в микроимпульсном режиме, приводит к смещению склеральной шпоры кзади, что вызывает растяжение трабекулы и шлеммова канала.

Было отмечено, что смещение трабекулярной сети не наблюдается на субклинических параметрах, но отмечается одновременно со смещением склеральной шпоры при повышении энергии. На клинических значениях энергии возвратное движение трабекулы составило около 70%, что может говорить о том, что общепринятые клинические параметры пока не являются максимально эффективными с точки зрения воздействия на трабекулярный аппарат, однако это же и обуславливает многократную повторяемость процедуры микроимпульсной циклофотокоагуляции.

Гистологические исследования цилиарного тела показали, что в зоне воздействия лазера в микроимпульсном режиме наблюдаются локальные эффекты «сплавления» клеточных элементов. Большая часть стромы и, главное, цилиарный эпителий остаются интактными. Также наблюдалось локальное «сплавнение» клеточных элементов склеры. Коллагеновые волокна на краях зоны лазерного воздействия имели нерегулярную и избыточную форму, однако изменения клеточных элементов даже при воздействии достаточно высоких уровней энергии несовместимы с термическим повреждающим воздействием при применении классической диодной лазерной циклофотокоагуляции.

Таким образом, делает вывод А.В. Сидорова, преимуществами микроимпульсной технологии заключается в активации оттока вместо снижения продукции влаги; малой инвазивности; минимальном риске возможной гипотонии; в контролируемости и предсказуемости результатов.

Методика микроимпульсной циклофотокоагуляции MP3 является новым многообещающим методом лечения глаукомы; малая инвазивность и высокая эффективность операции дают возможность использования данного метода на более ранних этапах лечения; дальнейшее изучение и оптимизация параметров позволит применять технологию MicroPulse для комбинированного лечения различных форм глаукомы.

Материал подготовил Сергей Тумар Фото Сергея Тумара

XI Российский общенациональный офтальмологический форум

В Москве с 10 по 12 октября 2018 года состоялась научно-практическая конференция с международным участием «XI Российский общенациональный офтальмологический форум», в которой приняли участие около 2300 офтальмологов, представляющих различные регионы России, страны ближнего и дальнего зарубежья.



Член-корреспондент РАН В.В. Неров



Профессор Л.А. Катаргина



Академик РАН А.Ф. Бровкина



Академик РАН Л.К. Мошетева

Окончание
Работа конференции проходила по следующему основному направлению: «Достижения в диагностике и лечении социально значимых заболеваний глаз»; «Патология рефракции и бинокулярного зрения, новые технологии в диагностике и лечении»; «Глаукома: вчера, сегодня, завтра»; «Фундаментально-прикладные исследования в офтальмологии»; «Вопросы дифференциальной диагностики и персонализированного подхода к лечению в офтальмологии»; был проведен Симпозиум

ВОЗ «Всеобщий доступ к здоровью глаз: Организация офтальмологической помощи и подготовка кадров». В рамках форума были проведены заседание профильной комиссии по офтальмологии и детской офтальмологии при Экспертном совете Минздрава РФ; Президиум ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»; сателлитные симпозиумы, доклады и презентации известных специалистов-офтальмологов; выставки офтальмологического оборудования и инструментария, лекарственных препаратов от ведущих отечественных и зарубежных производителей.

иммунитета происходит контакт с возбудителями, что приводит к экспрессии провоспалительных факторов и, следовательно, к патологическим процессам. К.м.н. П.А. Нечипоренко (Санкт-Петербург) выступил с докладом на тему «Эффективность анти-VEGF терапии при полипной хориоидальной васкулопатии». Полипная хориоидальная васкулопатия (ПХВ) характеризуется рецидивирующими серозно-геморрагическими отслойками пигментного и нейроэпителия, источником которых служит разветвленная сеть сосудов с полипообразными расширениями, исходящая из внутренних слоев хориоидеи. У 50% пациентов прогноз благоприятный со спонтанной регрессией полипов. Задачи лечения: регресс неоваскуляризации; регресс полипидных изменений сосудов. Среди терапевтических подходов П.А. Нечипоренко выделил фотодинамическую терапию (ФДТ), анти-VEGF, комбинированное лечение. ФДТ на сегодняшний день не является методом выбора, т.к. приводит к окклюзии не всех полипов; окклюзия полипов не является окончательной. Более эффективным и безопасным методом является анти-VEGF терапия.

Результаты проведенных исследований показали, что препаратом выбора при ПХВ является афлиберцепт, позволяющий добиться, вероятно, лучших результатов, чем ранибизумаб или бевацизумаб; для большей части пациентов после загрузочной фазы (3 загрузочные инъекции) достаточным режимом является одна инъекция в два месяца в течение года. При недостаточном

эффекте следует рассмотреть вопрос о целесообразности ежемесячных инъекций или ФДТ. У части пациентов комбинирование афлиберцепта или ранибизумаба с ФДТ может сократить длительность лечения; при рецидиве целесообразно перейти на афлиберцепт. С докладом «Эндотелиновая система и ее роль в патогенезе глазных болезней» выступила профессор Н.Б. Чеснокова (Москва). Эндотелиновая система участвует в регуляции различных метаболических физиологических процессах на локальном уровне. Высока роль эндотелина в легочной гипертензии, в развитии атеросклероза, сердечной недостаточности, гломерулосклерозе, в развитии гипертонии; является признанным маркером повреждения эндотелия сосудов. Действие эндотелина в значительной степени зависит от его концентрации. Эндотелин 1 (ЕТ-1) влияет на все звенья системы свертывания крови, вероятно, является стимулятором симпатической нервной системы. По данным литературы, эндотелин участвует в регуляции ВГД. У больных глаукомой в водянистой влаге, в слезной жидкости отмечается высокое содержание ЕТ-1. ЕТ-1 в высокой концентрации реагирует с эндотелиновым рецептором ЕТ-а, что приводит к констрикции констриктивных элементов трабекулярной сети и повышению ВГД; при низкой концентрации через рецептор ЕТ-в эндотелин приводит к образованию оксида азота, дилатации контрактильных элементов трабекулярной сети и к снижению ВГД. Участие эндотелина в патогенезе глаукомы происходит следующим

Секция «Фундаментально-прикладные исследования в офтальмологии»

Открыл работу секции доктор химических наук, профессор И.Н. Курочкин (Москва), представивший доклад на тему «Высокочувствительные биоаналитические системы на основе полимерных и плазмонных наноконструктов». Слезная жидкость и секрет слезной железы являются удобным объектом исследования белковых и метаболитических маркеров различных заболеваний. Удобным, высокоточным, конкурентоспособным инструментом на рынке молекулярной диагностики является масс-спектрометрия. Метод позволяет выявить набор высокоспецифичных белков, являющихся маркерами, к примеру, такого заболевания, как синдром «сухого глаза». Подобный глубокий анализ слезной жидкости может быть проведен и для других состояний. Далее автор подробно остановился на методиках,

основанных на спектроскопии комбинационного рассеяния, позволяющих сложный, дорогостоящий метод масс-спектрометрии приблизить к практике. Член-корреспондент РАН О.А. Свитич (Москва) представила доклад «Роль регуляторных РНК в механизмах врожденного иммунитета при офтальмопатологии». Иммунная система человека активируется в ответ на любые патогены, на изменение баланса. Первой линией защиты являются факторы врожденного иммунитета. В 1990-е годы были открыты регуляторные РНК, среди которых некоторые микроРНК показали способность супрессировать экспрессию ряда клеток. Крайне важное значение механизмы врожденного иммунитета имеют в офтальмологии, т.к. при таких заболеваниях, как кератиты, зорев рецепторы врожденного

иммунитета происходят контакт с возбудителями, что приводит к экспрессии провоспалительных факторов и, следовательно, к патологическим процессам. К.м.н. П.А. Нечипоренко (Санкт-Петербург) выступил с докладом на тему «Эффективность анти-VEGF терапии при полипной хориоидальной васкулопатии». Полипная хориоидальная васкулопатия (ПХВ) характеризуется рецидивирующими серозно-геморрагическими отслойками пигментного и нейроэпителия, источником которых служит разветвленная сеть сосудов с полипообразными расширениями, исходящая из внутренних слоев хориоидеи. У 50% пациентов прогноз благоприятный со спонтанной регрессией полипов. Задачи лечения: регресс неоваскуляризации; регресс полипидных изменений сосудов. Среди терапевтических подходов П.А. Нечипоренко выделил фотодинамическую терапию (ФДТ), анти-VEGF, комбинированное лечение. ФДТ на сегодняшний день не является методом выбора, т.к. приводит к окклюзии не всех полипов; окклюзия полипов не является окончательной. Более эффективным и безопасным методом является анти-VEGF терапия.

Результаты проведенных исследований показали, что препаратом выбора при ПХВ является афлиберцепт, позволяющий добиться, вероятно, лучших результатов, чем ранибизумаб или бевацизумаб; для большей части пациентов после загрузочной фазы (3 загрузочные инъекции) достаточным режимом является одна инъекция в два месяца в течение года. При недостаточном

эффекте следует рассмотреть вопрос о целесообразности ежемесячных инъекций или ФДТ. У части пациентов комбинирование афлиберцепта или ранибизумаба с ФДТ может сократить длительность лечения; при рецидиве целесообразно перейти на афлиберцепт. С докладом «Эндотелиновая система и ее роль в патогенезе глазных болезней» выступила профессор Н.Б. Чеснокова (Москва). Эндотелиновая система участвует в регуляции различных метаболических физиологических процессах на локальном уровне. Высока роль эндотелина в легочной гипертензии, в развитии атеросклероза, сердечной недостаточности, гломерулосклерозе, в развитии гипертонии; является признанным маркером повреждения эндотелия сосудов. Действие эндотелина в значительной степени зависит от его концентрации. Эндотелин 1 (ЕТ-1) влияет на все звенья системы свертывания крови, вероятно, является стимулятором симпатической нервной системы. По данным литературы, эндотелин участвует в регуляции ВГД. У больных глаукомой в водянистой влаге, в слезной жидкости отмечается высокое содержание ЕТ-1. ЕТ-1 в высокой концентрации реагирует с эндотелиновым рецептором ЕТ-а, что приводит к констрикции констриктивных элементов трабекулярной сети и повышению ВГД; при низкой концентрации через рецептор ЕТ-в эндотелин приводит к образованию оксида азота, дилатации контрактильных элементов трабекулярной сети и к снижению ВГД. Участие эндотелина в патогенезе глаукомы происходит следующим



Член-корреспондент РАН О.А. Свитич



Профессор Н.Б. Чеснокова



Профессор И.Н. Курочкин



Профессор Е.Н. Иомдина



К.м.н. Г.И. Кричевская



К.м.н. О.В. Зайцева

рецепторов ЕТ-в в клетках Мюллера. Повышение содержания ЕТ-1 приводит к увеличению давления в ретинальных венах, к снижению перфузионного давления, что приводит к гипоксии; эндотелин влияет на антероградный аксональный транспорт, приводит к увеличению пролиферации астроцитов. Увеличение содержания ЕТ-1 оказывает также профиброгенное действие: стимуляция синтеза коллагена I и III типов, ингибирование матриксных протеиназ, индукция профиброгенных цитокинов приводит к увеличению плотности и ригидности коллагеновых волокон в решетчатой пластинке, ведущее к повреждению волокон зрительного нерва. Увеличение ЕТ-1 провоцирует также снижение кровотока в головке зрительного нерва. Все эти факторы приводят к апоптозу ганглиозных клеток сетчатки. Эндотелиновая система присутствует во всех компонентах сетчатки и в сосудах, снабжающих ее кровью. Основная функция эндотелина в сетчатке — обеспечение взаимодействия между различными компонентами сетчатки, между клетками сетчатки и кровеносными сосудами (участие в ауторегуляции сосудов сетчатки). При всех видах повреждения сетчатки имеет место повышение содержания эндотелина.

Основными эндотелинэргическими путями в сетчатке являются: ретинальный и пигментный эпителий — хориокапилляры; путь, пролегающий во внешнем плексиформном слое; кровеносные сосуды — астроглия — ганглиозные клетки. Острое световое воздействие на фоторецепторы вызывает десятикратное увеличение содержания

Н.Б. Балацкая (Москва) в докладе «Иммунобиологические аспекты ишемии глаза» представила результаты исследований, направленных на изучение локальной и системной продукции медиаторов первой линии защиты IL-1 β , IL-8, IL-18, TNF α , фактора роста эндотелия сосудов VEGF-A у пациентов с системной сердечно-сосудистой патологией при впервые выявленных изменениях глазной гемодинамики.

Исследования показали, что у пациентов с впервые выявленными нарушениями глазной гемодинамики на фоне сердечно-сосудистой патологии определяются сдвиги в качественном составе и продукции медиаторов первой линии защиты IL-1 β , IL-8, IL-18, TNF α и ангиогенного VEGF-A, наиболее выраженные при сочетанной патологии, которые могут указывать на усиление провоспалительного фона и активацию эндотелия сосудов как на уровне организма, так и на уровне глаза. Представленные данные получены при анализе выборок с малым составом и являются отправными для дальнейших исследований с целью разработки подходов к индивидуальному прогнозированию, коррекции и профилактики развития серьезных глазных осложнений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Профессор М.В. Зуева (Москва) сделала доклад на тему «Фоновый шум сетчатки и физиологическое обоснование параметров электрической стимуляции в ретинальных протезах». Наследственные дегенерации сетчатки с прогрессирующей потерей фоторецепторов приводят к ремоделированию ретинальной структуры с ретракцией дендритов палочковых биополярных клеток и горизонтальных клеток, перестройкой контактов нейронов во внутренней сетчатке. В начальной стадии заболевания сохраняются ганглиозные клетки (ГК) и некоторые другие нейроны сетчатки. На поздних стадиях пигментного ретинита (ПР) дегенерирует около 70% ГК, однако значительная часть нейронов внутренней сетчатки сохраняется. Это является основанием развития технологий «протезирования» сетчатки.

В своем докладе профессор М.В. Зуева остановилась на интраокулярных технологиях, при которых применяются эпиретинальные, субретинальные и супрахориоидальные импланты. Для достижения надежных ответов крайне важным представляется физиологически обоснованный выбор электрических стимулов, поскольку способность электрических импульсов стимулировать ответ нейрона зависит от места расположения электрода, от полярности, частоты, длительности импульса. Клинически наиболее востребованными являются эпиретинальные и субретинальные импланты. При субретинальной стимуляции сетчатки электроды активируют биополярные клетки, через которые информация передается на ганглиозные клетки и по зрительному нерву в головной мозг. Ретинальные протезы способны активировать ГК сетчатки путем прямой и не прямой стимуляции. В субретинальных протезах происходит не прямая стимуляция ГК; в эпиретинальных протезах — прямая стимуляция ГК. При прямой активации ГК предпочтительны короткие импульсы; при коротких импульсах порог стимуляции сомы ГК в 2 раза ниже порога стимуляции аксона. Импульсы большой длительности не позволяют избирательно активировать сому ГК (без активации аксонов). Для импульсов большой длительности не прямая стимуляция более чувствительна, чем прямая активация. Длительность и частоту импульса можно использовать как

инструмент выбора для активации различных нейронов сетчатки. ГК надежно отвечают на высокие частоты при прямой стимуляции, однако их ответы на не прямую стимуляцию на высоких частотах ослабевают, что вызывает феномен затухания восприятия — десенситизацию. Докладчик обратил внимание на то, что для улучшения качества электрически вызванного зрения крайне важен выбор временной структуры стимулирующих сетчатку импульсов. Профессор М.В. Зуева сделала предположение, что качество зрительных ощущений улучшится, если в ретинальных протезах использовать нелинейную динамику повторения электрических импульсов вместо периодического ритма.



Член-корреспондент РАН В.В. Неров, профессор И.Э. Иошин

Авторы выдвинули гипотезу о вкладе aberrантной ритмической активности в дегенерирующей сетчатке в формировании аномальных синаптических контактов и потерю фрактальной сложности нейронных сетей. Представляется целесообразным, чтобы в ретинальных протезах интервал между стимулами изменялся по степенному закону 1/f, создавая фрактальную флуктуацию частоты стимуляции в диапазоне от 4 до 7 Гц.

Профессор Е.Н. Иомдина (Москва) от группы авторов выступила с докладом «Транспальпебральная реофтальмография: фундаментальные основы и возможности применения в клинической практике». Нарушение гемодинамики глаза является важнейшим фактором развития различной патологии,

и диагностика состояния кровоснабжения и контроль изменений в процессе развития заболевания, а также контроль эффективности лечения имеют крайнюю необходимость в офтальмологической практике. Методы исследования глазной гемодинамики включают реофтальмоплетизмографию, ультразвуковую доплерографию, лазерную доплеровскую флоуметрию, ОКТ-ангиографию, цветное доплеровское картирование. Реофтальмография — электронный метод исследования пульсовых колебаний кровенаполнения сосудов. Контактная реофтальмография, при которой биоплярные электроды устанавливаются на конъюнктиву в области лимба,

имеет следующие ограничения и недостатки: оценивается кровоснабжение только цилиарного тела, необходима анестезия, существует риск инфицирования, установка электродов искажает показатели гемодинамики. Система транспальпебральной тетраполярной реофтальмоплетизмографии (ТП РОГ) призвана усовершенствовать методику исследования и минимизировать недостатки контактной реофтальмографии. Измерение происходит через веко, система электродов — тетраполярная. В основу разработкой ТП РОГ была заложена «много-слойная математическая электрофизическая» модель глазного яблока, которая включала сосудистый слой и веко. Моделирование позволило

ОPTIMED®

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Интраокулярные линзы
- Системы имплантации ИОЛ
- Краситель для витреохиррургии
- Триплановый синий
- Вискоэластик
- Скальпели офтальмологические

OPTIMED 3D
Новая технология - трёхмерный ультразвук
Уникальная траектория колебаний повышает эффективность фактомальсификации

ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»: г. Уфа, ул. 50 лет СССР, 8, тел./факс: (347) 223-44-33, 277-61-61, 277-62-62, e-mail: market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru

корректно рассчитать положение электродов, расстояние между ними для максимального обеспечения распределения тока в интересующих исследователей структурах, а именно — в сосудистой системе цилиарного тела и всей хориоидеи; правильно рассчитать установку датчиков на веке для достижения максимальной точности измерения, оценить возможные погрешности при смещении датчиков.

Применение метода TP ROG в клинической практике показало, что метод является эффективным инструментом для оценки результатов склероукрепляющего и трофического лечения прогрессирующей миопии. Значение реографического индекса (РИ) необходимо учитывать при определении показаний к склероукрепляющему лечению, а степень его послеоперационного повышения как на оперированном, так и на парном глазу может служить объективным показателем при определении целесообразности и сроков проведения повторного вмешательства, его объема (малонивазивная или бандажированная склеропластика). TP ROG отличается высокой информативностью и достаточной точностью, позволяет объективно оценивать состояние кровоснабжения сосудистой оболочки глаза. Метод характеризуется удобством в применении, отсутствием контакта с глазной поверхностью, что представляет особую важность в детской практике. TP ROG может быть использована не только для получения данных о патогенезе заболеваний глаз, но и для ранней диагностики и мониторинга патологического процесса, а также для оценки эффективности проводимого лечения.

Доклад к.м.н. О.В. Зайцевой (Москва) касался современных представлений о патогенезе диабетического



К.м.н. П.А. Нечипоренко
(Санкт-Петербург)



К.м.н. Н.В. Балацкая



В. Вишневская-Дай
(Израиль)



Профессор Х. Киратли
(Турция)

макулярного отека. До недавнего времени считалось, что клинические симптомы диабетической ретинопатии и макулярного отека связаны и являются проявлением или следствием микрососудистых изменений. Однако, отметила докладчик, с накоплением знаний стало понятно, что паттерн макулярного отека не всегда коррелирует с локализацией микроаневризм и лишь умеренно коррелирует с паттерном ледяжа красителя; отсутствует прямая зависимость между остротой зрения и толщиной сетчатки по данным ОКТ. Только в 50% случаев ДМО отмечается высокая эффективность анти-VEGF терапии, более чем в 30% ДМО резистентен к анти-VEGF терапии. Далее автор привела данные клинических исследований, свидетельствующие о том, что, помимо VEGF-ассоциированных сосудистых изменений, в патогенезе ДМО и ретинопатии участвуют и другие факторы. Экспериментальные клинические исследования показали, что во внутриглазных средах пациентов возрастает уровень

таких активных соединений, как цитокины, факторы роста, хемокины, селектины и т.д., что косвенно указывает на их потенциально возможную роль в патогенезе заболевания. На сегодняшний день признано, что у пациентов с сахарным диабетом параллельно, взаимосвязанно развиваются процессы воспаления и нейродегенерации. Воспаление представляет собой ранний патогенетический механизм ДМО, у 30% пациентов нейродегенерация опережает развитие микрососудистых изменений. У пациентов, демонстрирующих частичный или неудовлетворительный результат анти-VEGF терапии, в патогенезе ДМО преобладают воспалительный механизм и/или нейродегенерация; у пациентов с высокой эффективностью анти-VEGF терапии в патогенезе преобладают васкулярный ледж.

Далее О.В. Зайцева остановилась на вкладе воспалительных и нейродегенеративных изменений в патогенез ДР и ДМО. Роль воспаления в изменениях микрососудов выражается в адгезии лейкоцитов

к эндотелию, лейкоцитарно-опосредованном апоптозе эндотелия, в повышении проницаемости стенок сосудов. Лейкоцитоз является самым ранним проявлением микрососудистых изменений. Каскад реакций, включающий активацию интегринов, цитокинов, селектинов, молекулы адгезии ICAM-1, VEGF, способствует изменению цитоскелета лейкоцитов, замедлению движения, слипанию; происходит адгезия к эндотелию, трансэндотелиальная миграция. Лейкоцитоз патологически влияет на состояние стенок микрососудов через образование реактивных кислородных частиц, секрецию провоспалительных цитокинов, через повышение катенина и плаглоглобина и лейкоцитарно-опосредованный апоптоз.

Роль микроглии в патогенезе ДМО: в условиях хронического оксидативного стресса приобретает амевбиотический фенотип, мигрирует в наружные слои сетчатки, где вырабатывает провоспалительные и нейротоксические медиаторы, индуцирует и поддерживает воспалительную реакцию в сетчатке, стимулирует апоптоз нейронов. Вазогенные изменения вследствие гипергликемии индуцируют повреждение внутреннего геморетинального барьера с последующим формированием макулярно-оттека. Каскад воспалительных механизмов делает макулярный отек хроническим, резистентным к анти-VEGF терапии.

Нейродегенеративные изменения при ДР и ДМО приводят к крайне низким зрительным функциям значительного числа пролеченных пациентов. В норме гомеостаз в сетчатке поддерживается тесным взаимодействием между нейронами и капиллярами посредством клеток Мюллера. Функции клеток Мюллера заключаются в удалении избытка жидкости из сетчатки, регуляции кровотока, регуляции метаболизма глюкозы, поддержании рН, бикарбонатов и иных параметров гомеостаза, продукции глутамата и пр. В условиях патологии (сахарного диабета) возникает отек и нарушение функций клеток Мюллера, астроцитов, нейронов сетчатки. Нейродегенерация развивается по двум направлениям: глиальная дисфункция, нейрональный апоптоз. В условиях повышенной проницаемости стенок сосудов происходит накопление жидкости в тканях сетчатки.

Проведенные исследования показали, что при ДР нейродегенерация в значительной степени не имеет ишемической природы, часто предшествует микроангиопатии и является самостоятельным звеном патогенеза.

Подводя итог выступлению, автор отметила, что ДР и ДМО являются мультифакторными патологическими состояниями. Вклад в патогенез вазогенных, воспалительных и нейродегенеративных процессов различен у пациентов, что объясняет вариативность клинических проявлений и ответа на анти-VEGF и стероидную терапию. Персонализированный подход к лечению в зависимости от индивидуальных особенностей патогенеза

представляется наиболее эффективной стратегией в ближайшем будущем.

К.м.н. Г.И. Кричевская (Москва) доложила о роли инфекции при инфекционных и неинфекционных увеитов. Инфекционные увеиты могут быть вызваны разнообразными возбудителями при условии их попадания в глаз и размножения во внутренних средах. Диагноз инфекционного увеита требует обязательного лабораторного подтверждения — исследования внутриглазной жидкости. Острая инфекция возникает в результате активации репликации возбудителя с гибелью клеток — герпесвирусы; хроническая инфекция является результатом слабой репликации возбудителя (вирус краснухи), поздних осложнений энтеровирусных увеитов, арбовирусных васкулитов. Тип инфекции (хроническая, острая), тип симптомов, исход увеитов зависят от взаимодействия возбудителя и человека, особенности инфекционного агента, генетической предрасположенности и иммунного статуса пациента. В частности, вирусы герпеса у иммунокомпетентных людей вызывают, в основном, заболевания переднего отрезка глаза, у иммуноподавленных — некротизирующие ретиниты. Особенности таких «взаимоотношений»

Г.И. Кричевская показала на примере ЦМВ-увеитов. У иммунокомпетентных людей ЦМВ-увеиты вызывают передний односторонний увеит, хорошо поддающийся лечению при правильной постановке диагноза. У пациентов с тяжелой иммунодепрессией ЦМВ-увеиты могут вызвать некротизирующий увеит со слабыми воспалительными симптомами, бесцельными некротическими участками чаще в наружных сегментах сетчатки; при правильной и своевременной постановке диагноза существует вероятность избежать наступления слепоты. Увеит иммунного восстановления проявляется в виде активного воспаления с вовлечением всех отрезков глаза.

Неинфекционные (недифференцированные) увеиты: этиология неизвестна, предполагается аутоиммунный генез. Аутоиммунные увеиты (АУ) опосредуются механизмами адаптивного иммунитета; адаптивный иммунитет активируется и запускается врожденным иммунитетом (ВИ); при инфекции являются одним из главных триггерных факторов ВИ. Роль инфекции в патогенезе АУ подтверждена экспериментально: АУ не развивается при иммунизации животных только антигенами сетчатки; АУ возникает при иммунизации смесью антигенов сетчатки с адьювантами, в состав которых входят бактериальные компоненты.

Таким образом, заключила докладчик, инфекция играет важную роль в этиопатогенезе увеитов. Увеит может возникнуть в результате прямого цитотоксического повреждения ткани патогеном (инфекционный увеит) или вызванного патогеном иммуноопосредованного воспаления (недифференцированный увеит).

Секция «Вопросы дифференциальной диагностики и персонализированный подход к лечению в офтальмоонкологии»

«Меланома хориоидеи: прошлое, настоящее и будущее» — тема доклада, с которым выступила академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва). Меланома хориоидеи (МХ) известна более 400 лет, и единственным методом лечения являлась энуклеация. В 1978 году Лео Циммерман указал на необходимость разработки новых методов энуклеации для предотвращения распространения опухолевых клеток, т.к. существовавшая в тот период времени методика энуклеации для многих пациентов могла иметь неблагоприятный прогноз.

На сегодняшний день существует твердое мнение о злокачественном характере МХ — до 90% больных погибают в течение 10 лет. Значимым фактором для прогноза развития заболевания является размер опухоли. По мнению онкологов и онкобиологов, существует минимальный размер злокачественной опухоли (до 1 мм), при котором далее без ангиогенеза опухоль существовать не может. До 1 мм опухоль развивается за счет внутриклеточного обмена, далее запускается механизм ангиогенеза.

Доказана значимость размеров МХ в метастазировании. Размеры большого диаметра МХ — один из важных, статистически значимых факторов риска метастазирования. При толщине МХ до 4 мм метастазы в первые 5 лет развиваются в 16%; увеличение толщины опухоли до 8 мм в те же 5 лет приводит к повышению вероятности развития метастазов в 3,3 раза (до 53%). Факторами риска метастазирования являются возраст больного, размеры МХ, локализация опухоли, морфологические особенности: клеточный тип, высокая клеточная активность, лимфоцитарная инфильтрация, плотность микрососудистой микрокири.

«Золотым» стандартом в лечении начальных и средних МХ является брахитерапия (БТ). По данным литературы, 5-летняя выживаемость пациентов с небольшими опухолями составляет 92,8%, с большими опухолями — 46,6%. Однако при облучении больших опухолей добиться полной регрессии опухоли удается лишь в редких случаях. По данным литературы, в энуклеированных после облучения глазах с большими МХ выявлена высокая клеточная активность. После БТ больших МХ рост опухоли в окружающие ткани или экстракслеральный выход ее подтверждены гистологически в 60% случаев; в 70% случаев доказано прорастание в склеру начальных меланом.

Коснувшись хирургических методов лечения МХ, экстракслеральной резекции, академик А.Ф. Бровкина обратила внимание на то, что увлечение хирургов удалением больших МХ привело к появлению не только тяжелых осложнений, но и достаточно частых рецидивов МХ; отмечено увеличение вторичных энуклеаций и метастазирования. По данным собственных наблюдений автора, ламеллярная склероувеэктомия может применяться при размерах МХ не более 6x12 мм; более чем у половины оперированных происходит рост во внутренние слои склеры. По данным зарубежных авторов, эндорезекцию следует рассматривать как вариант лечения больших МХ, т.к. методика обеспечивает сохранение анатомии и функции органа зрения, однако резекция МХ по частям создает условия для ятрогенного распространения опухолевых клеток в стекловидное тело, переднюю камеру, за пределы хориоидеи, в склеру.



Президиум сессии «Ранняя диагностика увеальной меланомы»

молекулярно-генетических изменений в любой злокачественной опухоли является выявление сигнальных путей, по которым опухоль развивается, для их последующей блокировки. Злокачественная опухоль — особая форма заболевания, характеризующаяся накоплением множества нарушений в геноме клетки. Важнейшими свойствами неопластической клетки, приобретаемыми в ходе опухолевой прогрессии и обеспечивающими злокачественный рост, являются: отсутствие репликативного старения; ослабление продукции апоптоза; стимуляция неоангиогенеза; изменение морфологии, инвазия и метастазирование; блокирование клеточной дифференцировки; генетическая нестабильность; самодостаточность в пролиферативных сигналах; нечувствительность к рост-супрессирующим сигналам.

Подводя итог своему выступлению, А.Ф. Бровкина еще раз подчеркнула, что МХ имеет высокую тенденцию к метастазированию с высокой смертностью; эндорезекция МХ спорна из-за опасений ятрогенного распространения опухоли БТ наиболее часто выполняемая операция для лечения МХ.

Продолжая работу секции профессор С.В. Саакян (Москва), выступившая с докладом на тему «Молекулярно-генетические исследования при увеальной меланоме как предикторы таргетной терапии». Основной целью изучения

опухолевые клетки; периферическая кровь, плазма. Молекулярно-генетические исследования в офтальмоонкологии применяются следующим образом: дифференциальная диагностика опухолей на основе определения высокоспецифических генетических маркеров, свойственных лишь клеткам определенного морфологического типа; прогноз течения заболевания; уточнение стадии заболевания; определение «группы риска» пациента; оптимизация программ терапии; мониторинг эффективности лечения. Из молекулярно-генетических критериев, лежащих в основе развития опухоли, к настоящему времени наиболее доказана роль моносомии хромосомы 3. Исследования, проведенные авторами, показали, что наличие моносомии хромосомы 3 в клетках увеальной меланомы (УМ) свидетельствует о неблагоприятном витальном прогнозе. Моносомия хромосомы 3 ассоциирована с неблагоприятными клиническими и патоморфологическими факторами (вовлечение в опухолевый процесс цилиарного тела, экстракслеральный рост УМ, эпителиоидноклеточный и смешанноклеточный варианты патоморфологические варианты опухоли). Показана статистически значимая ассоциация метилирования промоторного района гена RASSF1A с развитием наиболее благоприятного веретенноклеточного гистологического типа УМ, меньшей высотой опухоли

и со снижением акустической плотности в области верхушки опухоли по данным УЗДС. Частота мутаций в генах GNAQ и GNA11 — 90%, что свидетельствует о патогномности данной мутации для УМ. Изменения в генах GNAQ и GNA11 вероятно относятся к триггеру онкогенеза УМ. Генотип СС ассоциирован с неблагоприятными клинико-морфологическими признаками (беспигментные УМ, большая высота опухоли, эпителиоидноклеточный и смешанноклеточный варианты). Генотип ТТ у больных УМ не выявлен. Возможно определение изменений в периферической крови, что открывает возможность для скрининга на вероятность развития УМ в любом возрасте, а также определения степени злокачественности опухоли на ранних ее стадиях. Анализ 5-летней выживаемости больных в зависимости от статуса хромосомы 3 показал, что больные с моносомией хромосомы 3 демонстрировали значимо низкие показатели 5-летней выживаемости, чем больные с частичной моносомией и без потери гетерозиготности в хромосоме 3. В связи с относительно малой выборкой (30 пациентов), а также временного фактора (анализ 5-летней выживаемости) роль других молекулярно-генетических изменений не подтверждена, что требует оценки не только генетических, но и клинико-географических и морфологических прогностических факторов.



Д.м.н. А.З. Фурсова
(Новосибирск)



Д.м.н. И.А. Филатова



Профессор Е.Е. Гришина



Профессор
И.М. Корниловский



Пленарное заседание



В кулуарах конференции

Вопросы организации офтальмологической помощи населению Российской Федерации

(по материалам докладов за период 2013-2018 гг.)

В.В. Нероев

НОВИНКА



Издание сборника «Вопросы организации офтальмологической помощи населению РФ» по материалам докладов, прозвучавших на знаковых для офтальмологов страны мероприятиях, вошедших в «План научно-практических мероприятий Минздрава России», побудила важность вопросов, которые необходимо решать с целью совершенствования офтальмологической службы.

В течение почти 10 лет, будучи директором ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, член-корреспондент РАН, профессор В.В. Нероев является главным внештатным специалистом-офтальмологом Минздрава России, председателем профильной комиссии по офтальмологии Минздрава России. За это время, помимо научно-практической деятельности, член-корреспондент РАН, профессор В.В. Нероев занимался вопросами совершенствования офтальмологической службы, повышением ее доступности и качества.

На основании изучения эпидемиологической ситуации в офтальмологии в регионах Российской Федерации, данных федеральной статистики, «Офтальмологических паспортов» субъектов Российской Федерации выявлялись проблемы деятельности службы, которые необходимо было решать в плановом и оперативном порядке. Эти проблемы поднимались в докладах профессора В.В. Нероева на ежегодных общероссийских мероприятиях два раза в году: на Российских общенациональных офтальмологических форумах в г. Москва и в рамках конференций «Белые ночи» в г. Санкт-Петербург.

Автор надеется, что опубликованные материалы послужат посылком для принятия управленческих решений на местах и улучшения ситуации в офтальмологии в стране на всех уровнях оказания медицинской помощи, а также лягут в основу совершенствования нормативно-правовой базы офтальмологической службы.

Книга подготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ».

ISBN 978-5-905212-87-1

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель



Профессор А.В. Мягков



Профессор Е.П. Тарутта

Д.м.н. Э.И. Сайдашева
(Санкт-Петербург)

Д.м.н. О.В. Проскурина



И.А. Купеева

В заключение профессор С.В. Саян отметил, что молекулярно-генетические маркеры по своей информативности делятся на диагностические и прогностические; комплексный анализ частоты и характера молекулярно-генетических изменений у пациентов с увеальной меланомой является основой для разработки и внедрения таргетной терапии опухоли с целью блокирования сигнального звена и профилактики метастазирования; в алгоритм диагностики злокачественных образований необходимо внедрение молекулярно-генетических подходов.

Доклад «Мультиомодальный подход в диагностике начальной меланомы хориоидеи (МХ)» от группы авторов представила к.м.н. Е.Б. Мякошина (Москва). Меланома хориоидеи (МХ) составляет 70% всех злокачественных новообразований органа зрения. Частота встречаемости у взрослых пациентов — 12-13 чел. на 100 тыс. населения в год, у детей и подростков — 1,36% от общего числа больных с меланомой сосудистой оболочки. Трудности ранней диагностики заключаются в том, что по своей клинической картине МХ может быть сходна с различными заболеваниями глазного дна, что способствует к неверному диагнозу и неадекватному лечению. Современные методы диагностики глазного дна включают офтальмоскопию, ультразвуковое исследование, флуоресцентную ангиографию, аутофлуоресценцию, Multi Color диагностическую, спектральную ОКТ сетчатки, спектральную ОКТ, ОКТ-ангиографию. В 2009 году американскими исследователями предложен диагностический подход с целью выявления начальной меланомы, учитывающий клиническую картину, локализацию, ультразвуковые критерии. При наличии 3-х и более показателей возможна постановка диагноза.

Цель работы, о которой доложила автор, заключалась в анализе значимости мультиомодального подхода в диагностике начальной меланомы хориоидеи. Собственные исследования показали, что начальные меланомы могут локализоваться не только в центральной зоне глазного дна, но и на периферии. Характерные для меланомы признаки — оранжевый пигмент, субретинальный экссудат, друзы и профилактики метастазирования; в алгоритм диагностики злокачественных образований необходимо внедрение молекулярно-генетических подходов.

«Золотым» стандартом диагностики патологии глазного дна является флуоресцентная ангиография. Свойственными для начальной меланомы признаками являются собственные сосуды опухоли, пятнистая флуоресценция, поздняя сливная флуоресценция. Общепринятые противопоказания не позволяют проводить флуоресцентную ангиографию всем пациентам, при этом сосуды опухоли выявлены только у 50% пациентов. В первую очередь выявлялись признаки эпителиопатии, ангиопатии сетчатки, но не всегда эти признаки являются специфичными для меланомы.

Исследование глазного дна в режиме Multi Color дает возможность определить эпителиопатию сетчатки, границу опухоли, степень пигментации по изменению цвета. Спектральная оптическая когерентная ангиография позволяет

выявить эпителиопатию сетчатки в результате ее утолщения, вызванного скоплением интра- и субретинального экссудата; долготность фоторецепторов, дезорганизацию пигмента в РПЭС с формированием пигментных фокусов, отслойки РПЭС с гиперрефлективным содержанием.

ОКТ-ангиография дает возможность визуализировать в области опухоли гипотражающее сосудистое сплетение, гиперрефлективные хориокапилляры, окружающие опухоль; в макуле определяется увеличение площади фовеолярной и васкулярной зоны, увеличение плотности хориокапилляров в парамакулярной области.

Таким образом, заключает автор, мультиомодальный подход позволяет установить диагноз начальной меланомы хориоидеи, дает возможность провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями глазного дна. Метод необходим для планирования органосохраняющего лечения начальной меланомы хориоидеи.

О возможностях современных ультразвуковых методов исследования в схеме комплексной диагностики внутриглазных опухолей доложила от группы авторов А.Г. Амриян (Москва). Основными достоинствами ультразвукового исследования являются неинвазивность, отсутствие необходимости в особой подготовке пациентов, относительная экономичность, быстрота проведения исследования, высокая диагностическая объективность и эффективность, большие дифференциально-диагностические возможности при непрозрачных оптических средах глаза, визуализация всех отделов глаза, безопасность и безвредность, безболезненность, возможность обследования пациентов различного возраста. Ультразвуковое исследование можно проводить

множественно без опасений нежелательных последствий.

Докладчик подробно остановился на дифференциально-диагностических критериях гемангиом, меланом и метастазов хориоидеи на основе комплексного высококачественного ультразвукового сканирования. Исследования показали, что при гемангиоме хориоидеи распределение пациентов по полу было практически одинаково; при метастазах и меланоме преобладали женщины. Алгоритм ультразвукового исследования включал последовательное, поэтапное применение разных режимов сканирования: двумерную серошкальную эхографию (В-метод), доплеровские режимы (ЦДК, спектральный доплеровский анализ). Соблюдались стандартизованные условия: исследование проводилось транспальпебрально, через закрытые веки с использованием геля, в положении пациента лежа на спине, в затемненном помещении. Оценивались размеры опухоли, форма, состояние оболочки глаза, акустическая плотность, ЦДК скорости, «энергии», ангиоархитектоника, спектральный доплеровский режим: кровообращение в опухоли и в магистральных сосудах глаза и орбиты. Результаты показали, что при гемангиоме хориоидеи и меланоме хориоидеи опухоль в большинстве случаев имеет куполообразную форму, при метастазе в хориоидею — чаще неправильную и стелющуюся форму. При гемангиоме хориоидеи и метастазе в хориоидею отсутствовали признаки хориоидеи, при меланоме — встречается в 66,7% случаев. Анализ акустической плотности опухоли показал, что наиболее плотной является гемангиома хориоидеи, наиболее низкой плотностью обладает меланома хориоидеи. Исследовались также васкуляризация, ангиоархитектоника

(распределение ЦК потоков); доплеровские характеристики кровотока в сосудах опухоли.

Результаты исследований позволили авторам прийти к следующему заключению: современные ультразвуковые методики исследования являются высокоинформативными в схеме диагностики внутриглазных опухолей; необходимо применение комплексного ультразвукового исследования с различными современными режимами сканирования, что позволяет расширить объем неинвазивно получаемой информации о состоянии проминированного очага; диагностика внутриглазных опухолей должна быть комплексной и основываться на данных клинической картины и инструментальных методах исследования.

М.Г. Жильцова представила доклад на тему «Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТИАБ) в дифференциальной диагностике внутриглазных поражений». Цель работы заключалась в определении роли ТИАБ и возможности проведения иммуноцитохимического исследования (ИЦХ) в дифференциальной диагностике опухолевых и неопухолевых внутриглазных поражений для определения тактики лечения. Проведенные исследования показали, что ТИАБ целесообразно выполнять у больных с новообразованиями увеального тракта не менее 2,6 мм по высоте и 3,6 мм в диаметре; у 65,4% больных своевременно определена злокачественная опухоль, выбран оптимальный метод лечения; типичная картина меланомы выявлена в 53,8% случаев; в 9,2% — рак молочной железы; в 2% выявлена ошибка при постановке диагноза. Таким образом, отметила автор, ТИАБ позволила провести своевременное органосохраняющее лечение у 62,3% больных и сохранить глаза.

Пигментные опухоли роговицы (меланома или меланобластома), как правило, развиваются на почве врожденных невусов лимба и конъюнктивы при прогрессирующем их росте и злокачественном перерождении. Опухоль бывает пигментная и беспигментная, быстро растет в виде темного или светлого узла; поверхность чаще гладкая, блестящая; вокруг формируется сеть новообразованных сосудов. Хирургическое лечение предполагает экцизию опухоли в пределах здоровых тканей с коагуляцией сосудов и криодеструкцией жидким азотом.

Выводы, к которым пришли авторы, заключаются в том, что доброкачественные опухоли встречаются значительно чаще, чем злокачественные; в структуре доброкачественных и злокачественных опухолей роговицы преобладают опухоли эпителиального происхождения; знания особенностей клиники и дифференциальной диагностики злокачественных опухолей конъюнктивы, лимба с распространением на роговицу необходимы для раннего выявления и своевременного лечения опухоли органа зрения.

«Саркома Капоши с поражением придаточного аппарата глаза» — тема доклада, с которым выступила профессор Е.Е. Гришина (Москва). Саркома Капоши — многофокусная опухоль, возникающая на фоне иммунодефицита и ассоциирована

М.А. Голованова (Нижний Новгород) представила сообщение на тему «Структура новообразований конъюнктивы в Нижегородской области». Злокачественные новообразования в структуре онкопатологии конъюнктивы населения области за семилетний период составили 3% от всех опухолей органа зрения, при этом на первом месте меланома, на втором — лимфома, на третьем — плоскоклеточная карцинома.

Ю.И. Бородин (Москва) выступил с докладом «Брахитерапия злокачественных опухолей конъюнктивы» и обратил внимание, что брахитерапия может быть применена как в качестве единственного лечения, так и в качестве адьювантного к хирургическому. Дозы в 80-100 г при меланоме конъюнктивы за 4-6 фракций, 35-40 г за 3-5 фракций при эпителиальных злокачественных новообразованиях конъюнктивы, 30 г за 4 фракции при лимфомах конъюнктивы являются достаточными для обеспечения локального контроля в 79,6%, 95,3% и 91,3% соответственно. Однако необходимы дальнейшие исследования для уточнения оптимальных доз и режимов брахитерапии при злокачественных новообразованиях конъюнктивы, а также для оценки эффективности брахитерапии с точки зрения локального контроля и выживаемости при более длительном наблюдении.

З.Ф. Абдулгазизова (Оренбург) представила сообщение на тему «Дифференциальная диагностика и тактика ведения больных со злокачественными эпителиальными опухолями роговицы». Цель работы заключалась в выявлении частоты встречаемости, особенностей клиники и дифференциальной диагностики злокачественных опухолей роговицы. Проведенные исследования показали, что злокачественные опухоли роговицы — крайне редкое заболевание; чаще роговица поражается вторично, т.к. эпителиальные клетки роговицы являются продолжением клеток бульбарной конъюнктивы. Злокачественные опухоли — чешуйчато-клеточный рак (карцинома), пигментные опухоли (меланома). При чешуйчато-клеточном раке новообразование может локализоваться в конъюнктиве, лимбе с распространением в роговицу; при постоперационном — за три года; при хроническом течении процесс развивается в течение 10-15 лет. Стадии: пятнистая, папулезная, опухолевая.

При лечении саркомы Капоши классического типа применяются цитостатики, рекомбинантный интерферон-альфа 2б; при ограниченном кожных проявлениях — локальное иссечение в сочетании с дистанционной лучевой терапией; при СПИД-ассоциированной форме назначаются антиретровирусные препараты; при лечении иммуносупрессивного типа — максимальное снижение или полная отмена ятрогенной иммуносупрессии. Часто только отмена иммуносупрессоров приводит к обратному развитию опухоли. Если этого не происходит, применяется рекомбинантный интерферон, при этом применение цитостатики и лучевой терапии абсолютно противопоказано.

Поводя итог своему выступлению, профессор Е.Е. Гришина отметила, что саркома Капоши должна быть включена в дифференциально-диагностический ряд опухолей века, особенно у ВИЧ-инфицированных больных; саркома Капоши — мультисистемная опухоль, приводящая у ВИЧ-инфицированных больных к поражению кожи, конъюнктивы, ротовой полости, желудочно-кишечного тракта, верхних дыхательных путей. Лечение заболевания проводится онкологом. Офтальмолог проводит иссечение опухолевого узла века с диагностической целью или в случаях, когда опухоль века обширных размеров мешает обзор. Иссечение опухоли дополняется дистанционной лучевой терапией.

с вирусом герпеса 8 типа. Поражаются преимущественно кожа, лимфатические узлы, режа — слизистые оболочки и внутренние органы. Впервые описана в 1872 году венгерским дерматологом Морицем Капоши. В настоящее время отмечается рост заболевания, связанный с большим количеством ВИЧ-инфицированных больных, а также с иммуносупрессивным фактором окружающей среды. Возможно изолированное поражение кожи или конъюнктивы век в качестве первой манифестации саркомы Капоши. Профессор Е.Е. Гришина обратила внимания на то, что офтальмологи, обычно работающие в условиях жесткого цейтнота, не имеют привычки осматривать внешние проявления этой патологии и испытывают определенные затруднения, часто принимая саркомы Капоши за воспалительные заболевания век и конъюнктивы.

Известны 4 типа саркомы Капоши: классический, описанный Капоши; эпидемический, связанный с ВИЧ-инфекцией и встречающийся в 20 тысяч раз чаще, чем в общей популяции; иммуносупрессивный, возникающий на фоне иммунодефицита, часто на фоне приема иммуносупрессоров после пересадки органов; эндемический (африканский). Саркома Капоши могут поражаться люди в любом возрасте. Патогенез заболевания: под действием протеина вируса происходит трансформация клеток эндотелия в мезенхимальные клетки. Клетки начинают экспрессировать в маркеры, характерные для кровеносных, лимфатических сосудов, при этом под действием протеинов возможен переход кровеносных сосудов в лимфатические и наоборот. Далее под действием протеинов происходит активация нуклеарно-латентного протеина, который блокирует апоптоз, клетка приобретает свойство «бессмертия» и развивается онкологическое старение клетки. Происходит ангиогенные процессы, часты кровеносных из новообразованных сосудов, обуславливающие цвет опухолевых узлов — от нежно-розового до красного с коричневым оттенком. По течению делится на острую, подострую, хроническую; при отсутствии лечения саркома Капоши при острым типе за один год может привести к летальному исходу; при подостром — за три года; при хроническом течении процесс развивается в течение 10-15 лет. Стадии: пятнистая, папулезная, опухолевая.

При лечении саркомы Капоши классического типа применяются цитостатики, рекомбинантный интерферон-альфа 2б; при ограниченном кожных проявлениях — локальное иссечение в сочетании с дистанционной лучевой терапией; при СПИД-ассоциированной форме назначаются антиретровирусные препараты; при лечении иммуносупрессивного типа — максимальное снижение или полная отмена ятрогенной иммуносупрессии. Часто только отмена иммуносупрессоров приводит к обратному развитию опухоли. Если этого не происходит, применяется рекомбинантный интерферон, при этом применение цитостатики и лучевой терапии абсолютно противопоказано.

Поводя итог своему выступлению, профессор Е.Е. Гришина отметила, что саркома Капоши должна быть включена в дифференциально-диагностический ряд опухолей века, особенно у ВИЧ-инфицированных больных; саркома Капоши — мультисистемная опухоль, приводящая у ВИЧ-инфицированных больных к поражению кожи, конъюнктивы, ротовой полости, желудочно-кишечного тракта, верхних дыхательных путей. Лечение заболевания проводится онкологом. Офтальмолог проводит иссечение опухолевого узла века с диагностической целью или в случаях, когда опухоль века обширных размеров мешает обзор. Иссечение опухоли дополняется дистанционной лучевой терапией.



Профессор И.П. Хорошилова-Маслова, к.м.н. Н.Л. Лепарская



Профессор Р.Л. Трояновский (Санкт-Петербург)

Докладчик обратила внимание на то, что локальное иссечение опухоли без дополнительной лучевой терапии может вызвать рост новой опухоли или появление рецидивов (феномен Кебнера).

Д.м.н. О.Г. Пантелеева (Москва) доложила о распространенности поражения переднего отрезка глаза при эндокринной офтальмопатии (ЭОП). Проведенные исследования показали, что поражение роговицы выявлено у всех больных ЭОП, обратившихся в МНИИ ГБ им. Гельмгольца; при неактивной стадии ЭОП чаще наблюдалась легкая форма поражения роговицы (93,2%); при активной стадии ЭОП чаще наблюдали среднюю форму поражения роговицы (92,7%). Тяжелая и терминальная стадии поражения роговицы выявлены у 7,3% больных активной стадии или в 3,9% от всех больных ЭОП. Для исключения развития тяжелых

поражений роговицы при ЭОП необходим осмотр офтальмологами всех больных с заболеваниями щитовидной железы, включая инструментальные методы исследования (в первую очередь, биомикроскопию с использованием витальных красителей).

В заключение докладчик отметила, что этапная реконструкция является успешной при хирургическом лечении деформации и зарращения конъюнктивной полости для достижения возможности ношения протеза. Необходимыми условиями оперативного лечения являются натяжение лоскутов; жесткая их фиксация в области наружной и внутренней связок век; длительная мобилизация век, тугие повязки; тщательный послеоперационный уход, постоянное ношение протеза способствуют успешному формированию адекватной конъюнктивной полости. Аутолизирующая губы, подчеркнул И.А. Филатова, является оптимальным материалом для реконструкции конъюнктивной полости.

Протеза в полости, объем варьировал от 1,3 до 3,5 см³. Глубина сводов увеличилась, лагофтальм уменьшился в среднем на 7,1 и 6,4 мм.

В заключение докладчик отметила, что этапная реконструкция является успешной при хирургическом лечении деформации и зарращения конъюнктивной полости для достижения возможности ношения протеза. Необходимыми условиями оперативного лечения являются натяжение лоскутов; жесткая их фиксация в области наружной и внутренней связок век; длительная мобилизация век, тугие повязки; тщательный послеоперационный уход, постоянное ношение протеза способствуют успешному формированию адекватной конъюнктивной полости. Аутолизирующая губы, подчеркнул И.А. Филатова, является оптимальным материалом для реконструкции конъюнктивной полости.

Новый Инновационный нож MANI® для парацентеза

- Подходит для глубоко посаженных глаз, пациентов с узкими глазными щелями и неглубокой передней камерой
- Легкое манипулирование за счет укороченного лезвия
- Идеально точный разрез

*На выбор разработано два типа ножа с разным углом изгиба лезвия: 30 и 45 градусов

Ширина 1.0mm

Угол изгиба MSP10 (45°) 45° MSP10L (30°) 30°

Длина изгиба 8mm 3.5mm

R-OPTICS

Официальный партнер MANI:
ООО «Эр Оптик», Тел.: +7 (495) 780-92-55, info@r-optics.ru, www.r-optics.ru

Новый магнито-лазерный офтальмологический аппарат для орбитального воздействия в бегущем режиме

«АМО-АТОС-ИКЛ»

Магнитолазерный излучатель с бегущим характером двух факторов воздействия (магнитное поле и ИК-лазерное излучение)

ПОКАЗАН при:

- глаукоме (снижение внутриглазного давления, нейропротекторная терапия)
- тиреоидной офтальмопатии
- отслойках сетчатки
- послеоперационных осложнениях и их профилактике
- нарушениях аккомодации (спазм, ПИНА)

Разработчик и изготовитель

ООО «ТРИМА»

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



Если за что-то берешься, делай это отменно

Интервью с заместителем главного врача глазной клиники

«Центр коррекции зрения «Октопус» (Самара), кандидатом медицинских наук, врачом высшей категории Андреем Борисовичем Дурасовым



Первый опыт «живой хирургии». Самара, 2010 г.

в МНТК «Микрохирургия глаза» организаторы вручили мне грамоту в ознаменование 10-летней годовщины моей деятельности в качестве синхронного переводчика. Несомненно, моя специальность служит мне хорошим подспорьем в переводе: я хорошо знаю нюансы, детали, термины, аббревиатуры, в которых неспециалисту, даже превосходно владеющему языком, разобраться не представляется возможным.

— С английским понятно, а японский?

— В 2014 году я ездил на Всемирный офтальмологический конгресс в Токио. Тема японского языка меня сильно заинтересовала. Ты будто попал на другую планету. Со знанием английского я свободно ориентируюсь в Европе, даже не в англоязычных странах, но в Японии совершенно ничего не понятно. Это меня и побудило заняться японским. Купил маленький самоучитель и в течение 10 часов перелета немного освоил азбуку и мог уже читать названия некоторых блюд, которые нам подавали в самолете. Я спрашивал стюардессу, правильно ли я их прочитывал, оказалось, что правильно. Мне просто стало интересно.

— Я в первую очередь доктор (смеется), все остальное — на уровне хобби, которое получило определенное развитие, благодаря моему давнему интересу к языкам.

— Сколько их в Вашем активе?

— В активном состоянии — английский, чуть-чуть — немецкий, поскольку я три месяца стажировался в Германии и заранее к ней готовился — учил основы. В немецкой клинике общался с пациентами на немецком на простейшем уровне: «открыть — закрыть глаза, сесть — встать», усвоил какие-то простые инструкции, некоторые бытовые выражения. Конечно, свободно вести беседу на немецком я не могу. А в последнее время меня серьезно увлекла каллиграфия, отсюда — совсем чуть-чуть японский и китайский, наверное, с эстетической точки зрения. Хотя с японскими докторами познакомиться, представляться могу, и они меня понимают.

Интерес к английскому у меня возник еще в школе. Учился я хорошо и в школе, и в институте. После обязательного года изучения английского я продолжил заниматься на кафедре иностранных языков, преподаватели мне давали переводческие медицинские тексты. Получается, что я и им помогал, и себе: набирал словарный запас по всем медицинским специальностям.

Знакомство с устным переводом пришло позже, когда работал в клинике у Сергея Львовича Бранчевского (сотрудником этой клиники я был много лет после института: сначала как заместитель во время учебы в ординатуре, аспирантуре и, будучи ассистентом кафедры, затем перешел на постоянную работу). Ездил на конференции, слушал устный перевод, который часто делал Сергей Львович, и как-то раз он предложил мне поработать вместе с ним. Язык на уровне научных статей я знал, в офтальмологической тематике разбирался, и объединить эти два элемента было несложно. Тревога вызывал сам факт синхронного перевода: послушать — понять — перевести, при этом не заглушить собой голос спикера, услышать следующую фразу — перевести и т.д. Попробовал первый раз — получилось, а дальше меня заметили организаторы конференций и стали использовать в качестве переводчика. В 2011 году на конференции

— Давайте обратимся к Вашей основной сфере деятельности, к офтальмологии. Одна из Ваших лекций по программе конференций была посвящена катаракте, в частности, Вы говорили о том, что опыт экстракапсулярной экстракции катаракты вырвал Вас в экстренных случаях и что современному хирургу крайне желательно владеть этой, на первый взгляд, устаревшей методикой. То есть с катарактой, как я понимаю, Вы знакомы уже давно и, очевидно, не только с катарактой.

— Мой интерес к офтальмологии возник еще во время учебы в Куйбышевском (на тот момент) медицинском институте. Я учился в интересное время: поступал в Куйбышевский медицинский институт им. Д.И. Ульянова, окончил Самарский медицинский институт, а ординатуру — в Самарском медицинском университете: три разные записи и одно учебное заведение. Во время цикла глазных болезней нас, студентов, водили в операционную посмотреть на экстракцию катаракты. Это была, естественно, самая частая операция, к тому же ее можно было показывать студентам без особых опасений.

— Опасений чего?

— Всякое бывает. Кто-то может при виде крови упасть в обморок, например... А катаракта — простая, относительно быстрая операция. С тех пор у меня появился целенаправленный интерес к офтальмологии. Студенты могли выбрать одно из трех направлений: терапия, хирургия, акушерство и гинекология — и на 6-м курсе, в субординатуре, я выбрал направление «хирургия», потому что офтальмология была хирургической подспециальностью. Таким образом, 6-й курс я отучился на общего хирурга. По циклу мы проходили все хирургические кафедры, смотрели общехирургические операции. После окончания института с красным дипломом, меня распределили в клинику субординатуру на кафедру офтальмологии, и я оказался в Офтальмологической больнице им. Т.И. Ершовского, где два года постигал премудрости работы врача-офтальмолога. Дальше — три года аспирантуры, где я в основном занимался лазерами: лазерным лечением патологии глазного дна, лазеркоагуляцией при диабете, при миопии

лазерным облучением крови диabetических ангиопатий нижних конечностей. Незначительно модифицировал методику, получили положительный результат. Метод с успехом использовался ровно до тех пор, пока не закрылось отделение.

...Сегодня с консервативным лечением существуют большие проблемы. Отделения и стационары, которые занимались консервативным лечением, закрываются, и развивается, в основном, хирургическое направление...

...В конце 1997 года в Самаре получил развитие метод эксимерлазерной коррекции зрения, и С.Л. Бранчевский предложил мне работу в своей клинике по этому направлению. Какое-то время я совмещал работу на кафедре с работой в частной клинике, специализировавшейся на эксимерлазерной коррекции. В мои обязанности входило обследовать пациента, при необходимости проводить периферическую лазеркоагуляцию, эксимерлазерную коррекцию. Эта работа требовала полной отдачи, и я был вынужден уйти с кафедры. С тех пор работаю в частной медицине. И постепенно, помимо эксимерлазерной хирургии, я стал проводить операции по поводу катаракты.

Катарактальные операции, как известно, это не только способ борьбы со слепотой, но и способ изменить показатели преломления глаза через рефракционную замену хрусталика. Катарактой я занимался с 2001 года, когда практиковалась еще шовная хирургия, сейчас используется ультразвуковая факоэмульсификация, но полученные в свое время хирургические навыки не забываем и успешно применяем, когда это необходимо. Бывают ситуации, когда катаракта чрезмерно запущена: хрусталик плотный, окружающие ткани слабые — и в этом случае ФЭК, идеальный метод хирургии катаракты, превращается в рискованную авантюру с непредсказуемым концом. Даже если удастся без особых интраоперационных проблем и осложнений завершить операцию, объем ультразвуковой энергии, необходимый для дробления огромного плотного хрусталика, будет настолько велик, что пострадают окружающие ткани, возникнет послеоперационное воспаление, отек роговицы, будет долго восстанавливаться зрение. Поэтому лучше провести пациенту менее технологичную операцию, проникающей способностью обладающей инфракрасный лазер, поэтому не требовалось вводить внутрь сосуда; достаточно было поместить его в зоне проекции сосуда, где он подходит близко к поверхности (сосуды шеи), и таким образом мы фактически оказывали воздействие на кровь, причем в непосредственной близости к глазу. Лазер, который мы могли использовать в работе, существовал. Причем он использовался не только в офтальмологии. Лазерная терапия — это разновидность физиотерапии и применялась при заболевании суставов, лечении других состояний. За основу мы взяли применявшийся на тот момент метод лечения внутрисосудистым

— Насколько тема актуальна из сегодняшней день?

— На сегодня разработано много различных способов воздействия на кровоток. А на тот момент актуальность заключалась в том, что широко был известен метод внутрисосудистого лазерного облучения крови, когда в вену вводился световод, и через него лазерное излучение подавалось непосредственно внутрь сосуда. Для этого использовался гелий-неоновый «красный» лазер, который через кожу не проникает, большой проникающей способностью обладающий инфракрасный лазер, поэтому не требовалось вводить внутрь сосуда; достаточно было поместить его в зоне проекции сосуда, где он подходит близко к поверхности (сосуды шеи), и таким образом мы фактически оказывали воздействие на кровь, причем в непосредственной близости к глазу. Лазер, который мы могли использовать в работе, существовал. Причем он использовался не только в офтальмологии. Лазерная терапия — это разновидность физиотерапии и применялась при заболевании суставов, лечении других состояний. За основу мы взяли применявшийся на тот момент метод лечения внутрисосудистым

— Как Вы считаете, насколько молодые доктора знают мануальный вариант хирургии катаракты?

— Не знают, к сожалению. Развитие технологий привело к тому, что молодые доктора, только прошедшие в хирургию, учатся современному методу, наиболее широко применяемому в последние годы. Стоит в операционной фактомашине, они и освивают этап операции, молодой врач постепенно постигал методику хирургии.



Синхронный перевод в МНТК «Микрохирургия глаза»

Первые самостоятельные операции проводились под наблюдением старшего коллеги, который мог по ходу работы что-то подсказать или при необходимости вмешаться.

— Много ли понадобилось Вам времени, чтобы «набить руку»?

— Точно ответить на вопрос я, наверное, не смогу, но думаю, достаточно много. Поначалу весь день, с утра до вечера, у нас уходило к значительному увеличению времени операции, хотя в исполнении опытного хирурга она длится всего 10 минут.

— Помните свою первую самостоятельную операцию?

— Первую самостоятельную операцию я сделал еще во втором году обучения в клинической ординатуре. Получилось так, что под присмотром ассистентов кафедры я выполнял операции во всех отделениях больницы им. Т.И. Ершовского. В детском отделении — операции по косоглазию, склеропластике; в глаукомном — 4 самостоятельные операции трабекулектомии и свою первую экстракцию катаракты на глаукомном глазу. В тот день мой наставник предложил мне наблюдать за ходом экстракции катаракты, но не с позиции ассистента, а с позиции хирурга, пропускающая через себя манипуляцию старшего коллеги. Я следил за работой доктора и мысленно следовал каждому его движению. Оперировать второго пациента было предложено уже мне, и я успешно справился. Это была моя первая самостоятельная операция экстракции катаракты.

— Скажите, самостоятельная операция на втором году клинической ординатуры — это был знак особого доверия к Вам, или программа обучения клинических ординаторов предусматривала самостоятельные операции уже на этом этапе?

— Это не было особым знаком, но и не все клинические ординаторы допускаются к операциям. Все зависит от того, как человек проявляет себя. У всех разные интересы, разные склонности. Кто-то больше склонен, например, к диагностике, хорошо смотрит пациента, проводит обследование, осматривает сложные методы диагностики, при этом не испытывает желание заниматься хирургией. Получается, что каждый проявляет себя в той сфере, которая его больше интересует, и ему начинают больше доверять. Мне повезло: я такое доверие сумел заработать и сделал несколько самостоятельных операций еще на этапе обучения.

— Наверное, тогда Вы почувствовали себя врачом, испытали гордость за самого себя, что помогли человеку?

— Очень приятно, когда операция, сделанная тобой, приносит человеку пользу, когда пациент благодарит за то, что ему стало лучше. Это дорогого стоит!

— Насколько я знаю, молодые доктора, ординаторы могут только мечтать о том, чтобы их близко подпустили к операционному столу. Докторам надо пройти буквально «огонь и воду», прежде чем они сядут за операционный микроскоп. В Европе можно видеть ту же ситуацию. Насколько, на Ваш взгляд, это оправдано?

— Постепенно система, существующая в Европе, приходит к нам. На 6-м курсе я учился в субординатуре по общей хирургии, и нам давали возможность ассистировать, поработать третьим хирургом, редко — вторым. Я даже сделал одну самостоятельную аппендэктомию. Наши наставники говорили, что нам сейчас ничего не позволяют, а в их время к окончанию субординатуры они делали по двадцать операций по поводу аппендицита. То есть раньше, до моего обучения, с самостоятельными операциями было проще, во время моего обучения стало сложнее и строже, сейчас, видимо, стало совсем строго. Да и с юридической точки зрения многое меняется: пациенты стали более подкованы; если, не дай бог, что-то случится, кто будет нести ответственность, если оперировал студент? Раньше, наверное, таких вопросов просто не возникало. Если человек хотел и мог оперировать, ему доверяли. Сейчас — видно, что человек может и справится, но не доверяют, потому что нельзя.

— Вам ближе какой вариант?

— Понимаете, сейчас существует много вариантов обучения, типа ВетЛАБ, и я считаю, что такой возможностью надо пользоваться. Однозначно необходимо получать теоретические знания, читать, смотреть, сейчас много информации можно получить в интернете: видеооперации и т.д.; надо наблюдать за реальной клинической работой: за процессом диагностики, лечения, присутствовать на операциях, ассистировать. Наверно полагать, что достаточно почитать книгу, посмотреть видеofilm, чтобы идти на операцию. Так не бывает. Обязательно надо пройти этап симуляционного обучения на ВетЛАБ или на компьютерном тренажере, чтобы проучиваться руками весь процесс операции. То, что тебе кажется легко, когда видишь со стороны работу хирурга, на самом деле совсем не так легко. И понимаешь это тогда, когда садишься к операционному микроскопу, когда перед тобой реальный пациент, который может вдруг дернуть глазом. Конечно, умение реагировать на непредвиденные обстоятельства приходит с опытом, но базовые



Первый опыт в качестве модератора «живой хирургии». Самара, 2018 г.



С. д.м.н. А.В. Золотаревым. Самара, 2018 г.

навыки должны быть отработаны так, чтобы в спокойных, стандартных условиях операция проходила в штатном режиме.

— Профессор Николай Николаевич Пивоваров говорил своим ученикам, что лучше делать что-то одно на «5», чем все на «4». Ваше отношение?

— Я согласен в том плане, что каждую работу надо делать качественно. Нельзя оправдывать плохую выполненную работу тем, что ее много. Это — не вариант. Если берешься за что-то, делай это отменно. Если есть способность, желание, время заниматься несколькими делами, пожалуйста, но каждое дело должно быть выполнено как положено. Я не сторонник жестко ограничивать количество направлений, но в каждом из этих направлений специалист должен быть на уровне.

— Можете ли Вы оценить себя по пятибалльной шкале в тех направлениях, которыми Вы занимаетесь?

— Я, во всяком случае, стараюсь, чтобы моя работа была оценена на «5». У меня такое стремление: если я отмываю массу, я должен отмывать их полностью, если операция и т.д.; надо наблюдать за реальной клинической работой: за процессом диагностики, лечения, присутствовать на операциях, ассистировать. Наверно полагать, что достаточно почитать книгу, посмотреть видеofilm, чтобы идти на операцию. Так не бывает. Обязательно надо пройти этап симуляционного обучения на ВетЛАБ или на компьютерном тренажере, чтобы проучиваться руками весь процесс операции. То, что тебе кажется легко, когда видишь со стороны работу хирурга, на самом деле совсем не так легко. И понимаешь это тогда, когда садишься к операционному микроскопу, когда перед тобой реальный пациент, который может вдруг дернуть глазом. Конечно, умение реагировать на непредвиденные обстоятельства приходит с опытом, но базовые

ткани, я не могу себе позволить сказать: «Ну, и ладно».

— Неужели кто-то может?

— Я не буду говорить о других докторов, но, судя по тому, с какими глазами иногда приходят пациенты, наверное «да». Я не считаю это правильным. Если надо что-то сделать, тем более это предусмотрено технологией, то так и надо делать — от начала и до конца. Надо всесексти стремиться выполнять свою работу качественно, тогда, даже если результат окажется не таким радужным, как предполагалось вначале, можно будет себя в этом не винить.

— Андрей Борисович, Вы первый врач в семье?

— В семье — первый. Но моя сестра, на два года моложе, ушла из школы вместе со мной: я после 10 класса поступил в институт, она после 8-го класса — в медицинское училище. Потом, поработав несколько лет медсестрой, она тоже окончила медицинский университет. И сейчас в нашей семье два врача: офтальмолог и детский хирург.

— Благодарю Вас за беседу!

Материал подготовил Сергей Тумар
Фото из архива А.Б. Дурасова
и Сергея Тумара

Уважаемые читатели!

В прошлом номере газеты в интервью с к.м.н., заведующим хирургическим (вitreoretинальным) отделением Санкт-Петербургского филиала ФГАО «Национальный медицинский исследовательский центр «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Я.В. Байбородовым был ошибочно указан год создания второго vitreoretинального отделения — 2016-й. Отделение было открыто в 2015 году. Приводим правильный вариант фрагмента интервью:

— Сколько vitreoretинальных вмешательств Вы провели за время работы в Санкт-Петербургском филиале МНТК?

— Более тринадцати с половиной тысяч. Когда я пришёл сюда работать, vitreoretинальное отделение возглавлял Сергей Александрович Никулин, потом им руководил Александр Георгиевич Радченко. Сейчас заведующим является Тамерлан Мелитонович Джусоев. В 2015 году было создано ещё одно, второе в нашей клинике, vitreoretинальное отделение, которое Балашевич Леонид Иосифович, тогдашний руководитель филиала, доверил возглавить мне.



Лечение пациента — это искусство, творение добра

Интервью с руководителем Клиники офтальмологии и микрохирургии глаза «К+31», кандидатом медицинских наук **Сергеем Игоревичем Абрамовым**

— Сергей Игоревич, расскажите, пожалуйста, о Вашей клинике: какие виды лечения можно получить в клинике «К+31»? В чем состоит ее главная особенность?

— Клиника офтальмологии и микрохирургии глаза «К+31» начала свою работу в 2012 году в составе многопрофильного медицинского центра премиум-класса. С первого дня существования клиники в ее организационную основу была заложена основная идея — постоянное развитие и увеличение клинического потенциала.

Коллектив клиники достаточно молодой, и в этом наше преимущество. Молодые люди, как правило, обладают большим жизненным потенциалом, энтузиазмом, легко и быстро обучаемы. Прекрасные условия работы, атмосфера добра и взаимопонимания, умноженные на возможности самой современной техники, позволили добиться прекрасных результатов — наши врачи обладают глубокими знаниями и умениями как в диагностике, так и в лечении пациентов. Все диагностические мероприятия, включая авторефрактометрию, проверку остроты зрения, измерение ВГД, выполняет именно врач! Для нас это исключительно важный вопрос, так как я считаю, что на этапе проверки зрения можно много узнать о пациенте, вынуждены в суть его жалоб и проблем с глазами.

— Обычно диагностические процедуры выполняются медицинскими сестрами?

— Еще со времен Святослава Николаевича Федорова было заведено, что проверка зрения и первичные обследования проводятся либо оптометристами, либо медицинскими сестрами. Это в значительной мере снижает нагрузку врача, но, как я уже сказал, чтобы вынуждены в суть проблемы, врач должен заниматься пациентом с самого начала.

— Перечислите, пожалуйста, направления, по которым работает клиника.

— Основные направления клиники — рефракционная хирургия (лазерная коррекция зрения, имплантация фактических линз), лазерная хирургия, хирургия катаракты, глаукомы и витреоретинальная хирургия.

В клинике огромное внимание уделено самому современному диагностическому и операционному оборудованию. Мы используем практически все новейшие технологии, существующие сегодня в мире.

Немаловажным фактором является то, что клиника «К+31» является многопрофильным лечебным учреждением, и мы имеем возможность применять междисциплинарные методы лечения; своя лаборатория и смежные специалисты позволяют за несколько часов подготовить пациента к самой сложной операции.



Клиника оснащена самым современным оборудованием

Особенностью клиники «К+31» является то, что все операции, включая LASIK, мы можем проводить не только под местной анестезией, но и под седацией, и под общим наркозом. Для соматически тяжелых больных из других городов или маломобильных пациентов есть большой стационар с одно-, двухместными палатами и палатами класса «люкс».

— Что нового произошло в лазерной хирургии за последние годы? Какие новые технологии вошли в медицинскую практику? Как вообще появляются новые лазерные технологии?

— Для начала давайте вспомним, где и какие лазеры применяются в офтальмологии. Существуют лазеры для рефракционной хирургии роговицы и ее пластики, лазеры для сопровождения катаракты, для лечения патологии сетчатки, глаукомы, вторичной катаракты и стекловидного тела. За последние годы стремительное развитие получили рефракционные лазерные технологии для коррекции зрения. На сегодняшний день существуют три принципиально различных способа коррекции зрения: фоторефракционная кератэктомия (ФРК), LASIK и Relex SMILE. LASIK и ФРК, которые зарекомендовали себя как наиболее безопасные, стабильные и малоинвазивные методики. В этом году технологии LASIK исполняется 30 лет: первая операция была сделана американским офтальмологом Голаном Пейманом в 1989 году.

проведение технического обслуживания. Чем сложнее и точнее становятся приборы, тем более внимательного и бережного отношения к себе они требуют. Поэтому каждую неделю я лично проверяю калибровку всех приборов, кроме того, каждый доктор обязан следить за состоянием оборудования. Это дает нам уверенность в измерениях при проведении обследования, что сказывается на точности результатов.

Хотел бы немного остановиться на нашем недавнем приобретении — лазере Schwind Amaris 1050RS Limited Edition. Прежде чем принять решение о его покупке, я провел довольно глубокий анализ имеющихся на рынке машин и пришел к выводу, что все современные лазеры очень хороши. Они обладают прекрасными диагностическими базами и позволяют получить замечательные рефракционные результаты. Однако для меня большое значение имеет то, что во время операции, работая на машине Schwind Amaris 1050RS, я не прибегаю к услугам инженера и все манипуляции (ввод данных, переключение режимов и т.д.) провожу самостоятельно. Понимаете, я привык все держать под своим личным контролем. Второе: безопасность, точность, надежность — этим требованиям машина полностью соответствует. В третьих,

дело все в том, что я несу огромную ответственность перед пациентами, и всю калибровку, настройку перед операцией я должен посмотреть сам. Если вдруг что-то пойдет не так, вся ответственность ложится на меня. Особенность лазера заключается в том, что его рабочий интерфейс полностью развернут на хирурга — это позволяет видеть все этапы операции, захват «ай-трекинга» и т.д. Для меня это очень удобно, так как я не завишу от действий инженера.

— По самому приблизительному расчету, сколько лет Вам может прослужить эта машина?

— Интересный вопрос! Думаю, что лет 10. Безусловно, развитие идет постоянно, техника обновляется, становится совершеннее. Почему мы остановили свой выбор именно на самой последней модели? У нее огромный запас «апгрейда». Я знаю случаи, когда клиники приобретают аппаратуру с практически исчерпанным ресурсом модернизации. Что мы имеем в нашем случае: частота — максимальная; айтрекинг 7D — предел: система не только отслеживает движение глаза во всех направлениях, но и умеет предвосхитить его последующее движение. Единственное, что будет дорабатываться, — программное обеспечение, но это — не проблема.



нет. Конечно, самое неприятное, что может случиться при рефракционных операциях, — кератэктазия и прогрессирование кератоконуса, но благодаря существующим у нас технологиям такая вероятность сведена к минимуму.

— В России есть уже такие машины?

— Это первый лазер данного типа в России, обладающий огромными возможностями и уникальными технологиями. Кроме LASIK, ФРК, ПТК, персонализированной абляции, корригирующей абракции высокого порядка, и PresbiLASIK, наш лазер обладает технологией SmartSurFACE, позволяющей проводить коррекцию зрения без прикосновения

инструментами. Эта технология, прежде всего, подходит пациентам, занимающимся контактными видами спорта, военным, пилотам некоторых авиакомпаний, в которых существует запрет на проведение операций по технологии LASIK, а также тем пациентам, кто боится прикосновения инструментов к главному яблоку. Однако у такой технологии есть и свой недостаток: восстановление зрения происходит в течение 4-5 дней, в отличие от LASIK, после которого зрение приходит в норму уже через несколько часов.



Конгресс ESCRS. Лиссабон, 2017 г.



С профессором В.В. Куренковым



С А.Г. Югаем и О.В. Унгурьяновым

— Вы упомянули о том, что сами занимаетесь калибровкой лазера. Речь идет о характерной особенности этого лазера или это Ваша инициатива? Вы выполняете ту работу, которую обычно выполняет инженер.

— Дело все в том, что я несу огромную ответственность перед пациентами, и всю калибровку, настройку перед операцией я должен посмотреть сам. Если вдруг что-то пойдет не так, вся ответственность ложится на меня. Особенность лазера заключается в том, что его рабочий интерфейс полностью развернут на хирурга — это позволяет видеть все этапы операции, захват «ай-трекинга» и т.д. Для меня это очень удобно, так как я не завишу от действий инженера.

— По самому приблизительному расчету, сколько лет Вам может прослужить эта машина?

— Интересный вопрос! Думаю, что лет 10. Безусловно, развитие идет постоянно, техника обновляется, становится совершеннее. Почему мы остановили свой выбор именно на самой последней модели? У нее огромный запас «апгрейда». Я знаю случаи, когда клиники приобретают аппаратуру с практически исчерпанным ресурсом модернизации. Что мы имеем в нашем случае: частота — максимальная; айтрекинг 7D — предел: система не только отслеживает движение глаза во всех направлениях, но и умеет предвосхитить его последующее движение. Единственное, что будет дорабатываться, — программное обеспечение, но это — не проблема.

— По каким критериям Вы выбрали новый лазер я понял. А как выбор пал на компанию-поставщика?

— Я уже упоминал о том, какие требования в выборе аппаратуры для меня являются основными, это — надежность, точность, возможность быстрой технической и инженерной поддержки. Ровно этим критериям соответствует компания «Трейдомед Инвест».

— Ваши взаимоотношения с компанией «Трейдомед Инвест» ограничиваются приобретением лазера Schwind Amaris? Была ли предосторожность?

— Я знаю эту компанию, наверное, лет 15. Наши отношения начинались с покупки офтальмологических газов для витреоретинальной хирургии. Несколько лет назад я искал лучший микрокератом, который можно было бы применять, в том числе и для LASIK. Таким оказался Morga Evolution 3, который нам поставила компания «Трейдомед Инвест». Многие специалисты, в том числе и я, считают, что на сегодняшний день Morga — один из лучших микрокератомов.

— Сергей Игоревич, офтальмология в России находится на высоком уровне, требования пациентов к клинике и к врачу очень высоки, плюс существует

большая конкуренция среди учреждений, предоставляющих офтальмологические услуги. Что выделяет «К+31» от остальных частных клиник?

— Конечно, офтальмологических клиник в Москве и ближайших регионах достаточно много, открываются новые лечебные учреждения. В Вашем вопросе прозвучало слово «конкуренция», но оно мне не нравится, я считаю, что конкуренция неприменима в медицине. Мы же не торговая организация. Лечение пациента — это искусство, творение добра. Пациент всегда находит и свою клинику, и своего врача. Что касается отношений между клиниками, здесь более уместно слово «дружба». Мы практикуем совместные консультации, советуемся при лечении особых, редких случаев.

Особое внимание мы уделяем бережному, внимательному и, самое главное, индивидуальному отношению к пациенту. Время на прием уходит ровно столько, чтобы не только тщательно обследовать пациента, поставить правильный диагноз и назначить лечение, но и рассказать ему о ходе предстоящего лечения, ответить на все вопросы.

— На работе мы проводим большую часть своего времени. Приятно, когда тебя окружает комфортная обстановка, радуешь своим профессионализмом коллеги.

— У нас царит атмосфера здоровой демократии и единства. Мы постоянно делимся полученными знаниями, советуемся, информируем друг друга о ходе лечения пациентов. Кроме того, прекрасно налаженные логистические нюансы добавляют в нашу работу четкость и порядок. Врачам импонирует спокойная, вдумчивая работа с каждым пациентом, что приводит к хорошим результатам и не позволяет страдать от профессионального выгорания.

— Сергей Игоревич, какие методы руководства используете Вы?

— Безусловно, демократические. Причем я всегда прислушиваюсь к коллегам, руководствуюсь принципом, что не я здесь самый умный. Считаю, что мои врачи должны быть в чем-то умнее меня. Развиваясь, они подтягивают до своего уровня коллег, в том числе и меня. Молодые доктора схватывают больше информации и делают это быстрее. Разница примерно в 10 лет, которая существует между мной и коллегами, очень правильная: заставляет быть в тонусе.

— Как, на Ваш взгляд, изменились подходы в обучении молодых докторов?

— Подходы, безусловно, меняются, как и все в мире. Наши родители учили нас одному, мы своих детей — уже другому. Конечно, основополагающие понятия, такие как доброта, порядочность, человечность, остаются.

Что касается нашей специальности, я считаю, что для каждого последующего поколения врачей должна быть более высокая стартовая площадка. Мы знаем, что одним из первых вмешательств по поводу катаракты была рефракция, однако 50 лет назад ее уже не делали, наступила эпоха интракапсулярной хирургии; затем — экстракапсулярные операции и, наконец, факосмульсификация. На мой взгляд, доктора не должны заниматься теми видами вмешательств, которые ушли в прошлое. Задача молодых врачей — сразу осваивать новейшие технологии, но при этом они должны знать и предыдущие методики.

— Должен ли хирург одинаково хорошо выполнять все виды вмешательств?

— Я являюсь противником монохирургии. Человек, умеющий оперировать только правый глаз, это — не хирург. Я считаю, что специалист должен знать и уметь все, при этом глубоко и досконально развиваться в своем узком направлении. С другой стороны, если я делаю катаракту, то должен уметь оперировать глаукому, т.к. часто возникает необходимость в сочетанной хирургии, кроме того, я должен разбираться в рефракции, чтобы оценить вероятный исход вмешательства. Нельзя рассматривать глаз как отдельные его части.

В государственных клиниках существует такое понятие, как поток. Доктору просто не хватает времени узнать, кто перед ним. В частных клиниках подход иной: у врачей достаточно возможности ближе познакомиться с пациентом, понять

его жалобы, ожидания от лечения, чтобы в результате оказать человеку максимально возможную помощь и улучшить качество его жизни.

Возвращаясь к Вашему вопросу, повторю, что я освоил многие хирургические методики и направления, и орган зрения для меня не существует в отрыве от человека. Именно такой подход к профессии офтальмохирурга я стараюсь привить своим ученикам. Многие врачи, с кем мы вместе работаем — мои бывшие ординаторы. Когда встал вопрос о комплектовании клиники «К+31», прежде всего я привлек своих учеников, так как в них в значительной степени заложена моя школа. Хотя «моя школа» звучит несколько напыщенно. Я ни в коей мере не претендую на звание мэтра, я не в том возрасте и не в том статусе. Однако, насколько могу судить, мне удалось консолидировать несколько направлений:



Моя вторая семья

от Аркадия Павловича Нестерова мы получили серьезные основы знаний по глаукоме, Александр Герасимович Югай передал мне свои знания по витректомии, Елена Олимпиевна Саксонова — по витреоретинальной патологии, Вячеслав Владимирович Куренков — по рефракционной хирургии...

— Что Вы больше всего цените в людях, в коллегах, друзьях?

— Преданность, честность, открытость, порядочность, стремление к саморазвитию. Вы знаете, мы постоянно что-то придумываем, изучаем, улучшаем. Коллеги, видя нашу неуемность, в хорошем смысле слова, заражаются этим вирусом и начинают также себя вести. Думаю, очень важно, когда все вокруг находится на одной волне.

— Сотрудники, с кем Вы работаете, кто они для Вас: коллеги или друзья?

— Я считаю, что люди, с кем я работаю, это — вторая семья.

— Дома Вы забываете о работе?

— Моя жена, Светлана Сергеевна Абрамова, — прекрасная лазерный хирург, диагност. Много лет она мне помогает буквально во всем. Мы с ней находимся на одной волне и подчас за ужином, в спокойной обстановке, обсуждаем какие-то рабочие моменты и порой приходим к долгожданному решению. То есть в нашем случае врач — это не профессия, это — призвание, образ жизни.

— Сергей Игоревич, как Вы пришли в профессию врача и почему Ваш выбор пал именно на офтальмологию?

— Практически все свое детство я провел в больнице, у папы на работе. Мой отец — замечательный сосудистый хирург, доктор медицинских наук, профессор. В молодом возрасте он возглавил отделение и стал заместителем главного врача по хирургии в московской городской клинической больнице № 15. Конечно, я хотел стать хирургом, как папа. Я не носился с ребятами во дворе, зато носился по больничным палатам, санитарии, а в качестве вознаграждения мне иногда разрешали присутствовать на операциях. Естественно, после такой подготовки мне не оставалось иного выбора, кроме медицинского института. После поступления во 2-й МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова в свободное от учебы время работал в больнице, прошел путь от санитаря, медбрата до врача. Работал в отделении хирургии и общей реанимации, в качестве медбрата участвовал в операциях общехирургического направления. Мне очень нравились сосудистая хирургия, многочасовые операции, шивание мельчайших сосудов, и к последнему курсу института выбор медицинской специальности был практически сделан. Но случилось так, что заведующим витреоретинальным отделением



Иногда меняю кератом на смычок и медиатор

офтальмологического отделения больницы был назначен Александр Герасимович Югай. Было закуплено новейшее оборудование, выделена отдельная операционная. Познакомившись с Александром Герасимовичем, я стал часто появляться в операционной и буквально влюбился в офтальмологию, в совершенную аппаратуру: мне безоговорочно нравились чистые, красивые операции, спасавшие людям зрение, восторженная реакция прозревших пациентов. А когда А.Г. Югай предложил мне стать его учеником, сменил по поводу дальнейшей специализации у меня не осталось: после института я пошел в ординатуру по офтальмологии, в отдел к Александру Герасимовичу Югаю. Заведующей офтальмологическим отделением была Алла Ивановна Олейник, главным консультантом по витреоретинальной патологии — Елена Олимпиевна Саксонова. Не могу не вспомнить Надежду Валентиновну Гурьеву, с которой мы впервые в России стали применять дренажи Ahmed в лечении глаукомы. Эти глубокоуважаемые люди стали моими главными учителями в офтальмологии.

Чтобы приучить свои руки к работе с микроскопом, мы с товарищем, тоже ординатором, ездили на рынок, за небольшие деньги нам разрешили покупать свинные глаза, и по ночам, когда операционные были свободны, развивали хирургическую технику.

Достаточно рано, учитывая мое рвение и энтузиазм, Алла Ивановна Олейник стала назначать меня ответственным офтальмологом по больнице во время дежурств. Мне приходилось заниматься травмами, пациентами по скорой помощи и т.д.

Еще до моей учебы в ординатуре в нашем отделении проводилась большая работа, имеющая целью доказать, что беременным женщинам с высокой миопией и дистрофиями на периферии сетчатки можно проводить родоразрешение естественным путем. Раньше считалось, что в таких случаях единственно возможным методом было кесарево сечение. Мы показали, что профилактическая лазеркоагуляция сетчатки у пациенток с дистрофией обеспечивала возможность женщинам рожать естественным путем. Проводилась большая работа по внедрению и применению анти-VEGF препаратов. Одни из первых проводили оптическую когерентную томографию сетчатки. Одни из первых стали применять торические и мультифокальные интраокулярные линзы.

— В каком году Вы пришли на работу в клинику «К+31»?
— В 2011 году. В то время здание представляло собой голые, серые стены. Потребовался год на то, чтобы сделать ремонт, провести коммуникации, завести оборудование и принять, наконец, первого пациента. Здесь мне удалось воплотить свою главную концепцию: разделение диагностического и хирургического блоков и оснащение их самой передовой техникой. Сочетание технологических возможностей многопрофильного лечебного учреждения с прекрасным оборудованием нашей офтальмологической клиники дает прекрасные результаты в диагностике и лечении.

— Насколько я понимаю, Вы начинали как витреоретинальный хирург?

— Как ни странно, свой путь в офтальмологии я начал с сетчатки, затем перешел на катарактальную хирургию, глаукому и рефракционные операции. Рефракционная хирургия в государственных клиниках была явлением редким, а в городской клинической больнице № 15, где я работал, ее не было вообще, но я некоторое время подрабатывал в оптике, занимался подбором очков и контактных линз. Тогда же начинал осваивать рефракцию.

Через несколько лет после окончания ординатуры я познакомился с Вячеславом Владимировичем Куренковым, стоявшим у истоков экзимерлазерной хирургии, и он предложил мне работу в его клинике. Так состоялось мое первое знакомство с частной медициной, а Вячеслав Владимирович стал моим наставником в экзимерлазерном направлении. Несмотря на солидную разницу в возрасте, мы стали хорошими друзьями и единомышленниками, прекрасно сотрудничаем.

— Сергей Игоревич, в офтальмологическом мире Вы известны как опытный хирург. Многие коллеги знают, что Вы прекрасный поете. Чем, помимо офтальмологии, Вы еще увлекаетесь?

— С пяти лет родители отправили меня в музыкальную школу по классу скрипки, при этом я занимался с удовольствием, без малейшего нажима со стороны папы или мамы. Играл в детском симфоническом оркестре имени Д.Д. Шостаковича, «донтрался» до 1-й скрипки. В переходном возрасте увлекся гитарой, тем более после

скрипки освоить любой струнный инструмент не представляло особой сложности. Я записался в «Рок-лицей», облачился в кожу, отстрил волосы ниже плеч, стал настоящим рокером.

— Что Вы играли?

— Рок, конечно. Led Zeppelin, AC/DC, Deep Purple, Aerosmith — мои кумиры, и мы исполняли многие их вещи. В школе у нас был свой ансамбль, играли на вечерах, затем меня пригласили в профессиональную группу. Но на 2-м курсе института нужно было выбирать: либо продолжаю играть, ездить с гастрольями, либо занимаюсь медициной. Я выбрал второй вариант в немалой степени благодаря другу семьи, музыканту Александру Маршалу. Для меня он — дядя Саша. И дядя Саша сказал: «Не занимайся ерундой, музыка — это нестабильно и непостоянно. Пусть музыка будет твоим увлечением, но твой путь — медицина». Однако музыкой я продолжаю заниматься: у меня дома стоят барабаны, бас-гитары и электрогитары, и время от времени я вспоминаю любимые мелодии и при любом удобном случае для друзей или на конференциях могу сыграть и спеть что-то в свое удовольствие.

Меня часто спрашивают, как я все успеваю? Успевал как-то. Наверное, потому что мало спал и совсем не лоботрясничал. Я был все время чем-то увлечен. Очевидно, сказывается воспитание моих родителей и позже влияние прекрасных учителей.

— Музыкальные пальцы помогают в хирургических манипуляциях?

— Да, абсолютно точно помогают. Хорошая микромоторика в значительной степени является следствием владения музыкальными инструментами.

— Вы думаете о докторской диссертации?

— Конечно, думаю. Тем очень много, но я установил для себя высокую научную планку и должен найти действительно стоящее направление исследований.

— О чем была Ваша кандидатская диссертация?

— В своей диссертационной работе я доказал, что даже совсем незначительный миопический астигматизм влияет на реакцию людей, занятых «эригидно-напряженным» трудом: авиадиспетчеры, водители, машинисты — т.е. специалистов, которые в силу своей профессии должны быстро реагировать на меняющуюся ситуацию. Мы доказали, что скорость реакции человека даже с небольшим, физиологическим, астигматизмом, -0,75, -1,0, ниже, чем у полностью здоровых людей, и таким людям можно делать лазерную коррекцию зрения, после чего скорость принятия решения повышается.

— Какими Вы видите перспективы развития клиники?

— Естественно, мы не можем останавливаться. Мои врачи и я постоянно принимаем участие во всех крупных научно-практических конференциях как в стране, так и за рубежом, выступаем с докладами, берем на вооружение самые новейшие технологии.

— Благодарю Вас за интересную беседу!

Интервью подготовил Сергей Тумар Фото из личного архива С.И. Абрамова

Издательство Апрель www.aprilpublish.ru

Выпускаем в Свет научные издания

Главная | Издательство | Периодические издания | Книги | Авторам | Услуги | Контакты

Офтальмологическая симптоматика, диагностика и дифференциальная диагностика при менингиомах оболочек зрительного нерва

Н.К. Серова, Н.А. Сергеева, М.В. Галкин

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко», Москва

Менингиома оболочек зрительного нерва — медленно растущая доброкачественная опухоль, исходящая из выростов арахноидотелия. Опухоль чаще возникает у людей среднего возраста от 35 до 60 лет, преимущественно женщин. В детском возрасте менингиомы встречаются крайне редко, как правило, у пациентов с нейрофиброматозом. Поражение зрительного нерва преимущественно бывает односторонним. С двух сторон опухоль встречается примерно в 5% случаев. Менингиома оболочек зрительного нерва поражает зрительный нерв в его орбитальной части, интраканальцевой, может распространяться в полость черепа. Опухоль по типу роста бывает инфильтративно-растущая и узловая (рис. 1).

Основная симптоматика менингиомы оболочек зрительного нерва офтальмологическая. Она представлена ранним нарушением зрительных функций, которые в начале заболевания могут быть интермиттирующими, в виде затуманивания зрения и непереносимости яркого света, сужения границ поля зрения в сочетании с периферическими и парацентральными скототомами. Постепенно симптоматика усугубляется. В течение многих месяцев и даже лет можно наблюдать снижение остроты зрения и усугубление

дефектов в поле зрения пораженного глаза. На глазном дне появляются признаки первичной атрофии зрительного нерва: побледнение и отек диска зрительного нерва, в 1/3 случаев на диске зрительного нерва формируются опто-цилиарные шунты (рис. 2).

В силу медленного прогрессирования зрительных нарушений на одном глазу пациенты не всегда обращают внимание на зрительный дефицит. Для менингиомы оболочек зрительного нерва характерно длительное наличие симптоматики до постановки диагноза. Порой у части пациентов менингиомы могут быть случайной находкой, обнаруженной при проведении компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии (МРТ) по поводу других заболеваний (травма, сосудистые заболевания головного мозга и др.). В этой ситуации у пациентов может не быть ни жалоб, ни симптомов, связанных с опухолью.

Следует сказать, что диагностика и дифференциальная диагностика порой бывает сложной, в особенности в период ранних клинических проявлений, когда острота зрения остается высокой и выявляется минимальный дефект в поле зрения. Офтальмоскопическая картина: побледнение диска зрительного нерва, пастозность и небольшой неравномерный его отек, делает объяснимым тот факт, что предполагаемому диагнозом, чаще всего, становится неврит зрительного нерва или передняя ишемическая нейропатия (рис. 3). Этим объясняется, что такие пациенты нередко наблюдаются длительное время у офтальмологов и для лечения в наш

институт обращаются в далеко зашедшей стадии заболевания.

Однако первичные менингиомы оболочек зрительного нерва имеют отличительные черты — это стойкое постепенное снижение остроты зрения и нарастание дефектов в поле зрения, а также изменения на глазном дне, присущие только менингиомам зрительного нерва — наличие опто-цилиарных шунтов, являющихся результатом нарушения венозного оттока и не встречающихся при невритах и передней ишемической оптической нейропатии.

В случае дальнейшего роста опухоли, как правило, через 2-4 года, после проявления зрительных расстройств, появляется экзофтальм и неглубокие глазовидительные нарушения, в результате компрессии опухолью экстраокулярных мышц, что объясняет симптоматику.

Диагноз, как правило, ставится на основании клинико-рентгенологических данных.

Нейровизуализационные методы исследования (МРТ, КТ, КТ-перфузия) позволяют на более ранних этапах развития заболевания диагностировать менингиому оболочек зрительного нерва (рис. 4). В последнее время большую значимость приобрели перфузионные исследования (КТ и МРТ). Эти исследования позволяют дифференцировать менингиому от других процессов в зрительном нерве, а также определить степень злокачественности менингиомы. Сочетание клиники с рентгеносимптоматикой, хорошо изученной в настоящее время, позволяет установить диагноз без гистологической верификации, что отвечает современному

приоритету не подвергать пациента хирургии и инвазивным процедурам. Эксплоративная биопсия опухоли, как правило, чревата появлением глазовидительных нарушений и снижением зрительных функций.

Среди новых технологий особое место занимает оптическая когерентная томография (ОКТ). Использование метода ОКТ диска зрительного нерва и сетчатки, включая оценку комплекса ганглиозных клеток сетчатки (КГКС) и перипапиллярного слоя нервных волокон (ПНСВ), позволяет выявить в ранней диагностике менингиому оболочек зрительного нерва истончение комплекса ГКС и ПНСВ (рис. 4).

В настоящее время основной стратегией в лечении менингиом оболочек зрительного нерва являются наблюдение или лучевая терапия. Наблюдение остается приемлемой консервативной мерой в тех случаях, когда зрительные функции сохраняются стабильными, в пределах 0,8 или выше.

При снижении зрительных функций моделью выбора стала стереотаксическая фракционированная радиотерапия (СФРТ). Она обеспечивает контроль роста опухоли, стабилизирует или улучшает зрительные функции.

При более низких зрительных функциях (практическая слепота и слепота) с целью контроля роста опухоли возможно применение радиохирургического лечения.

В настоящее время в хирургическом лечении прибегают в случае выраженного экзофтальма, грубых глазовидительных нарушений, в сочетании со слепотой или практической слепотой на стороне поражения.

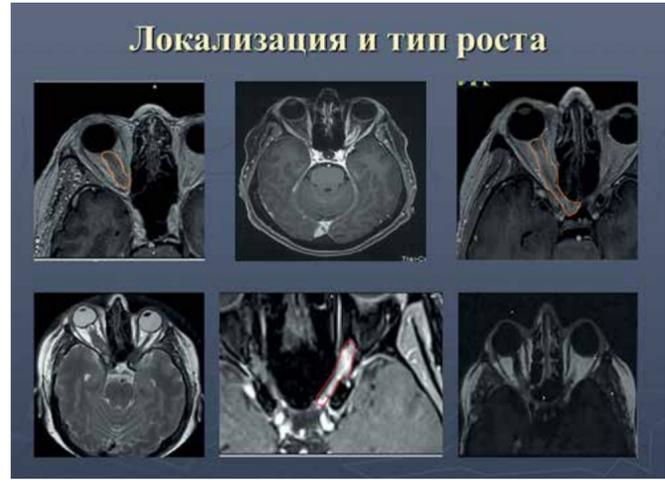


Рис. 1



Рис. 3

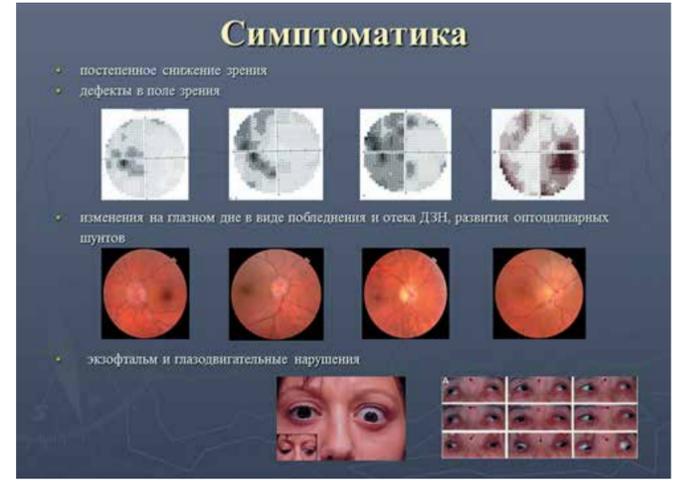


Рис. 2



Рис. 4

WETLAB для медицинских сестер как новый формат повышения квалификации

Оренбургский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Проводимые в Российской Федерации реформы здравоохранения требуют соответствующего кадрового сопровождения, что ставит перед системой подготовки медработников задачу корректировки образовательных программ с учетом происходящих перемен, а перед системой здравоохранения в целом — задачу наиболее эффективного использования квалифицированного труда.

Сестринское дело является важной составной частью системы здравоохранения, в которой профессионализм врача, эффективность использования современного лечебно-диагностического оборудования и внедрение новых методов лечения невозможны без высококвалифицированного сестринского ухода, в котором роль медицинской сестры нельзя рассматривать только как вспомогательную.

В настоящее время медицинская сестра — признаваемая общественностью личность, самостоятельно выполняющая широкий круг определенных обязанностей на высоком профессиональном уровне.

Сегодня сестринское дело требует понимания, применения специальных знаний и умений, оно основывается на знаниях и технике, созданных на базе гуманитарных и естественных наук: биологии, медицины, психологии, социологии и других.

В наше время повышенной грамотности населения средний и младший медицинский персонал должен владеть большим объемом знаний практического и теоретического характера. В среде медицинских сестер особое место занимает операционная медсестра, которая под руководством хирурга выполняет необходимый перечень работ по обеспечению оперативного вмешательства.

Работа в операционной неотъемлемая часть компонентов лечебного процесса. Профессия операционной медсестры требует специальных знаний и самых разнообразных навыков. Ей должны быть присущи: высокая ответственность и требовательность, тактичность и терпение, владение в полном объеме опытом работы на всех участках хирургического профиля, необходимостью стремиться и быть профессионалом высокой квалификации.

В исключительных случаях операционная медицинская сестра может выполнять функцию ассистента, если она обладает большим опытом работы в операционной.



По установившейся традиции вся полнота формальной ответственности за исход операции возлагается на хирурга, а медсестра-ассистент, по меньшей мере, морально полностью разделяет с хирургом ответственность за операцию.

Производство операции бригадой предполагает достаточную слаженность, сработанность и доведенное до автоматизма совместное выполнение всей последовательности оперативных приемов. В идеале сестра-ассистент должен владеть ходом и особенностями операции, выполнять предначинанные приемы. Именно тогда она сможет мысленно поставить себя на место хирурга и наилучшим образом помочь ему, особенно в критических случаях.

Офтальмохирургия, как часть хирургии, развивается наиболее высокими темпами и во многом является самой высокотехнологичной. В современной хирургии, в том числе и в офтальмологии, значительно увеличилась доля малоинвазивных вмешательств, имеющих специфику хирургической техники и выполняемых на высокотехнологичном и дорогостоящем оборудовании, представленными новейшими электронно-оптическими приборами, ультразвуковыми и лазерными системами, новейшими

инструментами и расходными материалами, современными операционными микроскопами. Выполнение современных операций диктует необходимость квалифицированных действий операционной медицинской сестры по обеспечению безопасности и комфорта пациента оперативного вмешательства, ответственности за сохранность и исправность аппаратуры. Все это требует умения работать с дорогостоящим оборудованием, что с каждым днем повышает требования к квалификации операционной медсестры.

На этапе реструктуризации здравоохранения в Российской Федерации значимым и актуальным является проведение модернизации системы медицинского образования. В целях совершенствования качества среднего медицинского образования проводятся реформы, инновации, внедрение новых технологий и т.д.

Каждая операционная сестра должна владеть всем технологическим процессом проведения операции и являться надежным помощником офтальмохирурга. Внедрение в офтальмологию современных технологий требует постоянного повышения профессионального уровня операционных медсестер.

в вебинарах и онлайн-обсуждениях, получение консультаций в офлайн-режиме; сопровождение лекционного материала обучающими видеороликами или презентациями; введение в обучающий курс материала по анатомии и физиологии органа зрения и методов исследования глаза и его придатков, вопросов психологии общения с пациентами.

В связи с повышением требований к уровню квалификации и необходимости освоения современных методов решения профессиональных задач должна быть определена динамика обновления теоретических и практических знаний специалистов. Исходя из этого, постоянно проводится коррекция и оптимизация программ обучения в соответствии с последними достижениями офтальмологической науки и практики и технологий образования.

С этой целью в 2018 году на базе Оренбургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России был организован и проведен первый практический курс WETLAB для медицинских сестер по теме: «Работа среднего медицинского персонала в операционном блоке».

В рамках данного курса были изучены теоретические и практические вопросы по основным направлениям в офтальмохирургии: катаракта, глаукома, окулопластика, рефракционная и витреоретинальная хирургия и др. Специалисты делились своими знаниями и усовершенствованиями организации деятельности медицинской сестры офтальмологического профиля. Медицинским сестрам была представлена возможность изучить актуальные вопросы обеспечения инфекционной безопасности при применении инструментов, ознакомиться с новыми видами хирургического оборудования и расходных материалов.

Каждый из участников имел возможность не только получить новые знания, задать интересующие вопросы специалистам, но и максимально отработать практические навыки.

Учитывая постоянное усовершенствование и оснащение операционной высокотехнологичным оборудованием, сложность оперативного вмешательства при оказании специализированной медицинской помощи в современных условиях требует от операционной медсестры высокой квалификации, знания хода операций и владения техникой работы на компьютеризированной аппаратуре, что обеспечивает безопасность, комфортность всего хирургического процесса. Качество проведения сложных операций напрямую зависит от квалификации медицинского персонала. Операционный блок является сердцем любого хирургического стационара, а его сотрудники, особенно операционные медицинские сестры — главная основа и гарантия успеха его работы.

В первом практическом курсе WETLAB для медицинских сестер приняли участие 10 человек из Екатеринбурга, Кемерово, Воронежа, Самары, Пензы. По результатам обучения было проведено анкетирование с целью выявления

эффективности проведенной работы. Все респонденты отметили высокую потребность в проведении подобного рода обучения для среднего медицинского персонала, а также нехватку в существующей системе образования подобного рода курсов. Более 90 процентов выделили практическую составляющую, благодаря чему были достигнуты основные цели WETLAB: высокий уровень усвоения информации, возможность получения навыков в практической работе при проведении хирургического вмешательства на высокотехнологичном оборудовании, обмен личным опытом; демонстрация значимости командной работы медицинского персонала. Все обучающиеся выказали желание в увеличении практических занятий по работе в операционной. Большая заинтересованность в принципах работы аппаратов. Практически все респонденты отметили высокое значение темы по обработке инструментов. На обучающем курсе выступили представители компаний, выпускающих расходные материалы, операционные инструменты. На их лекциях подробно рассказывалось как применяется тот или иной инструмент, объяснялась техника использования, причина создания той или иной модели устройства, последовательность использования. Широко рассматривался вопрос ошибок в применении инструментов. Эти выступления в каждой анкете были оценены по значимости по пятибалльной шкале, каждый участник анкетирования выставил максимальную оценку. Из недостатков курса была указана нехватка информации по следующим пунктам: ведение документации в операционной, практика при проведении операций пациентам детского возраста.



Приводим записанную интервью старшей медицинской сестры операционного блока г. Воронежа областной офтальмологической клинической больницы Сухоруковой Елены Леонидовны как отклик на нужды медицинских сестер.

— Елена Леонидовна! Вы активно принимаете участие на подобном рода курсах?

— Да, именно на подобном рода курсах впервые. Конечно, многие из нас были на стандартных курсах повышения квалификации, но все они носят более общий характер, а узкоспециализированные не проводятся. Эти курсы для нас ценны, так как направлены

на работу при оперативном вмешательстве, рассматривались именно вопросы хирургии. Основной упор был сделан на быстро развивающуюся витреоретинальную хирургию.

— На этих курсах была и практика, и теория. С Вашим многолетним стажем, было что-то новое для Вас?

— Мой стаж составляет 30 лет, а операционной сестрой — 29 лет. И знаете, несмотря на это, теория, которая была нам дана в очень большом объеме, была уместна, так как сразу следовало практическое закрепление. А некоторые вопросы, возникающие по ходу обучения, были для меня озвучены впервые.

— Конечно, в новинку. Однако сложились комфортная обстановка, проще задавать вопросы тем, кто не понаслышке знает о каких-то проблемах, связанных с работой операционных сестер.

— На курсе были медсестры из государственных и частных медицинских учреждений. Возможно, была разница в подходах в работе?

— Знаете, нет. Тем более многие частные клиники сейчас обслуживают пациентов по ОМС. В некоторых клиниках на плечи операционной медсестры ложатся какие-то функции даже медицинского инженера, поэтому информацию, которую давал, например, инженер вашего филиала, была кстати. Мы знаем, что ваш филиал организован для медицинских сестер, к сожалению, нам не посчастливилось на ней побывать. Знаем, что участие принимают представители всех форм собственности. И также происходит обмен опытом, обсуждение тем, касающихся нашей работы. А это очень важно, чтобы проблемы обсуждались, так и находили пути их решения. Я очень благодарна нашему руководству, что оно приняло решение направить нас на данный курс.

Оценив высокую эффективность проведенной работы, руководством клиники было принято решение о проведении последующих курсов для медицинских сестер операционного блока. Второй аналогичный курс был проведен с 19 по 23 ноября 2018 г.

— Лекции вам читывали коллеги, медицинские сестры Оренбургского филиала. Ваше мнение по этому поводу?

Профессор А.Д. Чупров,
А.О. Лосицкий, Э.А. Петросин,
А.В. Каширина



Материалы для микрохирургии

BIO-HYALUR

Вискоэластик на основе гиалуроната натрия с хондроитинсульфатом натрия

- Превосходная защита эндотелия
- Гиалуроновая кислота высокой степени очистки
- Большой объем 1 мл



Bio-Hyalur CS

- 2% Гиалуронат Натрия & 2% Хондроитинсульфат Натрия
- Вязкость 40000mPas±15000mPas
- Шприц 1 мл с канюлей 27G
- Инструкция на русском языке

Легкость и простота в использовании

Всегда в наличии

Быстрая доставка

(495) 646-72-51

info@focus-m.ru

www.focus-m.ru

На правах рекламы

Министерство здравоохранения Самарской области
Самарская областная клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ершовского
Самарский государственный медицинский университет
НИИ глазных болезней СамГМУ
Центр коррекции зрения «ОКТОПУС»

XIV ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РЕФРАКЦИЯ – 2019»

28-29 ноября 2019 г., г. Самара

Уважаемые коллеги и партнеры!

28-29 ноября 2019 г. в Самаре состоится XIV офтальмологическая конференция «РЕФРАКЦИЯ – 2019», посвященная 100-летию Самарского государственного медицинского университета.

Направления работы конференции:

- Школа офтальмохирурга в формате 3D;
- Актуальные вопросы оптометрии, медицинской оптики и очковой коррекции;
- Актуальные вопросы контактной коррекции;
- Современные технологии в детской офтальмологии;
- Современные возможности хирургической коррекции рефракционных нарушений;
- Актуальные вопросы лечения патологии офтальмотонуса и аккомодационно-рефракционных нарушений;
- Актуальные вопросы лечения заболеваний сетчатки и зрительного нерва.

Мероприятие будет аккредитовано в рамках непрерывного медицинского образования.

Место проведения: г. Самара, Лотте Отель Самара, ул. Самарская, д. 110.

Участие в конференции бесплатное.

Подробная информация о конференции, а также предварительная регистрация будет размещена на официальном сайте ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ершовского» www.zrenie-samara.ru.

Очки из вторсырья

О.Н. Мошеева

Генеральный директор
ИД «Оптический MAGAZINE»

w.r.yuma (We-are-yuma, Нидерланды) изготавливает 3D-очки из переработанных пластиковых отходов, включая бутылки.

Черные оправы из переработанных панелей автомобилей, белые — из прозрачных бутылок из-под газировки. Все они имеют складной защитный футляр из пробки (Португалия) и салфетку для ухода, также изготовленную из переработанного ПЭТ-пластика.



Модель Ross из переработанной панели автомобиля



Модель Gemma из переработанной ПЭТ-бутылки

Genusee Eyewear (США). Кто в Штатах не слышал историю о городе Флинте с отравленной водой. Сюда поставляется ежедневно 22 млн бутылок воды, и что с ними делать? Компания запустила программу выпуска очков из этой тары.

Проблема переработки мусора во всем мире стоит очень остро, и оптики не могли пройти мимо этого практически безграничного ресурса. Представляем вам несколько компаний, которые используют пластик из переработанных бутылок для производства солнцезащитных очков.



Parafina (Парагвай). Эта молодая компания решила, что не должно быть мусора. Ее коллекция солнцезащитных очков изготовлена из пробки, бамбука, переработанных алюминиевых банок и ПЭТ-бутылок. Также она запустила свою собственную программу стипендий #LLévaleAlCole, финансируемую с пяти процентов от всех продаж. «Программа гарантирует, что все дети в Парагвае, независимо от пола, этнической принадлежности, окружающей среды и социально-экономических условий, имеют доступ к стабильному и качественному образованию».

В частности, в сотрудничестве с маркой Chupa Chups были изготовлены очки — фронт из бывшей ПЭТ-бутылки, а заушники из 100%-го бамбука.



Coca-Cola RECYCLED BOTTLE

Это придает новый смысл термину «Coke Bottle Glasses». Солнцезащитные очки из переработанных бутылок из-под кока-колы.



Я получен из переработанного тебя

- В минуту продается 1 млн пластиковых бутылок.
- 91% всего пластика не перерабатывается.
- Прогноз: в 2020 году будет продано полтриллиона пластиковых бутылок.
- * В 2016 году во всем мире было закуплено 80 млрд пластиковых бутылок.
- * Для производства 1 литра бутылированной воды необходимо 3 л воды (США).
- ПЭТ-бутылка разлагается 400 лет.
- ПЭТ-бутылки пригодны для вторичного использования.



Зеленые очки из Южной Африки

Уже есть идеи для создания устойчивых материалов для оправ и специальный дизайн для них. Марка David Green Eyewear из ЮАР особенно обрадует друзей природы, потому что компания занимается переработкой листьев на оправы. Основатель и дизайнер компании Дэвид Грин хочет принести больше природы в города мира, поддерживая охрану окружающей среды.



Компания David Green Eyewear со штаб-квартирой в Кейптауне была основана в 2006 году и производит необычные и экологически чистые очки.

Сотрудники «зеленой» компании подбирают материалы по строго установленным «зеленым» критериям. Там, где это возможно, используют натуральное сырье и переработанную воду.

Д. Грин использовал свое внимание к деталям, технический подход и свою любовь к окружающей среде, чтобы вывести на



Hero Brooke BB3



Hero Awake AW1



Hero Lincoln LC2

рынок продукты, содержащие натуральные составляющие — по его концепции опавшие листья деревьев высушиваются, окрашиваются и добавляются в ацетат целлюлозы для дальнейшей переработки.

Также сделан еще один шаг в направлении устойчивого развития с появлением складного футляра для очков. Привлекательные и прочные, эти элегантные кейсы в плоской форме занимают меньше места при транспортировке и остаются верными концепции «уникальные по своей природе».

Другими натуральными элементами являются тростник и настоящий перламутр. Результат — стильные, уникальные очки, созданные на базе природных материалов.

Компания за свои коллекции получила награды на международных оптических выставках в Нью-Йорке, Лас-Вегасе, Лондоне, Бирмингеме и Мюнхене. В 2017 году оправа от David Green Eyewear была выбрана для Дня Святого Патрика во всем мире.

В настоящее время очки и оправы Дэвида Грина доступны в более чем тридцати странах.

Бодрящий запах... очков

Каждый год люди все больше стремятся к экологически чистой жизни, предметы быта, которые нас окружают, также становятся более экологичными. Украинская компания Ochis Coffee, создающая солнцезащитные очки, обязательно даст вам с утра первый заряд бодрости, так как их модели сделаны из кофе.



Как сообщает пресс-релиз киевской компании, солнцезащитные очки Ochis Coffee производятся из кофейного жмыха и льняного шорта.

«Основная идея кофейных очков — это абсолютный отказ от нефтяного пластика, — говорится в сообщении компании. — Наши оправы разлагаются в 100 раз быстрее, чем обычные пластиковые очки». Через десять лет, если вы вдруг потеряете очки, наша оправа полностью разложится в почве или в воде и превратится в естественное удобрение для новых растений». Очки пахнут кофе в течение нескольких месяцев после их покупки. Матовая легкая рамка приятная на ощупь, отличается гибкостью и имеет регулируемые заушники. На данный момент доступны четыре цвета линз Carl Zeiss и возможно установление диоптрийных линз.



Максим Гавриленко, основатель Ochis Coffee: «Мой отец владел оптическим магазином и мастерской, где я изучал очки с самого детства. Я видел множество моделей и захотел создать действительно экологичные, удобные и универсальные очки, которые каждый человек смог бы настроить под себя. После долгих поисков я создал новый эко-материал из кофе и льна, из которого изготовлена коллекция Ochis Coffee».

Иновационные очки из натурального кофейного жмыха могут принести свежую струю в индустрию очков, ведь это органические, высококачественные и прочные очки, которые пахнут кофе.

Деревянная перезагрузка

В течение многих лет деревянные оправы завоевывают мир оптики. Все больше и больше марок выпускают на рынок свои коллекции из этого специфичного материала. На Silmo 2018 были представлены модели, в которых, например, дерево сочеталось с другими материалами или предлагались новые методы производства, не имеющие ничего общего с первыми деревянными очками. Ниже несколько примеров этой «деревянной перезагрузки».



Hakino



In'V6



Carbon Wood

Hakino

Дизайнер Арно Бальдюк и оптик Эрве Фрайссе в 2010 году в Альби (Франция) основали бренд Hakino, который специализируется на оправках с комбинацией фронтов из дерева и ацетатных заушников. Каждая модель изготовлена вручную в Жюра и уникальна, в соответствии с фундаментальными ценностями бренда: бескомпромиссное качество, 100%-ный экологичный дизайн, изделия пригодны для повторного использования и гипоаллергенны.

In'V6

In'V6 — это слово из диалекта департамента Вогезы, на северо-востоке Франции, означающее «дерево» или «лес», и название марки очков из дерева. Пять основателей компании родом из всех частей Франции встретились в Вогезах в Национальной школе технологий и промышленности дю Буа. Их страсть к деревообработке и спорту на открытом воздухе привела в 2013 году к производству деревянных досок для серфинга, а позже последовали бамбуковые велосипеды и деревянные очки. Марка нашла

свой дом в горах и с помощью краудфандинга, кампании по сбору средств, начала производство. Сегодня это бренд представлен в магазинах оптики во Франции, Бельгии и Швейцарии. Для коллекций используется, в основном, древесина из данного региона, иногда естественная, иногда копченая, более темная в различных оттенках, иногда внешне пятнистая, что создается с помощью прессованных древесных частиц.

Jean-François Rey

Новые оправы бренда J.F.Rey «Carbon Wood» сочетают в себе тонкие слои углеродного волокна с натуральным деревом в различных вариантах и цветовых схемах с эстетическими деталями, которые подчеркивают «простоту» форм. Естественный оттенок древесины контрастирует с наэлектризованными цветами или интенсивным черным во всех деревянных или двухцветных вариантах, что придает моделям особое единство.

Thinwood. Бренд Thinwood был основан

в 2015 году в Будапеште (Венгрия) и дебютировал на Silmo в 2018 году. С идеей упаковки

тонкого слоя дерева толщиной 0,6 мм между двумя карбоновыми слоями Арнольд Кис создал не только очень тонкую, гибкую оправу, но и легкие (6-8 грамм), аналогичные титановым очкам, модели в разнообразной цветовой палитре.

Waiting for the sun. В ожидании солнца возникла дружба между А. Мокьяром и Ж. Тьюалом. Жить в настоящем, с ярко выраженным знанием о том, чего они хотят в будущем — вот обязательства партнеров с момента основания компании.

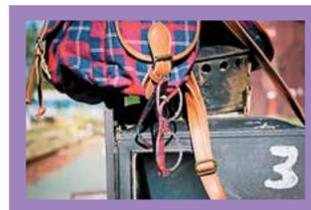
В начале 2017 года к хорошо функционирующему тандему присоединился С. Шову. Как бывший оптик, он является экспертом по разработке оптической части коллекций.

Из-за ответственности за устойчивое использование всех ресурсов и охрану окружающей среды триумвират создает все более биоразлагаемые новые перси оправ из древесины или биоацетата, который содержит древесное волокно.

И ведутся поиски соответствующих возможностей для линз и своих металлических моделей.

Очки из юбки или галстука

Город Шлайц в Тюрингии знают не все. При этом все немцы знают, что здесь работал филолог Конрад Дуден, составитель знаменитого орфографического словаря немецкого языка, названного в его честь. Здесь же находился трек Schleizer Dreieck, заставлявший учащенно биться сердца многих автогонщиков. Теперь пришла очередь прославить город коллекцией очков из ткани «Guckstoff» от Марко Зура.



В городке Шлайц, что на юго-востоке Тюрингии, проживает чуть более 8600 человек. Здесь 14 лет назад Марко и Ивонн Зур открыли свой оптический магазин — универсальный, ориентированный на все возрастные группы. Сегодня 40-летний основатель компании рассказывает о своем увлечении даже на телевидении и ищет единомышленников для представления коллекции на профессиональных выставках.

Идея создания оправ из ткани возникла под влиянием Ивонн и ее рукоделия. В течение четырех лет шла работа над созданием материала устойчивого к окраске: иногда модель становилась цветной при ношении, когда пот или макияж попадали на оправу.

Наконец, были созданы качественные материалы и форма, с возможностью индивидуального подхода к дизайну, цвету, рисунку, а также к размерам: все в соответствии

с пожеланиями клиентов. На создание одной модели требуется примерно около двенадцати часов.

Вы желаете очки из старого любимого платья или очки под цвет галстука? Все возможно. В оптической мастерской Марко Зура производят очки из ткани. Под давлением ткань и ацетат образуют твердый, фрезерованный блок. Все остальное является коммерческой тайной.



Маркетинг оптического предприятия — составляющие успеха

Редакция газеты «Поле зрения» и компания «Маркет Ассистант Групп» 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.

Стимулируем всё

Е.Н. Якутина

Генеральный директор
ООО «Маркет Ассистант Групп»,
доцент МСГУ

Продолжение, начало см.
в №№ 4-6/2016, 1-6/2017, 1-6/2018

В комплекс маркетинга входят такие элементы, как реклама, стимулирование сбыта и связи с общественностью. Наука не стоит на месте, появляются новые ответвления, например, событийный маркетинг, который, с моей точки зрения, не существует вечно — он существует, а находится чуть выше нее, потому что такой деятельности должен предшествовать маркетинговый анализ и целеполагание с точки зрения стратегии развития предприятия. Современное поколение менеджеров, которые должны заниматься просто организацией событий, скорее из-за красоты словосочетания «event-маркетинг», предпочитают заниматься последним, нежели понимают сущность явления.

Все три главных элемента подчинены цели и задачам маркетинга предприятия. К задачам маркетинга относятся:

- выход на рынок с новым товаром (услугой);
- побуждение покупателей к более активному потреблению;
- привлечение новых покупателей.

Эти классические задачи для нашего менеджера по маркетингу могут стать простой схемой контроля работника по так называемым КРІ, ключевым показателям работы. Смотрим, что было в начале (работы, периода, акции) и сравниваем, что получили в итоге: Востребована услуга? Выросли доходы? Есть новые клиенты?

При этом хочу заметить, что ответственность по таким показателям относится именно к менеджеру или директору по маркетингу, который способен нести ответственность за столь масштабные задачи. Менеджер по рекламе будет работать только «до порога», то есть задача его состоит в том, чтобы создать рекламный продукт по заданным показателям ЦА (напомним, целевой аудитории), разместить его там, где ЦА воспримет (прочтет, посмотрит, прослушает), побудит клиента прийти. Что будет с клиентом внутри вашего предприятия — забота не рекламиста. Он должен привести потенциально нового клиента к вам (заставить позвонить, написать, кликнуть, перейти по банеру на ваш сайт, лично посетить). Дальше с потребителем разбирается сотрудник (оптик-консультант, врач, продавец).

Для маркетинговых задач характерны задачи:

- борьба с конкурентами;
- поддержание уровня сбыта в периоды межсезонных спадов спроса;
- расширение номенклатуры товарных запасов и/или предоставляемых услуг для увеличения сбыта и др.

Не обойдемся без емких определений.



Стимулирование сбыта представляет собой комплекс мер по формированию у потребителей (включая посредников, например, основную ЦА — мамы, но воздействовать на них мы можем через детей) непосредственных (прямых) побудительных мотивов (покупки, поддерживающих и поощряющих сбыт товара на всем его пути на рынке от производителя к потребителю).

Стимулирование сбыта — это разнообразное побудительное средства (главным образом, краткосрочные), призванные ускорить и/или увеличить продажи товаров/услуг потребителям или дилерам.



Реклама вызывает желание купить, стимулирование сбыта поощряет покупку

Чтобы научиться грамотно планировать стимулирующие акции, давайте разберемся в структуре этого понятия, «стимулирование сбыта». Итак, в нем есть три составляющие.

Скорость

Включение акций в вашу программу придаст живость продажам, ускорит их течение.

Прямой побудительный мотив, в качестве которого могут выступать деньги, призы, дополнительные товары; специализированная информация. Этот элемент заставляет купить, посетить магазин, опробовать товар, запросить дополнительную информацию и др.

Универсальность аудиторий

Используется на любом этапе продвижения товара на рынке: от производителя к дилеру, от дилера к потребителю, от производителя к потребителю.

Последнее замечание относится непосредственно к вам, управленцам своих предприятий. Вы можете использовать стимулирование сбыта в своих собственных интересах, когда закупаете товар или услуги у ваших поставщиков. Те виды стимулирования сбыта, которые направлены на продавцов, то есть оптовых покупателей, могут помочь вам одновременно снизить издержки вашего бизнеса.



Скидки с цены (торговые сделки)

Дилеры приобретают товар большими партиями со скидкой, это дает им возможность предоставлять скидки вам или продавцам без скидочки, имея при этом дополнительную прибыль.

Выставочное оборудование (витрины, стойки для размещения товара) — вы можете получить это бесплатно, если заключите соответствующий договор. Соглашения подобного рода не редкость, нужно только оговорить условия (бартер на рекламу и продвижение товаров поставщика среди ваших покупателей; лизинг; возврат оборудования после прекращения контракта).

Дилерские премии и конкурсы (поставщик поощряет ваших сотрудников лучше ориентироваться в номенклатуре его товара, вручая призы за определенный уровень продаж). В ваших силах попробовать договориться с поставщиком о подобной акции.

Распределение затрат на местную рекламу между производителем, дилером и вашим предприятием. Вы еще не просили у своего поставщика? Пора это сделать сейчас:

- бесплатные рекламные и вспомогательные материалы (буклеты, справочники, каталоги, брошюры, аудиовизуальные материалы и др.);
- куртажные выплаты — денежные премии продавцам, исчисляемые в процентах от суммы реализации товара;
- предоставление бесплатных образцов;
- книги отзывов покупателей;
- бесплатное обучение продавцов;
- конференции по обмену опытом и др.

К видам стимулирования сбыта, направленным на деловых партнеров, и это тоже можно использовать в вашей рекламе, относятся:

- съезды, конференции;
- соревнования сетевых структур;
- моральное и материальное поощрение и др.

И, наконец, акции стимулирования сбыта для конечного покупателя.

Можно пошутить и сказать, что у вас проходит акция и если клиент один раз измерит внутриглазное давление, то второй раз он сможет это сделать бесплатно. Но позволить это сделать бесплатно. Но позволить. А если разнести такое измерение во времени?

Тогда мы получаем пациента для повторного прихода в клинику или оптику. И при повторном приходе — получаем возможность продать этому клиенту еще что-либо.

Для того чтобы найти шаблоны, воспользуйтесь уже упоминаемой мной маркетинговой стратегией — «следование за лидером». Просмотрите внимательно, что делают другие клиники, какие акции проводят, как «упаковывают» рекламное предложение. Оптики — чуть более свободны в придумывании сбытовых акций, поскольку имеют дело с товаром. Но стратегия срывает и здесь.

- Второй товар в подарок.
- Проверка зрения при покупке очков в подарок.
- Приведи друга и получи скидку 5% на вторую товар в чеке.
- Купи на сумму 5 тысяч рублей и накопи бонус на следующую покупку.
- Купи два товара сразу из одной коллекции и выбери в подарок (пример рекламу зубной пасты или стирального порошка: структура этих роликов почти всегда одинаковая. Показ грязной одежды, стирка двумя порошками, один из которых отстирал лучше. Видеоряд с белоснежной улыбкой, фокус на упаковку пасты, слоган о том, что будет с вашими зубами после употребления данной зубной пасты).

Хорошо работают сейчас акции, проводимые с помощью социальных сетей:

- поставь «лайк» и получи дополнительную скидку в 3% для покупки очков в нашем магазине (клиент выходит из интернета и приходит в ваш салон офф-лайн);
- подпишись на нашу рассылку (сайт, страничку) и участвуя в розыгрыше (очков, оправы, измерения зрения, билета в театр, билета на дружескую вечеринку и пр.).

Механику акции нужно тщательно прописать.

1. Кто может воспользоваться.
2. Кто ответственен в вашем салоне за акцию.
3. Сроки проведения и окончания.
4. Условия для клиентов — обязательно прописать и показать на общедоступном ресурсе.
5. Подготовить карты лояльности, призы, сертификаты в достаточном количестве.
6. Рассчитать доходность акции.
7. Сделать рекламную упаковку акции — создать слоган, найти картинку, написать хороший продающий текст, сверстать базовый макет.
8. Заказать полиграфию, если она вам требуется: листовки, проспекты, плакаты.

И, если вы чувствуете, что короткие классические штанишки стимулирующих акций вам коротки, беритесь за творчество. О чем мы поговорим в одной из следующих статей.

Вам в помощь 9 заповедей стимулирования сбыта.

1. Определите конкретную цель мер стимулирования (усилить известность товара или услуги, расширить его присутствие в магазине, привлечь покупателей и др.).
2. Изучите конкретные методы стимулирования, которые обеспечивают достижение поставленной цели. Например, если сбыт падает, то предоставление скидки может не исправить ситуацию.
3. Сформулируйте основную идею кампании по стимулированию и всей концепции — ясно и доходчиво.
4. Продумайте четкое и несложное визуальное изображение акции: графики, информационные тексты, картинки.
5. Запустите рекламную кампанию.
6. Помните, что стимулирование должно поддерживать имидж компании (например, призы должны соответствовать направленности деятельности компании).
7. Меры стимулирования должны координироваться с другими элементами комплекса маркетинга.
8. Продумайте и оптимизируйте набор средств массовой информации для проведения кампании по стимулированию.
9. Четко определите, когда следует начать кампанию по стимулированию и когда ее закончить, так как это весьма важно для ее успеха.



Дневник вел лейтенант медицинской службы Леонид Балашевич (1960 год)

Продолжение, начало см. в №2-6/2018

18 августа

Наконец пришли хорошие новости из бюро погоды — пролив Вилькицкого начинает очищаться ото льда. Нам уже изрядно надоели и якорные вахты, и унылая однообразная тундра, и стесненная жизнь в прочном корпусе. У нас очень мало воды, и мы расходим ее экономно. Две недели не мылись в бане. На берегу это еще терпимо, в лодке же с ее грязью и теснотой переносится тяжело. Все тело противно самому себе, волосы стали жесткими и жирными, зудит весь череп, что не дает возможности сосредоточиться и работать. Это раздражает людей, появляются угрюмые взгляды, перерывки, споры из-за мелочей. Как же мы обрадовались, когда с флагманского корабля по радио сообщили, что для подводников организуется помывка в корабельной бане! Конечно, баня — это слишком сильно сказано, просто подадут в душ горячую воду на час, и за это время у 8 сосков должно вымыться 60 человек (ведь и здесь пресная вода на вес золота). Но для нас и это — блаженство, мы жадно хватая руками жидкие струйки воды, смываем потоки грязи, улыбаемся друг другу. Пусть эта баня скорее напоминает душ Шарко для нервных больных, пусть многим приходится выбегать в раздевалку с мыльной пеной на теле — смывать ее не хватало воды, все равно появляется смех, шутки, веселеют глаза, на тонну легче тело, кажется, никто никогда так не оценит обычный корабельный банно, как подводники, вернувшиеся из дальнего плавания. И еще теплый галюн. Этого уж, кроме подводников, никто не поймет!

А на следующее утро мы снялись всем дивизионом с якоря и двинулись на северо-восток, поближе к проливу. Здесь, у острова Тыртова, мы догнали свою плавучую базу, снова переселились в обжитые на Дикосне каюты. Здесь хорошо можно выпастаться на частом белье розового пользования, которое вчера нам великодушно выдал боцман, развалившись в койке, не рискуя разбить лолоу о клапан аварийного продувания или прибор КП-6. Здесь мы получили сброшенные с самолета газеты от 8-10 числа и через 12 дней после полета Титова в космос увидели, наконец, его портрет. Герману 26 лет. Поистине историю делают тридцатилетние. Конечно, кто не завидует Титову, особенно мы, офицеры с таинственных подводных кораблей, — ведь он сделал что-то полезное в свои 26 лет. А что сделал, чего добились мы? Чего добьемся? Дряблые мышцы и лыся голова в 32 года, а то и раньше. Немного больше звезд на погонах и значительно меньше ума в голове. Увядшая жена, которую ты видел 20 дней за последние 7 лет, и дети, которые зовут тебя дядей?

В эту ночь я так и не уснул на чистой и просторной койке. Мысли роятся в голове, хорошие мысли, их не уложишь на клочок бумаги, тем более в путевой дневник. Перед ним я ставлю только одну маленькую цель — сохранить впечатления перехода. Ведь не часто приходится покрывать расстояния в десятки тысяч километров. Да, Герман Титов говорит, что у космонавтов есть не только тоска по родине, но и тоска по земле! Говорит, что это совершенно новая тоска, которую не знали ранее. Чужак, он бы сперва спросил об этом у подводников!

Л.И. Балашевич

ПЕРЕХОД СЕВАСТОПОЛЬ — БУХТА ПРОВИДЕНИЯ

Дневник корабельного врача

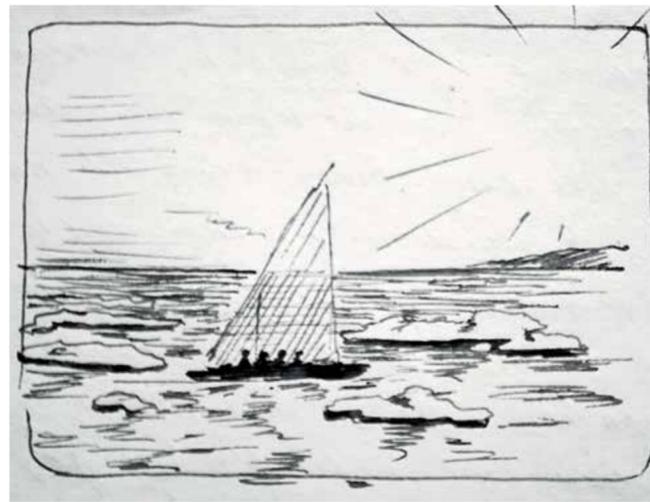


Рис. 45. Парус среди льдов

21 августа

И вот мы снова стоим. День, два, три, четыре, пять... Сведения о ледовой обстановке какие-то путанные, во всяком случае, пролив еще закрыт. Петр Иванович, наш старший боцман, говорит, что предчувствует зымовку и, кажется, уже назначил по семафору свидание с моржихой — готовит на всякий случай почту. Мы пытаемся казаться оптимистами, но однообразие и скука все чаще вызывают приятные и щеколотливые воспоминания о тех временах, когда мы свободной ходили по цивилизованной земле. В иллюминатор видна, увы, лишь полоска голубой, пустой и холодной тундры острова Тыртова. Островок лежит на широте центральной Гренландии — глухой, далекий и некогда таинственный Север.

Если бы здесь росли деревья и жили люди, погода августа напоминала бы наш март. Больше, но уже ставшие со всех сторон снежные поля и солнце, солнце рассыпает горячий, томный, ароматный конфетти, так что приходится задыхаться в зимней одежде. Но чуть свернешь в тень — и внезапно холодный воздушный поток обжигает разгоряченное лицо, прошедшая зима напоминает о своих правах. Правда, здесь мало таких солнечных дней. У нас после изменчивого непостоянного марта наступает прекрасная весна; здесь же едва отступившая зима идет себе самой на смену, и, как верная гарантия этому, патрулируют на рейде, в приличном отдалении от берегов, торсистые дежурные льдины, готовые в любую минуту сковать плеск океана.

Сегодня, 21 августа, прочел коммунистам свой отчетный доклад, рожденный в двухдневных муках заместителем командира по политчасти. Несмотря на большую подготовительную работу, проведенную накануне, большинством в один голос (подумать только — в один голос!) я все же избран секретарем. В моей партии — провокатор! Им оказался Борода, самый преданный кадр, который в спешке зачеркнул вместо моей фамилию зама. Его роковая ошибка обрекла меня на год писать скучные планы и отчетные бумаги. Так Борода попал в опалу к новому вице-губернатору. Ужо ж я его!

движением стихии. Вот на гребне волны появляется какой-то круглый безволный комочек, она играет им, накрывает пенной шапкой, несет за собой. Он не борется, не протестует. И вдруг у комочка вырастают крылья — сильный взмах, и вот уже гордая чайка, рассекая крылом встречный ветер, мчится вопреки стихии, то взмывает вверх, то падает камнем в пену волн и отнимает у них свою добычу. О, если бы так же просто человек мог взлететь и бороться, и презирать стихию! Но человеку труднее, у людей редко вырастают крылья, а у крылатых счастливых бескрылых собратья пострадают их обрезать! (Рис. 45).

На днях мы посмотрели фильм «Два капитана» по сценарию Каверина. Прекрасная иллюстрация. Теперь, зная хоть в общих чертах историю Севера, по-иному воспринимаешь сюжет. Конечно, повесть написана для юношей, обдумывающих жизнь. В ней все просто и прямолинейно — действуют только негодии и герои, середины нет. Но оказывается, в основу сюжета положены подлинные события. Просматривая литературу, мы прочли об экспедиции Русанова, которая имеет много общего с судьбой Татаринова. В 1912 году Русанов на судне «Геркулес» вышел в Баренцев море. Он исследовал Шпицберген, открыл там новые месторождения угля, прошел через Маточкин Шар (у Каверина говорится о Югорском) в Карское море и достиг архипелага Норденшельда. Здесь по неизвестной причине судно погибло. На полуострове Таймыр и островах, прилегающих к Северной Земле, уже в советское время найдены остатки этой экспедиции. Но причина ее гибели так и осталась никому неизвестной. Считают, что Русанову принадлежит честь открытия Северной Земли. То же говорит Каверин о Татаринове. Он, конечно, торпедирет охотившийся в Карском море «Адмирал Шерер», который обстрелял Диксон. Но на «Шерер» никто не нападал, тем более его не могли потопить одной торпедой, он в то время благополучно вернулся в Германию.

28 августа

Вчера исполнился ровно месяц со дня нашего выхода из Росты. Но мы так же далеки от своей цели. Дни настолько однообразны и ничем не отличаются друг от друга, что я уже не могу сказать, сколько времени мы уже стоим у этих пустынных островов. Чувствую только, что очень, очень долго. Пытаемся быть занятыми и занимаемся мелкими текущими делами, но больше все-таки занимаемся тем, что скучаем. Даже за книгой посидеть нет возможности — в каюте живем четверо, в свободное время собираются офицеры других кораблей и начинают бесконечные разговоры о производстве в чин, об окладах, о том, кто был старпомом в 1953 году на 85-й лодке или где сейчас служит Иванов, который 5 лет тому назад плавал движком на С-37, и тому подобное. Последнюю же неделю провели в подготовке к празднованию восьмой годовщины нашего корабля. Заместитель сочиняет праздничный приказ, рисуют плакаты и газеты, штурман вычисляет пройденные мили. Вчера он мне сообщил мой боевой счет. Оказывается, с октября 1960 года я наплавал 99 дней, не считая стоянок на рейдах, и за это время прошел 7293 мили или около 14 000 километров в надводном положении и 246 миль в подводном. Всего же наш корабль прошел за 8 лет 30 000 миль.

Продолжение следует



Самое главное — всегда быть рядом

Илья Бруштейн



Г.К. Епифанова демонстрирует поделки своих воспитанников

В то время Сергиев Посад назывался Загорском. Обучение слепоглухих людей в МГУ в нашей стране и за его пределами получило название — «Загорский эксперимент». Дело в том, что именно в Загорске проводилась вся подготовительная и научно-методическая работа для обеспечения студенческой жизни «четверки».

Хотя прошло уже несколько десятилетий со времени завершения проекта, до сих пор практически все журналисты (а их здесь бывало немало!), приезжающие в дом-интернат, задают вопросы на эту тему... Впрочем, во время посещения Сергиева Посада хотелось не только узнать о прошлом, но и понаблюдать, чем сегодня живёт организация, призванная помогать одной из самых тяжёлых групп инвалидов.

«Загорский эксперимент». Можно ли повторить?

Можно ли в настоящее время повторить «Загорский эксперимент»? Существуют ли подобные планы? Есть ли в Сергиевом Посаде воспитанники, которые могли бы окончить высшее учебное заведение или достичь каких-либо ещё «жизненных вершин»?

С этих вопросов началась моя беседа с директором дома-интерната Г.К. Епифановой. Всех участников «Загорского эксперимента» она лично хорошо знает. «Александр Суворов и Сергей Сироткин регулярно бывают в доме-интернате, а также активно участвуют в общественном движении инвалидов. Юрия Лернера уже, к сожалению, нет в живых, Наталья Корнеева вышла замуж и живёт очень обособленно... Все участники «Загорского эксперимента» многого достигли в жизни, мы гордимся ими, они вписали своё имя в историю нашей организации, да и всей страны», — дипломатично начинает свой рассказ Галина Константиновна.

И всё же на прямой вопрос о возможности и целесообразности повторения «Загорского эксперимента» директор отвечает: «Нет. В настоящее время, это невозможно и нецелесообразно. По моему мнению, ни в нашей стране, ни за рубежом никто из серьёзных

С 1963 года в городе Сергиев Посад Московской области работает уникальное для нашей страны реабилитационное, образовательное и воспитательное учреждение — «Сергиево-Посадский дом-интернат слепоглухих для детей и молодых инвалидов». Корреспондента газеты «Поле зрения» пригласила сюда его директор — Галина Константиновна Епифанова. Широкой общественности дом-интернат стал известен в семидесятые годы, когда четверо его воспитанников — Наталья Корнеева, Александр Суворов, Сергей Сироткин и Юрий Лернер — окончили психологический факультет главного вуза страны, Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. Впоследствии С.А. Сироткин стал кандидатом философских наук, а А.В. Суворов — доктором психологических наук.



Ковроткачество развивает мелкую моторику



Инвалидность — не помеха для овладения компьютером

специалистов не станет заниматься подобными проектами, их время безвозвратно ушло».

Но почему? Ведь именно «Загорский эксперимент» принёс дому-интернату общенациональную и мировую известность. Неужели нет альтернативной и научно-методической работы для обеспечения студенческой жизни «четверки».

Хотя прошло уже несколько десятилетий со времени завершения проекта, до сих пор практически все журналисты (а их здесь бывало немало!), приезжающие в дом-интернат, задают вопросы на эту тему... Впрочем, во время посещения Сергиева Посада хотелось не только узнать о прошлом, но и понаблюдать, чем сегодня живёт организация, призванная помогать одной из самых тяжёлых групп инвалидов.

Действительно «Загорский эксперимент» невозможно рассматривать в отрыве от холодной войны, советско-американского соперничества по всем фронтам (в том числе и в гуманитарной сфере) и, конечно же, деятельности Елены Келлер. Ещё в 1904 году она с отличием окончила колледж в Рэдклифф, став первым человеком в мире, получившим высшее образование. В дальнейшем она стала активным общественным деятелем, объехавшим весь мир, встречавшимся с главами зарубежных государств. В нашей стране тоже жила известная слепоглухая женщина, Ольга Ивановна Скороходова (1911-1982), ставшая кандидатом педагогических наук и много лет проработавшая в научно-исследовательском институте дефектологии. Но в силу ряда причин известность О.И. Скороходовой ограничивалась исключительно профессиональным сообществом. С Келлер она соперничать не могла.

Вот тогда советским учёным и пришла идея «Загорского эксперимента». Мировая сенсация состояла в том, что высшее образование получили сразу четыре слепоглухих человека. Кроме того, изначально планировалось, что после окончания МГУ все они будут трудоустроены, будут заниматься научной или общественной работой... Это был «советский ответ» на американский успех Елены Келлер.

Но почему всё-таки нечто подобное нельзя повторить в наше время? Неужели нет подходящих кандидатов? Или не найдётся грамотных учителей и воспитателей для подобного проекта? «Чисто теоретически «Загорский эксперимент» можно было бы повторить и сейчас. Но делать этого никто не будет, — замечает Галина Константиновна. — Слепоглухота — это тяжелейшая инвалидность. Люди, полностью лишённые слуха и зрения, либо имеющие серьёзные патологии сразу двух важнейших органов чувств, нуждаются в сложной и деликатной реабилитации... Их нельзя делать участниками каких-либо «экспериментов». Эта инвалидность связана с постоянной нагрузкой на психику, поэтому по-настоящему общественное внимание, постановка каких-то сложных, трудновыполнимых задач может негативно сказаться на здоровье человека».

В чём же всё-таки принципиальная разница между семидесятыми годами и нынешним временем? «Принципиальная разница состоит в том, что в то время государство поставило задачу: подготовить четыре «звезды». А сейчас мы не готовим «звезд». Мы просто стараемся помочь детям и взрослым, находящимся в тяжёлой жизненной ситуации, способствовать их

максимальному физическому, психологическому и духовному развитию (насколько это возможно при состоянии здоровья конкретного человека). Это тяжёлая, рутинная, но очень важная работа», — объясняет директор.

Отличие от советских времён состоит и в том, что «четвёрка» слепоглухих училась на психологическом факультете МГУ в отдельной группе, по специальной программе. Все лекции и семинары для них проводились отдельно. Они не были вовлечены в студенческую жизнь, у них было мало контактов с остальными студентами и преподавателями. Большинство студентов, которые в то время учились на психологическом факультете вообще не знали о существовании «особых» сокурсников.

Об этой ситуации и А.В. Суворов, и С.А. Сироткин неоднократно рассказывали в своих интервью. В настоящее время такое положение дел было бы невозможным. И в России, и за рубежом действуют специальные школы для детей-инвалидов с различными ограничениями здоровья. Но в сфере высшего образования инклюзия победила окончательно и бесповоротно. В настоящее время все люди с инвалидностью обучаются в вузах в «общем потоке». Им оказываются содействие, при необходимости они могут воспользоваться услугами тьюторов (помощников). Но специальных групп уже никто не создаёт.

После окончания «Загорского эксперимента» ни в советских, ни в российских вузах действительно больше не обучались люди, полностью лишённые слуха и зрения, хотя некоторые незрячие с ослабленным слухом или глухие с плохим зрением высшее образование получали. Г.К. Епифанова не видит

в этом большой проблемы: «Мне кажется, что при такой тяжёлой инвалидности важно не достижение каких-то формальных успехов, о которых можно будет рассказать по телевизору или сообщить в интернете, а повышение качества жизни человека. Пусть слепоглухой, так же как и зрячелюдящий, на какие-то мгновения почувствует себя счастливым. Ради достижения этой цели и работает коллектив нашего дома-интерната».

Без слуха, без зрения, с затуманенным разумом

В настоящее время в доме-интернате находятся около 200 воспитанников в возрасте от 3 до 23 лет. Здесь работают 360 сотрудников: воспитатели, педагоги, психологи. Многочисленность персонала объясняется сложностью задач, которые приходится решать в Сергиевом Посаде.

«Значительную часть наших воспитанников составляют дети и молодые люди, имеющие серьёзные нарушения не только физического, но и умственного развития. Большинство являются слепоглухими, но не все... У нас также есть незрячие мальчики и девочки с хорошим слухом, но обременённые другими патологиями», — объясняет Галина Константиновна.

Что директор считает самым главным в своей работе? «Самое главное — всегда быть рядом. И с ребёнком, и со взрослым человеком. Для слепоглухого очень важен тактильный контакт, чтобы его взяли за руку, обняли за плечо... Необходимо, чтобы наши воспитанники постоянно чувствовали присутствие любящих и понимающих людей, чтобы они воспринимали учителей и воспитателей как друзей и помощников».

При этом Г.К. Епифанова подчёркивает, что помощь и поддержка инвалидов должна сочетаться с предоставлением каждому человеку — большому и маленькому — максимально возможной свободы. «Основные педагогические принципы последних десятилетий состоят в том, чтобы видеть личность в каждом ребёнке, дать ему возможность проявить самостоятельность, раскрыть свой потенциал. Учителю следует прислушиваться к мнению учеников... Все эти постулаты применимы к обучению и воспитанию слепоглухих. Да, наши воспитанники в бытовом плане очень зависимы от помощи окружающих. Но им надо предоставить возможность делать самостоятельно то, что они могут, распоряжаться своим свободным временем и т.д.».

Что самое сложное для сотрудников дома-интерната и его директора? «Многие наши гости, в том числе и журналисты, думают, что главную проблему составляет сама слепоглухота. Конечно, эта «комбинированная», трагическая по своей сути, инвалидность накладывает огромные ограничения на человека. Но слепоглухоту мы научились преодолевать, существуют успешные методики обучения таких детей и поддержания коммуникации со взрослыми... Но когда к поражению слуха и зрения «прибавляется» затуманенный разум, это создаёт трудноразрешимую проблему».

Галина Константиновна говорит, что любой прогресс в развитии детей с особенностями интеллекта она воспринимает как «маленькое чудо». Конечно, эти воспитанники никогда не смогут догнать своих сверстников с нормальной структурой головного мозга. Но каждый шаг такого ребёнка в познании мира, в освоении навыков самообслуживания и коммуникации с окружающими — это значимое событие.

Путь от волонтера до директора

Дом-интернат был создан в Сергиевом Посаде (Загорске) в 1963 году. Тогда Галине Константиновне было 15 лет, она училась в школе. «Я пришла в дом-интернат в первый год его существования. Поэтому вся история этого заведения за полвека прошла на моих глазах».

Будучи школьницей, Г.К. Епифанова попала сюда в качестве волонтера. Впрочем, в советские времена этот термин не использовался. Волонтеры назывались «общественниками», общественными, комсомольскими и партийными активистами. Почему пятнадцатилетнюю девушку заинтересовал дом-интернат для слепоглухих? «Сначала мне просто стало любопытно. Нам в школе, в школьной комсомольской организации, рассказали, что в Загорске создано такое уникальное учреждение, единственное во всём Советском Союзе, предназначенное для детей, которые не видят и не слышат... Всем желающим представлялась возможность пойти туда в гости, познакомиться с ровесниками. Конечно же, я согласилась! Контакты с местными городскими школами существовали ещё в то время, в шестидесятые годы. Есть они у нас и сейчас».

Сначала Галиной Епифановой двигало простое юношеское любопытство. Ей было интересно понять, каким образом слепоглухие дети и подростки общаются с окружающими, как они учатся, как отдыхают, чем увлекаются. Она довольно быстро освоила «дактильную азбуку», с помощью которой можно вести диалог со слепоглухими.

В дактильной азбуке — её ещё кратко называют «дактиль» — каждой букве или знаку препинания соответствует определённый жест. Этими жестами пользуются и глухие люди. Отличие состоит в том, что инвалиды по слуху



Обучение домоводству — важная часть реабилитационного процесса

воспринимают жесты зрительно, а слепоглухие — тактильно, по системе «рука в руке». Каждый жест они чувствуют на своей ладони. Чтобы задать слепоглухому человеку какой-то вопрос или что-то ему сказать, необходимо «выстукивать» каждую букву на ладони.

Кроме дактильной азбуки, слепоглухие — так же как и зрячие глухие — используют «язык глухих» (жестовый язык). Отличие состоит в том, что в языке глухих каждый жест обозначает не отдельную букву, а понятие (радость, движение, приветствие и т.д.) или даже целое предложение. Конечно, общение с помощью жестового языка происходит гораздо быстрее, экспрессивнее и эмоциональнее, чем с помощью дактильной азбуки, но освоить этот язык для зрячелюдящего человека довольно сложно.

«Когда я стала общаться со слепоглухими ровесниками, в частности, с Александром Суворовым и Сергеем Сироткиным, будущими участниками «Загорского эксперимента», то поняла, что между нами — слепоглухими и зрячелюдящими — гораздо больше общего,

чем различий. Я воспринимала этих парней и девушек не как «инвалидов», а просто как своих друзей и добрых знакомых».

Общение облегчалось и тот факт, что многие слепоглухие неплохо владеют навыками обычной устной речи. Они не слышат себя, но при этом могут внятно сказать всё, что им нужно.

Галина Епифанова изначально не рассматривала дом-интернат как будущее место работы. Она просто приходила туда, чтобы пообщаться, помочь в проведении различных мероприятий: праздников, экскурсий. После школы Галина окончила Московский государственный педагогический университет по специальности «дошкольное воспитание». Она вернулась в родной Загорск, стала работать методистом в детском саду, потом перешла на должность сотрудника городского отдела народного образования.

В 1981 году Г.К. Епифановой предложили стать воспитателем в доме-интернате (в то время он назывался «детским домом»). «В восьмидесятые годы у нас не



Обучение слепоглухих детей рельефно-точечному (брайлевскому) шрифту

существовало отдельных ставок для педагогов. Воспитатель должен был заниматься и учебной, и воспитательной, и реабилитационной работой, — делится воспоминаниями Г.К. Епифанова. — Я поняла, что мне не хватает специальных знаний. Поэтому заочно получила второе высшее образование по дефектологии (специальной педагогике) в Московском государственном гуманитарном университете им. М.А. Шолохова». В 1986 году Галина Константиновна стала заместителем директора дома-интерната по учебно-воспитательной работе, в 2000 году ей доверили пост директора.

С детьми и взрослыми надо общаться по-разному!

В настоящее время в доме-интернате живут 200 инвалидов от 3 до 23 лет. Двадцать пять из них являются детьми-сиротами. Учебные, воспитательные и реабилитационные процессы проходят в многочисленных мастерских, учебных классах, залах для адаптивной физической культуры, специальных сенсорных комнатах, обеспечивающих

психологическую разгрузку. В летнее время все желающие могут поехать на море, в Геленджик. Все расходы в этих поездках берут на себя спонсоры.

Ещё совсем недавно здесь находились и взрослые слепоглухие люди старшего возраста. Почему от этой практики решили отказаться? «Изначально в советское время дом-интернат создавался именно для детей. Предполагалось, что после окончания школьного курса молодые инвалиды будут возвращаться в семью, к родителям, к родственникам. А если человеку не могут обеспечить уход в семье, то его должны принять «взрослые» дома-интернаты», — объясняет Г.К. Епифанова.

Но в девяностые годы эта система «сломалась». Многим выпускникам дома-интерната было просто некуда возвращаться, так как в семьях их «не ждали», а «взрослые» интернаты для инвалидов были недофинансированы. Там не было специалистов, не было ресурсов, чтобы помочь мужчинам и женщинам с такой тяжёлой инвалидностью.



Продукция свечной мастерской продаётся в храмах Сергиева Посада



Продукция свечной мастерской



В гончарной мастерской



Работа за швейной машинкой требует усидчивости



Знакомство с миром овощей



Воспитанники на прогулке



Отдых на море



Воспитанники дома-интерната на летнем отдыхе в Геленджике

«В то время мы, конечно, не могли отпускать повзрослевших детей «в никуда». Поэтому они и оставались в доме-интернате на неопределённое время. Но сейчас ситуация изменилась: в семьях появилось больше возможностей для ухода за инвалидами, возникли современные дома-интернаты для взрослых людей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе в Московской области. Поэтому мы и решили ограничить срок пребывания в учреждении возрастом до 23 лет».

Почему был выбран именно этот возрастной ценз? До 23 лет слепоглухие люди — в первую очередь, с сохранённым интеллектом или незначительными нарушениями развития головного мозга — успевают освоить школьную программу.

«Я против того, чтобы дети и взрослые находились в одном доме-интернате. Это было бы неправильно с точки зрения их реабилитации и качества жизни. Ведь дети — вне зависимости от состояния их здоровья — всегда находятся под опекой взрослых, — объясняет свою позицию Галина Константиновна. — Хотя в последние годы и десятилетия детям предоставляется гораздо больше свободы и самостоятельности, чем раньше, они всё равно живут по правилам, которые для них установлены «сверху»... А взрослые инвалиды, в том числе и слепоглухие, хотя, по возможности, самостоятельно распоряжаться своей жизнью. Они стремятся и личную жизнь устроить. У них тоже, так же как и у здоровых сограждан, есть тяга к противоположному полу. Конечно, гораздо лучше, если взрослый человек живёт в семье (своей собственной или родительской). Но если такой возможности нет, то необходимы специальные учреждения».

Впрочем, Галина Константиновна и другие сотрудники дома-интерната не забывают о воспитанниках и после того, как они покинут заведение в Сергиевом Посаде. Во-первых, всегда можно приехать в гости. В доме-интернате есть специальные гостевые комнаты. Во-вторых, директор внимательно следит за тем, как складываются

судьбы тех, кто здесь раньше жил и учился. При необходимости в сотрудничестве с различными благотворительными организациями, в том числе с фондом «Со-единение», им оказывается помощь.

Судьбы воспитанников — забота директора

Будучи директором крупного учреждения здоровья, Галина Константиновна должна справляться с валом административной работы. Но о каждом из 200 воспитанников она может что-то рассказать, всех помнит поимённо. И о выпускниках директор может говорить бесконечно.

«В этом году две наши выпускницы Виктория Мурашкина и Анастасия Ильиниха поступили учиться в Курский музыкальный колледж-интернат слепых. Это две незрячие девушки, у которых не было проблем со слухом, но имеется целый букет других заболеваний. Именно поэтому они у нас и находились. Несмотря на ограничения здоровья, мне очень приятно, что наши выпускницы смогли продолжить образование. По моей информации, в Курске они хорошо прижились, нашли новых друзей».

Также она с удовольствием рассказывает ещё об одном выпускнике, Владиславе Шакине, тотальное незрячие с ослабленным слухом, который в настоящее время учится на юриста в колледже города Королева Московской области.

Галина Константиновна следит за судьбами выпускников не только из чувства милосердия и гуманизма. Для неё как для педагога очень важно, чтобы знания, навыки и умения, полученные за годы жизни в доме-интернате, поддерживались и развивались в дальнейшем.

«Многие наши воспитанники, в том числе мальчики и девочки с ментальными нарушениями, научились самостоятельно пользоваться стиральной машиной. Они могут не только постирать свои вещи, но и поглядить их, аккуратно разложить в шкафу. При необходимости они быстро найдут нужную вещь, самостоятельно оденутся... Мы учим своих воспитанников готовить в приговаривании пищи,

накрывать на стол, убирать со стола. Дети гордятся тем, что они многое знают и умеют, несмотря на серьёзные ограничения. Но если эти и другие навыки во взрослой жизни оказываются неосторожными, никому не нужными, то может произойти деградация личности. Слепеглухие люди, при любом уровне интеллектуального развития, обладают очень ранней, лабильной психикой. У них может начаться депрессия и даже появиться угроза суицида».

Чтобы этого не произошло, в Сергиевом Посаде регулярно проводятся семинары для работников учреждений, оказывающих реабилитационные услуги слепоглухим и другим инвалидам со «сложной структурой дефекта». Галина Константиновна, как признанный эксперт в реабилитации слепоглухих регулярно выступает перед своими коллегами и родителями инвалидов. И для самых бывших воспитанников она является авторитетом, помогающим им «не потерять» во взрослом мире.

Но это только часть работы Галины Епифановой. В настоящее время на территории дома-интерната, вернее, на соседнем земельном участке, строится современное реабилитационное учреждение для слепоглухих. Г.К. Епифанова активно участвует в разработке концепции нового центра.

«Это учреждение будет предназначено для взрослых людей. Слепеглухие со всей страны смогут регулярно туда приезжать, проходить различные реабилитационные курсы, обучаться ремёслам, например, лозоплетению, переплётному и гончарному делу и т.д. Также там будут условия для занятий адаптивной физической культурой. Одновременно планируется проведение научно-практических конференций и обучающих семинаров для российских и зарубежных специалистов, работающих со слепоглухими».

Новый Центр изначально не предназначен для постоянного проживания слепоглухих людей. Они смогут приезжать туда на время: от нескольких дней до нескольких месяцев. Но при необходимости

кто-то из инвалидов может и постоянно «прописаться» в новом центре.

В последние годы в различных городах нашей страны появились программы сопровождаемого проживания слепоглухих и других категорий инвалидов, когда люди живут в обычных квартирах в многоэтажных домах. В квартире постоянно находится социальный работник, оказывающий помощь в организации быта и других вопросах. Коллеги, опекающие слепоглухих в подобных проектах, нередко обращаются к Галине Константиновне за советом.

«Недавно у меня произошла встреча с нашей выпускницей восьмидесяти лет Людмилой Михайловной из Вологодской области. Она — слабовидящая глухая. Я прекрасно помню, что в нашем доме-интернате она всегда была девочкой умной, бойкой, шустрой, контактной. Мамы у неё не было. После окончания школы её забрала к себе взрослая сестра. Люда вышла замуж, родила здорового ребёнка, потом, правда, развелась... Сейчас у неё уже взрослая дочь, которую она самостоятельно достойно воспитала. Несмотря на свою инвалидность, Люда устроилась на работу в коммерческую фирму. Она работает на компьютере, владеет делопроизводством. Выглядит она очень ухоженно. Производит впечатление успешной деловой женщины. У неё есть свой жильё. Когда я с ней пообщалась, то просто раслакалась от счастья, от радости за свою воспитанницу».

Этот простой рассказ директора прекрасно передаёт суть её работы. Когда судьбы воспитанников в целом успешно складываются (пусть это и какими «шероховатостями») — это главная награда для Г.К. Епифановой. Поведала она и о судьбе друзей для российских и зарубежных специалистов, работающих со слепоглухими. Слабовидящая глухая девушка вышла замуж за слабовидящего глухого парня. У них родился сын Коля. Ребёнок с тяжелейшей инвалидностью: слепой, глухой, с ДЦП. Его жизненные перспективы гораздо более туманные, чем у обоих родителей.

Семья живёт в Ярославской области. Послать своего сына в Сергиев Посад родители не хотят, надеются воспитать его сами. С другой стороны, получить необходимую — профессионально грамотную и адекватную ситуацию! — помощь по месту жительства пока не получается.

Когда слушаешь этот рассказ, невольно возникает вопрос: а нужно ли людям с такой тяжёлой инвалидностью становиться родителями? Правильно ли обрезать будущего ребёнка на пожизненные страдания? «На этот вопрос нет однозначного ответа, не нужно никого осуждать и походя выносить моральный вердикт, — осторожно отвечает Галина Константиновна. — В некоторых случаях беременность может быть опасной и для матери, и для ещё не родившегося ребёнка. Порой от родительской роли по объективным причинам лучше отказаться. Но, с другой стороны, жизнь всегда сложнее шаблонных схем. Люди с тяжёлой инвалидностью тоже хотят быть родителями. Наша воспитанница стремилась стать матерью и сознательно пошла на риск. Думаю, что никто не вправе бросить в неё за это камень. А дети с инвалидностью рождаются и у совершенно здоровых родителей».

Эту историю Галина Константиновна рассказала не для того, чтобы выносить на публику подробности чужих судеб. Ей было важно показать, с какими ситуациями директор дома-интерната сталкивается ежедневно. В этой работе перемешаны человеческие трагедии и маленькие радости, связанные с успешной реабилитацией.

Ещё об одной жизненной истории, с которой столкнулась Г.К. Епифанова, нельзя не рассказать.

Голубчатой Есимбаева. Слабовидящая глухая родом из Казахстана. В доме-интернате провела двенадцать лет. После окончания школы переехала в Астраханскую область. Вышла замуж за слабовидящего глухого. Родила здоровую дочку. «Голубчатая — замечательный человек. Очень трудолюбивая, выносливая девушка, приспособленная к жизни, готовая к любым жизненным трудностям и перипетиям, — характеризует свою воспитанницу Галина Константиновна. — Такой человек не может просто сидеть дома, получать пенсию и заниматься домашними делами. Голубчатая — глухая, слабовидящая! — устроилась санитаркой в больницу и заслужила уважение в коллективе. Сейчас ей 30 лет».

Недавно Г.К. Епифанова получила по электронной почте письмо от Голубчатой. У неё произошла отсложка сетчатки. Глухой человек опасается наступления полной слепоты. «Её могли бы и бесплатно прооперировать в Астраханской области. Но я решила, что лучше провести операцию на платной основе, в Москве, в одном из федеральных офтальмологических центров. Хотелось быть уверенной, что человек получит максимально возможную, оперативную и квалифицированную помощь».

Галина Константиновна быстро нашла средства на проведение операции. Благотворители, помогающие дому-интернату, как правило, по просьбе директора готовы оказать содействие и его бывшим воспитанникам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. «Операция прошла успешно. Как православный человек я молю Бога, чтобы Голубчатой больше не сталкивалась с угрозой слепоты, чтобы остаток зрения сохранялся у неё до конца жизни».

Окончание в следующем номере

Фотографии Ильи Бруштейна и из архива Сергиево-Посадского дома-интерната слепоглухих детей и молодых инвалидов

Дорогие наши женщины, девушки!

От всего сердца поздравляем вас с Международным женским днем 8 марта!

Мы рады, что есть такой замечательный повод, чтобы вновь признаться вам в нашей любви, уважении, высказать восхищение вашей красотой. Желаем преуспевать в профессии, а главное – заслужить искреннюю любовь пациентов. Будьте здоровы, ярких вам свершений, вдохновения и новых успехов!

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

Женщине

Валерий Брюсов

Ты — женщина, ты — книга между книг,
Ты — свернутый, запечатленный свиток;
В его строках и дум и слов избыток,
В его листах безумен каждый миг.

Ты — женщина, ты — ведьмовский напиток!
Он жжет огнем, едва в уста проник;
Но пьющий пламя подавляет крик
И славословит бешено средь пыток.

Ты — женщина, и этим ты права.
От века убрана короной звездной,
Ты — в наших безднах образ божества!

Мы для тебя влечем ярем железный,
Тебе мы служим, тверди гор дробя,
И молимся — от века — на тебя!

* * *

Быть женщиной, что это значит

Римма Казакова

Быть женщиной — что это значит?
Какою тайною владеть?
Вот женщина. Но ты незрячий.
Тебе ее не разглядеть.

Вот женщина. Но ты незрячий.
Ни в чем не виноват, незрячий!
А женщина себя назначит,
как хворому лекарство — врач.

И если женщина приходит,
себе единственно верна,
она приходит — как проходит
чума, блокада и война.
И если женщина приходит
и о себе заводит речь,
она, как провод, ток проводит,
чтоб над тобою свет зажечь.

И если женщина приходит,
чтоб оторвать тебя от дел,
она тебя к тебе приводит.
О, как ты этого хотел!
Но если женщина уходит,
побито голову неся,
то все равно с собой уводит
бесповоротное все и вся.

И ты, тот, истинный, тот, лучший,
ты тоже — там, в том далеке,
зажат, как бесполезный ключик,
в ее печальном кулачке.
Она в улыбку слезы спрячет,
переиначит правду в ложь...
Как счастлив ты, что ты незрячий
и что потери не поймешь.

Я в глазах твоих утону, можно

Роберт Рождественский

Я в глазах твоих утону, можно?
Ведь в глазах твоих утонуть — счастье.
Подойду и скажу: «Здравствуй,
Я люблю тебя». Это просто...
Нет, не просто, а трудно.

Очень трудно любить, веришь?
Подойду я к обрыву крутому,
Стану падать, поймать успеешь?
Ну а если уеду — напишешь?
Я хочу быть с тобой долго,
Очень долго...

Всю жизнь, понимаешь?
Я ответа боюсь, знаешь...
Ты ответь мне, но только молча,
Ты глазами ответь, любишь?

Если да, то тогда обещаю,
Что ты самым счастливым будешь.
Если нет, то тебя умоляю,
Не кори своим взглядом,
Не тяни своим взглядом в омут,
Пусть другую ты любишь, ладно...
А меня хоть немного помнишь?
Я любить тебя буду, можно?
Даже если нельзя, буду!
И всегда я приду на помощь,
Если будет тебе трудно!

* * *

Я знаю, что все женщины прекрасны...

Андрей Дементьев

Я знаю, что все женщины прекрасны.
И красотой своею и умом.
Еще весельем, если в доме праздник.
И верностью, — когда разлука в нем.
Не их наряды или профиль римский, —
Нас покоряет женская душа.
И молодость ее...

И материнство,
И седина, когда пора пришла.
Покуда жив, — я им молиться буду.
Любовь иным восторгом предпочту.
Господь явил нам женщину, как чудо,
Доверив миру эту красоту.
И повелел нам рядом жить достойно.
По рыцарски — и щедро, и светло.
Чтоб души наши миновали войны
И в сердце не закрадывалось зло.
И мы — мужчины — кланяемся низко
Всем женщинам родной земли моей.
Недаром на солдатских обелисках
Чеканит память лики матерей.

Всегда найдется женская рука

Евгений Евтушенко

Всегда найдется женская рука,
чтобы она, прохладна и легка,
жалая и немножечко любя,
как брата, успокоила тебя.

Всегда найдется женское плечо,
чтобы в него дышал ты горячо,
припав к нему беспутной головой,
ему доверив сон мятежной своей.

Всегда найдутся женские глаза,
чтобы они, всю боль твою глуша,
а если и не всю, то часть ее,
увидели страдание твое.

Но есть такая женская рука,
которая особенно сладка,
когда она измученного лба
касается, как вечность и судьба.

Но есть такое женское плечо,
которое неведомо за что
не на ночь, а навек тебе дано,
и это понял ты давным-давно.

Но есть такие женские глаза,
которые глядят всегда грустя,
и это до последних твоих дней
глаза любви и совести твоей.

А ты живешь себе же вопреки,
и мало тебе только той руки,
того плеча и тех печальных глаз...
Ты предавал их в жизни столько раз!

И вот оно — возмездье — настает.
«Предатель!» — дождь тебя наотмашь бьет.
«Предатель!» — ветки лещут по лицу.
«Предатель!» — эхо слышится в лесу.

Ты мечешься, ты мучишься, грустишь.
Ты сам себе все это не простишь.
И только та прозрачная рука
простит, хотя обиды и тяжка,

и только то усталое плечо
простит сейчас, да и простит еще,
и только те печальные глаза
простят все то, чего прощать нельзя...

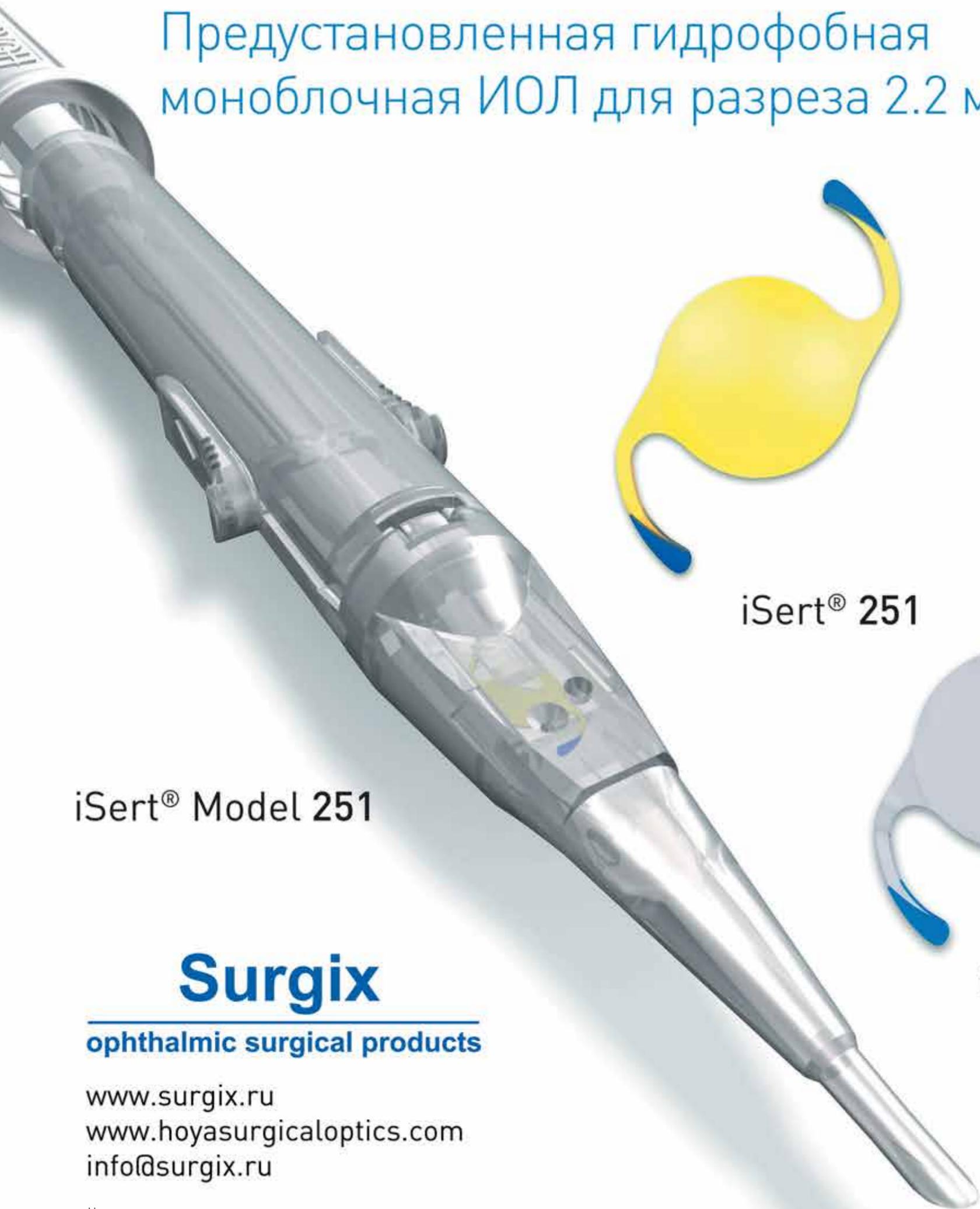
iSert®

Предустановленная ИОЛ

HOYA

SURGICAL OPTICS

Предустановленная гидрофобная моноблочная ИОЛ для разреза 2.2 мм



iSert® 251



iSert® 250

iSert® Model 251

Surgix

ophthalmic surgical products

www.surgix.ru

www.hoyasurgicaloptics.com

info@surgix.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 ответственность за представленный материал (научные тексты, иллюстрации, рекламные блоки, текстовую рекламную информацию). Авторы гарантируют, что их статьи не являются плагиатом полностью или частично произведением других авторов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: Февраль 2019. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 202. © «Поле зрения», 2019. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.