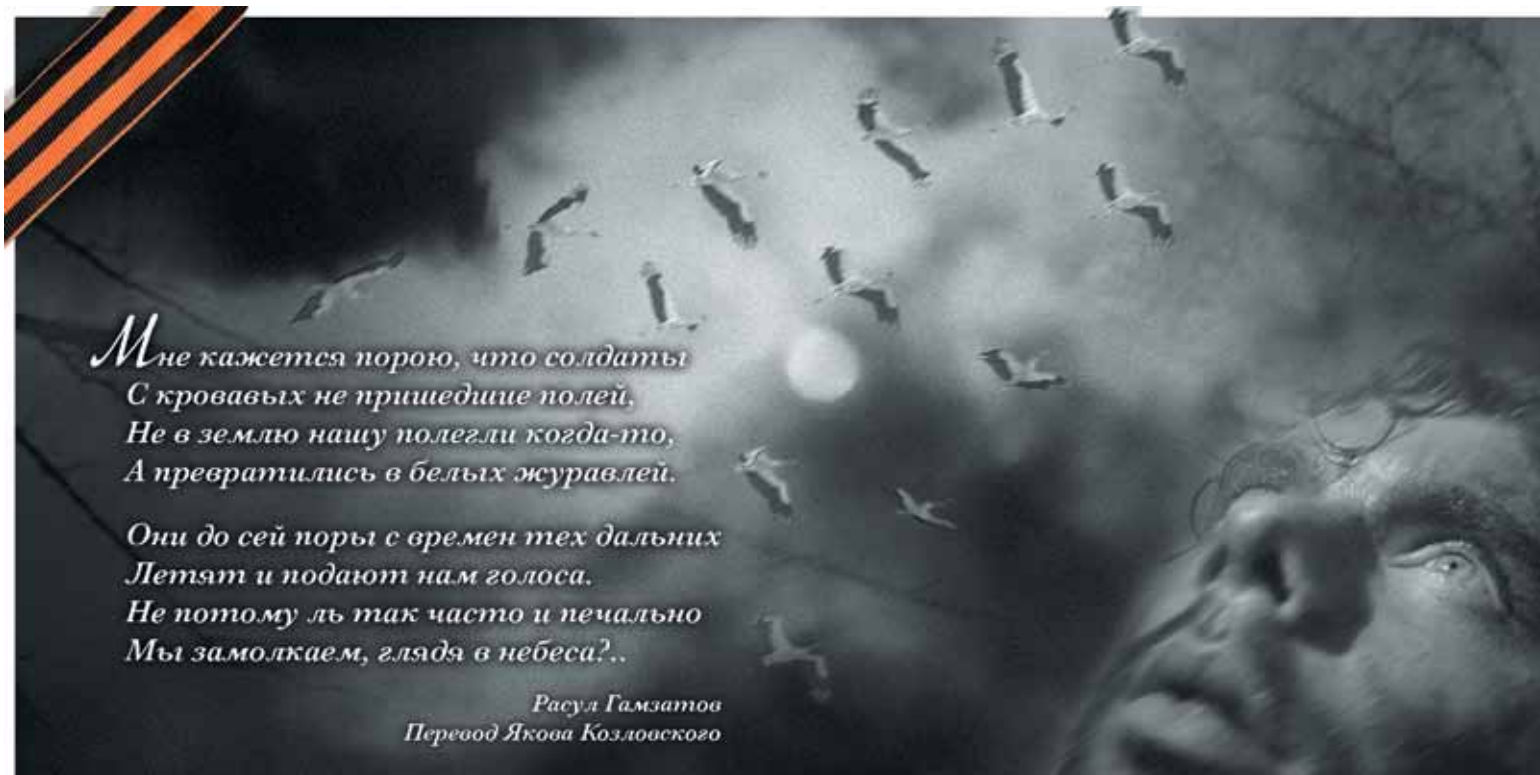


ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№ 2 (22) МАРТ-АПРЕЛЬ 2014

ISSN 2221-7746



*Мне кажется порою, что солдаты
С кровавых не пришедшие полей,
Не в землю нашу полегли когда-то,
А превратились в белых журавлей.

Они до сей поры с времен тех дальних
Летят и подают нам голоса.
Не потому ль так часто и печально
Мы замолкаем, глядя в небеса?..*

Расул Гамзатов
Перевод Якова Козловского

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



Тихон Иванович Ерошевский — звезда первой величины

Воспоминания современников

Л. Любимова, журналист: «...Эту улыбку замечаешь сразу, как толькоходишь в кабинет. Да и как ее не заметить — неумная, светлая, и глубокая, она притягивает, как магнит, как внезапный живой луч на пасмурном небе, пронзая и обволакивая душу одновременно. Смотришь на нее, не имея сил отвести глаза, и понимаешь, что такая улыбка дается лишь чистому человеку, прожившему жизнь праведно и одухотворенно, не петлявшему по темным переулкам

бытия, не расплачивавшемуся чужой судьбой за успехи своей, не топтавшему, не разорявшему чужих построений. И может быть, потому, что такова магия чистоты его натуры, она действует почти гипнотически...»

Б.Ф. Черкунов, профессор: «Само уж имя — Тихон — мне кажется, раскрывает какие-то уникальные личностные качества. Это был удивительно собранный, спокойный, доброжелательный человек, источавший

какую-то доброту. Даже первые внешние впечатления — когда на него смотришь, какая-то иногда скрытая, иногда полуоткрытая, иногда открытая улыбка. Он сразу располагал открытостью, душевностью, чистотой. Увлекал и завлекал. Это был уникальный человек. Его любили не только окружающие — мы — его ученики. Как его уважали все офтальмологи страны! На конференциях, ...»

> стр. 28

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Я сделал правильный выбор

Интервью с профессором Евгением Алексеевичем Егоровым по случаю 70-летия со дня рождения

Нестеров. Все участники конференции понимали значимость момента и окружали патриархов отечественной офтальмологии, среди которых были академик РАМН Алевтина Федоровна Бровкина, профессор Евгений Алексеевич Егоров, профессор Валентина Григорьевна Копаева, заботой и вниманием. На меня профессор Е.А. Егоров производил впечатление отстраненного, строгого человека. В 2011 году, когда газета «Поле зрения» только начала выходить, на конференции «Белые ночи» я осмелилась обратиться к Евгению Алексеевичу с просьбой

об интервью, но профессор тактично отказал. Я еще больше убедилась в его умении «держаться дистанцию». Понимая, что он очень занятой человек, тем не менее не теряла надежды, что однажды он все-таки даст интервью газете. В итоге пришлось ждать юбилея Е.А. Егорова. Каково же было мое удивление, когда профессор Егоров раскрылся как искренний и очень интересный собеседник, с тонким чувством юмора. Интервью получилось доверительным и неформальным: было очевидно, что ответы на вопросы не были подготовлены заранее.

Я это расцениваю как высшее проявление доверия редакции газеты и нашим читателям.

— Евгений Алексеевич, говорят, что в жизни самое главное — оказаться в нужное время в нужном месте. И удача играет важную роль.

— Вы правы, совсем недавно нашей Академией наук был получен точный ответ, от чего зависит продолжительность жизни. Как Вы думаете, от чего? От государственного строя? От государственного

> стр. 6

9 МАЯ

Помню горящее небо и мамыны руки

Интервью с профессором Ю.С. Астаховым > стр. 3

КОНФЕРЕНЦИИ

Глаукома: теория и практика, Санкт-Петербург > стр. 10

Актуальные вопросы офтальмологии, Москва > стр. 13

XIII Всероссийская школа офтальмолога, Москва > стр. 14

Современные технологии лечения витреоретинальной патологии, Москва > стр. 16

Современная оптическая коррекция зрения, Ярославль > стр. 20

Актуальные вопросы детской офтальмологии — 2014, Москва > стр. 24

Анализ состояния детской офтальмологической службы. Выступление главного детского офтальмолога РФ, проф. Л.А. Катаргиной

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Мы стоим на гребне современных технологий

Интервью с профессором В.В. Страховым > стр. 22

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

Паралитический лагофтальм. Новые возможности коррекции > стр. 34

Жар холодных чисел > стр. 36

Особенности клинического течения и тактики ведения пациентов с ретинальной артериальной макроаневризмой > стр. 38

Результаты измерения ВГД у детей с прогрессирующей миопией > стр. 40

ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ

Глазной центр Сергея и Светланы Анисимовых > стр. 41

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ > стр. 45, 46

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ > стр. 50

Аккомодация: теория и практика

Итоги пятилетней работы Экспертного совета по аккомодации и рефракции (ЭСАР)

Механизм аккомодации в норме и при патологии, патогенез нарушений аккомодации, их классификация и вопросы терминологии, поиск рациональных методов коррекции и лечения аккомодационных нарушений — актуальные научно-практические проблемы. Интерес к ним растет год от года.

Для поиска наиболее эффективных решений этих проблем в июне 2009 года при поддержке ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, «ПромедЭкспорт» (ныне Sentiss) и при информационной поддержке портала organum-visus.ru был создан Экспертный совет по аккомодации и рефракции (ЭСАР) — независимая общественная организация, в состав которой вошли ведущие российские специалисты в этой области. ЭСАР собирается 2 раза в год. Информация о работе ЭСАР регулярно публикуется в ведущих специализированных изданиях (РОЖ, «Современная оптометрия», «Вестник оптометрии»). В ноябре 2013 года состоялось очередное юбилейное десятое заседание ЭСАР. Информация об этом заседании размещена в первых номерах «Российского офтальмологического журнала» и журнала «Современная оптометрия» за 2014 год.

В настоящее время Экспертный совет состоит из 11 постоянных членов: проф. Е.П. Тарутта — председатель Совета (Москва), проф. В.В. Страхов — зам. председателя Совета (Ярославль), проф. В.В. Бржеский (Санкт-Петербург), к.м.н. Т.Н. Воронцова (Санкт-Петербург), к.м.н. С.Ю. Голубев — отв. секретарь (Москва), к.м.н. А.В. Егорова (Ижевск), д.м.н. О.В. Жукова (Самара), проф. А.В. Золотарев



На десятом заседании ЭСАР, ноябрь 2013 г.

(Самара), проф. Е.Н. Иомдина (Москва), проф. Е.Ю. Маркова (Москва), д.м.н. О.В. Проскурина — отв. секретарь (Москва).

Основная цель работы ЭСАР: объединить усилия различных офтальмологических школ России и отдельных специалистов для внедрения в практику офтальмологического сообщества единой терминологии, современных представлений о механизме аккомодации, ее нормальных значениях и патологических состояниях, адекватных критериях оценки аккомодации и способах коррекции и лечения аккомодационных нарушений.

За пять лет работы членами ЭСАР проведена большая работа по систематизации и популяризации знаний по аккомодации и рефракции, проведены лабораторные и клинические исследования. Члены ЭСАР возглавляют научные исследования по проблеме аккомодации: прижизненной анатомии



Руководство для врачей «Аккомодация» (Издательство «АПРЕЛЬ»)

аккомодационного аппарата, изучению патогенеза нарушений аккомодации, эффективности различных видов лечебного воздействия при нарушениях аккомодации, связи нарушений аккомодации с другими заболеваниями глаз.

Основные результаты работы ЭСАР

Руководство для врачей «Аккомодация», изданное в 2012 году в издательстве «Апрель», было представлено в рамках РООФ-2012. Презентация руководства была подробно освещена на страницах газеты «Поле зрения».

Руководство для врачей «Аккомодация» содержит последние данные о различных аспектах проблемы аккомодации и открываются разделом «Терминология». Этой терминологии ЭСАР предлагает придерживаться в клинической работе и публикациях. Глава,

посвященная анатомии и физиологии, содержит самые последние данные об аккомодации, большая часть из которых в России опубликована впервые. Эта глава богато иллюстрирована рисунками — собственными уникальными наблюдениями авторов, а также рисунками, любезно предоставленными нашими зарубежными коллегами. Подробно описаны методы исследования аккомодации, традиционные и новые. Отдельные главы посвящены нарушениям аккомодации, их коррекции и лечению. В руководстве имеется приложение, содержащее алгоритмы диагностики и лечения нарушений аккомодации. Эти алгоритмы, изданные в виде сводной таблицы и плаката, распространены среди офтальмологов и оптометристов и размещены на сайте detskoezrenie.ru.

10000 экземпляров руководства бесплатно распространено среди врачей-офтальмологов и опто-

метристов. Издание и распространение руководства обеспечено компанией Sentiss (ранее «ПромедЭкспорт»). ЭСАР выражает особую благодарность руководству и коллективу компании Sentiss за неоценимую помощь, которая была оказана компанией при подготовке и издании этой книги. С электронной версией руководства для врачей «Аккомодация» можно ознакомиться и скачать бесплатно на сайте detskoezrenie.ru.

Печатные работы

За пять лет работы членами ЭСАР опубликовано более 130 печатных работ по теме «Аккомодация и рефракция», из них 35 — в изданиях, рекомендованных ВАК, 8 — в зарубежных изданиях. С полным списком публикаций ЭСАР можно ознакомиться на сайте organum-visus.ru в разделе ЭСАР и на сайте «Поле зрения» в разделе «Репортажи». Список составлен с учетом «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» Международного комитета редакторов медицинских журналов (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals).

Публичные выступления и научно-педагогическая деятельность

За пять лет работы членами ЭСАР сделано более 100 докладов по проблеме аккомодации и рефракции. С наиболее значимыми выступлениями членов ЭСАР можно ознакомиться на портале organum-visus.ru., часть из них дана в виде полных оригинальных презентаций.

В 2013 году Экспертным советом была организована серия мастер-классов. Первый такой мастер-класс «Занимательная аккомодология» состоялся в рамках конгресса «Белые ночи – 2013». Осенью 2013 года мастер-классы Экспертного совета были проведены в рамках проекта «Прикладная офтальмология» в Москве, в 2014 году в новом формате «Аккомодация в клинических иллюстрациях» — в Нижнем Новгороде, Красноярске и Ярославле.

Планы Экспертного Совета

В планах Экспертного совета — проведение дальнейших научных изысканий, привлечение молодых специалистов и практикующих врачей к работе ЭСАР, разработка методических материалов по проблеме «Аккомодация», приложения «Клинические примеры» к руководству «Аккомодация», подготовка руководства по астигматизму, подготовка научных, образовательных и популярных статей, проведение мастер-классов Экспертного совета и других специализированных мероприятий по проблеме «Аккомодация» в Москве, Санкт-Петербурге и регионах России, выступление членов ЭСАР на российских и зарубежных конференциях.

ЭСАР приглашает всех заинтересованных специалистов принять участие в его работе. Мы открыты для общения и сотрудничества. Пожалуйста, присылайте ваши вопросы, мнения, доклады, клинические примеры в адрес ЭСАР (golubev@eye-portal.ru). Мы готовы оказать содействие молодым специалистам и практикующим врачам в подготовке и публикации научных статей по проблеме «Аккомодация» в специализированных журналах. Ваше мнение очень важно для нас.

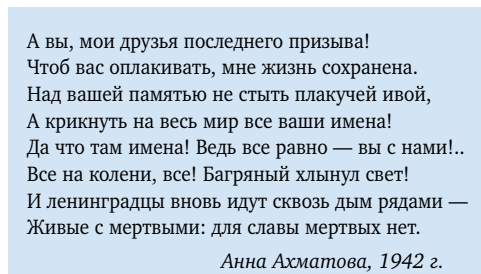
Материал подготовили
О.В. Проскурина, С.Ю. Голубев
Фотографии предоставлены авторами

Помню горящее небо и мамыны руки

Как бы ни называли Санкт-Петербург — Питер, Северная Венеция, культурная столица России, Северная Пальмира — для всех нас и на все времена он сохранит за собой одно-единственное имя: Город-Герой Ленинград.

В год 70-летия снятия блокады, накануне Дня Победы, мы встретились с профессором Юрием Сергеевичем Астаховым, главным офтальмологом Санкт-Петербурга.

Это и ему, маленькому мальчику Юре, в 1941 году поэт Джамбул посвятил слова: «Ленинградцы, дети мои, ленинградцы, гордость моя!»



А вы, мои друзья последнего призыва!
Чтоб вас оплакивать, мне жизнь сохранена.
Над вашей памятью не стыть плакучей ивой,
А крикнуть на весь мир все ваши имена!
Да что там имена! Ведь все равно — вы с нами!..
Все на колени, все! Багряный хлынул свет!
И ленинградцы вновь идут сквозь дым ряды —
Живые с мертвыми: для славы мертвых нет.

Анна Ахматова, 1942 г.

— Юрий Сергеевич, девятисотдневная защита осажденного Ленинграда — это повесть мужества и героизма ленинградцев, подвигу их нет равных. Ни бомбардировки, ни артиллерийские обстрелы не сломили волю и патриотический дух жителей города...

— Если говорить о героизме людей, несомненно, он был везде. Ленинградцы находились в условиях жесточайшей блокады. Степень страдания мирных жителей в течение этих страшных 900 дней нельзя сравнить ни с чем: голод, холод, артобстрелы, бомбежки. Вы правы в том отношении, насколько не умаляя заслуги других городов-героев, Ленинград находится на особом положении.

— Мой отец, летчик-фронтовик, воевал в Ленинграде. Мне, школьнику, он говорил, что миллион жизней — слишком высокая плата...

— Мне кажется, что вопрос так не может быть поставлен. Я прекрасно представляю себе последствия захвата города врагом. Это были бы колоссальные жертвы среди оставшихся ленинградцев, среди солдат и офицеров, защищавших Ленинград. Бои бы шли по всему городу: все угловое здания были превращены в ДОТы (долговременные огневые точки — прим. ред.), все перекрестки улиц простреливались. Я не военный человек, не могу судить профессионально, но это

привело бы к большим жертвам и на других фронтах. Миллион — это много, а 100 тысяч, 200 тысяч человек — нормальная плата? Где находится грань? Здесь граница не численная, а, если хотите, морально-патриотическая. Ленинград нельзя рассматривать отдельно от всей истории Великой Отечественной войны, и, как мне кажется, нельзя говорить: «Эти жертвы обоснованные, а те — нет». Судьба одного человека очень важна с нравственной точки зрения. На мой взгляд, несмотря на колоссальные жертвы, оборона города была оправданной и в значительной степени имела психологическое воздействие. Представьте себе, если бы город пал, и объявили, что немцы в Ленинграде. Это был бы жесточайший психологический удар.

— На войне воюют солдаты, их жертвы оправданы самой логикой войны, а в Ленинграде гибли мирные жители: дети, женщины, старики...

— Понимаете, в чем дело, фашизм вел войну не только с солдатами, фашизм вел войну с советским народом. Для гитлеровцев не существовало ни женщин, ни детей, ни стариков. Мою прабабушку в Тверской области солдаты убили, когда стаскивали с нее валенки. И подобных случаев не счесть. Это была война на уничтожение народа.

— Юрий Сергеевич, как Вы называете свой город: Ленинград, Санкт-Петербург или Питер?

— Видите ли, я никогда не скажу: «Блокада Санкт-Петербурга»...

— ...безусловно...

— Но я не могу забыть и город Санкт-Петербург, потому что моя семья живет здесь больше 100 лет. Мы в нашей квартире на Вознесенском проспекте живем с 1902 года. А еще раньше дедушка жил на соседней улице, которая сейчас называется

Декабристов, а раньше была Офицерской. Для меня каждое из названий города будет правильным в определенном временном контексте. Но в 1991 году, я считаю, было принято справедливое решение вернуть ему историческое название «Санкт-Петербург». Мой дед работал в Санкт-Петербурге, отец родился в Санкт-Петербурге, я — в Ленинграде, работаю в Санкт-Петербурге, внуки родились в Санкт-Петербурге, так что все-таки Санкт-Петербург. Город заложил Петр Великий, и об этом нам не следует забывать. У каждого города есть свое лицо, душа. Петербург, конечно, стал совсем другим городом по сравнению с довоенным или послевоенным Ленинградом. Когда большая часть населения погибла, а на их место приехали люди из самых разных регионов страны, лицо города стало другим. Менялись, естественно, условия жизни, но некоторые традиции сохраняются до сих пор, некоторые возрождаются. И наша задача заключается в том, чтобы город и дальше сохранял свою самобытность.

— Как Вы думаете, почему прошлое в нашей памяти живет в черно-белом изображении?

— Я думаю так: когда вы решаете какую-то задачу, у вас есть много составляющих, но вывод бывает один, который и остается в памяти. Условия задачи, пути ее решения, возникающие при этом ошибки, меркнут. Возможно, эти нюансы и создают цветную гамму, а когда вы знаете только начало и конец, у вас и получается черно-белое изображение. Так, наверное, но, возможно, я не прав.

— Вы были совсем маленьким, когда началась война. Как получилось, что Вы остались в городе?

— Мой отец не был военнообязанным, всю войну проработал в Институте им. Бехтерева. Представьте, маленький ребенок, ехать некуда, да и никто тогда не думал,

что город будет в блокаде. Когда же пошла массовая эвакуация по «Дороге жизни», причем нередко взрослые — отдельно, дети — отдельно, семьи разлучались, было принято решение остаться всем в городе. Будь что будет, а ехать куда-то по отдельности с 50% вероятностью остаться живым... Мне сейчас трудно судить, какая была логика родителей, но думаю — «пережить вместе трудные времена, а если суждено погибнуть — тоже вместе». Но повторю, ни у кого и в мыслях не было, что совсем скоро наступят тяжелейшие времена.

— Я читал воспоминания ленинградцев, они пишут, что война уже подходила к городу, а магазины еще продолжали работать, и люди по довоенной привычке покупали 100 г масла, 200 г сыра и т.д. Никто не думал создавать дома продовольственные запасы...

— Вы правы, все были уверены, что война быстро закончится.

— Юрий Сергеевич, что-то осталось в Вашей памяти, или блокада для Вас — это воспоминания родных?

— В память врезалась воздушная тревога, отбой воздушной тревоги, для меня эти звуки вполне реальны, существуют до сих пор...

— Тиканье метронома...

— Тиканье метронома, черная тарелка репродуктора, бомбежка. Немцы регулярно совершали обстрелы, бомбили город, поскольку на определенном этапе войны у них было полное превосходство в воздухе. Помню, однажды во время бомбежки меня мама поставила на подоконник, свет был погашен, и сквозь щелочку в светомаскировочных шторах я увидел картину, которую запомнил на всю жизнь: горит небо — прожектора, трассирующие пули, пожар — горел судостроительный завод, горели гигантскими факелами аэростаты воздушного



Проф. Е.П. Тарутта отвечает на вопросы офтальмологов на конференции в Ярославле



Обсуждение доклада на заседании ЭСАР



После презентации руководства для врачей «Аккомодация» на РООФ-2012



Обсуждение механизма аккомодации продолжается в перерыве между заседаниями

Совершенство в деталях.
Уверенность в успехе. Путь к гармонии

Семейство ИОЛ TECNIS®

Stormoff®
group of companies

г. Москва, ул. Расковой 11А; тел.: (495) 780-76-91
amo@stormoff.com; www.stormoff.com



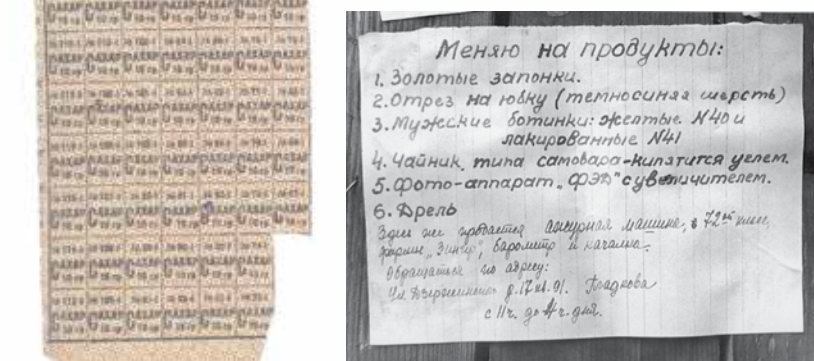
Жительницы Ленинграда читают объявления об обмене вещей на продукты. Автор Василий Федосеев



Зенитные орудия у Исаакиевского собора ведут огонь



Часть дома № 52 по улице Плеханова (сейчас Казанская ул.), пострадавшего от попадания снаряда, 1941 г. В этом доме с 1902 года по сегодняшний день живет семья Астаховых. (Автор снимка — А.С. Рахмилович)



Блокадные карточки Юрия Астахова

Объявление об обмене вещей на продукты

В блокированном городе оказалось 2 544 тысячи гражданского населения, в том числе около 400 тысяч детей. Кроме того, в пригородных районах (в кольце блокады) осталось 343 тысячи человек [Цифры по г. Ленинграду приведены по учету выдачи хлебных карточек в сентябре 1941 года и котловому довольствию (расчетно); по пригородным районам — по данным облисполкома от 20 сентября 1941 года]. В сентябре, когда начались систематические бомбардировки, обстрелы и пожары, многие тысячи семей хотели бы выехать, но пути были отрезаны. Масовая эвакуация граждан началась только в январе 1942 года по Ледовой дороге.

Исходя из фактически сложившегося расхода, наличие основных пищевых товаров на 12 сентября составляло [Цифры приведены по данным учета, произведенного отделом торговли Ленгорисполкома, интendantства фронта и КУФ]:

Хлебное зерно и мука	на 35	суток
Крупы и макаронны	на 30	"
Мясо и мясoproдукты	на 33	"
Жиры	на 45	"
Сахар и кондитерские изделия	на 60	"

Эти данные не включены консервы и сухари, имевшиеся в войсках в качестве неприкосновенных запасов, а также небольшое количество муки, хранившейся как аварийный фонд на специальных кораблях Балтфлота.

Со дня осады война для Ленинграда приняла форму борьбы еще более острой, затрагивающей поголовно все население, не исключая детей, стариков, больных. Для победы требовалось время, а чтобы выиграть время, нужно было продержаться. Следовательно, каждой тонной продовольствия надо было дорожить в интересах обороны города.

2 сентября Ленгорисполком проводит первое сокращение продажи хлеба гражданскому населению с начала введения карточной системы. С этого дня рабочие стали получать 600, служащие 400, иждивенцы и дети по 300 граммов хлеба в день.

Лица, находившиеся на излечении в больницах, обязаны были сдавать карточки администрации лечебных учреждений, которая удерживала продовольствие за период их нахождения в больнице.

Такой же порядок распространился и на детей, находившихся в детских домах. Строгий режим позволил сократить дублированный расход продовольствия на 80 тысяч человек в месяц. Однако проведенных мероприятий оказалось крайне мало, расход был не по запасам.

12 сентября проводится второе сокращение хлебной нормы. Рабочим стали отпускать 500, служащим и детям по 300, иждивенцам 250 граммов хлеба.

Соль и спички в первые месяцы осады продавались без ограничения. В декабре в порядке предосторожности стали отпускать на карточку 400 граммов соли и четыре коробки спичек, что было вполне достаточно. Зато остро нуждались жители города в керосине. Много перенесли они горя и немало потеряли здоровья в поисках этой жидкости, чтобы осветить жилище и сварить скудную пищу. В сентябре выдали по 2,5 литра керосина на человека, и на этом выдача закончилась. До февраля 1942 года керосин гражданскому населению не отпускали, освещались только общественные здания, госпитали, больницы, детские учреждения. Мыло выдавали регулярно по 200 граммов на человека в месяц.

За весь период блокады фашистам не удалось нанести серьезно ущерба запасам продовольствия, за исключением гибели около 3 тысяч тонн муки и 2500 тонн сахара. Эти потери произошли в первые дни налета вражеской авиации.

К 20 сентября на склады торгующих организаций поступило 2352 тонны картофеля и овошей. Большая часть картофеля в это время еще оставалась в земле, так как картофельные поля оказались в зоне обстрела. Заметив движение людей на поле, немцы открывали огонь, и многие сельмаки гибли. На помощь колхозникам пришли рабочие и служащие предприятий Ленинграда. Убирали картофель больше по ночам, пробрались на поля ползком, прятались в воронках, лежа коврики земли и собирали картофель в кучи.

Из всех продуктов хлеб по объему занимал самое большое место. Доставлять муку или зерно с «Большой земли», как называли в то время территорию страны по ту сторону поля боя обороны, по Ладожскому озеру в первые месяцы осады в размерах, обеспечивающих даже минимальную потребность, было невозможно. Вопрос снабжения хлебом являлся вопросом жизни и смерти.

Люди, спасавшиеся в нашей подворотне от бомбежки, погибли... Позже, когда я немного повзрослел, я спрашивал родителей, почему мы не спустились в подвал во время налета. Они отвечали, что если дом разрушался, то людей в подвале заваливало обломками, а если еще и трубы прорывало — затопливало водой. Обычно мы сидели на диване в коридорчике между капитальными стенами, это считалось самым безопасным местом, иногда там же вместе с двоюродной сестрой забирались на шкаф.

Еще помню мамины руки у меня на голове. Она сплетала пальцы рук и накрывала мою голову, когда я спал, наивно полагая, что сможет меня защитить, если начнет сыпаться штукатурка. Видите, как ни странно, осталось довольно много воспоминаний о войне. Еще осталась в памяти печка-буржуйка и горестная обида, когда в ней жили мои деревянные игрушки... Не забуду салют 27 января 1944 года, куда меня взяли с температурой. Об этом сняли документальный фильм, и мы с мамой попали в кадр; прекрасно помню день 9 мая 1945 года, но и, конечно, постоянное чувство голода.

— Как Вы питались?

— Ели то, что получали по карточкам, продавали какие-то вещи и покупали продукты...

...Юрий Сергеевич неожиданно достает из лежащей рядом книги продуктовые карточки. У меня перехватило дыхание: я никогда не видел «живьем», а тем более не держал в руках этот символ блокадного Ленинграда...*

— Масло 5 граммов, сахар 10 граммов, макаронны, мясо... То есть, кроме 125 граммов хлеба, ленинградцам в самые суровые месяцы блокады попадались и другие продукты. Но многие карточки остались неиспользованными.

— Потому что просто не было продуктов.

— У Вас сохранились какие-то вещи с тех времен?

— К счастью, у нас не было крайней необходимости сжигать мебель или книги, поэтому многие вещи, теперь уже реликвии, остались: прихожая, шкафы и некоторые другие предметы, часть вещей сохранилась в квартире моей тети, ее семья живет рядом с нами.

— Ваша семья потеряла многих в блокаде?

— Самые близкие родственники остались живы: отец, мать и я, моя тетя, бабушка, двоюродная сестра, дядя воевал, был ранен, но вернулся домой...

— Если 30-40 лет назад мы изучали ленинградскую трагедию по роману А. Чакковского «Блокада» и по одноименному фильму с участием блестящих актеров, то сегодня публикуются статьи, в которых разоблачается некомпетентность партийной верхушки города, их страх перед принятием самостоятельных и своевременных решений, что приводило к гибели многих тысяч горожан.

— Сегодня у нас на приеме был пациент, который в годы войны хоронил людей на Пискаревском кладбище. За несколько месяцев его отряд похоронил около 380 тысяч человек — потери людей были колоссальными. Сказать, что это результат некомпетентности руководителей города, я не могу. Блокада явилась следствием боевых действий. Партийный руководитель, живущий в городе, где постоянно рвутся снаряды, падают бомбы, где люди умирают прямо на улице, не может оставаться безучастным к происходящему. Некомпетентность всегда была нашим бичом, но сегодня мы живем в период ВОИНСТВУЮЩЕЙ некомпетентности. Я не думаю, что мы можем обвинять в этом людей, переживших все ужасы войны, пусть и несколько в иных условиях существования. Бремя чрезвычайной ответственности за неверные решения, психологическое воздействие со стороны высшего партийного руководства, постоянная угроза жизни, очевидно, влияли на их поступки. Люди просто не решились предпринять какие-то действия, решать срочные задачи без согласования с Москвой, но они делали все, что можно было сделать в тех условиях. Кировский завод, передавая линия обороны города, выпускал танки. Как можно говорить о некомпетентности руководителей, если им удалось в таких условиях организовать военное производство; работали другие заводы, где у станков стояли дети. Я бы не сказал, что жизнь была пущена на самотек. Город жил, зимой убирали снег на улицах. Не было паники. Я не помню, чтобы мне кто-то говорил о панических настроениях.



Город жил

— В Москве в октябре 41-го паника была очень серьезная, люди в страхе бежали из города.

— Да, о московской панике много говорят, о ленинградской я не слышал, да и бежать было некуда, город находился в кольце.

— Юрий Сергеевич, где для Вас проходит граница между прошлым и настоящим? Когда черное белое «кино» становится цветным?

— Очень интересный вопрос... Что считать прошлым... Прошлое может быть связано с твоей личной судьбой, когда жизнь разделена на несколько этапов, с общественно-политическими событиями, с пересмотром своих взглядов. Я не могу сказать, что у меня есть четкая грань между прошлым и настоящим. Мне кажется, слава Богу, что все изменения, которые пережила страна в течение последних десятилетий, не явились результатом жесточайшей революционной ситуации и борьбы, существовавших в 1917 году. У многих людей, переживших эти события, жизнь была разделена на довоенную и послереволюционную. По счастью, мы не пережили подобных катаклизмов, хотя на наших глазах произошли серьезные социальные-экономические изменения. Если говорить о возможностях в плане работы, о материальных благах, в разные годы они были разными, и опять же я не могу ставить где-то грань. Личная жизнь... школа — завершение одного этапа, затем институт...

— Я знаю, Вы являетесь продолжателем династии врачей.

— Медицинская династия Астаховых началась с моего дедушки, Николая Александровича Астахова.

Он родился в Волынской губернии, кстати говоря, тогда не писали в документах «украинец» или «русский», а писали «православный», и этим было сказано все. Он вопреки воле своего отца — купца 1-й гильдии, окончив гимназию с золотой медалью, уехал в Петербург и поступил в Императорскую военно-медицинскую академию на «казенный кошт», т.е. на казенное содержание. В отличие от вольноопределяющихся казеннокоштные студенты должны были такой же срок отслужить в армии. В 1899 году Николай Александрович окончил академию, в 1908-м защитил докторскую диссертацию. Его сокурсниками и друзьями нашей семьи были Владимир Игнатьевич Воячек, известный ЛОР-специалист, Георгий Федорович Ланг, известнейший терапевт. Николай Николаевич Петров был большим другом нашей семьи, и бед умер у него в клинике. Его именем назван Онкологический институт. Николай Александрович Астахов был военным врачом и дослужился до коллежского советника, что соответствовало чину армейского полковника, был приват-доцентом по специальности «стоматология». Он — один из немногих стоматологов того времени с высшим медицинским образованием, заведовал кафедрой в ГИДУВе (сейчас — Северо-Западный государственный медицинский университет им. Мечникова) с 1920 по 1941 годы, он умер в марте, не дожив немного до начала войны. Мой отец, Сергей Николаевич, окончил в Ленинграде 1-й медицинский институт, был врачом-невропатологом, доцентом. Мама, Валентина Васильевна, окончила 2-й медицинский институт, работала

невропатологом, позже стала нейроригистолом, работала и в Военно-медицинской академии, и в нашем институте. Тетя преподавала патофизиологию, я стал врачом, сестра — врач-невропатолог. Сын, Сергей Юрьевич, окончил наш институт, получил диплом с отличием. Поскольку я работал в университете, ему нельзя было оставаться здесь на последипломное образование, и он пошел в клиническую ординатуру в ГИДУВ. Проработав там более 20 лет, вернулся к нам на кафедру уже в профессорском звании. Поэтому никто не может меня обвинить в том, что он «вырос» благодаря мне. Я считаю, что из Сергея получился классный специалист, прекрасный офтальмохирург. Кем будут внуки, не знаю, они еще школьники.

— Почему Вы выбрали офтальмологию?

— Вы, конечно, слышали о «летучих отрядах» профессора Беллярмина (подвижные группы медиков, боровшиеся с трахомой и слепотой в труднодоступных районах России в конце XIX — начале XX в. — прим. ред.). Мой дед участвовал в этих отрядах, и у меня от него остался набор стекол. Об этом я знал вскозь, а в офтальмологию меня привело заболевание жены. Я учился на 3-м курсе, когда мы поженились, и она попала в эту клинику. Можно сказать, я здесь прижился. А на 4, 5, 6 курсах я уже основательно занимался офтальмологией.

— Юрий Сергеевич, если бы Вам представилась возможность воспользоваться машиной времени, в какую эпоху Вы хотели бы попасть, с кем пообщаться?



Салют 27 января 1944 г.

— Очень трудный вопрос... Но могу сказать, что меня вполне устраивает моя сегодняшняя жизнь. А если пообщаться с людьми, то, скорее всего, выбрал бы пушкинское время.

...Во время блокады папа познакомился с одной женщиной, мы стали хорошими друзьями. Знали ее Надежда Николаевна Хитрова. Жила пожилая женщина, почти старушка, на набережной Невы, в маленькой комнатке большой квартиры, которая некогда принадлежала ей. Надежда Николаевна находилась в бедственном положении...

— «в стесненных обстоятельствах» — как говорили о себе оставшиеся в России дворяне.

— Она жила в очень стесненных обстоятельствах. Но в 1942 году Иосиф Виссарионович высказался о том, что необходимо помнить своих героев: Суворова, Кутузова. Настоящая фамилия Надежды Николаевны

была не Хитрова, а Кутузова-Хитрово. Мой отец работал консультантом в целом ряде учреждений, где лечилось высокое начальство, и помог, то, скорее всего, выбрал бы пушкинское время. ...Во время блокады папа познакомился с одной женщиной, мы стали хорошими друзьями. Знали ее Надежда Николаевна Хитрова. Жила пожилая женщина, почти старушка, на набережной Невы, в маленькой комнатке большой квартиры, которая некогда принадлежала ей. Надежда Николаевна находилась в бедственном положении... что у меня есть эта вещь. Поскольку я считал, что лента является достоянием народа и не должна принадлежать мне, я ее передал музею. Думаю, она там хранится...

Интервью подготовил Сергей Тумар

При подготовке интервью были использованы материалы, предоставленные профессором Ю.С. Астаховым, а также фотографии с сайта www.waralbum.ru



Приказ о снятии блокады. (Автор снимка — Борис Кудояров)

Прошло 15 суток со дня последних изменений рецептурных смесей выпечки хлеба, и опять встал тот же вопрос: что делать? Солодовая мука подходила к концу, расходуя хлеб ржаную муку в большем проценте не позволяли запасы. Продолжали изыскивать заменители. Группа рабочих торгового порта предложила использовать в пищу хлопковый жмых, завезенный на территорию порта в мирное время с ленинградского масложитного завода для сжигания в топках паровозов; этот жмых содержал некоторое количество пуха и не мог быть использован на другие цели [Ленинградский масложитный завод не имел лифтерных машин для снятия пуха, семена перерабатывались без очистки]. В пищу хлопковый жмых никогда раньше не применяли, так как считали, что имеющееся в нем ядовитое вещество (гос-спило) опасно для здоровья людей. Произвели несколько опытов, и оказалось, что опасения напрасны. Ядовитое вещество при выпечке хлеба от высокой температуры разрушается, и угрозы отравления нет. Ресурсы хлеба увеличились за счет найденного суррогата на 4 тысячи тонн. Жмых быстро вывели с территории порта, замолотили и использовали в пищу. Вначале к ржаной муке примешивали 3% хлопкового жмыха, а через пять-шесть дней примес довели до 10%. Нужда изобретательна — вместо топков паровозов хлопковый жмых стал поступать в желудок человеку.

* * *

Принятые меры позволили уменьшить ежесуточный расход муки на 1200 тонн. Если в начале сентября расходовали свыше 2 тысяч тонн в сутки, то к 1 ноября расход довели до 880 тонн. Столь значительная экономия за 45 дней явилась результатом крупных и решительных действий Военного совета, партийных и советских организаций города.

Сохраня на более длительный срок небольшие запасы хлеба, защитники вытравляли время. Однако проведенная экономия была только началом борьбы за продовольственные ресурсы, за жизнь людей.

Выработку пищевой целлюлозы возложили на завод Гидролизного спирта и пивоваренный завод «Степан Разин». В конце ноября долгожданная целлюлоза начала поступать на хлебозаводы. С этого времени хлеб выпекался из смеси: пищевой целлюлозы — 10%, хлопкового жмыха — 10%, обойной пыли — 2%, мучной сметки и вытраски из мешков — 2%, кукурузной муки — 3%, ржаной муки — 73%.

Хлебозаводы перевели на формовую выпечку хлеба, припек довели до 68%. Хлеб на вид был привлекательный, белый с румяной коркой, на вкус — горьковато-травянистый. Целлюлозная мука придавала белизну хлебу и одновременно горьковатый вкус. Конечно, пищевая целлюлоза — это не отруби, не жмых и даже не мельничная пыль, но в сочетании с другими примесями она все же была полезной. Из той же целлюлозы, при определенной технологической обработке, получали дрожжи и дрожжевое молоко. Пережившие блокаду ленинградцы хорошо помнят дрожжевые супы, приготовлявшиеся почти во всех столовых города. Тарелка такого супа часто являлась единственным блюдом за сутки для многих тысяч людей. Запасы целлюлозы и изобретательность ученых помогли осажденным в известной мере пережить голод.

Хлебных суррогатов с начала блокады до конца декабря 1941 года изыскивали, перерабатывали и съели свыше 18 тысяч тонн, не считая солодовой, ячменной, овсяной и кукурузной муки. Это были главным образом хлопковые, конопляные, кокосовые, льняные жмыхи, ячменные, ржаные отруби, мельничная пыль, целлюлоза, проросшее зерно, рисовая лузга, кукурузные ростки, целлюлозные сметки, отсесы отрубей, выбойки из мешков. В то критическое время суррогаты хлеба давали возможность более 25 дней снабжать население и войска. Суррогаты применяли не только в хлеб. Мука из жмыхов отпущалась в столовые, где из нее готовилили биточки, оладьи, а кондитерские фабрики выпарывали конфеты. Взамеи крупы часто выдавали серо-серые с шероховатой поверхностью макаронны, приготовленные из ржаной муки с примесью пяти процентов льняного жмыха. О вкусе говорить не приходилось — это чувство было потеряно. Все мысли сосредоточивались на одном — найти какую-либо пищу, утолить голод. Из овсяных отрубей готовилили кисели, а из дрожжей варили супы в общественных столовых и засчитывали в счет нормы продуктов (крупы), потрагившихся по карточкам.

Обратили внимание и на то, что на смазку форм при выпечке хлеба ежедневно расходовалось две тонны растительного масла. С таким расточительством при остром недостатке жиров мириться не могли. Лабораториям хлебозаводов предложили найти заменители масла для смазки форм, что и было сделано. Наиболее удачной оказалась эмульсия, приготовленная из: масла подсолнечного — 20%,

соапстока [Побочный продукт при перегонке нефти, содержащий жирные кислоты и масла] — 4%, манисовой муки — 1,5%, пшеничной муки второго сорта — 3,5%, воды — 71%. Выпеченный хлеб выколывался из формы, смазанных эмульсией, вполне удовлетворительно. Хлебные корки имели посторонний запах, на вкус ощущалась слабая горечь, что объяснялось наличием в составе эмульсии соапстока. Эти качественные изъяны были вполне терпимы. Сэкономленное масло направили в столовые.

Горисполком в начале октября принял постановление, обязывающее хозяйственные организации и войсковые части сдавать отбраканных лошадей, не пригодных для работы, на приемные пункты Ленмискомлсбыта (в Коломягах, Пороховых). Убой лошадей в хозяйствах владельцев запрещался. Пригодность конского мяса для пищевых целей устанавливалась ветеринарным надзором на приемных пунктах. Конину применяли в колбасы и продавали мясом. Колбаса готовилась по упрощенной рецептуре: конского мяса — 75%, муки картофельной — 12%, свиинны — 11%, кроме того, добавлялись селитра, перец черный, чеснок. На вид и вкус колбаса была отличной. Конское мясо и колбаса полностью засчитывались в счет нормы, установленной на карточку. О предубеждениях к конине не могло быть и речи. Лошадей в городе было мало, и конина стала такой же редкостью, как свиинина или другое мясо. Колбасы готовилились также с применением до 40% соевой муки. Экономии мяса всеми средствами, заменяли его чем только могли, но запасы таяли с каждым днем. Из бараньих кишков варили студень, который издавал сильный и неприятный запах; пришлось добавит гвоздичного масла: аромат гвоздики перебивал запах конины. Студень поступал в продажу вместо мяса по коэффициенту 1:3, то есть за 100 граммов мяса — 300 граммов студня. На складах конюевенных заводов нашли небольшое количество шкур опоиков (молодых телят). Из мездры этих шкур варили студень, вкус и запах этого блюда были отвратительны, но с этим недостатком не считались. Из водорослей — ламинария и анфельтин — приготавлили кисели.

Вряд ли можно изложить все факты изобретательности ленинградцев по замене пищевых продуктов суррогатами. Нужда многому учила.

Из книги: Д.В. Павлов. Ленинград в блокаде.

http://blokada.otrok.ru



Я сделал правильный выбор

Интервью с заведующим кафедрой глазных болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова, президентом Российского глаукомного общества, первым вице-президентом Межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов России, профессором **Евгением Алексеевичем Егоровым** по случаю 70-летия со дня рождения.

Редакция газеты «Поле зрения» и издательство «АПРЕЛЬ» поздравляют профессора Е.А. Егорова с юбилеем. Евгений Алексеевич! Вас знают как авторитетного специалиста, как человека активной жизненной позиции. Вы прошли насыщенный яркими событиями и незабываемыми встречами творческий путь. Всегда были верны своему призванию, высокому предназначению врача, добились большого, заслуженного авторитета у коллег. Многолетняя профессиональная деятельность — достойный пример творческого долготелтия, верности избранному пути. Вы не останавливаетесь на достигнутом, много и плодотворно работаете, активно участвуете в профессиональном становлении молодых офтальмологов.

От души желаем Вам новых свершений, доброго здоровья, благополучия, новых интересных проектов!

< стр. 1

обеспечения? От состояния медицины? Нет. Даже окружающая среда не имеет никакого значения. Единственно реальная возможность воздействовать на продолжительность жизни — работа, которая приносит моральное и материальное удовлетворение. Академики показывали нам свои графики, по ним четко прослеживалось: в стране что-то происходит, работы нет, уверенности в будущем нет, работа не приносит удовлетворения — мгновенно происходит спад продолжительности жизни. Как только жизнь налаживается, люди возвращаются к нормальному труду, а работа приносит моральное и материальное удовлетворение — кривая продолжительности жизни резко возрастает.

— Если я Вас правильно понял, самая большая удача — это выбор, сделанный Вами?

— Да, безусловно. Именно это позволяет надеяться на лучшее и радоваться жизни.

Штрихи к портрету

Егоров Евгений Алексеевич — д.м.н., профессор, президент Российского глаукомного общества, академик РАЕН, РАМН, РАН, заведующий кафедрой офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова и ЦНИЛ «Глаукомы и дистрофических заболеваний глаза» Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Родился в 1944 г. в г. Козловке Чувашской АССР. По окончании Казанского государственного медицинского института, с 1968 по 1970 гг., был клиническим ординатором кафедры глазных болезней. С 1970 по 1971 гг. — ассистент кафедры глазных болезней Оренбургского медицинского института, а с 1971 по 1976 гг. — ассистент кафедры глазных болезней Калининского медицинского института.

В 1976 г. переехал в Москву и с 1976 по 1984 гг. работал старшим научным сотрудником ЦНИЛ «Микрохирургия глаза» 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова.

В 1985 г. защитил докторскую диссертацию. С 1984 по 2000 гг. — профессор кафедры глазных болезней лечебного факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, а с 2000 года — заведующий кафедрой офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова лечебного факультета Российского национального государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Основные направления научных исследований — разработка новых методов диагностики, медикаментозного, лазерного и хирургического лечения различных видов глаукомы, рефракционная хирургия, клиническая апробация и внедрение новых лекарственных глазных форм.

Профессор Е.А. Егоров — автор свыше 350 научных работ, 12 монографий, 15 изобретений.

На кафедре, возглавляемой профессором Е.А. Егоровым, подготовлено 12 докторов и 20 кандидатов наук в таких областях, как глаукома, лечение заболеваний переднего отрезка глаза, офтальмофармацевтика.

Е.А. Егоров — президент Российского глаукомного общества, председатель Экспертного совета по глаукоме РФ, председатель Межнационального совета по проблемам глаукомы, вице-президент Межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов России, член Американской академии офтальмологии, Европейского глаукомного общества, член-учредитель Европейского общества по исследованию в области зрения, почетный член Болгарского научного общества офтальмологов, главный редактор журнала «Клиническая офтальмология», газеты «Новости глаукомы».

С 1997 по 2006 гг. Е.А. Егоров — член экспертного совета ВАК России по офтальмологии, с 1997 по 2007 гг. — председатель Комиссии по офтальмологии Комитета по новой медицинской технике и с 1999 по 2008 гг. — председатель Фармакологического комитета Минздрава РФ.

Он является научным руководителем Всероссийской школы офтальмолога, членом оргкомитета конгресса «Человек и лекарство», членом экспертной комиссии по подготовке «Федерального руководства для врачей по использованию лекарственных средств».

Е.А. Егоров — лауреат премии Правительства РФ за 1999 г, награжден медалью «В память 850-летия Москвы», знаком «Отличник здравоохранения», серебряной медалью РАЕН «За развитие медицины и здравоохранения».

пожимал плечами. Наконец, 25 августа вывели списки, и я себя увидел среди зачисленных. В общем, получилось как-то само по себе. Итак, я стал студентом Казанского государственного медицинского института им. С.В. Курашова. Сейчас почти никто не знает, кто такой Курашов, а Сергей Владимирович в свое время считался лучшим министром здравоохранения. Он был из тех, кто действительно работал, много сделал для развития медицины, практического здравоохранения в стране. С.В. Курашов не был академиком, просто профессором, но он был настоящим организатором здравоохранения.

— Может быть, на Ваш выбор повлияло то, что в институте в то время работали известные профессора, о которых Вы слышали или читали?

— Нет, до поступления я ни о ком не знал и не слышал. Выбор был сделан интуитивно, т.е. никакой специальной подготовки. Конечно, я читал Юрия Германа «Дорогой мой человек», «Дело, которому ты служишь»... Вообще я очень много читал, порой доходило до смешного: в 4-м классе посещал взрослую библиотеку, в детской мне было уже нечего делать. Там работали очень хорошие люди (на таких зарплатах плохие люди не сидят), и я пользовался правом свободного доступа в книгохранилище: «Женя пришел, ну, проходи». Выбирал, естественно, любую книгу. К 7-му классу я прочитал всего Мопассана, всех американских писателей, начиная с Драйзера. А к классикам, которых нам «вдалбливали» в школе, относился прохладно.

— В Казанском медицинском институте Вы и познакомились с Аркадием Павловичем Нестеровым?

— Конечно. Я был «социально-активным» товарищем, начиная с «теневое» сектора, кончая комсомолом...

— Можно подробнее о «теневом» секторе?

— Моя мама имела отношение к спорту, прекрасно бегала на лыжах, и я с ее подачи занимался лыжами, в школе занимал спортивные секции, я и записался в лыжную. А там ребята — кандидаты в мастера и мастера спорта. Меня с моим 3-м юношеским включили в команду как перспективного. Полгода я прозябал, а лыжи, доложу я Вам, — очень тяжелый вид спорта: тягучие, многокилометровые забеги на грани человеческих сил, и — надорвался. Тренеры мне посоветовали сделать перерыв, но совсем ничего не делать я не мог и пошел в секцию бокса. Физически подготовлен я был нормально, и дела мои в боксе пошли очень хорошо. Подучили немного и выпустили на официальный ринг. Участвовал в первенстве ВУЗов, занимал призовые места. А что такое бокс? Это — определенная компания, соответствующие знакомства. Вот и получилось, что, с одной стороны, я — комсомольский активист, а с другой — входил в компанию с сомнительной репутацией. Порой доходило до смешного: идешь

в общежитие по каким-то общественным делам, проходишь вестиболь — стоят две группы, явно собираются драться...

— Студенты и драться? Интеллигентные люди...

— Вы правильно отметили — интеллигенты, они и драться-то не могут начать, ну, не получается сразу. Меня увидели: «Женя, давай к нам! — А что случилось? — Да, вот, так и так...» Я подхожу к группе ребят, которых я знаю меньше, крайнему засветил в честь... и пошел дальше.

— Прямо поединок Пересвета с Челубеем...

— Я умел сочетать участие в «неформальных» мероприятиях с активной общественной работой, но в один прекрасный момент мне этот случай чуть было не аукнулся. По комсомольской линии меня утверждают на самую ответственную должность, возглавить политсектор лечебного факультета, самого большого в институте. На комсомольском собрании вдруг просит слово один студент и говорит, что слышал обо мне такое... Но секретарь комитета комсомола проигнорировал «сигнал», ему было достаточно знать, что комсомолец все-таки я был ответственным.

Честно скажу, моя комсомольская карьера состоялась: дорос до инструктора обкома комсомола... Когда я учился, успевал везде, к тому же все время работал — есть хотелось постоянно. На младших курсах стипендий не платили, т.к. у нас с мамой на двоих выходило по 40 рублей (мамина зарплата была 80 рублей в месяц), а максимум, при котором стипендию платили, был 35 рублей

на члена семьи. К тому же на курсе учился много ребят из колхозов, чьи семьи жили на трудодни. Они привозили справки о доходах в 1 рубль на семью, и им, конечно, стипендия полагалась. Тогда я решил получить повышенную, ее платили независимо от семейного дохода, и, начиная с 3-го курса, стал отличником. Но денег все равно не хватало, поэтому ночами подрабатывал. Сначала устроился сторожем на кондитерскую фабрику. Сами понимаете, всю ночь приходили девушки и подкармливали вечно голодного бедного студента. Прошел год, устроился санитаром в психбольницу: там платили больше всего. Если обычный санитар получал 40 рублей, то в этом учреждении — 60, плюс бесплатная еда. Казалось бы, все замечательно, денег хватает, но все чаще к нам стали поступать мои бывшие знакомые — боксеры. Пришлось призадуматься: удар в голову — микротравма, микрокровоизлияние, рубчик, рубчик, подошва... Так и от головы ничего не останется. Потом заметил — стал портиться характер: наведенное влияние. Психиатрия — дело очень серьезное, все анекдоты на эту тему — правда. Прочитав все «за» и «против», я «завязал» и с боксом, и с психиатрией. Устроился в больницу фельдшером приемного покоя. Вот тут мне повезло по-настоящему: практику я получил колоссальную. Если сначала я почти ничего не понимал в практической работе, то здесь — и терапевтические, и эндокринологические,



5-й класс школы № 36 г. Казани

и хирургические болезни, а уж травм, порезов и всего остального, не счесть! В приемном покое у нас была своя маленькая операционная, и на 5-6 курсах мне уже доверяли заниматься больными. Доктора только подписывали необходимые бумаги. Так что я столько всего наделался! Научился всему, что позже в жизни очень даже пригодилось...

— А с Аркадием Павловичем?..

...А с Аркадием Павловичем мы познакомились на экзамене по офтальмологии. Я всегда сдавал в первых рядах, по системе, которая уже не раз себя оправдывала: брали то, что надо и сдавали то, что знали. А в этот раз произошла какая-то накладка, на экзамен приехал одним из последних. Взял билет, готовлюсь. Хорошо, что накануне девочки мне дали лекции почитать. Лекции Аркадия Павловича всегда были интересными, и часто не совпадали с учебником. Пошел отвечать — разговорились. Он спрашивает по билету, а я отвечаю по его лекции. Аркадию Павловичу это понравилось. И тут он провел просто блестящий блинкриг: «Кем хочешь стать?» — «Хирургом». — «Хирургия большая, я понимаю, но есть хирургия офтальмологическая»... Все уже ушли, а мы продолжали беседовать. Расстались на том, что он пригласил меня на кружок. Прихожу, Аркадий Павлович меня представляет как нового старосту кружка. Тут понимаю, что попал... в офтальмологию. На 6-м курсе уже твердо знал, что я — офтальмолог. В очную ординатуру в то время попасть было крайне сложно, но благодаря моим большим «общественным» заслугам и отличным оценкам, куда деваться, я попал в так называемую спецординатуру, с углубленным изучением офтальмологического языка. Якобы нас готовили для возможной работы за границей (уезжали, правда, крайне редко). Ко мне прикрепили преподавателя иностранного языка. В школе я учил немецкий, один год ходил в соседний класс на английский, а в спецординатуре начал учить французский. Поллиглот, но хоть бы один язык толком знать! В то время я мог худо-бедно говорить, и преподаватель у меня был интересный — бывший русский эмигрант. Мы часто с ним беседовали не на «языковые» темы. Один раз в неделю его приглашали на беседу на «Черное озеро», где находилось местное управление КГБ.



Ассистент кафедры офтальмологии. Занятие со студентами. Калинин, 1974 г.



С мамой, Александрой Семеновной. 1949 г.



Ну вот и окольцевали (Галина Борисовна — проф. НИИГБ РАМН). Казань, 1970 г.

Спецординатура — это, конечно, прекрасно, но мое материальное положение по сравнению со студенческими годами резко ухудшилось. Что делать? Напротив нашей клиники находился Институт охраны труда ВЦСПС, который занимался улучшением условий труда на различных предприятиях. Пошел в отдел кадров, со мной побеседовали. Через неделю получил корочки старшего научного сотрудника оптической лаборатории, которая занималась организацией правильного освещения рабочих мест на заводах и фабриках. Мне сразу стало легче: я получил те деньги, которые недополучал. К сожалению, старший научный сотрудник лаборатории обязан был часто ездить в командировки, и я не всегда ставил в известность об этом своих кураторов. И однажды меня заложили. Я должен был появиться в поликлинике, но был в отъезде. Меня вызывает Аркадий Павлович: «Жень, в чем дело?» (если он обращался по имени, значит в хорошем настроении). — «Аркадий Павлович, должен Вам сознаться честно и откровенно...» и пошел в карман за комсомольским удостоверением... А в это время в Казани работала комиссия ЦК КПСС по вопросам идеологии, и меня как внештатного сотрудника обкома комсомола включили в состав этой комиссии. Показываю свой мандат и говорю, что, к сожалению, должен периодически ездить с ними в командировки. Надо сказать, что и по линии комиссии ЦК мне пришлось поездить, но в тот момент я служил...

— Каким был круг научных интересов Аркадия Павловича?

— Первая и последняя любовь Аркадия Павловича — глаукома, но часто уходил и вправо и влево: много сделал для лечения высокой близорукости. Первая операция, которая реально воздействовала на высокую близорукость, была разработана им. Интересы Аркадия Павловича также касались дистрофических, гипоксических заболеваний и т.д. В обзорной истории отечественной офтальмологии никто не может с ним сравниться — ни М.М. Краснов, ни С.Н. Федоров.

— А Тихон Иванович Ерошевский? Как Вы считаете, ученик превзошел своего учителя?

— Да, превзошел. Безусловно, Тихон Иванович — выдающийся ученый, воспитал множество учеников, многие из которых заведовали кафедрами по всей стране, был великим организатором здравоохранения — недавно Самарской офтальмологической больницы им. Ерошевского исполнилось



Будущие офтальмологи — к.м.н. Татьяна Евгеньевна и профессор Алексей Евгеньевич

50 лет — Герой Социалистического Труда, депутат Верховного Совета РСФСР. Это был, конечно, колоссальный человек.

В то время никто особо не готовил докторов наук. Формально С.Н. Федоров защищал диссертацию при научном консультировании Ерошевского, а поскольку никто не хотел брать на себя защиту его диссертации, Аркадий Павлович, как любимый ученик Тихона Ивановича, взял это на себя. Тогда я впервые и познакомился с Федоровым. На всю жизнь запомнил, как он представлялся: «Федоров из Москвы». Все. Он умел мгновенно расставить все акценты.



Ассистент кафедры офтальмологии. Зав. кафедрой — профессор Л.Ф. Линник. Оренбург, 1970 г.



Кафедра глазных болезней и НИЛ Микрохирургии глаза 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. 1978 г.

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Вручение диплома Почетного профессора УФНИИ глазных болезней. Уфа, 2013 г.



Беседа с учителем. Самара, Жигули, 2002 г.



«Клятва Гиппократа». (Всероссийский конгресс «Глаукома на рубеже веков»). Казань, 2013 г.

Его защита по своей форме была мероприятием уникальным. Ни до, ни после я ничего подобного не видел. Изюминка заключалась в том, что закончив доклад, он приглашал на сцену прооперированных пациентов. Они выходили по одному, довольные, поблескивая перед многочисленной аудиторией искусственными хрусталиками. Федоров был неподражаемым шоуменом. Это был единственный ученый совет, который принял его диссертацию.

А второй раз мы столкнулись с Федоровым в конце его карьеры, когда меня назначили председателем комиссии по проверке деятельности МНТК. Мне вручили список членов комиссии, в которой из 25 человек было только 3 офтальмолога, остальные — финансисты, юристы и т.д. Накопали, конечно, много чего, но как же Федорова подставляли его ближайшие сотрудники! За спиной Святослава Николаевича варилась такая каша, что дальше просто некуда. Всплыла история Екатеринбургского филиала...

— Святослав Николаевич знал об этом?

— Он не владел полной информацией, многое для него стало неожиданным. В этот период мы общались тесно, приходилось обговаривать многие вопросы. Ко мне он относился спокойно, доброжелательно, прекрасно понимая, что я пришел совсем не за тем, чтобы его топить. Как-то мы сидим у него в кабинете, раздается звонок: «Да, Евгений Максимович, да... А он сидит передо мной, сейчас я ему передам трубку». Говорит с Примаковым, в тот период премьер-министром, в мои планы не входило, но трубку пришлось взять: «Ну, что там? — слышу его немного тигучий бас. — «Пытаемся, — говорю, — «друзей» много, но мы пока держимся... Нашли кое-какие моменты, но они не чреватые». «Все правильно, продолжайте в том же духе, я поддерживаю». И Примаков повесил трубку. Когда с результатами проверки (по ним можно было ограничиться выговором, а можно было и снять с работы — смотря как повернуть), я появился в Минздраве, оказалось никто не может меня принять — просто комедия! В конце концов меня втолкнули в кабинет только что назначенного нового начальника финансового управления. Он был предельно краток, указал мне, куда положить папку, и я покинул кабинет... Еще год Федоров был ВРИО генерального директора, и только перед самым съездом офтальмологов его утвердили в должности. Вот так нас жизнь свела дважды, в начале его карьеры и в самом конце...

Хочу высказать свою точку зрения по поводу МНТК. Я придерживался ее и при Святославе Николаевиче, остаюсь верен и сейчас: разрушить систему МНТК нельзя, как только мы переведем ее на разрозненные учреждения, клиники будут немедленно «съедены» региональными властями, и система

прекратит существование. А в нее вложено столько денег, столько труда и сил, что разрушать ее нельзя. Я понимаю, что в определенной степени — это монополист, но учитывая кадры, оснащение, возможность воздействия на пациента (можно многое критиковать, и при Святославе Николаевиче не все было правильно), на сегодняшний день мы имеем целый класс эффективно работающих медицинских учреждений. Но если что-то произойдет, и система разрушится, это будет абсолютно неправильно.

— Евгений Алексеевич, что Аркадий Павлович Нестеров больше всего ценил в людях?

— Аркадия Павловича я знал почти 45 лет. Отношение к людям у него было просто уникальным. Самый младший наш сотрудник, разговаривая с Нестеровым, чувствовал себя человеком. С незнакомыми людьми он общался только по имени-отчеству и только на «вы». Он из простой семьи, отец был землемером, мама не работала. После окончания школы ушел на войну, служил в автобате, попал под Сталинград. Командование батальона относилось к нему по-доброму, по-отцовски. Но самым приятным его воспоминанием о войне была больница, куда он попал с воспалением легких. Представьте себе, кругом тяжелейшая война, а в больнице — чистые простыни, прекрасный уход, кормили лучше, чем в армии. После войны Аркадий Павлович поступил в Куйбышев в медицинский институт, попал к Тихону Ивановичу Ерошевскому. Потом — аспирантура, стал ассистентом кафедры, защитил кандидатскую диссертацию. Очень серьезно Аркадий Павлович занялся глаукомой, ее теоретическими аспектами, чем до него толком никто не занимался: гидродинамика глаза, топография глаза, электронная топография глаза. В те годы многие офтальмологи и слов таких не знали... Начиная с самых первых книг, он объясняет многие вещи с позиций теории. Где-то его работы перекинулись с работами А.М. Водовозова о толерантном давлении, но я не устану повторять, А.П. Нестеров был самым выдающимся теоретиком в нашей области. Все занимались прикладной офтальмологией, в том числе М.М. Краснов. Однажды на заседании Американской академии офтальмологии М.М. Краснов выступал с докладом о прорыве лазерной хирургии в лечении глаукомы, показывал слайды. А если Вы помните, первым нашим лазером был «Ятаган», с его помощью мы заграничу определили лет на 20, был сделан колоссальный задел. Фактически это был коагулятор. После обработки угла передней камеры, трабекулы наблюдался положительный эффект. М.М. Краснов и говорит, что лазер пробил трабекулу, образовалось отверстие, через которое пошел отток внутриглазной жидкости. Американцы на все это смотрят и говорят (они же классные специалисты, особенно

в гистологии): «Профессор, но на ваших слайдах мы не видим отверстия. Прижигание есть, но отверстия — нет». Летят обратно в самолет Краснов и Нестеров (он тоже присутствовал на этом заседании) и пытаются разобраться. Аркадий Павлович после непродолжительного раздумья говорит, что американцы правы, отверстия никакого нет, а результат работы лазера — не отверстие, а прижигание, ожог. Если ожог, значит растяжение и, следовательно, улучшение оттока жидкости... Очень скоро Вайс опубликовал свою работу «Лазерная трабекулопластика». Фактически Михаил Михайлович, сам того не понимая, открыл трабекулопластику. Еще раз повторю, с точки зрения теоретических подходов сильнее Аркадия Павловича никого не было.

А с людьми общался он просто замечательно. Подавляющее большинство сотрудников были просто в него влюблены.

— Он охотно делился своими знаниями?

— Абсолютно. Со своими учениками внутри коллектива он делился идеями, порой высказывая сомнения. Он и нас учил определенному скепсису в научной работе, не кидаться на решение проблем «с шашкой наголо». Любил рассказывать, что такое спекуляция, что это вовсе не «купил дешево — дорого продал». «Спекуляция — слово древнее, обозначает «разсуждение при отсутствии достаточного количества фактов», именно то, чем мы и занимаемся». Аркадий Павлович открывал нам многое из того, о чем мы не имели понятия, он был энциклопедически развит, его работоспособность поражала, много читал, писал, любил заниматься экспериментальной наукой. Сначала мы работали на базе больницы № 59, в лаборатории под названием «Патология внутриглазного давления», позже стали называться «Микрохирургия глаза». Многие работы, подготовленные в лаборатории, опережали мировую науку. Мы были «руками» Аркадия Павловича, а голова была его. Он бросал идею, а мы ее развивали, при этом работали с огромным удовольствием именно в экспериментальной, теоретической, части. Мне, например, не стыдно за те годы. Больше, наверное, было сделать нельзя, и базис для открытия Нестерова в патогенезе глаукомы «Блокада склерального синуса шлеммова канала» также был разработан в лаборатории. Более того, это было принято во всем мире. Хотя отношение иностранцев и тогда, и сейчас было скептическим. Помню, мы с Нестеровым впервые приехали в Амстердам, в клинику профессора Грета. Это известный глаукоматолог, бывший президент Европейского глаукомного общества, огромный дядька под два метра ростом, я его называл «голландским лесорубом». Принимал он нас прекрасно, приглашал к себе домой, возил на свою дачу. Настало время выступления Аркадия Павловича перед

сотрудниками клиники и членами глаукомного общества. Первые несколько минут на лицах слушателей было написано безразличие, потом пробудился интерес и искреннее удивление. Они, к сожалению, воспринимали нас в валенках с деревянными часами и в обнимку с медведем, однако с тех пор мало что изменилось.

— Свою трудоспособность Вы, очевидно, унаследовали у Аркадия Павловича?

— У нас неплохо получалось работать в тандеме (модное сейчас выражение). Любую идею нужно было «приземлить» хотя бы для исследований. Что-то организовать, собрать научный совет и т.д. — было на мне. Если, например, в Институте Гельмгольца такого рода работу выполнял целый организационно-методический отдел, в НИИ ГБ РАМН — то же самое, а у нас — Нестеров, Егоров и еще пара человек, которым мы что-то поручали. При этом выход продукции «на гора» был абсолютно адекватным. Иногда, правда, поручения, которые приходилось выполнять, повергали нас в шок. Поступил, например, из Академии заказов: составить подробный перспективный план развития на 10 лет с указанием социально-экономического эффекта всех проведенных работ. Ни больше, ни меньше. Я в полной растерянности, не знаю, с какого боку подойти, жалуюсь Аркадию Павловичу. Он мне: «Жень, 10 лет... Или ишак сдохнет, или эмир помрет, или нас с тобой не будет. Меня точно не будет, а ты скажешь, что при мне был, так что пиши». Что самое интересное, никто ни через 10 лет, ни через 20 с нас не спросил о выполнении плана.

— Евгений Алексеевич, с 2000 года Вы возглавляете кафедру.

— Это с его подачи. Он сказал, что не хочет уходить, когда уже не будет соображать. Я ему отвечаю, что сомнений относительно его у меня нет. «Вот когда сомнения появятся, я уже не уйду». Лаборатория оставалась за ним, и с 2000 года под его руководством я стал заведующим кафедрой.

— Как на сегодняшний день Вы оцениваете потенциал кафедры, и какое самое значимое событие, на Ваш взгляд, произошло на кафедре за период Вашего руководства?

— Скажу прямо и откровенно: работать крайне тяжело, поскольку это кафедра. Упор на учебную работу, потом — все остальное. Мы переживаем ситуацию, когда кафедры никому не нужны. Все, что есть в больнице, мы с Аркадием Павловичем создавали совместно, в клинику профессора Грета. Это известный глаукоматолог, бывший президент Европейского глаукомного общества, огромный дядька под два метра ростом, я его называл «голландским лесорубом». Принимал он нас прекрасно, приглашал к себе домой, возил на свою дачу. Настало время выступления Аркадия Павловича перед

офтальмологических служб. Более того, вместе с Аркадием Павловичем мы создали Московский городской глаукомный центр, который сегодня, к сожалению, сбавил обороты. Здравоохранение и образование пока не являются первоочередными задачами, и проблемы заключаются в финансировании. Если федеральным учреждениям под развитие медицины, под модернизацию давали деньги (в последние годы НИИ ГБ РАМН очень серьезно продвинулся в этом отношении, в том числе и по закупкам оборудования), у нас пока все остановилось. Последнее, я сумел пробить (не буду говорить каким путем), это значительный транш на покупку оборудования. Теперь же кафедрам практически ничего не достается, и все закупки делаются только по линии больницы. То есть поддержка глазной службы есть, но у кафедры и больницы все-таки разные направления. Больница — это чисто клиническая работа, лечение больных; у нас прибавляется учебный процесс — студенты, ординаторы, аспиранты, врачи, плюс научная работа. Да, наработки есть, работы ведутся, но они приобретают больше прикладной характер. А у нас еще много теоретических, базисных заделов, развивать которые мы не в состоянии, сотрудничество с академическими институтами становится все более затруднительным, так как оно постепенно переходит на платную основу, что мы потянуть уже не в состоянии. Совместная работа пока продолжается, но сложностей становится больше. Коллектив наш очень знающий, квалифицированный, но очень маленький, и так обидно, что мы неуклонно теряем завоеванные когда-то с таким трудом позиции. Хотя мы называемся Российской национальный исследовательский медицинский университет, но денег на исследования мы практически не видим. Офтальмология одним жестом министра была вычеркнута из списка приоритетных направлений в научных исследованиях. С учебной работой тоже проблемы — мы испытываем постоянный прессынг администрации: необходимо развивать лечение больных, а тут мы — да еще площади занимаем. Везде одна и та же проблема. Почему? Потому что никто не может ответить на вопрос: «Де положение о клинической больнице?» Это весьма серьезная проблема. Все кафедры работают на базе клинических учреждений города, области, но не на своих собственных, кроме 1-го меда, у которого есть своя клиническая база, и это очень хорошо. Должны быть правильно выстроены взаимоотношения, в том числе и финансовые, между кафедрами и больничной администрацией. А пока средняя зарплата по больнице 75 000 рублей, средняя зарплата профессора 25 000.

— Можно надеяться, что в ближайшем будущем что-то изменится в лучшую сторону?

— Трудно сказать. Тем более Вы, наверное, слышали, Минпромторг заявил, хватит покупать зарубежное оборудование для медицины. Будем импортировать только то, что мы не сможем производить у нас.

— В свое время в стране производилось медицинское оборудование вполне достойного качества, насколько можно судить...

— Вы не забывайте, я прошел большую школу: несколько десятилетий возглавлял офтальмологическую комиссию по новой медицинской технике Минздрава и комиссию по офтальмологии Фармкомитета. Все, что делается в течение последних 30 лет в фармацевтике, в медицинской технике, я прекрасно знаю. Кое-что у нас есть и делается до сих пор, но в основном это не науко- и приборостроение. Хотя тот же Вячеслав Михайлович Будник до сих пор делает прибор для исследования поля зрения, причем вполне приличного качества.

— Профессор С.К. Вартанетов сконструировал эксимерный лазер, а недавно — фемтолазер.

— Вот эту тему давайте закроем. Я слишком хорошо с ней знаком. Скажу только одно: тех денег, которые мы вбухали на развитие лазерной техники, хватило бы, чтобы построить дворцы... из лазеров. Сделали один YAG-лазер, да и тот оказался средненьким. Заставить сделать можно — на колесике один прибор, а как только дело доходит до серии, на этом все кончается. Но кое-что можно. Сейчас, наконец, сделали неплохую целевую лампу, она начала двигаться, через нее все видно. Ее можно запускать и не импортировать зарубежные приборы.

— Вы говорите о ЗОМЗе (Загорском оптико-механическом заводе)? Он и раньше выпускал щелевые лампы «ЩЛ».

— Лет 10 назад там все умерло, теперь производством налаживается в Красногорске. Но могу сказать одно, если нашего производителя правильно поставить и дать ему ускорение, — сделать могут. А с другой стороны, мы столько всего накупили! Зачем нам столько оборудования, которое часто стоит никому не нужное в глазных кабинетах? Аппаратура будет работать и приносить пользу только в крупных межрайонных учреждениях, где совсем другие нагрузки, где идет консультативный прием. А там, где сидит врач и часто без медицинской сестры, техника будет простаивать. Или давайте деньги на медицинское техник, который будет работать на всех этих приборах. Много еще можно сделать, не вкладывая огромных дополнительных денег, а прикладывая голову, руки и желание. Так что перспективы у нас есть, народ наш не глупый, знающий, и пусть он делает то, что может, тогда все будет хорошо.

Еще одна серьезная проблема — врачей надо заставить учиться. То, что сегодня происходит, экзамены



Европейское глаукомное общество. Париж, 2010 г.

— Трудно сказать. Тем более Вы, наверное, слышали, Минпромторг заявил, хватит покупать зарубежное оборудование для медицины. Будем импортировать только то, что мы не сможем производить у нас.

— В свое время в стране производилось медицинское оборудование вполне достойного качества, насколько можно судить...

— Вы не забывайте, я прошел большую школу: несколько десятилетий возглавлял офтальмологическую комиссию по новой медицинской технике Минздрава и комиссию по офтальмологии Фармкомитета. Все, что делается в течение последних 30 лет в фармацевтике, в медицинской технике, я прекрасно знаю. Кое-что у нас есть и делается до сих пор, но в основном это не науко- и приборостроение. Хотя тот же Вячеслав Михайлович Будник до сих пор делает прибор для исследования поля зрения, причем вполне приличного качества.

— Профессор С.К. Вартанетов сконструировал эксимерный лазер, а недавно — фемтолазер.

— Вот эту тему давайте закроем. Я слишком хорошо с ней знаком. Скажу только одно: тех денег, которые мы вбухали на развитие лазерной техники, хватило бы, чтобы построить дворцы... из лазеров. Сделали один YAG-лазер, да и тот оказался средненьким. Заставить сделать можно — на колесике один прибор, а как только дело доходит до серии, на этом все кончается. Но кое-что можно. Сейчас, наконец, сделали неплохую целевую лампу, она начала двигаться, через нее все видно. Ее можно запускать и не импортировать зарубежные приборы.

— Не было желания создать частную клинику?

— Были предложения, но не сложилось. Оперировать и консультировать в частных клиниках приходилось, а своей клиники так и нет, о чем я говорю с сожалением. Жизнь, видите, как складывается... Но посмотрим, еще не вечер.

— Евгений Алексеевич, я постоянно вижу Вас на конференциях, Вы выступаете с докладами, являетесь научным руководителем Всероссийской школы офтальмолога, издаете журнал, книги...

— Кстат, должен похвастаться, если посмотреть на индекс цитирования, то у журнала «Клиническая офтальмология», где я имею честь быть главным редактором, этот показатель — 0,634, «Вестник офтальмологии» — 0,434, «Офтальмология» — 0,4 и далее — на уровне 0,2. Буквально две недели назад вышла книга «Офтальмология. Национальное руководство. Краткое издание» под редакцией С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Неросова, Х.П. Тахиди. В прошлом году мы выпустили книгу «Глаукома. Национальное руководство» под редакцией Глаукома покорного слуги, среди авторов — ученые НИИ ГБ РАМН. Но самая большая наша гордость — «Национальное руководство по глаукоме. Путеводитель для поликлинических врачей». В этом году мы

на присвоение категории и прочее, носит во многом формальный характер. Врачи должны постоянно повышать свою квалификацию. А не будешь учиться, пеняй на себя. Но пока все остается по-старому.

С другой стороны, если обрежут импорт, может это и к лучшему? Смотрите, вот, например, микроинструментарий, за что мы в 2000 году получили премию Правительства РФ. В стране его никогда не было, но нам удалось создать инструментарий европейского, мирового уровня. Причем там, где наши инструменты работали, импортные быстро ломались. Потому что мы знали, что наши инструменты будут обрабатывать в тройном растворе Каретникова. А нежный европейский или американский инструментик распадался на составные части. Большое счастье, что Аркадий Павлович оказался providem: мы много работали с казанскими заводами, в результате — появился микроинструментарий офтальмологический, неврологический, сосудистый, нейрохирургический и т.д. Был дан толчок развитию производства по всем направлениям хирургии. За одно это Аркадию Павловичу нужно поклониться в пояс.

— Когда говорят «Не дай вам Бог жить в эпоху перемен», мы прекрасно понимаем, что в нашей стране это касается нескольких поколений. Вы родились и выросли в СССР, Ваше образование и становление тоже происходило в советское время. Профессиональное мастерство Вы приобретали, работая в советском государственном учреждении. Вам пришлось сильно себя ломать в новых жизненных условиях?

— Отвечу словами Анастаса Ивановича Микояна, когда его спросили, отклонился ли он от линии партии: «Я колебался вместе с ней». Когда начались перемены в нашей жизни, как активный комсомолец, я не сидел на месте, участвовал в создании первого СП — совместного предприятия в медицине, и год мы поработали очень продуктивно: организовали поставки компьютеров, медицинского оборудования. Потом была фирма, мы занимались чистой офтальмологией: контактной коррекцией, консультативными услугами, выпускали даже контактные линзы, которые продавались по всей стране.

— Не было желания создать частную клинику?

— Были предложения, но не сложилось. Оперировать и консультировать в частных клиниках приходилось, а своей клиники так и нет, о чем я говорю с сожалением. Жизнь, видите, как складывается... Но посмотрим, еще не вечер.

— Евгений Алексеевич, я постоянно вижу Вас на конференциях, Вы выступаете с докладами, являетесь научным руководителем Всероссийской школы офтальмолога, издаете журнал, книги...

— Кстат, должен похвастаться, если посмотреть на индекс цитирования, то у журнала «Клиническая офтальмология», где я имею честь быть главным редактором, этот показатель — 0,634, «Вестник офтальмологии» — 0,434, «Офтальмология» — 0,4 и далее — на уровне 0,2. Буквально две недели назад вышла книга «Офтальмология. Национальное руководство. Краткое издание» под редакцией С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Неросова, Х.П. Тахиди. В прошлом году мы выпустили книгу «Глаукома. Национальное руководство» под редакцией Глаукома покорного слуги, среди авторов — ученые НИИ ГБ РАМН. Но самая большая наша гордость — «Национальное руководство по глаукоме. Путеводитель для поликлинических врачей». В этом году мы

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



На приеме в посольстве РФ в США по случаю представления Ассоциации врачей-офтальмологов России. Вашингтон, 2005 г.

будем ее переиздавать. Авторы, члены Экспертного совета по глаукоме, представляют всю Россию, от Ярославля до Владивостока.

— Евгений Алексеевич, я Вас поздравляю, замечательные издания! Как Вам на все хватает времени и сил? Может, секрет в какой-то особенной методике отдыха? Как Вы отдыхаете?

— По своей натуре я лентяй, поэтому если есть возможность, первым делом отсыпаясь. А спорт? Ну, заставляя себя плавать в бассейне... Любим путешествовать. С подачи жены, Галины Борисовны, много лет ездим в Северную Европу, три раза были в Норвегии.

— У Вас жена офтальмолог, сын и дочь офтальмологи, все достигли успехов в своей профессии...

— Галина Борисовна, доктор медицинских наук, специалист в области контактной коррекции и лазерной хирургии, работает в НИИ ГБ. Чем дальше, тем с большим удовлетворением я смотрю на ее работу. Может, следовало бы раньше начать этим заниматься, но так уж сложилась жизнь. Однако сейчас Галина Борисовна — специалист высочайшего уровня в своей области. Она является автором уникальных методик, которых пока нет нигде в мире. И все сама. Несмотря на более поздний, чем у других, старт, она набрала такую скорость и вышла на такую орбиту, что мне по-хорошему даже завидно. А ей просто интересно. Сотрудники, с кем она работает в отделе, такие же «повернутые». И для института это совсем неплохо, когда есть люди, делающие науку высочайшего уровня.

— Вы слышала, как после одного выступления Сергей Эдуардович Аветисов ее хвалил.

— Чтобы Сергей Эдуардович похвалил, поверьте, это — не так просто...

...А познакомила нас Галина, подруга, я уже был ординатором, а Галия училась на 5-м курсе. Она мне очень понравилась, но встретиться все не доводилось. Прошел месяц, после Нового года возвращаюсь домой в переполненном троллейбусе, стою на передней площадке. Дверь открывается — толпа рвется к выходу и сбивает с ног стоявшую ко мне спиной девушку. Я едва успеваю подставить руки, вижу лицо девушки — Галия. С тех пор и ношу на руках. Когда говорю, встретились две половинки — невольно повернусь...

Сын, Алексей, уже профессор, хороший хирург, настоящий трудоголик. Он — больше клиницист,

Служба	ПЛАТА	№	ПЕРЕДАЧА
Время	руб.	инв.	№
Примет	...	...	...
 ТЕЛЕГРАММА ИЗ МОСКВЫ № ...			
ПРАВИТЕЛЬСТВЕННАЯ			
КУДА:	117997, г.Москва, ул. Островитянова, д.1		
КОМУ:	Заведующему кафедрой глазных болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И.Пирогова Е.А.ЕГОРОВУ		
Примите мои самые искренние поздравления с Юбилеем! Главным делом Вашей жизни стала забота о людях. Во все времена человек, стоявший на страже здоровья, пользовался особым почетом и уважением! В этот праздничный день разрешите мне пожелать Вам крепкого здоровья, неиссякаемой энергии, новых научных открытий и достижений по славу и на благо России! Счастья и благополучия Вам и Вашим родным!			
Советник Президента Российской Федерации		В.Толстой	

в командировки не любит ездить — не хочет оставлять больных. Выбор профессии, конечно, был сделан под влиянием родителей. У него были неплохие стартовые условия — быстро подготовил кандидатскую диссертацию, потом — докторскую. Дочь, Татьяна — кандидат медицинских наук.

— Традиционный вопрос, Евгений Алексеевич, о Ваших ближайших научных планах.

— Поверьте, сегодня делать какие-то научные заявки очень трудно. Во многом мы работаем «с колес». Появляются новые идеи, предложения, появляются новые препараты, и мы работаем. Планировать в нынешних условиях — занятие неблагоприятное. Если бы как раньше, у нас было плановое хозяйство, сотрудники, которые бы только этим и занимались... А сейчас аспиранты разрабатывают какую-то новую тематику, ординаторы подтягиваются, потому что интересно попробовать, многие молодые врачи хотят работать в науке. Но, с другой стороны, как можно об этом говорить, если молодой ассистент кафедры получает 10 тысяч рублей. Как? Сегодня только настоящие подвижники работают в науке. Получается, что всем выгодней

заниматься практикой, лечением больных. Помните, как Семашко ответил на вопрос Ленина о низких зарплатах врачей? «Плохому доктору и этого много, а хорошему больше прожорлив». Ничего не изменилось. Вот мы и живем сегодня «на колесах»: как можем разруливаем ситуацию, сами находим деньги, большое подспорье — клинические испытания. Продолжаем разрабатывать идеи, фундамент которых был еще заложен Аркадием Павловичем Нестеровым. Он так «напланировал», что нам еще надо долго хватит.

— Евгений Алексеевич, что Вы можете пожелать молодому поколению, что только готовится стать врачом-офтальмологом?

— Лучшее всего сказал Вениамин Каверин в романе «Два капитана»: «Бороться и искать, найти и не сдаваться».

— На этой оптимистической ноте и закончим нашу интересную беседу.

— А по-другому просто нельзя.

Интервью подготовили Лариса Тумар и Сергей Тумар Фото из семейного архива проф. Е.А. Егорова

Достижения медицинской науки — на службу практикующим врачам

IX Ежегодная Всероссийская конференция

«Глаукома: теория и практика»

27-28 февраля 2014 года, Санкт-Петербург

27-28 февраля 2014 года в Санкт-Петербурге в девятый раз состоялась Всероссийская ежегодная конференция «Глаукома: теория и практика». Ее организаторами стали Российское глаукомное общество и кафедра офтальмологии № 1 Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова. «Горизонты нейропротекции» — так в этот раз была обозначена тема конференции.

За два дня работы около трехсот участников форума, представляющих лечебные учреждения и медицинские вузы Санкт-Петербурга



В президиуме конференции д.м.н., профессора В.В. Бржеский, Е.А. Егоров, В.Н. Алексеев, В.П. Еричев

и других регионов России, заслушали двенадцать докладов. Перед собравшимися выступили д.м.н., профессора З.А. Даутова, И.Б. Алексеев, В.В. Бржеский, Е.А. Егоров, В.П. Еричев, В.Д. Кунин, д.м.н. И.Р. Газизова, к.м.н. О.А. Малеванная, О.И. Лысенко, А.Н. Журавлева, Т.А. Новикова за прекрасную организацию конференции.

Корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с организаторами и докладчиками конференции и попросил их поделиться своими впечатлениями о прошедшем мероприятии.



Д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «НИИГБ» РАМН, вице-президент Российского глаукомного общества, главный редактор «Национального журнала глаукома», заместитель главного редактора газеты «Поле зрения» **Валерий Петрович Еричев:**

Глаукома — важнейшая медико-социальная проблема

— **Валерий Петрович, Вы были докладчиком на всех конференциях по глаукоме, проводимых в Санкт-Петербурге...**

— Да. Я с большим удовольствием каждый год, в феврале, приезжаю в Санкт-Петербург по приглашению профессора В.Н. Алексеева. Очень благодарен ему и другим коллегам кафедры офтальмологии Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова за прекрасную организацию конференции.

— **Какие впечатления остались у Вас от прошедшего форума?**

— Мы обсудили широкий круг вопросов, касающихся глаукомы. Речь шла не только о последних научных разработках в этой области

офтальмологии, но и об организации лечебного процесса. Хотелось бы подчеркнуть, что глаукома является серьезнейшей медико-социальной проблемой.

— **Что Вы имеете в виду?**

— Как известно, во всем мире глаукома продолжает оставаться одной из основных причин необратимой слепоты и слабо зрения. При этом уже при нынешнем уровне развития медицины мы можем существенно сократить инвалидизацию вследствие глаукомы.

Значительная часть пациентов, страдающих этой болезнью, способны избежать инвалидности и сохранить значительную часть зрительных функций до глубокой старости.

— **Что для этого необходимо сделать?**

— Принципиальное значение имеет ранняя диагностика глаукомы, а также проведение постоянного мониторинга течения болезни. Не скрою, что у врачей-офтальмологов часто возникает немало практических проблем.

По моему мнению, в нашей стране не хватает четких регламентирующих документов, касающихся лечения глаукомы и организации диспансерного наблюдения. Учитывая социальную значимость этой проблемы, целесообразно было бы принять федеральную целевую программу, направленную на борьбу с глаукомой.

— **Не могли бы Вы представить свое выступление на конференции?**

— Мой доклад назывался «Горизонты нейропротекции при ПОУГ». Я говорил о сохранении зрительных функций, т.е. о сохранении сетчатки и зрительного нерва в условиях достигнутой нормализации ВГД. Представлен материал о принципах нейропротекторной терапии, трудностях, связанных с выбором препаратов, адресной доставки и своевременностью их применения.

Особую проблему представляет поиск критериев оценки эффективности нейропротекторной терапии. Здесь имеется широкое поле для дискуссий. В любом случае важно, чтобы врачи-офтальмологи были

осведомлены о новых препаратах, которые появляются на рынке, об их возможностях.

— **Какие выступления, прозвучавшие на конференции, Вы могли бы отметить?**

— Меня заинтересовали все доклады. Но особенно хотелось бы отметить выступление д.м.н. Ильмиры Рифовны Газизовой из Уфы «Коррекция митохондриальной дисфункции как основа нейропротекции при глаукоме» и д.м.н., профессора Виктора Дмитриевича Кунина из Рязани «Динамика глаукомного процесса у больных, соблюдающих и несоблюдающих режим диспансерного наблюдения и лечения».



Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии № 1 Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова, председатель организационного комитета конференции **Владимир Николаевич Алексеев:**

Нейропротекция — краеугольная проблема современной глаукоматологии

— **Владимир Николаевич, чем Вам запомнилась прошедшая конференция?**

— Мне вспоминаются полутитливые-полусерьезные строки ленинградского и петербургского поэта Вадима Шефнера: «Если гладко все в начале — Не спеши на пироги, Ибо ждут тебя печали И стервозные враги».

На самом деле глаукоматологам, говоря словами поэта, рано «спешить на пироги»... Думаю, что мои коллеги согласятся с тем, что мы все находимся только в начале большого пути. Несмотря на то что лучшие умы мировой офтальмологии изучают глаукому уже в течение ста пятидесяти лет, мы еще до обидного мало знаем об этой болезни.

Борьба с глаукомой как одной из главных причин слепоты и слабо зрения — это не только одна из важнейших задач для ученых-офтальмологов и медиков других специальностей, но и для всего человечества. Очевидно, что значительные усилия придется приложить не только нашим современникам, но и ученым будущих поколений.

Но, несмотря на то что мы пока еще не способны радикально решить проблему глаукомы и остановить наступление этой болезни, врачам необходимо в максимальной мере использовать достижения современной медицинской науки в своей практической лечебной деятельности. Наша ежегодная конференция фактически стала глаукомной школой. Большинство участников мероприятия являлись практикующими врачами Санкт-Петербурга и других регионов. В зале можно было видеть немало молодых лиц: интернов, клинических ординаторов, аспирантов.

Наша главная цель — передать практикующим врачам опыт ведущих российских ученых-глаукоматологов, дать возможность всем медикам пообщаться с элитой российской офтальмологии и других областей медицины. В этом году среди докладчиков были только врачи-офтальмологи. На прошлых конференциях мы также представляли слово ученым-медикам других специальностей: невропатологам, геронтологам, морфологам. Таким образом, был обеспечен комплексный подход к изучению глаукомы.

— **На нынешней конференции было представлено всего двенадцать докладов. На многих научных форумах нередко выступают десятки и сотни ученых и врачей-практиков.**

— Организаторы конференции убеждены в том, что небольшое число докладов дает возможность каждому участнику лучше понять и проанализировать услышанное и прочитанное. В качестве докладчиков мы хотим видеть только лучших из лучших, ведущих российских ученых и врачей-практиков.

Мы предоставляем каждому выступающему от полчаса до часа. На многих конференциях у референтов есть только пятнадцать минут. Думаю, что наши условия более комфортные...

Это действительно научно-практическая конференция. Многие вопросы участников касаются конкретных случаев лечения пациентов, истории их болезни, применения того или иного лекарства.

— **Почему в качестве темы конференции была избрана именно нейропротекция?**

— Нейропротекция — краеугольная проблема современной глаукоматологии. Речь идет о сохранении зрительных функций при глаукоме. А это важнейшая задача и для ученых-офтальмологов, и для практикующих врачей.

— **Какие доклады, прозвучавшие на конференции, Вы бы могли отметить?**

— В первую очередь, мне бы хотелось обратить внимание на доклад президента Российского глаукомного общества, д.м.н., профессора Е.А. Егорова «Современные подходы к консервативному лечению ПОУГ» и на доклад вице-президента Российского глаукомного общества, д.м.н., профессора В.П. Еричева «Горизонты нейропротекции при ПОУГ».

Кроме того, очень интересное выступление представила моя коллега по кафедре офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, к.м.н., доцент О.А. Малеванная «К вопросу о комплаентности больных первичной открытоугольной глаукомой». Мне очень приятно, что Ольга Александровна продолжает

изучать психологические аспекты поведения больных глаукомой. В течение многих лет она анализирует ход диспансерного наблюдения таких пациентов. Этим вопросам на кафедре уделяется большое внимание.

— **К каким выводам приходит докладчик?**

— О.А. Малеванная представила довольно печальную картину. Комплаентность — это готовность пациентов к лечению, их желание выполнять указания врача. У больных глаукомой в большинстве своем комплаентность низкая. При многих недугах невыполнение указаний врача может привести к усугублению течения болезни. При глаукоме этот вопрос также является очень актуальным.

— **Можно ли исправить сложившуюся ситуацию?**

— Повышению комплаентности могут способствовать новые препараты. Например, больному гораздо удобнее закапывать капли один раз в день, а не три-четыре раза в день. Это очевидно! Поэтому новые «удобные» лекарства автоматически повышают комплаентность.



Д.м.н., профессор кафедры офтальмологии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, заведующий Глаукомным центром ГБОУ «Клиническая больница им. Н.А. Семашко» **Виктор Дмитриевич Кунин:**

Ключ к успеху — во взаимодействии врачей и пациентов

— **Виктор Дмитриевич, Ваши выступления всегда сочетают научную глубину и практическую направленность. Об этом мне говорили многие участники конференции, с которыми довелось пообщаться в кулуарах. Нынешний доклад тоже не стал исключением...**

— Спасибо за высокую оценку моей работы! Мне особенно приятно услышать ее из уст представителя газеты «Поле зрения». В нашем издании было опубликовано несколько моих научных работ. И все они были посвящены исследованиям глаукомы.

— **Вы давно занимаетесь этой темой?**

— Исследованиями глаукомы я занимаюсь уже тридцать лет, с 1984 года. Именно тогда я переехал в Рязань из Тамбова и стал работать в Глаукомном центре больницы им. Н.А. Семашко. А с 1993 года возглавляю этот Центр. В 1995 году я защитил кандидатскую диссертацию «Компьютерный анализ качества диспансеризации больных глаукомой и пути повышения ее эффективности». В 2003 году защитил докторскую диссертацию «Кровообращение глаза и его значение в диагностике, клинике и лечении больных

с первичной открытоугольной глаукомой и ее разновидностей».

— **Ваше выступление было посвящено динамике глаукомного процесса у больных, соблюдающих и несоблюдающих режим диспансерного наблюдения и лечения. Но одновременно Вы коснулись широкого круга тем, связанных с лечением глаукомы...**

— Я уже в третий раз являюсь докладчиком на этой конференции. Приезжал в Санкт-Петербург и в 2012 году, и в 2013 году. Хотелось поделиться с коллегами своей точкой зрения на организацию диспансерного наблюдения и лечения больных.

Сразу скажу, что мое выступление получилось не слишком оптимистичным. В последние годы у российских врачей-офтальмологов, в том числе и в провинции, существенно улучшилось техническое оснащение. Мы способны лучше, точнее исследовать патологические изменения сетчатки, зрительного нерва, угла передней камеры глаза.

Появилось много новых лекарств, способствующих снижению внутриглазного давления. Но, несмотря на эти позитивные перемены, инвалидизация в связи с глаукомой практически не идет на спад...

— **Почему так происходит?**

— Я бы отметил две основные причины. Первая причина: квалификация врачей-офтальмологов все еще часто оставляет желать лучшего. Вторая причина: неадекватное отношение пациентов к состоянию своего здоровья.

— **Не могли бы Вы привести конкретные примеры?**

— Я не хочу обижать своих коллег. Но мы в Глаукомном центре больницы им. Н.А. Семашко проанализировали исследования зрительных функций, офтальмотонуса, периферического зрения, сетчатки, зрительного нерва, которые предпринимали врачи-офтальмологи районных поликлиник города Рязани.

К большому сожалению, довольно часто эти исследования проводятся халатно. Их результаты могут ввести в заблуждение и врача, и пациента. При неграмотном проведенном обследовании легко «пропустить» нестабилизированное течение болезни. Особенно я бы хотел обратить внимание на некачественные исследования офтальмотонуса, периферического зрения и заднего отрезка глаза. По нашим данным, в 69% случаев в рязанских поликлиниках

измерение офтальмотонуса тонометром Маклакова проводится некачественно.

— **Каким образом Вы пришли к таким выводам?**

— В этом легко убедиться каждому специалисту, проанализировав карточки больных. Тониметрические кружки неровные, часто овальной формы, с нечеткими контурами... По таким кружкам невозможно с помощью тонометрической линейки определить точный уровень ВГД. Таким образом, возможны заблуждения. Врач думает, что ВГД нормальное, а оно — повышенное.

— **Почему наши коллеги совершают такие досадные ошибки?**

— Об этом можно долго рассуждать. Одна из причин — огромная загруженность врачей низового звена. В этих условиях бывает не просто качественно выполнять свою работу...

— **Как Вы оцениваете взаимодействие врачей и пациентов в борьбе с глаукомой?**

— Во взаимодействии врачей и пациентов лежит ключ к успеху в борьбе с этой коварной болезнью. К сожалению, нельзя не отметить низкую информированность

больных о своей болезни. У врачей не хватает времени на просветительскую работу с пациентами.

Значительная часть глаукомных пациентов практически ничего не знает о глаукоме и особенностях ее лечения. Они не соблюдают режим дня, не соблюдают график приемов препаратов... Они могут просто «исчезнуть» на несколько месяцев и даже на несколько лет.

Давайте представим себе такую ситуацию: врач назначил пациенту дату приема, а он на него не явился...

— **Что в этом случае надо делать врачу?**

— В идеале было бы правильно разыскать пациента и объяснить ему целесообразность регулярного врачебного наблюдения. Разумеется, я не призываю «силок тащить» пациентов к врачам-офтальмологам... Но просветительскую работу необходимо усиливать. Иначе мы не сможем добиться существенных результатов в борьбе с глаукомой.

Для победы над глаукомой необходимо слаженная совместная работа трех звеньев: врачей-офтальмологов по месту жительства, сотрудников глаукомных центров и глаукомных кабинетов и врачей стационаров.



К.м.н., доцент кафедры офтальмологии № 1 Северо-Западного государственного университета им. И.И. Мечникова, член организационного комитета конференции
Михаил Александрович Левко:

Профессиональный уровень участников растёт год от года

— Михаил Александрович, конференция «Глаукома: теория и практика» проводится уже в девятый раз. Все эти годы Вы являетесь членом ее организационного комитета. Не могли бы Вы поделиться своими впечатлениями?

— Самое главное впечатление: существенно вырос уровень слушателей, их профессиональная квалификация. Углубились их знания об особенностях диагностики и лечения глаукомы. Конференция проводится, в первую очередь, для врачей амбулаторного звена. В этот раз в работе форума приняли участие около трехсот врачей-офтальмологов, интернов и клинических ординаторов.

Думается, что такое количество участников является оптимальным. Конференция получилась представительной, но при этом камерной, «домашней»... Участники с радостью общались с докладчиками

в кулуарах. Атмосфера у нас всегда была теплой и дружелюбной. В этом плане нынешняя конференция не стала исключением.

— Как бы Вы охарактеризовали результаты глаукомных исследований последних лет?

— Одно из главных достижений последних лет — это появление лекарств с новыми механизмами действия и точками приложения. Фармакологическая промышленность действительно совершила прорыв в последние годы в этом направлении... Но у нас не только появляются новые лекарства. Врачи успешно учатся их применять! Во всяком случае в Санкт-Петербурге система повышения квалификации врачей-офтальмологов организована достойно.

В этой работе активное участие принимает и кафедра офтальмологии Северо-Западного

государственного университета им. И.И. Мечникова. Наши сотрудники часто выступают перед врачами районных поликлиник города.

— Почему темой нынешней конференции была выбрана именно нейрпротекция?

— Изучение возможностей нейрпротекции является важнейшей областью глаукомных исследований. Ученые пытаются найти ответ на вопрос: как защитить нервную ткань глаза при глаукоме? Нам хочется понять: почему при глаукоме погибают клетки сетчатки? Почему это происходит даже при «нормальном» давлении? Мы пока не способны восстановить сетчатку, но мы должны стремиться остановить ее гибель.

В этой связи не могу не обратить внимание на доклад д.м.н. И.Р. Газизовой из Уфы «Коррекция митохондриальной дисфункции

как основа нейрпротекции при глаукоме». Речь шла о коррекции энергетики клетки. Это очень перспективное направление исследований. Влияя на энергетику клетки, мы можем попытаться предотвратить ее гибель. Об этом и рассказала Ильмира Рифовна.

— Особенностью конференции является обсуждение широкого круга тем, связанных с глаукомой. При этом рассматриваются не только офтальмологические, но и неврологические темы...

— В глаукомных исследованиях невозможно разделить вопросы чисто офтальмологические и неврологические. Глаукома — это не только поражение органа зрения, но и болезнь головного мозга. Хотел бы обратить внимание, что препараты, которые врачи-неврологи прописывают пациентам после инсультов и травм головного мозга, скажем, танакан и мексидол, в последние годы стали активно применяться и при глаукоме. Эти препараты способствуют энергетическому насыщению нейроэлементов сетчатки, а также коррекции их жизнедеятельности.

— В работе конференции неизменно принимают участие звезды отечественной офтальмологии...

— Доклады, с которыми выступили ведущие российские офтальмологи, дополняли друг друга. Каждый из них представлял новые ракурсы, новые подходы в глаукомных исследованиях. Д.м.н., профессор Е.А. Егоров проанализировал различные группы

препаратов, применяемых в практике глаукоматологов. Речь шла и о препаратах, призванных снизить внутриглазное давление, и о препаратах, защищающих нервные структуры глаза. Кроме того, были представлены препараты комбинированного действия.

В докладе д.м.н., профессора В.В. Бржеского были проанализированы побочные эффекты антиглаукомных препаратов. Они могут быть вызваны как основным действующим компонентом препарата, так и консервантом. К этим побочным эффектам относятся сухость в глазу, жжение — фактически синдром «сухого глаза». Эти побочные эффекты опасны не только сами по себе, они часто приводят к отказу пациентов от приема необходимых препаратов. Переход на бесконсервантные препараты — один из путей повышения комплаентности глаукомных больных.

С интересным докладом «Поверхность глаза и глаукома» выступил врач-офтальмолог из Санкт-Петербурга Александр Владимирович Вохмяков. Речь шла и о сравнении старых и новых консервантов, используемых в антиглаукомных препаратах, и о перспективах появления бесконсервантных гипотензивных препаратов в практике российских офтальмологов.

Как всегда с ярким докладом выступил один из ведущих российских глаукоматологов, д.м.н., профессор В.П. Еричев. Он рассказал об основных тенденциях в развитии нейрпротекции, о перспективах развития этой области офтальмологии.

Подготовил Илья Бруштейн

Фотографии Ильи Бруштейна и Михаила Левко



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

«Прикамские зори»,

посвященная актуальным проблемам травм органа зрения.

Приглашаем к участию всех желающих!

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

Актуальные вопросы офтальмологии

XV Научно-практическая конференция офтальмологов ФМБА

27 февраля 2014 года, Москва

Это ежегодное мероприятие призвано собрать офтальмологов ФМБА с целью ознакомить их с новейшими диагностическими и лечебными технологиями. Как правило, с докладами выступали сотрудники Центра офтальмологии и работники кафедры офтальмологии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России.

Однако в этом году впервые конференция проводилась в ином формате, и ее организаторы (руководитель Центра — проф. В.Н. Трубилин и заведующая консультативно-диагностическим отделением — проф. Н.И. Курышева) пригласили ведущих экспертов страны в качестве лекторов по основным разделам офтальмологии, главным образом адресованным поликлинической аудитории. В конференции приняли участие 230 офтальмологов, работающих не только в Федеральном медико-биологическом агентстве, но и сотрудники различных клиник Москвы, а также других регионов.

Мероприятие открыл руководитель Центра офтальмологии ФМБА России, профессор В.Н. Трубилин. Вступительный доклад был посвящен основным направлениям деятельности и последним достижениям Центра офтальмологии ФМБА России, а также итогам работы офтальмологической службы на XXII зимних Олимпийских играх в Сочи.

Профессор В.В. Страхов (Ярославская государственная медицинская академия) выступил с докладом «Биомеханический аспект формирования глаукомной экскавации», в котором отметил, что, наряду с фронтальной деформацией ретчатой пластинки, большое значение в развитии глаукомной экскавации имеет эффект боковой компрессии ткани зрительного нерва в склеральном канале диска зрительного нерва с поражением периферических нервных волокон.

В выступлении заведующей консультативно-диагностическим отделением (КДО) Центра офтальмологии ФМБА России, профессора Н.И. Курышевой были освещены актуальные вопросы глаукомы. Первая часть доклада была посвящена глаукоме нормального давления (ГНД): приведены клинические особенности заболевания, освещена роль патологии сердечно-сосудистого гомеостаза, внутричерепного давления, давления



Профессор В.Н. Трубилин открывает конференцию



Д.м.н. Н.А. Ермакова



Профессор В.В. Страхов



Д.м.н. М.В. Будзинская



Профессор Н.И. Курышева



К.м.н. Дж. Дорошенко

спинномозговой жидкости при глаукоме нормального давления. Было отмечено, что ведущим направлением лечения ГНД является нормализация глазной гемоперфузии. Далее в докладе рассматривался вопрос о роли офтальмонуса в диагностике глаукомы: были приведены результаты сравнительного исследования современных методов тонометрии, наиболее предпочтительным из которых является измерение роговично-компенсированного давления с помощью анализатора биомеханических свойств роговицы. Следующая часть выступления была посвящена современным методам ранней диагностики и оценки прогрессирования глаукомы. Важная роль принадлежит спектральным оптическим томограммам, позволяющим оценить состояние комплекса ганглиозных клеток сетчатки. Н.И. Курышева остановилась на результатах исследований сочетанной патологии: глаукомы и ВМД, подчеркнув, что перспективным в этом плане является новый диагностический метод — ОКТ-ангиография, —

дающий информацию не только о структуре, но и о кровоснабжении сетчатки и диска зрительного нерва. В заключение были рассмотрены особенности медикаментозного и лазерного лечения глаукомы. Примечательно, что в докладе было приведено много результатов исследований, проводимых в течение многих лет сотрудниками КДО Центра офтальмологии ФМБА, касающихся дисфункции эндотелия и сосудистой дисрегуляции при ГНД, сравнительной характеристики новых методов тонометрии, отдаленных результатов селективной лазерной trabeculoplasty, методов ранней диагностики глаукомы с применением оптической когерентной томографии и влияния антиглаукомных препаратов на глазную гемодинамику.

Д.м.н. М.В. Будзинская (ФГБУ «НИИГБ» РАМН) выступила с докладом «Новый взгляд на терапию ВМД», в котором обратила внимание на особенности сухой и влажной форм возрастной макулярной дегенерации, роль применения ретицевитков и подробно осветила

эволюцию методов лечения. Следующая часть доклада была посвящена эндовитреальному введению анти-VEGF (лупентиса) в терапии экссудативной ВМД. Важным аспектом доклада был алгоритм анти-VEGF терапии. Докладчиком было подчеркнуто, как важно учитывать показания к повторному введению препарата, а также противопоказания, когда инъекция анти-VEGF препарата не только не приведет к улучшению состояния ГНД, сравнительной характеристики новых методов тонометрии, отдаленных результатов селективной лазерной trabeculoplasty, методов ранней диагностики глаукомы с применением оптической когерентной томографии и влияния антиглаукомных препаратов на глазную гемодинамику.

Вторая часть конференции была посвящена не менее важным и интересным аспектам офтальмологии. В своем докладе д.м.н. Н.А. Ермакова (Эндокринологический диспансер) подробно рассказала о патогенезе и лечении

увеитов. Докладчик обратила внимание практикующих врачей на то, что нередко диагноз может быть установлен довольно точно уже по клиническим проявлениям. Однако в диагностике важны не только изменения со стороны органа зрения, но и организм в целом, поскольку первопричина заболевания нередко кроется в системном характере заболевания, а воспалительный процесс даже инфекционного генеза на определенном этапе приобретает черты аутоиммунного воспаления. С этой точки зрения необходимо обращать внимание на изменение иммунологического статуса и биохимических процессов. В докладе были рассмотрены аспекты лечения реактивного отека макулярной зоны при передних увеитах, выбора противовоспалительной терапии, методов доставки лекарственных средств, а также целесообразность проведения лазеркоагуляции сетчатки.

С интересным докладом «Роль поликлинического врача в витреоретинальной хирургии» выступил к.м.н. Дж. Дорошенко (Центр диагностики и хирургии заднего отрезка глаза), который обратил внимание докторов на особенности тактики ведения больных с угрозой макулярных разрывов, а также на лечение послеоперационных осложнений и возможность ятрогенных ошибок. В докладе были рассмотрены лечение тромбозов и эмболий сосудов сетчатки. Живой интерес аудитории вызвали видеосюжеты из операционной, в которых были продемонстрированы возможности современного лечения субретинальных кровоизлияний и применение пневморетинексии. Автор обратил внимание врачей на возможности новейших эндоскопических интравитреальных когерентных томографов, позволяющих получать изображения с высоким разрешением непосредственно в ходе операции при тракционном синдроме. Построение макулярных карт и проведение операции с учетом топографии патологических изменений позволяют существенно улучшить не только анатомические, но и функциональный результат хирургического лечения. Во второй части доклада обратил внимание врачей на проблему воспалительных процессов и транзиторной гипертензии в авитреальном глазу. Были даны рекомендации по амбулаторному ведению больных после витректоми, которые вызвали оживленную дискуссию. Докладчик подчеркнул, что подобные пациенты не являются какими-то «особенными», требующими внимания исключительно витреоретинального хирурга. Порой быстрая реакция поликлинического врача, в частности на офтальмоперитензию, может спасти зрение такому больному.

В заключительном слове профессор Н.И. Курышева подвела итог конференции, подчеркнув высокую академичность и научную ценность всех докладов, и отметила большой интерес аудитории. Подтверждением тому был факт, что доктора долго не расходились по окончании мероприятия, задавая вопросы приглашенным докладчикам и делись собственными клиническими наблюдениями.

Материал подготовила профессор Н.И. Курышева, ФМБА России

Фото Сергея Тумара



Во время дискуссии



Профессор В.В. Страхов, д.м.н. Н.А. Ермакова, профессор Н.И. Курышева, профессор В.Н. Трубилин



Значительное и устойчивое снижение ВГД¹

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

Краткая информация по безопасности препарата Косопт® (Сосорг), ЛП №Н1096.

МНН: дорзоламид + тимолол. **Форма выпуска:** капли глазные. **Показания к применению:** КОСОПТ используется для лечения повышенного внутриглазного давления при открытоугольной глаукоме и псевдоэкссудативной глаукоме. **Противопоказания:** Бронхиальная астма, бронхиальная астма в анамнезе, тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких, Синусовая брадикардия, атриовентрикулярная блокада II-III степени, выраженная сердечная недостаточность, кардиогенный шок, Тяжелая почечная недостаточность (СК менее 30 мл/мин). Дистрофические процессы в роговице. Беременность и период кормления грудью. **Повышенная чувствительность к любому компоненту препарата.** Детский возраст до 18 лет (в связи с недостаточной изученностью эффективности и безопасности). **С осторожностью:** Реакции со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы КОСОПТ может абсорбироваться в системный кровоток. Входящий в состав препарата тимолол является бета-адреноблокатором, таким образом, побочные реакции, известные при системном применении бета-адреноблокаторов, могут отмечаться при местном применении препарата. В том числе обострение вазоспастической стенокардии (стенокардии Принцметала), нарушения

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

ООО «МСД Фармасьютикалс», Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1, Тел.: +7 (495) 916-71-00, Факс: +7 (495) 916-70-94, www.mercr.com, ОРНТ-1061817-0008, 12.2012



XIII Всероссийская школа офтальмолога

14-15 марта 2014 года

Московская область, Истринский район, ДО «Снегири»

Первое заседание открыл академик РАН С.Э. Аветисов (Москва) докладом «Отдаленные проблемы радикальной кератотомии (РК)». К концу второй половины прошлого века кератотомия была достаточно популярным рефракционным вмешательством. В клиниках США к 1995 году было выполнено более 1 миллиона операций, а в России только в системе МНТК «Микрохирургия глаза» к 2000 году проведено около 600 000 операций. К настоящему времени наблюдение этих пациентов в течение более 2-х десятилетий позволяет оценить отдаленные результаты вмешательства. К ним относят повышение «чувствительности» роговицы к контузионным травмам, рефракционные ошибки при расчете оптической силы ИОЛ, влияние изменений роговицы на показатели тонометрии, а также сдвиг рефракции в сторону гиперметропии в отдаленные сроки после операции. Коллективом под руководством С.Э. Аветисова была начата работа по исследованию характера и механизмов развития отдаленных эффектов РК. В результате были определены составляющие сдвига рефракции в сторону гиперметропии: повышение ВГД и снижение жесткости роговицы. Проявление указанного сдвига только у части пациентов после РК на фоне повышения ВГД исследователи связывают с исходно сниженной жесткостью роговицы. В этих условиях

Традиционно дом отдыха «Снегири» становится ежегодным местом встречи офтальмологов большинства регионов России. Это хорошая возможность получить свежую информацию о современных подходах к диагностике и терапии различных офтальмопатий от ведущих специалистов, а также просто пообщаться в неформальной обстановке. Исторически данное мероприятие выросло из т.н. глаукомной школы, и в этот раз главная роль была отведена именно этой нозологии.



Т. Пустовойтовой

в первую очередь именно роговица, а не решетчатая пластинка зрительного нерва, становится мишенью биомеханических изменений при глаукоме. Таким образом, с практической точки зрения пациентов с гиперметропическим сдвигом рефракции можно отнести к группе риска развития глаукомы.

С пленарным докладом «Острые воспалительные заболевания орбиты» выступила академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва). Подробно изложила этиологию и современные классификации, Алевтина Федорова остановилась на многообразии клинических проявлений воспалительной патологии орбиты и принципах терапии.

Интересное исследование было представлено профессором В.В. Страховым (Ярославль) в докладе «Диагностическая значимость зрачковых реакций при ПОУГ». Его исследовательская группа обратила внимание на различную выраженность медикаментозного мидриаза у здоровых лиц и у пациентов с глаукомой. Проведя корреляцию мидриаза с состоянием ригидности тканей переднего отрезка глаза, авторы предложили собственную диагностическую пробу.

В докладе «Глаукома и сердечно-сосудистые заболевания: выбор гипотензивной терапии» д.м.н. О.А. Киселева (Москва) подробно отразила системные побочные эффекты представителей всех групп местных гипотензивных препаратов, сделав акцент на неселективных β-блокаторах. В этом свете активное применение ряда фиксированных комбинаций позволяет снизить выраженность побочных явлений, уменьшив частоту их инстилляций.

Руководитель школы, профессор Е.А. Егоров (Москва) выступил с традиционным обзором современных принципов гипотензивной терапии глаукомы, остановившись на последних достижениях в этой области. Была представлена подробная информация о последних вышедших на отечественный рынок фиксированных комбинациях, о препаратах с новыми нетоксичными консервантами (пурит, поликвад), о пролонгированной гелевой форме тимолола, позволяющей снизить процент β-блокатора и частоту закапывания, а также о последних разработках в области нейрпротекции.

На факторах риска развития глаукомной нейропатии и возможности их коррекции с помощью современной нейрпротекторной терапии более подробно остановился профессор В.П. Еричев (Москва). В докладе была приоткрыта тайна коррекции митохондриальной дисфункции с помощью инстилляционной формы препарата визомитин, представлены материалы исследований о применении мемантина гидрохлорида.

Профессор Н.С. Ходжаев (Москва) изложил взгляды на взаимоотношения рынка оригинальных препаратов и дженериков с позиций доказательной медицины. Оказалось, что в Европе на 1 оригинальный препарат приходится порядка 3-4 дженериков, в то время как в России — до 90-100.

И если для регистрации оригинальной формы необходимо пройти расширенные клинические исследования, то для дженериков ведущим фактором в регистрации служит подтверждение соответствия действующей молекулы ее оригиналу в сопоставимой концентрации. На практике же в мире встречаются существенные расхождения дженериков как по эффективности действия, так и по безопасности применения в силу отличия действующего вещества и состава вспомогательных компонентов. Докладчик рекомендовал для клинического применения те дженерические препараты, эффективность и безопасность которых отражена в специализированных научных изданиях, а в оценке эффективности и безопасности лекарств руководствоваться критериями доказательной медицины.

С результатами очередного исследования группы «Научный Авангард», представленной специалистами из более 20 ведущих клиникских центров России, выступил профессор А.В. Куроедов (Москва). Работа «Прогнозирование возникновения и прогрессирования псевдоэкзофалии глаукомы» впервые позволила провести ретроспективную оценку прогрессирования заболевания с определением предполагаемой продолжительности сроков течения. Подобные прогнозы могут служить рекомендациями по тактике назначения лекарственных препаратов и методик лечения, а также быть использованы для скрининга в отдельных возрастных группах населения.

В продолжение своей работы по исследованию целевого внутриглазного давления С.В. Балалин (Волгоград) рассказал о результатах разработки специализированного программного обеспечения по определению толерантного и целевого давления, рассчитанного для широкого применения в условиях работы поликлиник и офтальмологических стационаров. Об особенностях клиники и лечения редких форм глаукомы, связанных с иридокорнеальным эндотелиальным синдромом, доложил слушателям А.М. Бессмертный (Москва).

О видах посттравматической глаукомы и особенностях ее лечения рассказал профессор С.А. Кочергин (Москва). Действительно, рядовые офтальмологи не часто встречаются в своей повседневной практике стойкую декомпенсацию офтальмотонуса после травматических повреждений органа зрения, и тем интереснее в этой области опыт и рекомендации офтальмотравматологов. Кочергин выделил такие формы глаукомы, как увеальная, пролиферативная, геморрагическая, фактогенная, витреоточическая, металлозная и рецессионная. И каждая из них требует своего подхода к консервативному и хирургическому лечению.

Другая сложная тематика, затронутая на конференции, — терапия детской глаукомы. Известно, что лечение данной формы осложнено весьма ограниченным перечнем местных гипотензивных препаратов, разрешенных к официальному применению у детей. В январе 2011 года список был пополнен латанопростом, о результатах применения которого и доложила д.м.н. О.В. Жукова (Самара). На фоне хорошего гипотензивного эффекта также было отмечено снижение скорости прогрессирования миопии. Согласно рекомендациям, латанопрост может быть применен у детей в возрасте 1 года и старше в комплексном лечении различных видов глаукомы и внутриглазной гипертензии.

Препарат эффективен, безопасен, не вызывает тяжелых осложнений и обладает минимумом побочных эффектов.

На особенностях фармакотерапии офтальмогипертензии после комбинированной хирургии катаракты и глаукомы остановилась Л.Л. Арутюнян (Москва). В целях комплексной медикаментозной подготовки и профилактики послеоперационной офтальмогипертензии после проведения фемтосекундной факосмульсификации в комбинации с непроникающей глубокой склерэктомией автор рекомендует применять местный ингибитор карбоангидразы дорозоламид, являющийся высокоэффективным гипотензивным препаратом, способным адекватно снижать офтальмотонус, и способствующий уменьшению отека роговицы.

Второй день конференции был посвящен различным нозологиям. В первой половине обсуждались заболевания переднего отдела глаза и новые подходы к их лечению: о новых подходах к терапии синдрома «сухого глаза» традиционно рассказал профессор В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург), о морфологических изменениях роговицы после контактной коррекции и методах терапии — д.м.н. Г.Б. Егорова (Москва), о современных медикаментозных подходах к терапии пациентов после факосмульсификации — профессор Е.А. Егоров (Москва), о редкой патологии придаточного аппарата глаза (ночной выворот верхнего века, т.н. «синдром вялых век») — профессор Е.Е. Гришина (Москва). Также обсуждались вопросы герпесвирусной инфекции (Г.М. Чернакова, Москва), аспекты противовоспалительной терапии переднего отдела глаза (д.м.н. А.И. Толчинская, Москва) и методы коррекции обструкции слезоотводящих путей (Е.Л. Атькова, Москва).

Заключительная часть, посвященная патологии заднего отдела глаза, была отведена работам академика РАН Л.К. Мошкетовой (Москва) с соавторами по особенностям диагностики травм орбиты в свете судебно-медицинской экспертизы и исследованию терапии тромбозов ретинальных вен (С.Н. Тульцева, Санкт-Петербург). Целая серия докладов была посвящена этиологии и терапии макулярной дегенерации с участием профессора В.Н. Алексеева (Санкт-Петербург), Т.Н. Киселевой (Москва), М.Н. Колединцева (Москва), С.Г. Сергушева (Москва) и К.А. Мирзабековой (Москва).

В завершении школы с докладом о перспективах применения митохондриальных антиоксидантов выступил кандидат биологических наук М.В. Скулачев (Москва), о разработке нового портативного отечественного сферопериметра доложила О.А. Румянцева (Москва), о случае энуклеации по поводу увеальной меланомы с одномоментной сквозной аутокератопластикой рассказал профессор А.Ю. Слонимский (Москва).

Удивительно ранняя и теплая весна этого года, позволившая офтальмологам расслабиться в течение 3-х дней на территории гостеприимных «Снегирей», не смогла отвлечь докторов от интересных докладов — зал заседания не пустовал. И только конец затянущихся выходных готовил свой сюрприз, словно возвращая нас в суровые рабочие будни. На столу надвигался неожиданный снегопад.

Материал подготовил
С.Ю. Петров
ФГБУ «НИИГБ» РАМН
Фото Т. Пустовойтовой

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВМД

Возрастная макулярная дегенерация
М.М. Бикбов, Р.Р. Файзрахманов, А.Л. Ярмухаметова
М.: Апрель, 2013. — 196 с: ил.
Бикбов М.М., Файзрахманов Р.Р., Ярмухаметова А.Л.

■ Монография посвящена вопросам патогенеза, диагностики и лечения возрастной макулярной дегенерации. Подробно описана современная концепция развития заболевания, учтены основные факторы риска, собрана последняя информация о методах диагностики, рассмотрены морфофункциональные особенности заболевания, а также представлены различные методы лечения влажной формы возрастной макулярной дегенерации.

■ В монографии представлены схемы, таблицы, данные офтальмоскопии, оптической когерентной томографии, что позволяет объективно оценить эффективность предложенных диагностических и лечебных мероприятий при возрастной макулярной дегенерации.

■ Книга предназначена для врачей-офтальмологов.

Заказ можно отправить по адресу:
450008, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Пушкина, 90
ГБУ «УФНИИ ГБ АН РБ»

Тел./факс: (347) 272-08-52. E-mail: eye@anrb.ru
www.ufaeyeinstitute.ru

ЭФФЕКТИВНОЕ И ДОСТУПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ

ДОРЗОПТ ПЛЮС	ГЛАУПРОСТ	ДОРЗОПТ	БЕТОФТАН
Дорзоламид 2%, Тимолол 0,5% — 5 мл	Латанопрост 0,005% — 2,5 мл	Дорзоламид 2% — 5 мл	Бетаксолол 0,5% — 5 мл
Противоглаукомный препарат. Фиксированная комбинация дорзоламида и тимолола	Противоглаукомный препарат. Синтетический аналог простагландина	Противоглаукомный препарат. Ингибитор карбоангидразы	Противоглаукомный препарат. Синтетический бета-блокатор

ROMPHARM COMPANY



Профессор Е.Е. Гришина (Москва), д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва), профессор В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург), д.м.н. Г.Б. Егорова (Москва)



Профессор А.А. Рябцева, профессор Е.А. Егоров, профессор В.П. Еричев среди участников конференции



Профессор В.И. Баранов (Курск), профессор Е.Е. Гришина (Москва), профессор О.Г. Гусаревич (Новосибирск)



Профессор В.В. Страхов (Ярославль), профессор Л.А. Деев (Смоленск)



Конференция как всегда блестяще организована, очень рациональна с точки зрения подбора докладов, пациентов для «живой хирургии». Я участвовал в работе практически всех мероприятий, начиная с 2002 года. Хочу отметить, что за эти 12 лет совершенно очевидна тенденция к росту, что и интерес к форуму у наших офтальмологов только возрастает — это видно по полным залам, по расширению площадок, на которых проходят заседания, по разнообразию обсуждаемых тематик.

Д.Г. Арсютков,
главный офтальмолог
Минздравсоцразвития
Чувашской Республики,
главный врач ГУЗ
«Республиканская клиническая
офтальмологическая
больница», к.м.н.

три центра «Гамма-нож»: Центр «Гамма-нож» при НИИ ИХ им. Н.Н. Бурденко (Москва), Центр радионейрохирургии ЛДЦ МИБС (Санкт-Петербург), отделение радиотерапии ОКБ (Ханты-Мансийск). По данным автора, степень развития радиоиндуцированных осложнений не носит фатального характера для глаза. Однако требуется дальнейшее наблюдение за пролеченными пациентами для изучения возможности метода.

Профессор Ю.А. Белый (Калуга) представил методику интраокулярной фотодинамической терапии в лечении ангиоматоза сетчатки.



Д.м.н. А.Р. Король (Одесса)

сосудов. Эндотампонада витреальной полости силиконовым маслом невысокой вязкости при хирургическом лечении ИМР с большим диаметром не оказывает отрицательного воздействия на показатели гемодинамики в сосудах глазного яблока и орбиты.

Д.О. Шкворченко (Москва) представил технику хирургического лечения эпиритеринального фиброза с зонами прорастания в сетчатку. Предложенная методика отражает комплексный подход к хирургическому лечению эпиритеринального фиброза. Докладчик привел критерии эффективности оперативного лечения. К функциональным критериям относятся: исчезнове-

ние либо уменьшение метаморфозий, повышение остроты зрения на 10% и более, повышение светочувствительности макулярной зоны на 4 Дб и более; к анатомическим критериям относятся

уменьшение центральной толщины сетчатки на 20 мкм и более, отсутствие трещин сетчатки. Докладчик считает, что при дозированном удалении ЭРМ и ВПМ не наблюдается рецидива процесса. Последняя многоэтапная хромовитректомия улучшает визуальный контроль при удалении эпиретинальных структур.

но, как правило, следующими факторами: несоответствие техники операции анатомическим особенностям разрыва, грубые манипуляции в зоне фовеолы, анатомическое незакрытие разрыва, газовое закрытие больших разрывов, применение крастелей, избыточная яркость источника света. Я.В. Байбородов (Санкт-Петербург) считает, что хирургическое лечение оперированных макулярных разрывов основано на представлении о технологичности



Ю.А. Сидорова (Калуга)



Т.А. Аванесова

связано с хорошим функциональным результатом, если отсутствует атрофия пигментного эпителия. Фовеолярная хирургия является решением проблем хирургии макулярных разрывов в целом и заключается в своевременном вмешательстве в I стадии, что прерывает патологический процесс.

В.Н. Казайкин (Екатеринбург)

предложил способ окрашивания ВМП сетчатки в хирургии макуляр-ного разрыва, при котором преду-преджается попадание красителя к краю разрыва, а также его кон-такт с РПЭ и клетками нейроэпи-тели сетчатки в этой зоне.

Профессор Г.Е. Столяренко (Москва) в своем докладе дал ответ, почему «красить — хорошо, а не красить — плохо». Концепция удаления эпимакулярных структур без их окращения имеет артефакты «за» и «против». Макулярная хирургия — комплекс воспроизводимых технологий, задача которых интраоперационно выявить нюансы взаимоотношений структур, формирующих витреомакулярный комплекс, и наименее травматичным способом устранить тракционное воздействие на ретикулярные ткани. Окращивание эпимакулярных мембран, включая ВПМ, является одной из важнейших технологий этого комплекса.

Дисконидный рубцовый очаг, конечная стадия развития субретинальной неоваскуляризации, развивается в 70-78% БХРД и считается сложнооперальной и малооперспективной патологией. Д.Г. Арестов (Чебоксары) представил дифференцированный подход к хирургическому лечению рубцовой стадии СНМ. Микроинвазивная 25G хирургия рубцовых стадий СНМ в сочетании с субретинальным введением люцентиас приводит к улучшению анатомического и функционального состояния центральных отделов сетчатки. Низкая острота зрения связана с изменениями нейрорецепторного аппарата и пигментного эпителия центральных отделов сетчатки.

Второй день конференции начался с проведения «живой хирургии» в конференц-зале главного корпуса. Оперирующие хирурги — Pavalidis (Италия), В.А. Зайка (Иркутск), А.А. Кожухов (Москва),



К.м.н. П.В. ЛЫСКИН



К.м.н. Д.В. Жмурик (Киев)

П.В. Лыскин (Москва), Н.Н. Уманец (Одесса, Украина), Д.О. Шкворченко (Москва) — продемонстрировали высокое мастерство владения витреоретинальной техникой хирургии.

В конференц-зале поликлиники прошло заседание «Лазерные и альтернативные методы лечения заболеваний глазного дна».

О.Б. Клепинина (Москва) дала оценку неинвазивным методам исследования глазного дна и рассказала о выборе тактики лечения больных центральной серозной хориоретинопатией. Профессор А.Д. Семенов (Москва) дал высокую оценку докладу. Свои комментарии по докладу и собственный опыт в выборе тактики лечения данной патологии представил слушателю профессор Ю.А. Иванович (Ростов-на-Дону).

Е.Г. Погодина (Оренбург) поделилась опытом применения гиалоидо- и ретинопунктуры при макулярных кровоизлияниях различной этиологии. Результаты представленных клинических случаев свидетельствуют о высокой эффективности методов ИАГ-лазерной гиалоидо- и ретинопунктуры, которые позволяют максимально сократить сроки реабилитации пациентов и получить высокие зрительные функции.

Ю.А. Сидорова (Калуга) представила оптимизированный подход к лазерному лечению активных стадий ретинопатии недоношенных с применением технологии паттерной лазеркоагуляции сетчатки на основе данных ретиноскопии, цифровой морфометрии и флюоресцентной ангиографии. Основной тенденцией является проведение лазерной коагуляции сетчатки с максимальной плотностью около демаркационного вала в пределах аваскулярной сетчатки с постепенной «разреженностью» коагуляции к периферии на III стадии РН и стадии манифестации задней агрессивной РН.

В.В. Букина (Иркутск) представила клинические случаи ретинальных артериальных макроаневризм с определением особенностей клинического течения и тактики их ведения. При геморрагической форме макроаневризма (преретинальное кровоизлияние в проекции

ОКОМИСТИН®

современный эффективный препарат в офтальмологии

ЧТОБЫ ВАШИ ГЛАЗА
СЯЛИ ЗДОРОВЬЕМ!

ОКОМИСТИН® капли глазные

ПОКАЗАНИЯ

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

СВОЙСТВА

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

Производитель -
Компания ИНФАМЕД

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

Тел.: (495) 775-83-22, 775-83-23

e-mail: info@med.infamed.ru

www.okomistin.ru

Перед применением проконсультируйтесь со специалистом. Регистрационный номер ЛРС-00458609-190609

ALLERGAN

мощный и нежный

Первый выбор для лечения пациентов с развитой и далеко зашедшей глаукомой^{1,2}

Ганфорт®
(Бримонидин 0,2 мг/мл + Тимолол 1 мг/мл, капли глазные)

Другой класс препаратов в лечении глаукомы*

Первый выбор для пациентов с начальной глаукомой¹

Альфаган® P
(Примидин 0,15%, капли глазные)

Достижение максимального эффекта в терапии глаукомы^{1,2}

Комбиган®
(Бримонидин 0,15% + Тимолол 0,5 мг/мл, капли глазные)

Сообщения о нежелательных явлениях следует направлять в адрес компании ООО «Аллерган СНГ САРЛ» России по телефонам: +7(495) 778-80-25, 8-800-250-16-23 (звонок по России бесплатный) Факс: +7(495) 778-98-26 или по электронной почте: MW-medInfo@Allergan.com

Комбиган® (Бримонидин 2 мг/мл + тимолол 5 мг/мл), капли глазные – ЛСР-007278/10, «Аллерган Фармасьютикалз Айрландия», Ирландия

Ганфорт® (Бимонидин 0,2 мг/мл + тимолол 5 мг/мл), капли глазные – ЛСР-007278/10, «Аллерган Фармасьютикалз Айрландия», Ирландия

Альфаган® P (Примидин, 0,15%), капли глазные – ЛСР-008980/10, «Аллерган, Инк», США

ООО «Аллерган СНГ САРЛ» 109044, Москва, ул. Савицкого, дом 21, строение 2, этаж: +7 (495) 974 03 53, www.allergan.ru

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению

*Синонимический англо-американский – зарегистрирован в России (www.dorzolamide.ru), Синонимический Визу. Сопоставитель 1999/00/10/02/02-3, Doc 114, Виз. Сопоставитель 2005/15/5/01-090, 3, CGG Guidelines, III Edition, 2008, © Комитет AG et al. В J Ophthalmol, 2010;109:209-13.

ВУД03/2/013

Современная оптическая коррекция зрения

Межрегиональная конференция

28 марта 2014 года, Ярославль

Организаторы: Межрегиональная ассоциация офтальмологов России, Ярославская государственная медицинская академия, Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области.

28 марта в конференц-зале «Park-Inn» отеля состоялась конференция «Современная оптическая коррекция зрения», посвященная проблемам нарушений аккомодации и оптической коррекции аметропий. По замыслу организаторов конференция должна «объединить усилия российских офтальмологов и оптометристов по выработке суждений и обобщения мнений по оптимальной коррекции оптических недостатков». Программа мероприятия состояла из четырех блоков вопросов и предусматривала проведение мастер-классов по обсуждаемой тематике.

Открывая работу конференции, главный офтальмолог Ярославской области, заведующий кафедрой Ярославской государственной медицинской академии, профессор В.В. Страхов отметил актуальность проходящего мероприятия и призвал к более тесному научному сотрудничеству офтальмологов и оптометристов.

Профессор Е.П. Тарутта

(ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», Москва):

Очень интересная, полезная конференция. Новый формат, «живая оптометрия», стал эффективным сочетанием демонстрационно-практического блока с живым общением: подробно, не спеша, пошагово все было показано и объяснено, почему надо делать так, а не иначе. Очень продуктивный формат, необходимо взять на вооружение такие методики. И как всегда Владимир Витальевич со свойственным ему энтузиазмом сумел организовать очень интересную дискуссию. Темы конференций в Ярославле не повторяются. В прошлом году по аккомодации мы обсуждали одни темы, сегодня совсем другие. Профессор В.В. Страхов всегда находит интересные дискуссионные вопросы и вдохновляет на обсуждение каких-то дилемм.



Вступительное слово профессора В.В. Страхова



Профессор Е.П. Тарутта (Москва)



О.В. Проскурина (Москва)



М.В. Махова (Ярославль)



Участников приветствовали Н.В. Даниленко и А.Н. Шкрёбко



О.А. Захарова (Москва)



Р.Н. Ершова (Санкт-Петербург)

Участников конференции приветствовали проректор по учебно-воспитательной работе Ярославской государственной медицинской академии А.Н. Шкрёбко и заместитель директора департамента здравоохранения и фармации Ярославской области Н.В. Даниленко.

Работа научной части конференции началась с анализа членами Экспертного совета по аккомодации и рефракции (ЭСАР) ответов на вопросы анкет, предварительного розсланных участникам конференции. Результаты анкетирования, озвученные профессором Е.П. Таруттой (Москва) и д.м.н. О.В. Проскуриной (Москва), позволили определить уровень владения аудиторией тем, предложенных к обсуждению, помогли понять, на каких вопросах следует

акцентировать внимание. Далее работа была продолжена в формате дискуссионного клуба.

Проблеме нарушения аккомодации было посвящено несколько докладов. «Для того чтобы понять предмет нарушения, особенности проявления, способы воздействия, нужно владеть информацией об анатомических особенностях аппарата аккомодации и его физиологии», — считает автор доклада «Физиология аккомодации», профессор В.В. Страхов. Современные представления о физиологии аккомодации еще далеки от согласованности. Очевидно, это связано с исключительной сложностью проблемы. Первую теорию аккомодации представил Кеплер в 1611 г., далее — Шейнер (1619), Декарт (1677), Ломе (1742), Штурм (1697), Юнг (1801), Лангенбек (1849), Мюллер (1853), Гельмгольц (1855), Чернинг (1904), Гульштранд (1911), Финчэм (1937), Коулман (1970), Шахар (1992), Глассер, Кауфман (1999), Сарфараз (2006). Каждый ученый считал свою гипотезу достоверной. Со временем что-то подтвердилось, какие-то гипотезы были забыты, но теории продолжали и продолжают развиваться. В своем выступлении профессор В.В. Страхов остановился только на тех учениях, которые, по его мнению, являются достоверными. В частности, он напомнил аудитории теорию физиологического механизма аккомодации глаза Г. Гельмгольца, согласно которой в человеческом глазу происходят следующие изменения: сокращается цилиарная

мышца, происходит сужение зрачка, уменьшается глубина передней камеры, хрусталик смещается несколько кпереди и книзу, ослабевает натяжение цинновых связок, уменьшается радиус кривизны передней и задней (в меньшей степени) поверхностей хрусталика, что приводит к увеличению его преломляющей силы и усилению динамической рефракции глаза. Уточнением теории Гельмгольца являются также работы А. Гульштранда (автор Нобелевской лекции «Как я обнаружил механизм интракапсулярной аккомодации»). По мнению А. Гульштранда, при аккомодации имеют значение два фактора: уменьшение радиуса кривизны поверхностей хрусталика и увеличение показателя преломления хрусталикового вещества (внутрикапсулярная аккомодация). Докладчик рассмотрел основные звенья механизма аккомодации, коими являются хрусталик, связочный аппарат хрусталика, цилиарная мышца и хориоидея; перечислил клинические признаки активной аккомодации для дали, проанализировал состояние «покоя» аккомодации, остановился на методе изучения аккомодации — аккомодографии.

С аккомодационными нарушениями часто сталкиваются офтальмологи, их тяжесть обычно недооценивается. Экспертный совет по аккомодации и рефракции предложил различать: спазм аккомодации, привычно избыточное напряжение аккомодации (ПИНА), парез/паралич аккомодации, слабость аккомодации, аккомодационную

astenопию, пресбиопию, нарушения аккомодации после рефракционных операций. С большим интересом был заслушан доклад д.м.н. О.В. Проскуриной (Москва). Она представила типичные и нетипичные случаи нарушения аккомодации на основе клинических примеров спазма аккомодации, пареза/паралича аккомодации и ПИНА.

Следующая серия докладов была посвящена вопросу современной оптической коррекции миопии.

О влиянии новых очков Refifocal на периферический дефокус и прогрессирование миопии у детей рассказала профессор Е.П. Тарутта (Москва). С 2010 года Центр зрения «АртОптика» (Москва) и компания Indizen Optical Technologies (Испания) осуществляют совместную научно-практическую деятельность по созданию дизайна поверхности оптической очковой линзы с горизонтальной прогрессией при участии профессора Мадридского университета Хосе Алонсо. Refifocal учитывает характерные для близорукого глаза особенности центральной и периферической рефракции, создает условия для тренировки аккомодации. Группой авторов разработана методика определения периферической рефракции глаза в фиксированных точках, расположенных в 15 и 30 градусах от центра фovea в назальной и темпоральных зонах. У детей и подростков по мере усиления клинической рефракции от гиперметропии 5,0 дптр к миопии 9,0 дптр, по данным эхо-биометрии, отмечалась тенденция к изменению формы глаза от сжато-

эллипсоидной к вытянуто-эллипсоидной; по мере усиления клинической рефракции снижается число глаз с относительной периферической миопией и увеличивается число глаз со смешанной периферической рефракцией. Очки Refifocal-M уменьшают гиперметропический периферический дефокус и тормозят прогрессирование миопии в прослеженный период 10-12 месяцев.

Доклад Р.Н. Ершовой (Санкт-Петербург) был посвящен методам исследования аккомодации, компьютерной аккомодографии. Работы по объективному исследованию аккомодации на автоматическом аккомодографе Speedy-K ver MF-1 открывают большие перспективы в области исследования аккомодации и методов коррекции ее нарушений. Выявлена статистическая разница в глубине циклоплегического эффекта в ответ на закапывание 1% атропина сульфата и 1% циклопентолата гидрохлорида по сравнению с 1% тропикамидом. Данные, полученные на основании комплексного изучения аккомодации, свидетельствуют о более значительном эффекте двукратных инстилляций циклопентолата, не уступающему трехдневной «атропинизации».

О преимуществах контактной коррекции рассказала А.Э. Комиченко, специалист по профессиональным вопросам Johnson & Johnson Vision Care.

М.В. Махова (Ярославль) считает, что оптические стратегии контроля миопии работают, противодействуя факторам окружающей среды, факторам, стимулирующим прогрессирование миопии, а также генетическим факторам. В докладе «Ортокератология в контроле прогрессирования миопии» М.В. Махова отметила, что ортокератологические линзы позволяют наилучшим образом контролировать миопию. «Анатомический» эффект связан с формированием миопического дефокуса на периферии сетчатки.

Третий блок вопросов, посвященный проблеме коррекции гиперметропии и пресбиопии, открыла М.А. Трубилина (Москва). В докладе «Астенопический синдром при гиперметропии» докладчик затронула вопросы, связанные с внутренними и внешними факторами, влияющими на появление астенопии; перечислила показания к назначению оптической коррекции при скрытой гиперметропии; сформулировала оптические решения проблемы астенопии



Мастер-класс проводит А.Э. Комиченко



(однофокальные линзы с оптической силой, равной выявленной степени скрытой гиперметропии; однофокальные линзы с поддержкой аккомодации; при наличии эзофории вблизи, которая не компенсируется однофокальной коррекцией — прогрессивные очковые линзы с большими параметрами аддидации, чем в линзах для поддержки аддидации).

О.А. Захарова (Москва) сделала обзор современных методик коррекции пресбиопии, акцентируя внимание аудитории на контактных линзах.

Четвертый блок вопросов касался проблемы астигматизма. Известно, что более 50% своего времени офтальмологи тратят на вопросы рефракции и подбора оптической коррекции. В РФ нет единого мнения по вопросу полноты и постоянства коррекции, а также коррекции астигматизма, особенно малых степеней. За рубежом имеются стандарты, по которым в коррекции

аметропии необходимо добиваться зрительного комфорта и обеспечения полной остроты зрения. О современных подходах к рациональной коррекции астигматизма, подбора торических контактных линз рассказал В.Р. Грабовецкий (Санкт-Петербург).

На конференции после каждого блока вопросов были развернуты мастер-классы по оптической коррекции миопии, гиперметропии, астигматизма и пресбиопии у реальных пациентов в реальное время. Это интерактивная форма обучения и обмена опытом, объединяющая формат тренинга и конференции, с целью повышения профессионального уровня, расширения кругозора и приобретения навыков в новейших областях знания участников конференции. Мастер-класс коррекции типичного случая миопии провела врач-офтальмолог А.Э. Комиченко. Коррекцию типичного случая пресбиопии продемонстрировала к.м.н. М.А. Трубилина,



Мастер-класс проводит М.А. Трубилина (Москва)



Доктор медицинских наук О.В. Проскурина

(ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», Москва):

Тема рефракции и аккомодации мне очень близка. Конференции в Ярославле, организованные профессором В.В. Страховым, всегда очень интересные. Отличительная черта ярославских конференций — доверительная атмосфера и живая дискуссия в процессе работы. Мы с большим удовольствием приезжаем сюда. Мастер-классы — это нововведение и очень интересный формат конференции. С точки зрения подачи материала прекрасно провела мастер-класс М.А. Трубилина. Последовательность и алгоритм действий был, наверняка, полезен для присутствующих участников конференции.

эксперт О.А. Захарова провела коррекцию астигматизма. Для проведения тренинга компания «Сторм-мофф» предоставила авторефрактометр компании Huvitz. Прибор оснащен датчиком Шака-Хартмана, работающий по принципу анализа волнового фронта отраженного от сетчатки света. Это позволяет более точно измерять рефракцию, определять аберрации третьего и четвертого порядков, строить

индивидуальные топографические карты, которые помогают в наглядной форме объяснить клиенту суть его проблем со зрением и мотивировать на приобретение очков со сложными линзами.

По каждому вопросу прошла острая дискуссия, которая представляла синтез суждений участников конференции. Во время конференции были определены более четкие и ясные формулировки проблемы.



Перед началом конференции

**ПРЕДЛОЖИТЕ ВАШИМ ПАЦИЕНТАМ
АБСОЛЮТНО НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА МИР**

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

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

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

BAUSCH + LOMB
See better. Live better.

Мы стоим на гребне современных технологий

Интервью с заведующим кафедрой Ярославской государственной медицинской академии, заслуженным врачом РФ, доктором медицинских наук, профессором **В.В. Страховым** по итогам конференции «Современная оптическая коррекция зрения – 2014».

— **Владимир Витальевич! Конференция «Современная оптическая коррекция зрения» начинается с «полукруглого» проблемного стола «Нарушение аккомодации в клинических примерах ЭСАР». Полушутливое название мероприятия предполагает перенос акцента на важность и серьезность темы?**

— Хочу сказать, что это не шуточное название. Когда речь идет о круглом столе, в моем представлении это нечто замкнутое: круглый стол, за которым сидят эксперты, общаются сами с собой, возможно, вырабатывают свою точку зрения, в ряде случаев это очень полезно, но в целом это — субстанция некоей закрытости. В наши традиции не входит замыкаться внутри круглого стола. Я попытался его развернуть, превратить в полукруглый, чтобы полноценным участником дискуссии был весь зал. Как мне кажется, мы с этой задачей справились успешно.

— **На повестке дня конференции поставлены три больших вопроса: современная оптическая коррекция миопии, гиперметропии и пресбиопии и астигматизма. Изложите актуальность с 3-х точек зрения: социальной, теоретической и практической значимости?**

— Все известные на сегодняшний день типы аномалий рефракции по-прежнему актуальны, поскольку вопрос коррекции ни одной из них не решен окончательно. Есть серьезные прорывы в коррекции миопии — сегодня существуют несколько

способов: очки, контактные линзы разных поколений и, конечно, эксимерлазерная коррекция, которая дает замечательные результаты. Однако самым безопасным способом остаются банальные очки, как это ни покажется странным. Но странного ничего нет — только очки не имеют отношения к поверхности глаза. А глазная поверхность, тем более в условиях современных зрительных нагрузок, подвержена такому заболеванию, как синдром «сухого глаза». Когда я был молодым офтальмологом, у нас этого понятия не было, а теперь и не без основания ССГ стал серьезной проблемой и обсуждается на многочисленных офтальмологических конференциях. Поэтому любой, даже самый прорывной способ коррекции не может считаться исчерпывающим. А по сему — актуальность сохраняется, исследования будут продолжены, и мы проведем еще одну конференцию по этой тематике.

— **Как проходил отбор докладов на конференцию?**

— Мы рассылали офтальмологам макет программы с предложением выступить на конференции. Доклады отбирали исходя из принципа новизны. Вы слышали, например, доклад профессора Е.П. Тарутты по перифокальным линзам. Раньше я об этом почти ничего не знал. Прозвучал доклад о коррекции скрытой гиперметропии, о чем я тоже мало что слышал, думаю, и мои ярославские коллеги впервые узнали об этом направлении.

Необычно звучит сама постановка вопроса: что корректировать, если проблема скрыта? На самом деле здесь подоплека. Понимаете, мы стоим на таком гребне современных технологий, когда начинаем нащупывать невидимое, непознанное, но в скором времени станет новым понятным этапом развития диагностики глазных заболеваний.

— **Чем Ваша конференция отличается от конференций Ваших коллег из других организаций?**

— Как мне кажется, наши конференции отличаются высоким потенциалом дискуссионности. Участники чувствуют себя свободно, не замыкаются, не стесняются задавать вопросы, не боясь выглядеть некомпетентными. С другой стороны, я впервые подумал о возможности включить в программу конференции практическую составляющую, мастер-классы по оптометрии. Мы привыкли к «живой хирургии», кто-то оперирует — мы смотрим, сопереживаем, оцениваем про себя манипуляции хирурга. С появлением новых офтальмологических приборов возможности диагностических исследований многократно возросли, и даже если в некоторых медицинских учреждениях такого оборудования еще нет, врачи должны видеть «живьем» возможности аппаратуры, а не листать картинки в журнале. Вот я и решил использовать современные иллюстративные видео- и аудиовозможности, чтобы содержание мастер-классов, в виде «живой оптометрии», стало понятным двумстам врачам сразу и чтобы была возможность задать вопросы. Такой формы работы я еще, пожалуй, нигде не встречал. В этом и заключается отличие нашей конференции от других мероприятий.

— **Владимир Витальевич! Сфера Ваших научных интересов — проблемы глаукомы. Но последние годы Вы активно занимаетесь вопросами аккомодации, являясь заместителем председателя Независимой общественной организации ЭСАР. Составляя аккомодационного аппарата могут иметь отношение к патогенезу глаукомы?**

— Вы знаете, на первый взгляд глаукома и аккомодация понятия совершенно разные. Глаукома — болезнь, аккомодация — физиология. Но дело вот в чем: в основе глаукомы имеются повреждения гидродинамики, что приводит к гибели зрительного нерва, распаду зрительных функций, но рождение гидродинамики, ее жизнь, отток внутриглазной жидкости — «в руках» аккомодации. Продукция жидкости — из отростков цилиарного тела, начало движения гидродинамики, из задней камеры в переднюю, происходит не без участия аккомодации. Я прекрасно помню слова Аркадия Павловича Нестерова: «Суть глаукомы — в нарушении оттока», при этом отток напрямую связан с аккомодацией. Сокращение цилиарной мышцы может увеличивать отток через трабекулярную систему глаза, сокращение радиальной порции мышцы Иванава при аккомодации вдале — это усиление оттока по увеальной порции трабекулы. Это не значит, что нарушение оттока при глаукоме связано исключительно с аккомодацией, но это значит, что аккомодация принимает участие в регуляции офтальмотонуса. Я с удивлением обнаружил, что знаменитый американский профессор Пол Кауфман также заинтересовался аккомодацией, мы в последнее время на конференциях часто с ним стали встречаться на одних и тех же семинарах и по глаукоме, и по аккомодации. На самом деле — это глубинные патофизиологические процессы, представляющие интерес для фундаментальной науки.

— **Как Вы оцениваете итоги конференции?**

— Без ложной скромности — хорошо оцениваю. Я благодарю докладчиков за прекрасные выступления, участников



за проявленный интерес к обсуждаемым проблемам. Ко мне подходили и благодарили за организацию конференции и за необычный формат ее проведения доктора из Иванова, Санкт-Петербурга, Москвы. А это — самый главный итог — слова благодарности от коллег.

— **В следующем году планируете организовать конференцию?**

— Если Вы обратили внимание формат наших мероприятий несколько изменился: мы в этот раз затронули лишь один раздел аккомодации — коррекцию аметропий. Я умышленно сделал однодневную конференцию, не стал затрагивать глобальные вопросы, например, фундаментальные исследования по аккомодации, аккомодация прогрессирования миопии, рефракционные проявления — это разделы, которые требуют большой конференции, как была в прошлом году. Мы решили с коллегами, что проводить ежегодные крупные конференции довольно сложно, тематика быстро иссякает. Так, например, Международный Accomodation Club также собирается один раз в два года, поскольку аккомодация — это тонкая, кропотливая наука и не может быть скороспелой. Поэтому лишь в следующем году мы напомним сделать большую конференцию.

— **Как Вы относитесь к недавнему решению максимально ограничить импорт медицинского оборудования и сделать ставку на отечественного производителя? Вы слышали об этом?**

— Слышал и сразу впал в кому, а как только пришел немного в себя...

— **...саккомодировали...**

— Вот-вот, осознал суть, на мой взгляд, чудовищного решения, полез в интернет и вот, что обнаружил: тема далеко не новая, уже не раз поднималась, получала достойный отпор, так как все здравомыслящие люди понимали, что речь, прежде всего, идет о здоровье людей. Ну, как быть, если мы сейчас не можем делать ОСТ. Мы уже это проходили — мы делали копии приборов и копии неудачные. Я понимаю правительство: конечно, мы должны производить сложную технику, тем более, сегодня, когда сталкиваемся с угрозами, санкциями. Да, сегодня этот вопрос вновь на повестке дня — мы должны сами делать оборудование, аппаратуру. Да, надо иметь свое оборудование, но для этого надо выделять не 3% ВВП, а 13%, как это происходит в цивилизованных странах, а в нашем случае необходимо выделять 23%. Наверное, все-таки нельзя обрубить закупки. Я уже не говорю о продвижении фундаментальной науки — речь идет о спасении людей. Здесь можно приводить любые доводы в пользу отечественного производителя, но пока что-то производит человек погиб или ослеп — вот вам и довод! Рубить с плеча нельзя, надо решать вопросы по-мному. У нас есть свои разработки, кстати, неплохие интраокулярные линзы «МИОЛ», мы их ставим. Но если нам нечем будет имплантировать линзы — факомашин в России нет, микроскопов нет, так какой толк в линзах?

— **Владимир Витальевич! Какие события в жизни Вашей кафедры за последний год Вы считаете наиболее значимыми?**

— Значимыми могут быть события как хорошие, так и плохие. По-прежнему, тревожными и не решаемыми остаются вопросы взаимодействия и даже общности на клинических базах. А хорошими новостями я бы назвал кандидатскую «степенность» двух наших молодых ассистентов и верность нашим кафедральным традициям.

— **Благодарю Вас за интервью!**

Пуск не все решены задачи...

Открытие Офтальмологической клиники инновационных технологий, «ОфтаКИТ», профессора В.В. Страхова

10 января 2014 года в Ярославле произошло знаковое событие. На улице Свободы, дом 42, в самом центре Ярославля, открылась Офтальмологическая клиника инновационных технологий, «ОфтаКИТ». Учредитель и генеральный директор клиники «ОфтаКИТ» — известный офтальмолог в Российской Федерации, профессор В.В. Страхов. Клиника «ОфтаКИТ» оказывает высокоспециализированную и высокотехнологическую офтальмологическую помощь. В центре два отделения: поликлиническое и хирургическое для взрослых и детей. Клиника оснащена самым современным офтальмологическим оборудованием. Залог успеха любого учреждения — высококвалифицированный персонал, инновационное оборудование, комфортные условия пребывания. Всем этим требованиям соответствует клиника «ОфтаКИТ». Лучшие врачи и специалисты с многолетним опытом работы предлагают уникальные и высокоэффективные методики лечения с использованием современного оборудования; индивидуальный подход с учетом специфики, формы и стадии конкретного заболевания, а также возраста пациента; постоянный контроль лечащего врача, начиная с первичной консультации до окончания лечения. Клиника активно сотрудничает с профессорско-преподавательским составом кафедры Ярославской государственной медицинской академии и является одновременно ее базой.

28 марта 2014 года после завершения конференции «Современная оптическая коррекция зрения» состоялось символическое открытие клиники «ОфтаКИТ». Присутствовали близкие друзья и коллеги профессора В.В. Страхова. В своем приветственном слове Владимир Витальевич представил дружный коллектив клиники, поблагодарил своих коллег за самоотверженную работу. В знак открытия и работы клиники Владимир Витальевич разрезал красную ленточку. По признанию профессора, он делал это впервые. У присутствующих возникло ощущение, что на их глазах произошел важный церемониальный акт. Разрезание ленточки означает преодоление и разрушения препятствий, воплощение в жизнь ярких творческих задумок и планов. Гости провели по этажам клиники, показали оборудование, а затем гости поздравляли хозяев, дарили им подарки.

П.А. Лысенков: «Друзья! Когда в стране трудно, появляются центры европейского уровня. Владимир Витальевич — достойный человек и то, что он смог в такое непростое время открыть офтальмологический центр — это дорогого стоит. Желая, чтобы Ваш центр был флагманом нашей медицины!»

М.Л. Берковский: «То, что сегодня здесь происходит, должно иметь место в цивилизованном обществе. Я выступаю, прежде всего, как пациент Владимира Витальевича. У меня глаукома 3 стадии, но радость жизни от этого не пропала. Слава Богу, что появляются КИТы и хиты специалистов. Это дает людям надежду, что мы все будем процветать, а кто-то будет и видеть. Я хочу преподнести работу нашего ярославского художника Игоря Сакурова (иллюстратора Бориса Акунина) с изображением церкви. Клиника «ОфтаКИТ» расположена в историческом особняке, который находится в центре нашего города, месте единения старины и современных стилей. Коллеги! Желая вам процветания, сочетания традиций и современных успехов. Пусть это цветное пятно будет началом галереи картин в клинике, чтобы пациент мог оценить эффект лечения».



Среди приглашенных средств массовой информации была газета «Поле зрения». Со страниц газеты хотелось бы поблагодарить профессора В.В. Страхова за доверие и уважение к труду коллектива редакции. В свою очередь «Поле зрения» желает коллективу клиники «ОфтаКИТ» и его руководителю, профессору В.В. Страхову, новых достижений, удачи, крепкого здоровья и благополучия.

ОФТАЛЬМОФЕРОН®

КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

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

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

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ **ФИРН М** www.firn.ru

ИРИФРИН® БК

Фенилэфрин 2,5%

БЕЗ КОНСЕРВАНТА

ИРИФРИН БК

КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ

Уникальная форма выпуска **ГЛАЗНЫЕ КАПЛИ**

- Лечение нарушений аккомодации и прогрессирующей миопии
- Синдром «красного глаза»
- Бесконсервантная формула с гипромеллозой для лучшей переносимости
- Возможность использования, не снимая контактных линз
- Уникальная форма выпуска в тьюбиках-капельницах

Promed **SENTISS**

Актуальные вопросы детской офтальмологии – 2014

Научно-практическая конференция с международным участием

10-11 апреля 2014 года, Москва

Организаторы конференции: ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца», Министерство здравоохранения РФ, Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов».

«Актуальные вопросы детской офтальмологии – 2014» — современная профессиональная площадка в России для обсуждения вопросов детской офтальмологии на уровне ведущих экспертов отрасли. **Цели мероприятия:** всестороннее обсуждение существующих на текущий момент актуальных вопросов, обмен практическим опытом, консолидация ответственного и международного опыта, обсуждение путей развития и потребностей отрасли, выработка рекомендаций для эффективного развития детской офтальмологии в России, а также презентация инновационной отечественной и зарубежной продукции компаний-изготовителей и поставщиков офтальмологического оборудования и фармакологических препаратов.

Ключевые темы конференции:

- врожденная офтальмопатология;
- ретинопатия недоношенных;
- глазодвигательные нарушения у детей;
- ретинобластома.

10-11 апреля в конференц-зале Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца состоялась конференция «Актуальные вопросы детской офтальмологии – 2014». В очередной раз конференция подтвердила статус крупнейшей профессионального отраслевого мероприятия, на котором обсуждаются современные вопросы в области детской офтальмологии. В работе конференции приняли участие свыше 400 детских офтальмологов из разных уголков страны и ближнего зарубежья.

Открыл работу конференции директор ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», профессор В.В. Нероев. Он приветствовал участников, поздравил с началом работы форума, насыщенного необычайно интересными и глубоко продуманными темами. Пожелал успехов участникам конференции в работе и высказал надежду, что решения, принятые в ходе работы форума, внесут весомый вклад в развитие детской офтальмологии.

Заслуженный деятель науки, бывший главный детский офтальмолог СССР и РФ в течение двадцати лет, профессор А.В. Хватова в своем выступлении напомнил присутствующим о том, что первое в мире детское отделение было открыто в институте им. Гельмгольца более 100 лет назад благодаря М.И. Авербаху (до этого нигде в мире не существовало детских стационаров, дети лечились вместе со взрослыми), а первая конференция по вопросам детской офтальмологии была проведена в октябре 1955 года в рамках 19-й научной сессии института им. Гельмгольца. В рамках конференции обсуждались такие вопросы, как травмы органа зрения, рефракционные нарушения, амблиопия, опухоли. К этому времени, по словам профессора А.В. Хватовой, практически в каждой республике и области СССР работали детские глазные отделения, кабинеты охраны зрения. У истоков организации детской

офтальмологической службы СССР стоял профессор Л.И. Сергиевский, Е.М. Белостоцкий, В.А. Чечик-Кунина, Э.С. Аветисов, Ю.З. Розенблюм, Б.А. Токарева, Э.Н. Вильшанский, Е.И. Ковалевский, А.Н. Добромислов, А.И. Горбань, Е.Ж. Трон, П.Г. Макаров, Т.В. Бирич, Н.И. Пильман.

С докладом от авторов (Л.А. Катаргина и Л.А. Михайлова) «Анализ состояния детской офтальмологической службы в Российской Федерации» выступила главный детский офтальмолог РФ, заместитель директора ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», профессор Л.А. Катаргина.

В своем выступлении Л.А. Катаргина отметила, что за последние годы произошли существенные изменения в законодательной базе здравоохранения, изменились условия финансирования. Практически полностью сформирована законодательная база по оказанию офтальмологической помощи населению России, продолжается формирование нормативно-правовых документов. Основопологающими документами, определяющими порядок работы детской офтальмологической службы являются: «Федеральный закон об охране здоровья граждан РФ», «Постановление Правительства РФ о программе государственных гарантий», «Распоряжение Правительства РФ об изменениях в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности здравоохранения», «Стратегия развития медицинской науки в РФ на период до 2025 года», а также «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании глаза и его придаточного аппарата и орбиты» и «Порядок оказания помощи детскому населению». Последние два документа обеспечивают работу всех звеньев офтальмологической службы, основные этапы маршрутизации пациентов, представляют стандарт материально-технического оснащения офтальмологических учреждений, дают рекомендации по штатным нормативам. Практическую помощь в организации работы осуществляют стандарты медицинской помощи по профилю «офтальмология», в настоящее время ведется



С приветственным словом к участникам конференции выступил директор МНИИ ГБ им. Гельмгольца, профессор В.В. Нероев

работу по подготовке национальных протоколов (национальных клинических рекомендаций) по базовым проблемам офтальмологии в целом и детской офтальмологии в частности. Ассоциацией врачей-офтальмологов России утверждены национальные методические протоколы «Диагностика и лечение ретинопатии недоношенных» и «Диагностика и лечение близорукости у детей и подростков». Продолжается разработка национальных клинических рекомендаций еще по трем направлениям: врожденные катаракты, ретинобластома, содружественное косоглазие.

Далее профессор Л.А. Катаргина подробно остановилась на итогах работы детской офтальмологической службы за 2012 год. За отчетный год в РФ зафиксировано свыше 3,5 млн случаев заболеваний глаза и придаточного аппарата. В структуре заболеваемости у детей заболевания глаза и придаточного аппарата на протяжении значительного периода времени занимают 3-е место. Около 50% заболеваний выявлено впервые в жизни. Отмечается рост как заболеваемости офтальмопатологией детского возраста в целом, так и рост первичной заболеваемости.

На фоне общего роста заболеваемости офтальмопатологией детского населения имеются существенные региональные различия.



Участников конференции приветствует профессор А.В. Хватова



Главный детский офтальмолог МЗ РФ, профессор Л.А. Катаргина

Наиболее высокий рост заболеваемости (выявляемости) отмечается в Северо-Кавказском федеральном округе, Южном и Центральном федеральном округах, снижение заболеваемости отмечается только в Дальневосточном федеральном округе. За счет улучшения качества профилактической работы первичного звена, роста диагностических возможностей, настороженности у детей и подростков». Продолжается разработка национальных клинических рекомендаций еще по трем направлениям: врожденные катаракты, ретинобластома, содружественное косоглазие.

Далее профессор Л.А. Катаргина подробно остановилась на итогах работы детской офтальмологической службы за 2012 год. За отчетный год в РФ зафиксировано свыше 3,5 млн случаев заболеваний глаза и придаточного аппарата. В структуре заболеваемости у детей заболевания глаза и придаточного аппарата на протяжении значительного периода времени занимают 3-е место. Около 50% заболеваний выявлено впервые в жизни. Отмечается рост как заболеваемости офтальмопатологией детского возраста в целом, так и рост первичной заболеваемости.

На фоне общего роста заболеваемости офтальмопатологией детского населения имеются существенные региональные различия.



С программным докладом «Анализ состояния детской офтальмологической службы РФ» выступила главный внештатный специалист — детский офтальмолог Минздрава России, профессор Л.А. Катаргина



Профессор А.В. Хватова — главный детский офтальмолог СССР и первый главный детский офтальмолог России

организаторам здравоохранения, главным детским офтальмологам следует обратить внимание на качество профилактической работы первичного звена здравоохранения. В ряде регионов, напротив, выявляется высокая и очень высокая заболеваемость, что также не всегда связано с хорошей работой первичного звена, особенно на фоне снижения первичной заболеваемости.

В целом, как подчеркнула главный детский офтальмолог МЗ РФ, в динамике заболеваемости детей не наблюдается резких колебаний. Следует отметить снижение количества зарегистрированных случаев глаукомы. «Хорошо, если глаукома истинно снижается на основе правильного и своевременного лечения, тогда снижается риск возникновения слепоты, но т.к. слепота в этих регионах растет, можно предположить, что это не истинное снижение заболеваемости, а дефект выявления, дефект наблюдения».

В структуре заболеваемости глаза и его придаточного аппарата (по заболеваниям, которые учитываются в государственных статистических формах) на протяжении многих лет первое место занимает миопия, далее следуют конъюнктивит, астигматизм. Частота таких тяжелых заболеваний, как неврит зрительного нерва, глаукома, хориореетинальное

воспаление, невелика, но, по данным официальной статистики, отмечается высокое число случаев слепоты и пониженного зрения у детского населения. Самый высокий рост среди всех заболеваний имеет слепота обоих глаз.

Показатели заболеваемости миопией широко варьируют. В целом ряде регионов отмечается двукратное превышение заболеваемости, в то время как в Северо-Кавказском федеральном округе, Бурятии, Тыве, Дальневосточном федеральном округе отмечается низкий уровень заболеваемости. Крайне низкий уровень заболеваемости миопией зарегистрирован в Чеченской Республике. В регионах с низкой заболеваемостью (выявляемостью) следует обратить внимание на охват детского населения профилактическими осмотрами, в регионах с высокими показателями — заняться изучением фактора риска и вопросами профилактики, т.к. объяснить такие высокие показатели чисто статистическими формами невозможно.

По заболеваемости катарактой и глаукомой также наблюдается значительная вариабельность заболеваний в разных регионах. Профессор Л.А. Катаргина указала на необходимость изучения причины как высокого уровня показателей, так и низкого. В ряде регионов (Костромская, Калининградская области, Республика Северная Осетия, Республика Марий Эл и др.) глаукома у детей вообще не регистрируется. Здесь требуется детальный анализ заболеваемости детского населения, особое внимание уделяя качеству диагностики. Причина может быть связана также с дефицитом врачей, с качеством оборудования в офтальмологических кабинетах первичного звена. Подобные данные дают больше вопросов, чем ответов.

Ведется работа по усовершенствованию форм учета ретинопатии недоношенных, прорабатываются вопросы по созданию регистра этого заболевания и его более глубокому мониторингу. На сегодняшний день ситуация по ретинопатии достаточно неутешительная. Разбор показателей по регионам от меньшего к большему составил 1:90. Наблюдается высокий уровень заболеваемости в Якутии и низкий — в Рязанской, Тамбовской, Тверской областях и др. Ситуация требует дальнейшего изучения и повышения настороженности офтальмологов к выявлению этого заболевания. Особенно это касается регионов, где организованы перинатальные центры и, как следствие, высок уровень нес доношенных детей, входящих в группу риска. Обращает на себя внимание низкий процент охвата диспансерным наблюдением детей этой группы. Все дети, перенесшие ретинопатию, должны находиться под наблюдением офтальмолога. Средний охват составил 44%, т.е. менее половины детей, перенесших это заболевание, наблюдаются офтальмологами, в некоторых



Доклад профессора С.Г. Чернышевой посвящен вопросам ранней хирургии при младенческой эзотропии



С докладом выступает профессор из Санкт-Петербурга З.И. Сайдашева



Д.м.н. Н.Н. Арестова рассказала о возможностях лазерной реконструктивной хирургии при заболеваниях глаз у детей



С интересом был заслушан доклад И.С. Зайдуллиной «Хирургия катаракты у детей с использованием фемтосекундного лазера»

регионах эти цифры чрезвычайно низкие. Недостаточно высоким в сравнении с показателями взрослого населения остается охват детей с катарактой, глаукомой, невритом зрительного нерва. То есть речь идет о существенных дефектах в работе по диспансерному наблюдению за детьми с офтальмопатологией.

Главный детский офтальмолог РФ подчеркнула, что федеральные статистические учетные формы требуют существенной корректуры. Помимо выделенных основных заболеваний (миопия, катаракта, глаукома и др.), существуют «прочие заболевания», и, по статистическим отчетам различных регионов, в разряд «прочие заболевания» входят от 10-15 до 96% всех выявленных случаев инвалидности. Подобное положение вызывает недоумение: почему заболевания, которые ведут к инвалидности по зрению, учитываются как «прочие».

Одним из важнейших факторов организации офтальмологической помощи детскому населению, помимо технической оснащенности офтальмологических учреждений, по словам докладчицы, является врачебный ресурс. «Хочу подчеркнуть, что специальности «детская офтальмология» у нас не существует, то есть о состоянии детской офтальмологической службы (обеспеченности детскими врачами-офтальмологами) мы косвенно можем судить по количеству врачей-офтальмологов в стране». На 2012 год в Российской Федерации насчитывалось свыше 13,5 тысяч. Обеспеченность составляет — 1 врач на 10 000 населения. По данным анкетирования, в детской офтальмологии ситуация примерно та же, однако разбор этого показателя в регионах очень высок. В регионах с низкой обеспеченностью врачами отмечается низкий уровень заболеваемости (т.е. низкая выявляемость) и более высокая инвалидность, однако такая четкая связь прослеживается не во всех регионах. Дефицит врачей в определенной степени компенсируется за счет совместительства. На сегодня нет точных данных о количестве детских офтальмологов.

В стационарах различных типов получили лечение свыше 100 тысяч детей. Основная масса пролеченных больных в стационарах, по данным статистических отчетов, попала в разряд «прочих», поэтому судить о реальной ситуации по структуре пролеченных больных в стационаре не представляется возможным.

Важным показателем работы стационара является средняя длительность пребывания ребенка на детской офтальмологической койке, которая составила в 2012 году 8,3 дня. Отмечается большой разброс в длительности пребывания на койке. Обеспеченность детскими офтальмологическими койками составляет 1,1 на 10 000 населения при значительном разбросе по регионам. Такая ситуация свидетельствует о несбалансированности коечного фонда.

По итогам 2012 года в некоторых регионах наблюдается снижение хирургической активности стационаров, в некоторых — повышение. На фоне незначительного роста операций в целом в детских офтальмологических стационарах отмечается снижение числа операций по ВМП, обращает на себя внимание значительная вариабельность количества операций. В 47 регионах за отчетный период операции по ВМП детям не проводились.

Докладчик подчеркнула, что представленные показатели являются лишь начальным этапом для дальнейшей работы в организационном плане, в разработке конкретных предложений для Минздрава России. «Мы также убедились в том, что высокая доля профилактических посещений не всегда способствует своевременному выявлению заболеваний на ранних стадиях, предотвращению роста запущенных случаев, что приводит к инвалидизации населения. Не возрастает доступность офтальмологической помощи по причине низкой обеспеченности врачами-офтальмологами, кроме того, обращает на себя внимание несбалансированность коечного фонда».

В заключение главный детский офтальмолог РФ, профессор Л.А. Катаргина указала на основные направления дальнейшей работы.

«В регионах с низкой заболеваемостью, в т.ч. с первичной, необходимо обратить внимание на качество работы первичного звена здравоохранения, усилить ее профилактическую направленность. Первоочередное значение имеет выявление причин инвалидизации детского населения и ее роста. Большого внимания требует система стационарного лечения: необходимо переориентировать работу круглосуточных стационаров в направлении амбулаторно-медицинской помощи в рамках дневных стационаров, развивая стационарзамещающие технологии; немаловажное значение имеет работа по дальнейшей оптимизации кадрового обеспечения детской офтальмологической службы».

Предметом обсуждения первого пленарного заседания конференции стали вопросы врожденной офтальмопатологии.

От группы авторов (Л.А. Катаргина, Т.Б. Круглова, Н.С. Егиян, Л.Б. Кононов) с докладом «Вторичная имплантация ИОЛ у детей с афакией после ранней хирургии врожденных катаракт» выступила к.м.н. Н.С. Егиян (Москва). Проблема медицинской и социальной реабилитации детей с врожденными катарактами до настоящего времени остается наиболее актуальной. Ежегодно в мире рождается от 20 000 до 40 000 детей с врожденными катарактами, которые в структуре слепоты и слабовидения составляют 9,4-37 % (данные за 1995-2010 гг.). Анализ проведенных исследований показал, что вторичная имплантация ИОЛ по сравнению с первичной более травматична, требует дополнительных реконструктивных вмешательств, сопровождается рядом послеоперационных осложнений. Учитывая это, авторы считают, что вторичная имплантация ИОЛ должна проводиться по строгим показаниям с учетом целесообразности вмешательства, степени риска и технической возможности.

Одним из наиболее сложных и ответственных моментов в хирургии катаракты у детей является проведение капсулорексиса, что связано с анатомо-физиологическими особенностями детского глаза и повышенной эластичностью

капсулы хрусталика. Ю.К. Бурханов (Уфа) в докладе «Хирургия катаракты у детей с использованием фемтосекундного лазера» показал эффективность, безопасность и возможность использования фемтосекундного лазера в хирургии катаракты у детей и в педиатрической офтальмохирургии.

Для постувеальных катаракт характерно сочетание с другими пост-воспалительными изменениями переднего и заднего отрезков глаза, что требует комплексного обследования для оценки роли помутнения хрусталика в снижении зрения и, как правило, большего объема хирургического вмешательства. Е.В. Денисова (Москва) с соавторами считает, что оптимальное проведение операции на фоне ремиссии увеита — не менее 3 месяцев и не более 6 месяцев с момента развития катаракты. Имплантация современных моделей ИОЛ является методом выбора при удалении постувеальных катаракт у детей. Своевременное хирургическое лечение, активная терапия в до- и послеоперационных периодах позволяют добиться улучшения зрительных функций и сохранения достигнутого результата у большинства пациентов.

Д.м.н. Н.Н. Арестова (Москва) на основании 19-летнего опыта работы изложила результаты ИАГ-лазерной реконструктивной офтальмохирургии у детей. С 1985 по 2014 годы в отделе выполнено 2609 лазерных реконструктивных операций 2016 детей в возрасте от 2 месяцев до 17 лет с врожденной, посттравматической, поствоспалительной и послеоперационной патологией глаз. Автор доклада рекомендует расширение спектра лазерных реконструктивных операций, так как внедрение их в практику детской офтальмологии увеличивает возможности неинвазивной хирургии, повышает эффективность, уменьшает травматичность, позволяет полностью заменить ряд инструментальных операций на лазерные, нередко выполняемые амбулаторно.

Вопросам диагностики и лечения врожденной глаукомы было посвящено несколько докладов. Д.О. Арестовым (Москва) был проведен сравнительный анализ результатов и осложнений разработанного метода ультразвуковой трабекулэктомии в сравнении с традиционной трабекулэктомией (в том числе с применением 5-фторурацила) при врожденной глаукоме у детей. Показано, что использование низкочастотного ультразвукового воздействия в модифицированной методике трабекулэктомии при врожденной глаукоме у детей обеспечивает комплексный антипролиферативный эффект, что значительно снижает избыточное рубцевание в зоне антиглаукоматозного вмешательства, риск развития рубцовой блокады вновь созданных путей оттока и создает условия для формирования оптимальной склеральной фистулы, длительно функционирующей фильтрующей подушки, что способствует компенсации глаукоматозного процесса.



С докладом «Роль доплеровских методов в оценке гемодинамики глаза у детей с врожденной микрофтальмией» выступила д.м.н. Т.В. Судовская



Вопросам сравнительной эффективности ультразвуковой и традиционной трабекулэктомии при врожденной глаукоме у детей был посвящен доклад Д.О. Арестова



Пленарное заседание «Ретинобластома». В президиуме: академик РАН В.Г. Поляков, академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор Л.А. Катаргина, профессор С.В. Саакян



Вопросам функциональных изменений сетчатки и зрительного нерва у детей с врожденной глаукомой посвящено сообщение к.м.н. А.О. Тарасенкова

О вариантах хирургической техники в лечении врожденной глаукомы у детей младшей возрастной группы рассказала руководитель офтальмологической службы Морозовской ДГКБ, к.м.н. А.В. Овчинникова. Полученные результаты двухэтапно-го вскрытия передней камеры как в ходе антиглаукомной операции, так и при комбинированном вмешательстве у детей младшего возраста, свидетельствуют о позитивной роли предложенной автором техники операции в снижении числа операционных и послеоперационных осложнений, становлении и пролонгировании гипотензивного эффекта. Представленные данные показывают целесообразность продолжения исследований в этом направлении.

Анализ функциональных электрофизиологических и морфометрических показателей, полученных при обследовании детей с врожденной глаукомой, с использованием современных диагностических приборов и методов визуализации и с учетом стадии глаукоматозного процесса от группы авторов отдела патологии глаз у детей представил О.А. Тарасенков (Москва). Интересным и важным явилось представление докладов, касающихся вопросов патологии роговицы у детей. Так, результаты сквозной кератопластики (СКК) у детей представила В.Ф. Иванова (Минск, Беларусь). Из 124 больных (138 операций), которым проводилась СКК, прозрачность трансплантатов

достигнута у 98 больных, у которых острота зрения повысилась с 0,04 до 0,8. Наилучшие результаты получены у детей с КК, наследственными дистрофиями и приобретенными помутнениями роговицы. У детей с врожденными бельмами роговицы результаты хуже из-за тяжести патологии, амблиопии, поражения ЦНС.

Стафиломы роговицы — очень редкая и крайне тяжелая патология, поражающая все структуры переднего отдела глаза, которая, по мнению авторов доклада, является самостоятельной нозологической формой. Доклад «Врожденные стафиломы роговицы, клиника и результаты хирургического лечения» от группы авторов представила А.В. Плескова (Москва).

Профессор В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург) в своем выступлении «Тактика лечения врожденного слезнозависимого протока» дал оценку эффективности различных методов лечения детей, определил тактику этапного лечения, которая заключается в следующем: массаж слезного мешка, зондирование НСП (до 1 года); бужирование НСП (с интубацией силиконовой нитью), при наличии дивертикулов слезного мешка — риностомия (1 год-6 лет); дакриоцисториностомия (старше 6 лет).

Д.м.н. И.А. Филатова (Москва) изучила эффективность ступенчатого протезирования и корригирующих операций у пациентов с врожденным анафтальмом и микрофтальмом для формирования конъюнктивальной полости, костной орбиты и век. Докладчик представила принципы глазного протезирования, клинические примеры, результаты и методы лечения, типичные ошибки в хирургическом лечении и основные принципы реабилитации.

М.Б. Гушина с соавторами (Москва) провели сравнительный анализ результатов хирургического лечения детей с врожденным птозом верхнего века после резекции леватора и операций «подвешивающего» типа. Транскутанная резекция леватора в зависимости от исходного состояния позволяет достаточно эффективно устранить или значительно уменьшить птоз верхнего века у детей. Операции «подвешивающего» типа малоэффективны у детей с врожденным птозом верхнего века.

Д.м.н. О.В. Хлебникова (Медико-генетический научный центр РАМН, Москва) дала клинико-молекулярно-генетическую характеристику моногенных форм врожденных пороков развития, что является актуальной и важной проблемой современной офтальмологии.

Традиционно на конференции по детской офтальмологии большое внимание уделялось проблеме ретинопатии недоношенных (РН). О результатах лечения РН у детей со сроком гестации менее 27 недель рассказала главный

вспомогательный детский офтальмолог Санкт-Петербурга, д.м.н. Э.И. Сайдашева. К особенностям течения РН у данного контингента больных, по мнению автора, относятся: высокая частота развития (97,4%) и прогрессирования заболевания до пороговых стадий (44,2%); течение РН по типу задней агрессивной формы (28%); ранняя манифестация заболевания, что обуславливает необходимость проведения лазерной коагуляции сетчатки (ЛКС) непосредственно в условиях отделения реанимации новорожденных (в кувезе) — 29,4%; высокая потребность в проведении повторных ЛКС (34%). Кроме того, тяжелая соматическая отягощенность детей способствует развитию осложнений после ЛКС (20%) и требует консервативной терапии. В своем

выступлении докладчик отметила, что при переходе здравоохранения РФ на международные стандарты выхаживания детей (гестационный возраст от 22 недель и масса тела от 500 г) крайне важно объединить усилия перинатологов, неонатологов и детских офтальмологов в изучении природы задней агрессивной ретинопатии недоношенных и совершенствовании лечения этой сложной категории пациентов. Е.В. Денисова (Москва) с группой авторов в своем докладе обобщила опыт работы отдела патологии глаз у детей НИИ глазных болезней им. Гельмгольца и осветила современные подходы к хирургическому лечению РН, которые можно обозначить так: адекватный скрининг; своевременная в полном объеме коагуляция сетчатки при развитии пороковой стадии в активной фазе заболевания; тщательное наблюдение после коагуляции с оценкой факторов риска дальнейшего прогрессирования заболевания; разработка новых подходов хирургического вмешательства при развитии отслойки сетчатки. На сегодняшний день принято целесообразным проводить витректомию с сохранением хрусталика в 4а стадии. Необходим поиск новых технологических и медикаментозных возможностей в помощи детям с тяжелыми формами РН.

Для оценки функционального состояния зрительной системы и прогнозирования зрительных функций у детей с РН требуется проведение многоступенчатых современных исследований, позволяющих определить уровень, степень и глубину поражения зрительного анализатора. Наиболее полную оценку состояния и прогнозирования зрительной системы у детей с РН можно получить при сопоставлении данных результатов электрофизиологических исследований с офтальмокопической картиной и дополнительными методами диагностики и визуализации. Данный аспект проблемы в своем докладе подробно осветила к.м.н. Л.В. Коголева (Москва).

Опыт организации и развития офтальмологической помощи недоношенным детям поделились главный детский офтальмолог Калининградской области Е.Ф. Федорова и главный офтальмолог Тюменской области И.Г. Долгова.

О.А. Шевверная с соавторами (Москва) представила сравнительные результаты различных видов лазерного лечения (лазерная коагуляция сетчатки через наложение бинокулярный офтальмоскоп и паттерн-коагуляция через целевую лампу) детей с РН в условиях неонатального центра (ГКБ № 13). Докладчик подчеркнула предпочтительность коагуляции сетчатки через наложение бинокулярный офтальмоскоп детям с экстремально низкой массой тела при рождении, соматически отягощенных, а тем более находящихся в кувезе, что согласуется с принятыми во всем мире протоколами лечения недоношенных детей.

М.В. Белова от группы авторов представила доклад «Вторичные ретиальные дистрофии у пациентов с РН». Ретиальные дистрофии являются одним из видов осложнений РН, которые могут привести к развитию отслойки сетчатки и необратимой потере зрения. Авторы провели анализ видов, определили локализацию, сроки развития, оценили результаты лечения вторичных ретиальных дистрофий у детей с РН и пришли к выводу, что ретиальные дистрофии развиваются у трети пациентов с благоприятными исходами РН, что требует пожизненного динамического наблюдения больных с любой степенью заболевания. Своевременное выявление и лечение ретиальных дистрофий позволяет сохранить зрение в 94,2% случаев.



С докладом «Результаты хирургического лечения синдрома Cioncia's у детей раннего возраста» выступает д.м.н. И.М. Мосин

В своем докладе Я.Л. Рудницкая с соавторами (Москва) акцентировала внимание на необходимости своевременной и адекватной коррекции аметропии у детей с РН. Так как аномалии рефракции влияют на анатомо-функциональное развитие макулы и являются одним из факторов нарушения зрения при РН, целесообразно проводить раннюю коррекцию аметропии мягкими контактными линзами с целью профилактики амблиопии и создания благоприятных условий для формирования макулы.

В настоящее время одним из наиболее неизученных аспектов являются вопросы этиопатогенеза РН. Факторы, потенциально вносящие свой вклад в развитие заболевания, являются объектом многочисленных исследований. Н.А. Осипова с соавторами (Москва) провели исследование содержания некоторых цитокинов в сыворотке крови недоношенных детей, обследованных на сроке до клинической манифестации РН. Предварительные результаты исследования показали, что у детей с развивающейся впоследствии пороковой стадией РН, определяется явное преобладающее условно «патогенных» цитокинов, свидетельствующее об участии в патогенезе РН ряда иммуномедиаторов и прогностической значимости показателей цитокинового статуса.

Первый день конференции завершился заседанием профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России по специальности «Детская офтальмология».

Во второй день конференции были рассмотрены две актуальные темы: глазодвигательные нарушения у детей и ретинобластома.

Работу утреннего пленарного заседания «Глазодвигательные нарушения у детей» открыла профессор Е.П. Тарутта (Москва). Она выразила удовлетворенность тем, что заседание, посвященное косоглазию, проходит в стенах МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Именно здесь рождались поистине революционные идеи, позволяющие выявлять причины болезни, находить новые методы лечения. Знаменитые ученые института занимались проблемой косоглазия. Это Эдуард Сергеевич Аветисов и его школа, Александра Васильевна Хватова, Тамара Павловна Кашенко и более молодые сотрудники, которые внесли огромный вклад в решение этой проблемы.

С докладом «Ранняя хирургия при младенческой эзотропии: мифы и реальность» выступила д.м.н. С.Г. Чернышева. Младенческая эзотропия (МЭ) развивается в первые 6 месяцев жизни и постоянным углом девиации более 15 градусов, гиперметропией не выше 3D, латентным нистагмом, диссоциированной вертикальной девиацией (ДВД), ограничением отведения при отсутствии патологии со стороны нервной системы.

МЭ может сопровождаться нарушениями рефракции, колебаниями начальной девиации и не имеет постоянных характеристик. Докладчик остановилась на причинах развития МЭ, методах лечения, оптимальном возрасте проведения хирургического лечения. В Северной Америке возраст, в котором проводится оперативное лечение, колеблется от 11 до 18 месяцев, во многих странах Европы — от 2 до 4 лет. Ранним считается хирургическое вмешательство до 2 лет, конкретный возраст варьирует от 2,5 месяцев до 3 месяцев и от 4 до 6 месяцев. У каждой теории есть свои сторонники и своя аргументация. Однако, по мнению С.Г. Чернышевой, раннее хирургическое вмешательство приводит к большому количеству операций (наркозов), сопровождается более частым развитием ДВД и гиперкоррекции косоглазия из-за невозможности постановки точного диагноза, выбора дозированной операции у маленьких детей, а также прогнозирования спонтанного исчезновения эзодевиации. Такой результат является неоправданно высокой платой за единственное преимущество — получение в редких случаях примитивного уровня стереоскопического зрения.

О тактике хирургической коррекции вторичной эзотропии рассказала Д.Х. Самедова (Москва). Цель исследования — разработать патогенетически ориентированную тактику лечения вторичной эзотропии.

И.М. Бойчук (Одесса, Украина) рассказала о методе поверхностной электромиографии наружных горизонтальных мышц глаза для оценки функционального состояния. Автор метода был применен компьютерный электромиограф (ЭМГ), позволяющий регистрировать биоэлектрическую активность скелетных мышц, однако они не имеют специальных электродов. Для поверхностной ЭМГ были модифицированы два серебряно-платиновых электрода диаметром 5 мм, расстояние между ними — 6 мм с учетом средней ширины мышцы и места крепления ее к главному яблоку. И.М. Бойчук подробно рассказала о методике поверхностной электромиографии с помощью М-TEST-2 и модифицированных электродов. Данная методика может быть использована для исследования горизонтальных прямых мышц у детей. С помощью электромиографии выявлены функциональные нарушения внутренних прямых мышц у детей с сопутствующим сходящимся косоглазием.

А.В. Апаев (Москва) представил метод экспресс-диагностики с помощью микропериметрии, который позволяет многократно использовать его в процессе выбора метода и оценки эффективности лечения амблиопии и нистагма. Авторами метода были выявлены наиболее выраженные нарушения

фиксации при нистагме и амблиопии, коррелирующие не только со снижением остроты зрения, но также характером и амплитудой нистагма. В ходе одного исследования можно получить количественные характеристики амплитуды и частоты, а также состояния области фиксации и оценить их динамику.

Профессор Е.П. Тарутта (Москва) представила доклад «Объективная аккомодометрия при сопутствующем косоглазии». Авторами впервые с помощью собственных разработанных методик проведена объективная аккомодометрия при данном заболевании. При всех формах косоглазия, как и при наличии амблиопии, так и без нее, выявлены изменения аккомодационного ответа, сопутствующей аккомодации, тонуса покоя аккомодации, несвойственные ортотропии при любых видах рефракции.

Г.И. Рожкова (Москва) из Института проблем передачи информации им. А.А. Харкевича РАН выступила с докладом «Стереопсис, бинокулярная конкуренция и интеграция при одновременной и альтернирующей стимуляции двух глаз». Автор метода сопоставил имеющиеся данные о времени интеграции сигналов от двух глаз, необходимом для работы механизмов стереопсиса и бинокулярного слипания. Показала преимущества альтернирующей стимуляции для выявления степени сохранности механизмов стереопсиса и их развития. Выводы: у детей с бинокулярной патологией, неспособных воспринимать стереоизображения на классических статических тестах, при использовании альтернирующей стимуляции удается выявить наличие стереопсиса. Рекомендуется начать с простых изображений. Диапазон частот альтернирования зависит от типа тестовых изображений. С увеличением сложности пространственных характеристик изображений значение пороговых частот увеличивается.

Главный специалист детского офтальмолог Самарской области О.В. Жукова от группы авторов представила доклад «Морфологическое обоснование объема вмешательства на мышцах при хирургическом лечении сопутствующего косоглазия». Докладчик обосновала методы эффективности и безопасности величины резекции сухожилия «ослабленной» мышцы при хирургическом лечении сходящегося и расходящегося косоглазия. Резекция сухожилия наружной прямой мышцы при коррекции сходящегося косоглазия необходима, но не должна превышать 9 мм. Безопасная коррекция внутренней прямой мышцы при коррекции расходящегося косоглазия не должна превышать 7 мм. Для достижения правильного положения глаза необходимо увеличить объем рецессии наружных прямых мышц.



Академик РАН А.Ф. Бровкина, академик РАН В.Г. Поляков, профессор С.В. Саакян

И.С. Ковалевская (Санкт-Петербург) рассказала об особенностях метода лечения косоглазия у детей с ретинопатией недоношенных. Автором доклада в результате исследования было выявлено увеличение риска развития глазодвигательных нарушений у детей с более тяжелым течением РН. Сопоставление зрительной локализации, зрительной фиксации с результатами исследования функциональной активности глазодвигательных мышц позволяет уточнить диагноз и тактику лечения косоглазия у пациентов с РН. В связи с изменением заднего полюса, заключающемся в дистрофии и атрофии сетчатки, тракционной деформации и эктопии макулы, итра-, суб- и эпиретинальном фиброзе, фиксация формировалась в зоне наиболее функционально сохранного участка сетчатки, что смещало положение глазного яблока по направлению к зрительной оси. При таком состоянии хирургическое исправление косоглазия является нецелесообразным.

По завершении работы пленарного заседания состоялась бурная дискуссия по вопросу диагностики и лечения разных форм амблиопии, а также по показаниям и срокам хирургии косоглазия у детей в возрасте до 1 года. Пленарное заседание, посвященное ретинобластомам, включало три блока вопросов: эпидемиология ретинобластомы в России, диагностика и лечение ретинобластомы. Ретинобластома (РБ) — самая распространенная внутриглазная злокачественная опухоль оптической части сетчатки нейроэктодермального происхождения. Частота РБ — 24 на 1 миллион младенцев, 1:11000-20000 живых новорожденных. Ежегодно в России регистрируется около 100 новых случаев РБ (данные на 2012 г.). Возраст больных: 30 дней-6 месяцев (в среднем 32 месяца).

Президиум секции возглавили видные ученые страны: академик РАН А.Ф. Бровкина, главный детский онколог, академик РАН В.Г. Поляков, профессор Л.А. Катаргина, профессор С.В. Саакян.

С программной лекцией «Современные методы лечения ретинобластомы и витальный прогноз» выступила профессор С.В. Саакян. Она подробно остановилась на истории вопроса, лечении РБ, органосохраняющей терапии, классификации ВОЗ (2002), ABC (Амстердам, 2001), химиотерапии, интравитреальном введении химиопрепарата мелфалана, результатах ИВХТ.

Профессор С.В. Саакян обратил внимание коллег, что ровно год назад была образована Ассоциация врачей-офтальмоонкологов, которые занимаются диагностикой и лечением ретинобластомы. Одна из задач исследовательского центра — создание регистра ретинобластомы. В ассоциацию вошли специалисты из трех организаций: Российского онкологического

научного центра им. Блохина, ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» и ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца».

О новых аспектах этиопатогенеза опухоли в программной лекции доложил профессор Д.В. Залетаев (Медико-генетический научный центр РАМН, Москва). Терапия РБ на ранних стадиях ведется достаточно успешно, что позволяет пациентам достигать репродуктивного возраста и ставить вопрос о прогнозе потомства. По мнению докладчика, молекулярная диагностика структурной и функциональной патологии при ретинобластомах в отечественной лабораторной практике используется достаточно широко, требует эффективных алгоритмов анализа и новых методических подходов.

О заболеваемости РБ в Кузбассе, Архангельске, Омске, Уфе рассказали Т.В. Янченко (Кемерово), А.М. Ревта (Архангельск) Т.Ю. Матненко (Омск), Н.М. Сагадатов (Уфа). Итог секции подвела О.Г. Пан-телеева (Москва), представив данные эпидемиологии РБ в России. По данным Российского центра офтальмоонкологии, структура РБ по форме поражения, полу и возрасту детей не изменилась. Уменьшилось количество наследственных форм РБ; отмечается стабильное количество детей из Центрального, Приволжского, Северо-Западного и Сибирского федеральных округов. Увеличилось количество обращений из Южного, Северо-Кавказского, Уральского федеральных округов. Отмечается расширение к органосохраняющему лечению РБ, однако в регионах сохраняется тактика удаления пораженного глаза. Необходимо создать единый регистр больных РБ; обеспечить обязательную офтальмокопию новорожденных в условиях медикаментозного мониторинга в течение первого года жизни; использовать возможности телемедицины для консилиумов; обучать офтальмопедиатров офтальмоонкологии; информировать женщин в школах будущих матерей о ретинобластомах и ее первых признаках.

Тема ретинобластомы была продолжена на секции «Диагностика РБ» и «Лечение РБ». По данным вопросам заслушано 10 докладов. Во время пленарного заседания прошли дискуссии по «пилотным» выступлениям докладчиков. Представленные доклады вызвали живой интерес аудитории. Были рассмотрены темы, касающиеся локальных методов разрушения ретинобластомы, таких как локальная химиотерапия, лазерное и лучевое лечение. Все эти вопросы получат дальнейшее развитие и будут детально обсуждены на предстоящей конференции Европейского общества офтальмоонкологов (ООС Meeting), которая будет проводиться в Москве 13-14 марта 2015 года.

Материал подготовила
Лариса Тумар
Фотографии предоставлены
Оргкомитетом

РАЗ! ДВА! ТРИ!
с Preloaded AquaFree

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

Преимущества ИОЛ с гепариновым покрытием

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

ИОЛ AquaFree Preloaded предусмотрена в одноразовую, инъекторную систему Ассоцией.

Минимальный разрез 2.0 мм.

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

* by mediceal
SWISS TECHNOLOGY FOR SURGERY



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





Тихон Иванович ЕРОШЕВСКИЙ — звезда первой величины

Воспоминания современников

< стр. 1

которые у нас проводились, ученые крупнейших клиник, городов очень уважительно относились к Тихону Ивановичу».

В.М. Петухов, профессор: «Тихон Иванович был удивительный человек, прежде всего Человек с большой буквы, который интересовался всем. Он отличался мягким характером, он, если и говорил и где-то журил — нежно. Обращаясь с трибуны, как правило, во время конференций, обращаясь к представителю кафедры или больницы, говорит: «Дорогая моя, а вот статейку-то надо бы написать» или «работу диссертационную надо бы сделать. Я Вас не обидел, извините, я Вас не обидел?» — это подлинные слова Т.И. Ерошевского».

В.М. Малов, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии Самарского государственного медицинского университета: «Вот чтобы на кого-то Тихон Иванович повысил голос, этого никогда не было. Удивительно, такой большой коллектив у нас — научные работники лаборатории, сотрудники кафедры, врачи, средний, младший медицинский персонал, больных 300 человек — он со всеми ровно и уважительно всегда говорил.

Как-то отмечали юбилей нашей уважаемой сотрудницы. И один доктор в выступлении обратился к ней: «...Наша дорогая, не стареющая...» На это Тихон Иванович возразил: «Как же можно произносить такое слово в присутствии женщины!»

С Тихоном Ивановичем вполне можно было не соглашаться по какому-то вопросу. Он это воспринимал очень спокойно, даже с интересом. Давал возможность аргументировать, отстаивать свою точку зрения, уважал мнение собеседника. Во время обсуждения какой-либо диссертации он иногда останавливал соискателя, постоянно соглашавшегося с оппонентом: «А Вы вовсе не должны соглашаться, если Вы считаете, что правы. Спорьте, доказывайте!» В своих воспоминаниях он признавал, что некоторые его непосредственные ученики были не согласны с его точкой зрения, однако он проявлял терпение.

Тихон Иванович обладал прекрасным чувством юмора, любил анекдоты, розыгрыши. Однажды на кафедральном совещании объявляет: «Сегодня обсуждается персональное дело нашего сотрудника С-го!» Тот замер, покраснел, стал судорожно вспоминать, как же он мог провиниться... И тут Тихон Иванович объявляет, что получено

положительное решение о присвоении ему искомой степени кандидата меднаук. А в другой раз, прочитав статью одного сотрудника, явно несоответствующую общим требованиям, Тихон Иванович спросил: «Уважаемый, а Вы любимым девушкам когда-нибудь письма писали?» Тот несколько сконфузился, ответил, что не писал. «Оно и видно, а надо бы» — сказал Тихон Иванович.

Как-то пасмурным весенним днем переходили мы с Тихоном Ивановичем из одного корпуса в другой. Я иду и сетую на непогоду, сякоть, а ТИ остановился и возразил мне следующими словами: «Счастливы лишь тот, кому в пору ненастную грезятся ласки весны!»

А.С. Ахметзянова, главный врач клинической больницы Куйбышевского медицинского института: «Тихон Иванович был такой добрый, доброжелательный и широким человеком. Когда он проводил научные конференции, больные иногда приходили к нему и кричали с последних рядов — спа-си-бо! Больные очень его любили».

В.М. Малов: «Природу Тихон Иванович очень любил. Волга, охота, рыбалка — были его хобби. Мы много раз ездили с Тихоном Ивановичем на рыбалку. Иногда он останавливал машину, глушил мотор и предлагал послушать тишину степи, песни жаворонка, наслаждаясь самой природой. На рыбалке

с 18-метровым бреднем Тихон Иванович сам всегда шел в заброд и не доверял это право никому, даже сыну.

Как-то встретил Тихона Ивановича на трамвайной остановке. Удивился, почему профессор не на машине, а он отвечает: «Я каждую весну езжу до конечной остановки на трамвае до дачных участков, а затем иду пешком до Волги и люблюсь цветущими садами».

Б.Ф. Черкунов: «На охоте или рыбалке, у костерка, он часто мне, уроженцу Пензенской области и любителю лесных ландшафтов, говорил: «Ты слушай, слушай, слушай степь... Ты не знаешь, как красива степь!» И он удивительно тонко воспринимал эту музыку степи и хотел показать мне эту красоту.

Е.Б. Ерошевская, профессор: «С Волги Тихон Иванович никогда не уезжал. При приглашении работать в Москве, Ленинграде, Одессе — он оставался верен своей Волге, своему краю, своей природе, своим людям.

Не только специальную, но и художественную литературу он читал с карандашом в руке, делая хлесткие пометки на полях, часто конспектируя прочитанное. Обязательно вел дневниковые записи в разных поездках. Любил фотографировать. Разбирался в живописи, дружил с художниками. Походы в театры на все премьеры и филармонию на значимые концерты

были регулярными. С особым удовольствием они наслаждались оперой, балетом, виртуозной игрой любимых музыкантов, задорными плясками. Часто дома напевал оперные арии. Ему доставляло большое удовольствие делать подарки своим близким, особенно внукам. Им он непременно устраивал елку, с удовольствием и непременно каждый год покупал елочные игрушки, следил за нарядом нарядов, находил время посещать концерты в музыкальной школе, водить внуков на каток, через Волгу по льду...

Кроме рыбалки, охоты и плавания была у Тихона Ивановича еще одна, но пламенная страсть — автомобили. В детстве и юности он увлекся верховой ездой. Как только появилась возможность приобрести машину, Тихон Иванович, любитель больших скоростей, стал заядлым автомобилистом. Ежегодно он посещал родные места, могилы родственников, встречался со старыми друзьями. И всегда был сам за рулем и очень редко кому уступал это место».

В.М. Малов: Тихона Ивановича знали и любили все жители города Куйбышева. Журналисты с телевидения и из газет были частыми его гостями. Его знали и гордились им представители власти. Тихон Иванович не только не был обойден славой — он имел все возможные на то время награды и звания, и все это было им заслужено».



В.М. Петухов: «Вспоминается поездка с Тихоном Ивановичем на его родину. Он за рулем, а мы с В.М. Маловым — пассажирами. Мы в который раз увидели внимательное, душевное, теплое общение с простыми людьми. Были встречи у костра, вечером — заброшены сети... Мы с Владимиром Михайловичем уже почувствовали себя достаточно уставшими, а Тихон Иванович вдруг предложил пойти полюбоваться огнями Заволжья! Это опять же характеризовало его жизненную позицию, ему были присущи в большей мере, чем другим, высокие человеческие качества, ощущение ценности каждого мгновения жизни.

Тихон Иванович был удивительно деятельным человеком и сильной личностью. Даже находясь в стационаре по поводу инфаркта миокарда, он оставался оптимистом. Это отражало его поступки, выражение лица, неистребимое желание деятельности. Он старался не потерять ни одной минуты времени и здесь, в больнице, писал и отправлял письма, открытки своим друзьям, полные оптимизма и надежд. Последняя наша встреча с Тихоном Ивановичем состоялась в санатории, где он находился на реабилитации после перенесенного инфаркта. Мы навещали его вместе с В.М. Маловым и Е.Б. Ерошевской. Тихон Иванович был полон оптимизма, обещал помочь мне после выписки с заменой старой машины. Он всегда проявлял отеческую заботу о сотрудниках. Прощаясь с нами, он пропел: «Сердце, тебе не хочется покоя...» А на следующий день случился инсульт».

В.М. Малов: «Ученики и последователи Тихона Ивановича бережно хранят его память. Музей, организованный в кабинете профессора Т.И. Ерошевского, со всей обстановкой, экспонатами и книгами, которые были при нем, открыт для всех желающих. Его посещение особенно полезно для студентов, молодых врачей, аспирантов. Именем Ерошевского названа одна из улиц города Самары, созданная им больница, студенческая стипендия Самарского государственного медицинского университета, премия по геронтологии и гериатрии».

Т.И. Ерошевский был крупнейшим ученым, это была звезда первой величины в офтальмологии. Это был всеми уважаемый, общепризнанный ученый. Все его любили, все уважали — не только мы, его ученики. Это был патриарх офтальмологии — авторитет, всеми признанный. Такой был великий человек — Тихон Иванович Ерошевский.

На волне моей памяти

Р.П. Шикунова, доктор медицинских наук

Имя моего Учителя — Тихона Ивановича Ерошевского — известно каждому взрослому самарцу, и не только потому, что он — Герой Социалистического Труда, лауреат Государственной премии СССР, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР и первый почетный гражданин города Самары, а еще и потому, что он — мудрый руководитель, опытный и добрый врач, искусный хирург, целитель душ.

Вспоминая молодость, я хочу рассказать о том, как непросто было молодому врачу влиться в коллектив новой офтальмологической больницы, в которую в 1963 году переехал Тихон Иванович Ерошевский со своей кафедрой. Отработав в селе после института положенное время, я с семьей вернулась в Куйбышев и, холодея от страха, попросила Тихона Ивановича взять меня на работу. Однако попасть в престижную больницу было не так-то просто. Добродушный и улыбчивый Тихон Иванович каждый раз мягко отказывал, ссылаясь на отсутствие у меня солидных научных статей. Как член студенческого научного кружка я неоднократно выступала с докладами на сессиях, имела 2 печатные работы, но этого оказалось мало для того, чтобы претендовать на место ординатора в областной больнице.

Тихон Иванович приводил убедительные доводы для отказа мне: из Ашхабада к нему просится кандидат медицинских наук Н.И. Загулина, из Оренбурга — кандидат медицинских наук Л.Ф. Линник. Конкуренцию я, естественно, не выдерживала, но потом долго благодарила профессора Ерошевского за этот урок. По его рекомендации меня взяли на работу консультантом-офтальмологом в клинику медицинского института, где по поручению профессора В.А. Германова я стала наблюдать за динамикой глазного дна при заболеваниях крови. Через год набрался солидный материал для научной статьи с собственными зарисовками изменений на глазном дне. С таким «атласом» я вновь осмелилась прийти к Тихону Ивановичу. Он мою работу одобрил и дал распоряжение главному врачу Т.В. Филатовой оформить меня ординатором в терапевтическое и травматологическое (на втором этаже они существовали совместно) отделения.

Мое непростое попадание в больницу не было исключением из правил. Профессор всегда очень тщательно и взвешенно подбирал кадры. Но уж если ты попал «под его крыло», то должен был не только уметь лечить больных и профессионально расти под руководством асов офтальмологии, но и заниматься научной и преподавательской деятельностью. Передо мной старая фотография любимого дитища Тихона Ивановича и проблемной научно-исследовательской лаборатории по изучению глаукомы. Первый состав ее коллектива. Заведующий лабораторией — Даниил Соломонович Кроль — энциклопедист в медицине, искусство, жизни. Второй и третий ряды — «птенцы» наших офтальмологических соколов, птенцы из одного гнезда — дружные, веселые, целеустремленные, парящие в облаках и, по молодости, не расширяющиеся.

Все «птенцы» четверть века назад стали кандидатами медицинских наук. «...Не московские мы и не одесские. Мы — самарские ребята, Ерошевские!» Так мы пели и в то время не знали удержу в работе и в веселье. Была общая творческая, легкая (не легкомысленная) воздушная атмосфера.

Наша alma mater — областная офтальмологическая больница — всегда была для нас родным домом. Здесь мы умели не только лечить, оперировать, но и отдыхать, шутить, сочинять скетчи и капутники. Старались не ударить лицом в грязь перед своим шефом, не обижались на его замечания, ибо они делались всегда деликатно, с добрым юмором.

Как-то устроили по какому-то поводу вечеринку и приготовили подаренного по случаю поросенка. К приходу ТИ решили его подогреть, используя термостат. Довольные собой, подали угощение к столу. Уже уходя, ТИ заметил: «В следующий раз, девушки, учтите, что поросенка надо подавать холодным». А однажды я докладывала ТИ о вновь поступившей больной и, перечисляя диагнозы, назвала синдром Фукса, старческую катаракту. А ТИ воскликнул: «Да как же Вы у такой красавицы старческую катаракту нашли!»

После трудного операционного дня мы расслабились, писали стихи, пели под гитару, играли в настольный теннис и весело встречали нового коллегу из-под теннисного стола проигравшего и по традиции кричавшего «ку-ка-ре-ку» будущего маститого ученого. Мы придумывали капутники по всякому поводу: необходимости ремонта в отделении «...половой вопрос в больнице нужно срочно разрешить, чтоб не пели половицы,



Его знаменитая светлая улыбка

и конференциях мы представляли дружную стайку. Мы бойко выступали с докладами по молодости, не корректируя, не навязывая своей точки зрения. Ждал рождения твоих собственных мыслей. Мы бархтались, как дети, впервые попавшие в водоем, но выплывали. Утонувших среди нас не оказалось. Более того, из состава кафедры, больницы, лаборатории через несколько лет выросли ученые, возглавившие новые направления в науке, получившие признание у нас в стране и за рубежом — академики, профессора, заслуженные деятели науки: А.П. Нестеров, С.Н. Федоров, С.Е. Стукалов, А.А. Бочкарева, Б.Ф. Черкунов, Л.Ф. Линник. Список очень длинный, всех не перечтешь.

Многие коллеги недоумевали, как Т.И. Ерошевскому удается подбирать кадры, формировать научную школу? «По красоте», — шутил он и, как бы между прочим, добавлял: «Ну, и по уму тоже». А нам от таких похвал хотелось стать действительно красивыми и умными, хотелось доказать, что мы не лыком шиты. На союзных и республиканских съездах

В середине шестидесятых о гелетике уже не судили «как о продажной девке империализма». Шел период ее реабилитации: сбрасывались оковы лженауки, появлялись молодые дерзающие ученые, открылся институт медицинской гелетики. Но все это было уделом столиц, а у нас в провинции учиться азам было не у кого. Приходилось многое познавать самостоятельно, черпая знания из книг, и немало попотеть, чтобы составить хотя бы одну родословную. Оказалось, крайне мало люди знали о своих корнях, ведь недаром гласит пословица... Но Тихон Иванович не позволял опускать руки. Через



Тихон Иванович Ерошевский с любимыми внуками



В редкие часы отдыха



Многие научные идеи рождались в домашнем кабинете



Т.И. Ерошевский на даче



Волга, охота, рыбалка — были его хобби

четверть века этих родословных набралось несколько сотен. Вращенная Т.И. Ерошевским, я стала двадцатым по счету и последним защитившимся при его жизни доктором медицинских наук.

Мне посчастливилось бывать на многих съездах и конференциях. Приходилось выступать с докладами или в прениях (просто в увеселительную прогулку профессор не брал). Делегация куйбышевских офтальмологов часто была многочисленной и, конечно, дружной. Многие светила высказывали Тихону Ивановичу комплименты по поводу его коллектива. «Короля делает свита» — мы следовали этой заповеди и старались не ударить лицом в грязь: днем были на трибуне в жарких дискуссиях, вечером — на импровизированных сценах с песнями и танцами.

На одном из международных съездов в Ашхабаде после сделанных докладов (Тихон Иванович просил строго придерживаться регламента и выступать по возможности без бумажек, опираясь на слайды) нас повезли на экскурсию. Это было подземное горячее (температура выше 40 градусов) озеро. Спускались долго по ступеням. Нас предупредили: в пещере много змей. Страшно. Но охота пуше неволи. И когда первым поплыл Тихон Иванович, мы, естественно, последовали его примеру. Темно, у потолка горят факелы, жутко, но показывать свою слабость не хотелось.

Вспоминается и уважительное отношение профессора к национальным традициям. Так, последний в жизни Т.И. Ерошевского съезд проходил в 1983 году в Алма-Ате.

После очередного заседания всех пригласили на концерт казахской национальной музыки. У нас, молодежи, были другие планы на вечер, но шеф мягко повелел не обижать хозяев. В числе немногих делегатов съезда мы были на этом концерте и получили огромное удовольствие.

Так, мы всегда считались «птенцами» из одного гнезда: дружные, веселые, целеустремленные. С.Н. Федоров с большим уважением относился к своему учителю Т.И. Ерошевскому, любил прилетать в Самару в качестве оппонента, на конференции, участвовал вместе со своим соратником и бывшим аспирантом Тихона Ивановича А.Д. Семеновым в наших юмористических скетчах. И мы не знали удержу в работе, в поездках на лоно природы, в игре

в настольный теннис (после операционного дня) и в смешных розыгрышах. Помню, на одном из праздников придумали стриптиз по-офтальмологически. Все ожидали обнажения юных граций (для этого на ширму постепенно вывешивались элементы женского белья), но вдруг, к всеобщему разочарованию, все завершилось выходом чудищ, похожих на инопланетян. Они были в бахилах, халатах, масках, с микроскопами на лбу.

...Век Ерошевского продолжается. Примите, молодые, по эстафете его девиз: «За любовь... к офтальмологии!» Пусть вечным заповалой будет наш Учитель. Внуки и правнуки, подхватывайте мелодию, тяните ее долго и звонко. Только, пожалуйста, не фальшивьте ни в медицине, ни в науке, ни в жизни. Так учил нас Тихон Иванович.

Он знал волшебные слова

Э.В. Егорова, заведующая отделом глаукомы ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», доктор медицинских наук, профессор

Память о величайшем ученом, основоположнике современной отечественной офтальмологии в сердце каждого офтальмолога! Ему нет равных по количеству талантливых учеников, среди которых академик С.Н. Федоров, академик А.П. Нестеров, профессора Д.С. Кроль, Л.Ф. Линник, В.Г. Абрамов, А.А. Бочкарева, С.Е. Стукалов, В.А. Мачехин, А.Д. Семенов, В.М. Малов, В.М. Петухов и многие другие. Его ученики возглавляли практически все ведущие кафедры офтальмологии в России на рубеже XX-XXI веков.

Мне бы хотелось сказать несколько «неофициальных» слов о неизгладимых личных впечатлениях, которые оставляла каждая встреча с Тихоном Ивановичем.

Трудно и даже невозможно понять, как в одном человеке могут сочетаться величие, мудрость, незаурядный интеллект и чуткость, искрящийся юмор, умение видеть

и чувствовать красоту окружающего мира! Все эти качества удивительно гармонично соединились в образе Тихона Ивановича Ерошевского.

Мне повезло, что я знала Тихона Ивановича не только по многочисленным научным работам, мне посчастливилось общаться с ним лично, и воспоминания об этих встречах я храню в своем сердце.

Вспоминаю Европейский конгресс по офтальмологии, который проходил в Болгарии в 1979 году. Я случайно оказалась в составе делегации из нашей страны. «Случайно» потому, что среди делегатов уже тогда были всемирно известные офтальмологи, такие как профессор Роза Александровна Ерошова, профессор Эдуард Сергеевич Аветисов, профессор Тихон Иванович Ерошевский. Мой доклад был посвящен пластике радужки при ее посттравматических дефектах. Внутреннее смятение и волнение я испытывала в большей степени перед маститыми

членами нашей делегации, нежели перед аудиторией, где собрались представители многих стран мира.

После конференции наши делегаты медленно шли по аллее парка, делясь впечатлениями. Тихон Иванович несколько отстал от коллег, мягко взял меня за руку и сказал: «Молодец! Королева кружевной шпюлки радужки». Такая дистанция между нами в науке и такая оценка!

Благодаря дружбе между Тихоном Ивановичем Ерошевским и Святославом Николаевичем Федоровым установились дружеские и деловые контакты между нашими коллективами. Каждый из наших сотрудников с радостью принимал участие в конференциях, проходивших в Куйбышев (Самаре) под руководством Тихона Ивановича. На одной из них разгорелась острая дискуссия по глаукоме. Святослав Николаевич доказывал свою теорию патогенеза глаукомы и обосновывал необходимость раннего хирургического

лечения заболевания. Обсуждались сроки, характер проводимых операций, их прогноз и многие вопросы патогенеза и лечения глаукомы. Тихон Иванович кратко подвел итоги дискуссии: «Глаукому надо оперировать и оперировать рано!»

Готовилась к защите моя докторская диссертация — первая диссертация, где консультантом и фактически соисполнителем был Святослав Николаевич Федоров. Необходимы были одобрение и поддержка! И Святослав Николаевич обратился к Тихону Ивановичу с просьбой быть оппонентом этой работы и получить согласие. С готовой диссертацией я выехала в Куйбышев. Теплая встреча и слова: «Надеюсь, свою оценку работы подготовила, зная мою занятость. Два-три дня у нас будет возможность вместе поработать в операционной. Ребята ждали. Не сомневайтесь, что взяла доклады по своей тематике». Распросил сотрудников, как устроили меня в гостинице, нет ли каких проблем — эта забота была неожиданной! Великий Ученый и нуждающийся в его помощи врач!

Через два дня Тихон Иванович передал отзыв и добавил: «Благословляю не только потому, что хорошая работа. А потому, что закончила ее в том возрасте, когда можно создать школу! Это самое главное! А три запятые недосчитал — будем считать, что это шалости машинистки. Одно отечественного ученого не включила. Своих героев надо знать!»

Я нередко задаю себе вопрос: «Почему Тихон Иванович был таким плодовитым ученым, учителем, наставником? Вырастил более 70 кандидатов и докторов наук! Он знал волшебные слова! Эти слова окрыляли его учеников. Их силы и возможности возрастали десятикратно от каждой встречи и общения с Тихоном Ивановичем Ерошевским! И мне несказанно повезло!

О НАУКЕ И ПРАКТИКЕ

Выступление профессора Т.И. Ерошевского на заседании общества офтальмологов, посвященном 20-летию областной глазной клинической больницы

Среди социальных проблем нет более важной задачи, чем забота о здоровье человека. И в этом плане кафедра, больница и проблемная лаборатория вносят свой вклад. Самый главный итог нашей деятельности — это, конечно, повседневное совершенствование лечебного процесса, подготовка кадров врачей, педагогов, научных работников, внедрение в клиническую практику новых методов диагностики и самых совершенных технологий лечения. Каждый год тысячам больных мы возвращаем зрение, это великое дело, друзья мои, это и есть практическое обогащение теории, органическая связь между теорией и практикой. Каждый офтальмолог понимает, что он нужен людям, если хотите, в этом наш долг и святая обязанность.

Мы воспитываем молодое поколение таким образом, чтобы оно очень быстро догнало нас. Я очень ценю молодое и среднее поколение. Говорят: «Перегоняют некоторые ученики своих учителей». А это — дар, это прекрасный дар, это тот же прогресс. Леонардо да Винчи говорил: «Я был бы очень оскорблен, очень огорчен, если бы мой ученик не превзошел меня». Ученик должен превзойти своего учителя — в этом прогресс науки. Вот вспоминаю В.Г. Абрамова. Он со мной, с некоторыми моими концепциями не соглашался: «Я с Вами не согласен», однако, я проявлял терпение. Сейчас он в Иваново заведует кафедрой, талантливый ученик, замечательный человек, много работает.

Главная задача ученого — передавать эстафету, факел науки молодому поколению. Ученый передает свое кредо, свои мысли, свои идеи другому поколению, а другое — третьему. В этом, вероятно, и есть бессмертие науки. Лично я с оптимизмом смотрю на будущее наших молодых людей. Наука беспредельна, непрерывна, за наукой будущее.

Вот мой ученик С.Н. Федоров, одаренный организатор и офтальмохирург. Он не был моим сотрудником, но мы были единомышленниками. О нем я могу сказать, что это мой, не очень послушный воспитанник, но страшно волевой и целеустремленный. Не признает авторитетов, для него авторитетов не существует. Может быть, Я? Это, вы знаете, одержимый человек, несмотря ни на что всегда отстаивает свою точку зрения. Ему всего 52-53 года. Он еще творит и будет творить. Создал недавно институт микрохирургии глаза, колоссальный, конечно, институт. Он тоже был кружковец, в Ростове-на-Дону, будучи клиническим ординатором, защитил кандидатскую диссертацию. По просьбе Министерства здравоохранения РСФСР я согласился быть консультантом по его докторской диссертации по спорной, нашумевшей теме «Имплантация искусственного хрусталика при односторонней катаракте». Его идея считалась сумасшедшей, его не только не признавали, ему запрещали. И я был единственным из профессоров, кто поддержал его. Эта проблема меня увлекла, как ранее кератопластика, представлялась мне чрезвычайно оригинальной и перспективной. И жизнь подтвердила это.

А знаете, недавно С.Н. Федоров провел экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы матери президента Сирии Асада. Представляете, какой рывок сделал. Мне об этом А.Д. Семенов рассказывал, да и сам Святослав Николаевич. Матери Асада 81 год, состояние тяжелое, сирийские врачи в недоумении. Как можно оперировать в таком состоянии? Говорят: «Она вот-вот скончается, нельзя делать операции». «Мыть руки, мыть руки», — произносит С.Н. Федоров, делает операцию на одном глазу, а через неделю на другом. Возвращает зрение, старушка оживает, веселая, радостная, видит.

Вот вам роль глазных операций, роль зрения в сохранении здоровья.

Мы, дорогие друзья, скоро будем отмечать 20-летие областной глазной клинической больницы. Объединение двух глазных стационаров города в единую областную



глазную клиническую больницу с кафедрой глазных болезней и проблемной лабораторией себя, конечно, оправдало. Это резко сказалось на качестве офтальмологической помощи и проведении профилактической работы. Расширенная до 300 коек в 1969 году больница могла принять в консультативной поликлинике 32 тысячи человек, и в последующем число посещений из года в год увеличивалось, а в 1981 году составляло 48 тысяч. Для диагностики в настоящее время широко используется ультразвук. Нам нужно будет просить новые ультразвуковые аппараты. Меня примут в Минздраве по поводу медицинской техники. Сложно сейчас с ней. Мы живем в тяжелое в международном отношении время. Вы понимаете, это, конечно, сказывается. Хорошо бы нам получить бесконтактный тонометр. Это мечта. Получим или нет, не знаю. В настоящее время в нашей клинике очень широко используются микрохирургические методы лечения. Это большой плюс. Хирургическая активность врачей растет, десятка 2-3 из них стали хорошими хирургами. Появились у нас и Махемеры и Скенепсы. Это, конечно, здорово. Осваивается ретробульбарная хирургия, имплантация хрусталика, лазерная хирургия. Здесь достигнуты хорошие результаты.

Вместе с тем хотел бы остановиться и на некоторых недостатках. У нас 3 коллектива, и все мы соединены одной веревочкой. Все они взаимно дополняют друг друга, обогащают. Лично я переживаю тяжелый крест и вечные муки за единство этих коллективов. Ведь не всегда и во всем гладко, особенно в медицинском мире. Это вы прекрасно знаете. Медицинский мир, который иногда запутался в группировках, излишней горячности, то лести, то амбициозности, похвалах и т.д., а иногда в попытках отдельных сотрудников дать подножку. Вот в этих условиях как никогда требуется единая воля, единая направленность, идейно-воспитательная работа, сплоченность. Всегда должен восторжествовать здравый смысл, здравый разум и, если хотите, коллективное прозрение. Это необходимо понимать и этим руководствоваться в работе всем трем коллективам. Ничто так, товарищи, не сплачивает, как совместный, одухотворенный труд. Но, не отрицая огромной лечебной, хирургической, профилактической работы больничных врачей, многие из которых великие труженики, имеют высшие и первые категории, я делаю вам упрек. За последние годы, друзья мои, вы слабо поддерживаете престиж той больницы, которая несколько лет назад задавала тон другим больницам города. Здесь практически врачи могли писать серьезные научные работы и даже диссертации. Возьмите Л.К. Боброву. Это, товарищи, образованная, на редкость одаренная женщина, мыслящий

врач, замечательный научный работник, и надо бы давно написать кандидатскую диссертацию. Возможности в свое время были. Или В.В. Монахова: блестящий хирург, ас хрусталиковой хирургии, хотя и не любит микрохирургию. Я ей это прощаю. Она защитила кандидатскую диссертацию. Будь она помоложе, я рекомендовал бы ее на заведование кафедрой. Почему нет? Или А.А. Аристархова: одаренный работник, она давно вошла в офтальмологическую литературу. Также защитила кандидатскую диссертацию. Вот рядовым врачом пришла сюда А.И. Золотарева, защитила кандидатскую диссертацию, работая в проблемной лаборатории по глаукоме, и сейчас она главный врач нашей больницы, кандидат медицинских наук. Пять диссертаций практических врачей, а что вы сейчас делаете? Такой замечательный пример. Неужели вас это не вдохновляет? Молодые доктора, 48 больничных докторов. Что вы за это время делали? В 1979 году — 8 статей, в 1982 году — 7 статей.

Обращаюсь сейчас к молодежи. М.И. Акмаева: прекрасный врач, как хорошо знает глазное дно. Ну почему бы не дать статейку? Ну, Т.Ф. Акимов: эта, наверное, сделала диссертацию. Б.В. Белянская: ни одной статьи. Богданова Татьяна: все собираетесь прийти ко мне, а время-то ведь проходит, часы-то тикают, часы-то тикают. Что вы так долго идете, 5 лет идет, никак не может прийти. Н.А. Брыжинская: замечательный врач, чудесный врач, знает глаукому прекрасно, пожалуйста — ничего. С.С. Галеев за последнее время не дает статей, хотя, конечно, образованный человек, хорошо знает детскую офтальмологию. Зинковская Соня:

в свое время мы написали и опубликовали с ней в Польше статью, а вот сейчас ничего. Слушайте, дорогие друзья, Н.А. Заславский, И.Б. Иванова, Л.А. Кривопапова: она сейчас у нас диссертантка, это будет диссертация. Т.Д. Куданкина: это будет диссертация. Г.П. Косоплеткина: ну тут все секреты, секреты, секреты, тут ничего не сделаешь. Муравьева высшую категорию получила, а статей все-таки маловато. Поздышева что делает? Малкин активно занимается санитарной работой. Это почетно. Ну, Р.А. Русева за границей была. Это умница, я вам скажу. Фира Григорьевна: Вы уж меня извините, как мне рекомендовали Вас. Вот это будет и научный работник и т.д. Ну, вот пока ничего. О.П. Сысоева: я жду от нее работу, а время-то уходит, уходит время. Зря, блестящий хирург, хороший, вдумчивый клиницист. Н.И. Склячков: вот вам, пожалуйста. Такоева: науки не дает. Чайка, Эскина: ведь умница, вдумчивый врач, Анна Давыдова, престель. Я наблюдаю, как она смотрит больных, а почему Вы статейку не напишете, почему? Ну почему, товарищи, вы так инертны, творческий труд — ведь это увлеченность своим делом, влюбленность в профессию. Разве мало примеров у нас, товарищи? Ну, Ольга Сысоева: хороший врач, оперирующий врач, ребенок есть, а у кого их нет? У кого из вас их нет? В том-то и дело — клинициски преданный человек соединяет науку с пеленками, соединить должен науку с пеленками. Вот пример — Нонна Владимировна, труженица великая. Или Римма Петровна: и диссертацию защитила, дочку, а теперь и внучку имеет, кандидатскую и докторскую диссертации.



Поздравления юбиляру от С.Н. Федорова. 1982 г.



Поздравление с юбилеем от академика Н.А. Пучковской. 1982 г.

Забота о раздраженных глазах

ХИЛОПАРИН-КОМОД®
раствор увлажняющий офтальмологический

ХИЛОПАРИН-КОМОД® — комбинация натрия гиалуроната и гепарина при раздражении, покраснении, жжении и зуде

- Комбинация 0,1% раствора натрия гиалуроната и гепарина в системе «КОМОД»
- Гепарин усиливает увлажняющие свойства гиалуроната натрия
- Не содержит консервантов и фосфатов
- Применим при ношении контактных линз

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



Каир, 1958 г.



Лейпциг, 1952 г.



Жаркая научная дискуссия



Багдад, 1961 г.

ООО «Трансконтакт» и группа компаний К С Е Н Т Е К

ООО «Трансконтакт» (495) 605-39-38
ООО «Дубна-Биофарм» (495) 921-36-97

ACRYSTYLE
Мягкие интраокулярные линзы

КСЕНОПЛАСТ
Коллагеновый антиглаукоматозный дренаж и материалы для склеропластики

ОКВИС
Протектор тканей глаза — глазные капли

ЛОКО.ЛИНК
Аппарат для фотоперации роговицы методом локальногоcrosslinkingа

БИОСОВМЕСТИМОСТЬ
БЕЗОПАСНОСТЬ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Дорогие друзья, как хотите, вы тут не правы. Не обижайтесь на меня. Обижайтесь, для вас нет тематики? Извольте, пожалуйста, по каждому отделению колоссальный клинический опыт, который требует осмысления, это кладёз для размышлений, анализа, написания статей. Нет, не требую я от вас кандидатских диссертаций. Пишите просто статьи, надо же чуточку думать вперед, время-то ведь идет, часы-то, товарищи, тикают, пройдет некоторое время, и вы спросите у себя, что полезного сделано мной в своей специальности и для данного учреждения, где я работаю?

Ну вот, проблема аллергии, аллергология. Мне хочется поговорить с Адо, может быть, он нас примет? Мы до сих пор в стороне стояли от этой проблемы в смысле, так сказать, направленности.

Дорогие друзья, молодые и не молодые, существует путь самостоятельной работы, а другой путь, когда автор присоединяется к бригаде, например, отслоечников, лазерщиков, имплантологов, кератопластологов, детских офтальмологов, глаукоматологов.

Глаукома — здесь много проблем, это же философская проблема. Если бы нашелся желающий приобщиться к этой проблеме, пожалуйста. Вот, пожалуйста, у нас глаукоматологи: Наталья Ильинична Затулина, Иван Степанович Парфенов, Наталья Борисовна Лукова, Валерий Матвеевич Петухов и т.д. Работы в этой области очень много, присоединяйтесь. Глаукома и низкое давление — это, товарищи, далеко невыясненная проблема. Или вот вам, пожалуйста, шовный материал, иммунологическая несовместимость швов. Грибковые заболевания — хоть кто-нибудь опубликовал бы работу. Грибки-то ведь есть, и нигде вы от них не денетесь. Сложная проблема — тромбозы и многие другие.

По детскому отделению — вся проблема-тика косоглазия и другие.

В ближайшее время у нас организуется отделение реконструктивной микрохирургии, орбитопротезирование. Ну, конечно, слабым местом у нас остаются клинические острые процессы зрительного нерва и прочее.

Дорогие друзья, я всего лишь призываю вас преодолеть косность, своей работой поддерживать честь и славу нашей больницы, ее процветание. Я вас никого не обидел?

Вот еще один вопрос, который меня волнует. Мне кажется, что наша проблемная лаборатория делает опасный крен в сторону науки, чрезмерного теоретизирования в ущерб клинической практике. Дорогие друзья, я не отрицаю больших успехов лаборатории. В конце концов вас очень много вышло из лаборатории, она являлась базой для подготовки кадров, именно из нее вышли прекрасные кадры преподавателей: Д.С. Кроль, Л.Ф. Линник, В.А. Мачехин, Н.И. Затулина, Р.П. Шкунова; В.А. Нуритдинов вот-вот преподнесет нам диссертацию, Н.В. Панормова выйдет с диссертацией. Товарищи, без практики вы нигде не денетесь, нигде вы не денетесь. Нельзя, товарищи, как хотите, глаукома есть глаукома. Лаборатория делает опасный крен, мне кажется, опасный. Вон видите, что делает Аркаша? Он начал с патогенетической, а сейчас микрохирургическая лаборатория. Хитро, понятию сделал, потому что сейчас на лаборатории спрос вот какой. Видные профессора говорят: «Дайте лабораторию». Именно поэтому прошу вас, товарищи, подумать. Ивану Степановичу вернуться к хирургической деятельности по глаукоме, Римме Петровне Шкуновой не отрываться от клиники. Это не помешает вашей генетической карьере. Не помешает, если вы побудете у операционного стола. Я очень прошу руководителя лаборатории Наталью Ильиничну подумать по этому вопросу.

Теперь, дорогие мои, кафедральные дела. Я могу гордиться, что среди сотрудников кафедры и лабораторий, разумеется, есть кандидатуры, которые после соответствующего оформления могли бы занять кафедры и доцентские места. Это совершенно ясно. У нас очень эрудированные педагоги, накопившие огромный опыт, много публикуются в офтальмологической литературе, цитируются за границы. Прекрасные педагоги, прекрасные клиницисты. Многие делает Владимир Александрович Мачехин, Наталья Борисовна Лукова, Инна Кирилловна Манойлова, Степан Лаврентьевич Голубев, Степанов, Панормова, Бранчевская; Петухов — заядлый

лазерщик, Малов — вот только мы получили второе авторское свидетельство по его проблематике.

За спиной этих друзей, товарищи, имеется огромный опыт и педагогов, и хирургов, они имеют свой почерк. Вот они для вас, если хотите, могут являться примером.

К сожалению, есть еще и недостатки в нашей работе. Вот, в частности, представляет желать лучшего изобретательская работа. Ну конечно, мы вышли на ВДНХ: С.Л. Голубев, И.С. Парфенов, А.И. Протоасов получили медали. Это замечательно. Авторское свидетельство мы получили с Н.М. Яхиной, с В.М. Маловым — два, еще парочка намечается, но этого же мало, товарищи, мало. Каждая диссертация должна сопровождаться изобретением.

Ведь 4 доктора наук у нас, 19 кандидатов наук — это же институт научно-исследовательский. Как-то в газете хвалился Ульянов, что у него в республике 4 доктора и 37 кандидатов. Республика, а у нас в больнице только центр по микрохирургии, центр по имплантации хрусталика, лазерный центр, центр контактной коррекции, проблемная лаборатория по глаукоме. Вот Л.Д. Малюта, я еще не упомянул. Ведь она же создатель лаборатории контактной коррекции, практический врач, защитила кандидатскую диссертацию, кандидат наук, и сейчас прогрессирует. Вот все это учитывая, товарищи, все-таки я скажу, оригинальных, новаторских, масштабных решений нет, задумайтесь над этим.

Ну, среди вас есть такие, которые немножко тянут назад, не идут с нами в ногу.

Большое значение в настоящее время придается подготовке докторов наук, и в этом отношении мы не изменяем традиции. Вот сейчас в план вошли докторские диссертации В.М. Малова и В.М. Петухова, Ю.В. Степанов грозит выйти в план. На очереди защита кандидатских диссертаций Ильичевой, Святковской, Белянина, Кривопаловой.

Обращаясь к молодым, призываю вас использовать весь потенциал своей жизни для овладения новыми методами исследования и лечения больных. Ваш возраст самый подходящий, чтобы избрать себе такую дорожку, которая приведет вас к заветной цели. Призываю вас страстно учиться, познавать с молодых лет.

Письма из личного архива Т.И. Ерошевского

Дорогой Тихон Иванович!

Очень рад, что Вы поедете на съезд в Ка-наду, и мне очень приятно, что темой до-клада Вы выбрали пересадку роговицы. А не взять ли Вам с собой кино «Они видят вновь»? Такой фильм можно достать в Мо-скве в кинопрокате, но и без этого кино Ваш доклад будет интересным. Желая Вам полно-го успеха. Посылаю Вам на всякий случай мою статью на английском языке 1941 года.

Тканевая терапия продолжает свои успе-хи не только по Союзу и по европейским демократическим странам, но и в Китае, а в последнее время и во Вьетнаме. В пере-садке роговицы тканевая терапия оказала нам большие услуги.

Мне очень хочется поговорить с Вами, но состояние моего здоровья не позволяет мне сделать Вам ответный визит, по крайней мере, в ближайшее время. Если Вы побыва-ли бы у меня после съезда, то это было бы для меня большой радостью. Только в январе будет рассмотрен вопрос о моем 80-лети. Он интересует меня, главным образом, как воз-можность каких-либо «благ» для института.

У меня новый заместитель по админи-стративно-хозяйственной части. Мой друг, с которым мы работаем душа в душу. Это большое благо. Мы с Варварой Василье-вой немного отдохнули. Через 3 недели по-сле работы я снова поеду в отпуск.

Шлю Вам пожелания всего хорошего, осо-бенно здоровья и успеха в докладе. Недавно у меня была делегация из рабоче-профсоюз-ной организации из Канады (партийные).

Варвара Васильевна шлет привет.

Ваш Филатов.

01.09.1954

Привет к празднику

Дорогой Тихон Иванович!

На Ваше письмо от 29.10.54 сообщаю, что о времени Вашего приезда, который мне бу-дет очень приятен и интересен, лучше об-меняться телеграммами. Я должен провести еще один месяц в отпуске, вне Одессы. Пер-вый вариант нашего свидания — Вы прие-зжаете после праздника, а я уеду после. Вто-рой вариант — в декабре будет проблемная комиссия (если Министерство согласится), Вы приезжаете на нее (она протянется три дня). Я уеду в отпуск до нее. Думаю, что Ми-нистерство согласится, но ругаться не могу. Поэтому телеграфируйте, что Вы предпочи-таете? Я получу сведения из Министерства числа 10.11.54 и буду телеграфировать. Воз-можно, что «заседания» Вам надоели, тогда берите первый вариант. Телеграфируйте.

Я подготовил письмо Райкрофту, но еще не отослал его. Список участников руко-водства большой, среди них Кастровых и Францешетти.

Поча писал это письмо, узнал, что тканевая проблемная комиссия будет не раньше янва-ря. Поэтому я думаю, что Вам будет удобен пер-вый вариант. Но решите сами по Вашему же-ланию. Я приспосабливаюсь. Вопрос о моем юби-лее будет решаться в ЦК и Совете Министров УССР в январе (срок и форма). Надеемся уви-деть Вас и тогда с докладом на конференции. О ходе этого дела известим своевременно.

Привет.

Ваш Филатов.

06.11.1954

Многоуважаемый Тихон Иванович!

Я Вам очень благодарен за Ваше письмо ко мне, как за внимание с Вашей стороны и за то интересное содержание, которое в него вложено. Благодаря Вам я представил себе те настроения, которые имеются в среде не-мецких офтальмологов. Я охотно поддержал бы перевод инструкции и брошюр, но, к со-жалению, не знаю, как это сделать. В свое время через профессора Коленко я удовлет-ворил желание Болгарской республики. Как это осуществить с германской — я не знаю. Может быть, послать инструкцию через Ин-формбюро Минздрава СССР упомянутому Вами профессору? Не откажитесь дать Ваш совет! Если бы наш «Офтальмологический журнал» ходил в демократические респуб-лики, то все было просто, «Вестник офтальмо-логии» ходит и реферируется даже в англи-ской литературе, а наш нет — и я получил извещение от Бутрова (Инф. Бюро), что он не может довести вопрос до конца, потому что наш Минздрав УССР не позволяет. Во-прос о стремлении немцев занимать нашу науку и литературу мне не нов. Они это де-лают еще со времен Ломоносова!

Тем более надо бороться. Я просил в ЦК СССР разрешить хождение журнала по демо-кратическим республикам. Мне предложили подать докладную записку, что я и сделаю через два дня.

Я очень благодарен за защиту Советской офтальмологии и, в частности, моих работ на съезде. Буду Вам признателен за ответ на это мое письмо.

Согласен, что Аркадий сделал неправи-льно, отказавшись от возможности переезда в Москву.

Я бьюсь с улучшением условий для ра-боты клиники. Очень мала клиника, закрыли уже все дополнительные туалеты, а все нет места для аппаратуры и сотрудников. Штат постепенно разросся, есть хорошие сотру-дники. пытаюсь изменить организационно нашу работу. Заказал в «Медгизе» моногра-фию по интраокулярным линзам, которую планируют издать в 1974 году. Написал уже свыше 120 страниц, но всего надо 340 стра-ниц. Так что «обставить» меня в этой об-ласти вряд ли удастся. Сейчас количество операций переросло за 550.

Много делаем тотальных и субтотальных пересадок роговицы, результаты довольно хороши. Кератопротезы тоже идут поме-ноту. Это очень хорошо, что у Вас также на-чали имплантацию интраокулярных линз. Теперь можно говорить о распространении метода и давать характеристику не только на основании опыта нашей клиники, но и на основании Вашего опыта. Какое впечат-ление от имплантации у Вас на основании проведенных операций?

Буду очень рад увидеть Вас в Москве! Привет большой всему коллективу клиники!

Ваш Федоров.

05.04.1971

Кабинет-музей Т.И. Ерошевского

Я вернулся недели две тому назад из Мо-сквы с конференцией «Мира», которая оста-вила хорошие впечатления. Уехал из Москвы усталым не из-за нее, а из-за хлопот по ин-станциям. А вернувшись, утонул в киносте-мке «Трахомы» (цветной) и в делах института: конец года и на нас сыпется поток бумаг из Минздрава.

Желаю Вам благополучия и успехов.

Уважающий Вас Филатов.

С Новым годом.

Не откажитесь принять брошюру.

Дорогой Тихон Иванович!

С удовольствием несколько раз прочитал Ваше письмо. Очень рад за Вас — это очень интересно смотреть на себя в музее. Уже само это место говорит о чем-то неизменном и дли-тельном во времени. Думаю, что Вы будете первым офтальмологом, который будет увековечен. Я искренне радуюсь за Вас. Думаю, что такие же чувства у всех Ваших учеников.

Спасибо за оценку моей маленькой ста-тьи по глаукоме. Приятно, не скрою, когда тебя хвалят твой учитель.

Согласен, что Аркадий сделал неправи-льно, отказавшись от возможности переезда в Москву.

Я бьюсь с улучшением условий для ра-боты клиники. Очень мала клиника, закрыли уже все дополнительные туалеты, а все нет места для аппаратуры и сотрудников. Штат постепенно разросся, есть хорошие сотру-дники. пытаюсь изменить организационно нашу работу. Заказал в «Медгизе» моногра-фию по интраокулярным линзам, которую планируют издать в 1974 году. Написал уже свыше 120 страниц, но всего надо 340 стра-ниц. Так что «обставить» меня в этой об-ласти вряд ли удастся. Сейчас количество операций переросло за 550.

Много делаем тотальных и субтотальных пересадок роговицы, результаты довольно хороши. Кератопротезы тоже идут поме-ноту. Это очень хорошо, что у Вас также на-чали имплантацию интраокулярных линз. Теперь можно говорить о распространении метода и давать характеристику не только на основании опыта нашей клиники, но и на основании Вашего опыта. Какое впечат-ление от имплантации у Вас на основании проведенных операций?

Буду очень рад увидеть Вас в Москве! Привет большой всему коллективу клиники!

Ваш Федоров.

18.09.1971

Давно не получал от Вас писем и не знаю, как идут у Вас дела. С удовольствием в по-следнем номере журнала прочитал Вашу ста-тью по лечению близорукости. Идея очень интересная, и операция подкупает своей не-значительной травматичностью и отсутстви-ем опасности повреждения зрительного не-рва. Безусловно, мы ее попытаемся освоить и начнем применять в клинике.

За это лето у нас произошли некоторые изменения, которые заключаются в переезде на новое место. Мы получили в 81 гор.боль-нице, это довольно далеко, около окруж-ной дороги по Дмитровскому шоссе, корпус 5-этажный, в котором заняли 4 этажа.

Через несколько месяцев мы получим еще дополнительно один корпус на терри-тории больницы для vivaria. Это, конечно, не Ваши хоромы, не Ваш размах и масштабы, однако, это значительно лучше, чем то, что было в 50 больнице. На протяжении послед-них двух месяцев я занят организацией кли-ники, ремонтом и др. хоз.делами, и до этого не смог даже поехать в отпуск. Однако сей-час мы начали уже оперировать, и на днях я смотрел одного больного летчика, которо-го Вы направили ко мне. Думаю, что неде-ли через две он придет к нам на операцию. Операции по имплантации интраокулярных линз проходят очень неплохо, осложнений чрезвычайно мало. Я очень рад, что в Вашей клинике уже начали эту работу, и Вы сможе-те объективно оценить этот метод. Я очень хотел бы увидеть Вас и надеюсь, что в ок-тябре Вы будете на Пленуме общества, и я смогу Вас увидеть и привести в нашу кли-нику и просто посидеть с Вами за чашкой чая или рюмкой коньяка.

Я помню Ваше письмо, в котором Вы очень хвалите врача Семенова, который у-ехал в Астрахань. У меня возникла идея при-гласить его в Москву с тем, чтобы он занял-ся серьезно фотокоагуляцией в нашей кли-нике. Это, правда, очень трудно, так как сто-ит вопрос о прописке и квартире, однако, я думаю, что это разрешимый вопрос, если Вы мне посоветуете это сделать. Буду очень рад видеть Вас у нас в клинике и у меня в гостях.

Передайте большой привет всему коллек-тиву Куйбышевской клиники. Крепко жму Вашу руку.

Ваш Федоров.

18.09.1971

Редакция газеты «Поле зрения» выражает глубокую благодарность профессору Е.Б. Ерошевской и профессору В.М. Малову за помощь в подготовке материала.

Ерошевские чтения – 2012. О.Н. Купцова, В.М. Малов, Т.Я. Святковская, Е.Б. Ерошевская, Р.П. Шкунова, В.М. Петухов, И.В. Развейкин

Паралитический лагофталм. Новые возможности коррекции

Я.О. Груша^{1,2}¹ФГБУ «НИИГБ» РАМН, отделение пластической и реконструктивной хирургии век и орбиты;²Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова, кафедра глазных болезней.

Известно, что мимических мышц около 40, они представлены как крупными, так и мелкими мышечными пучками. Их основная функция — выражать ощущения, мышцы группируются вокруг естественных отверстий лица и принимают участие в их сужении или расширении (обеспечивают, например, закрытие глаз, членораздельную речь, жевание и др.). Поражение даже одной мимической мышцы может не только отразиться на внешнем облике человека, привести к грубому функциональному нарушению, но и сопровождаться тяжелейшими психологическими проблемами, вплоть до дисморфофобических. В рамках сегодняшней лекции мы разберем возможности оперативной коррекции при денервации круговой мышцы глаза.

Паралитический лагофталм — достаточно частая патология, лечением которой занимаются как неврологи, офтальмологи, так и, разумеется, офтальмопластики. Это весьма специфическое заболевание встречается у пациентов, перенесших нейрохирургические операции, осложненные вмешательства на средней зоне лица и при многих других состояниях. Недостаточное смыкание глазной щели и патологический мигательный рефлекс при параличе лицевого нерва сопровождаются аномалиями глазной поверхности и могут приводить к различным по тяжести поражениям роговицы, в исходе которых часто развиваются ее помутнения. И в дополнении к этому: нейротрофические нарушения, снижение базальной секреции слезы, плохой феномен Белла — далеко не единственные факторы риска, оказывающие негативное влияние на состояние роговицы. Но из всех возможных осложнений паралича лицевого нерва именно роговичные являются самыми грозными. Декомпенсация роговицы при паралитическом лагофталме может быть спровоцирована незначительной травмой, глазной операцией, изменением подвижности век или глаза (например, после инъекции ботулотоксина), гнойными воспалительными слезоотводящих путей, пластическими или косметическими операциями на веках или лице, аллергическими реакциями и многими другими факторами.

За последние 10 лет в НИИГБ РАМН накоплен крупнейший в России опыт лечения пациентов с паралитическим лагофталмом. Этим опытом мы и решили поделиться с читателями «Поля зрения».

Пациентам с паралитическим лагофталмом традиционно назначаются увлажняющие препараты днем и применяется мазь на ночь. Выбор вязкости лубрикантов основывается на степени выраженности сухости глазной поверхности и переносимости пациентом «затуманивания» зрения при использовании вязких капель. При необходимости частых инстилляций желательное назначение капель без консервантов. У пациентов с недостаточным эффектом корнепротекторной терапии и при снижении секреции слезы применяют временную или (при переносимости вторичной эпифоры) перманентную окклюзию слезных точек. В ряде случаев возможно применение мягкой контактной линзы, но последнее, как правило, мало перспективно ввиду сложностей ношения линз, особенно у пожилых людей. При умеренных или выраженных поражениях роговицы могут быть рекомендованы предотвращающие испарение слезы специальные «увлажняющие камеры».

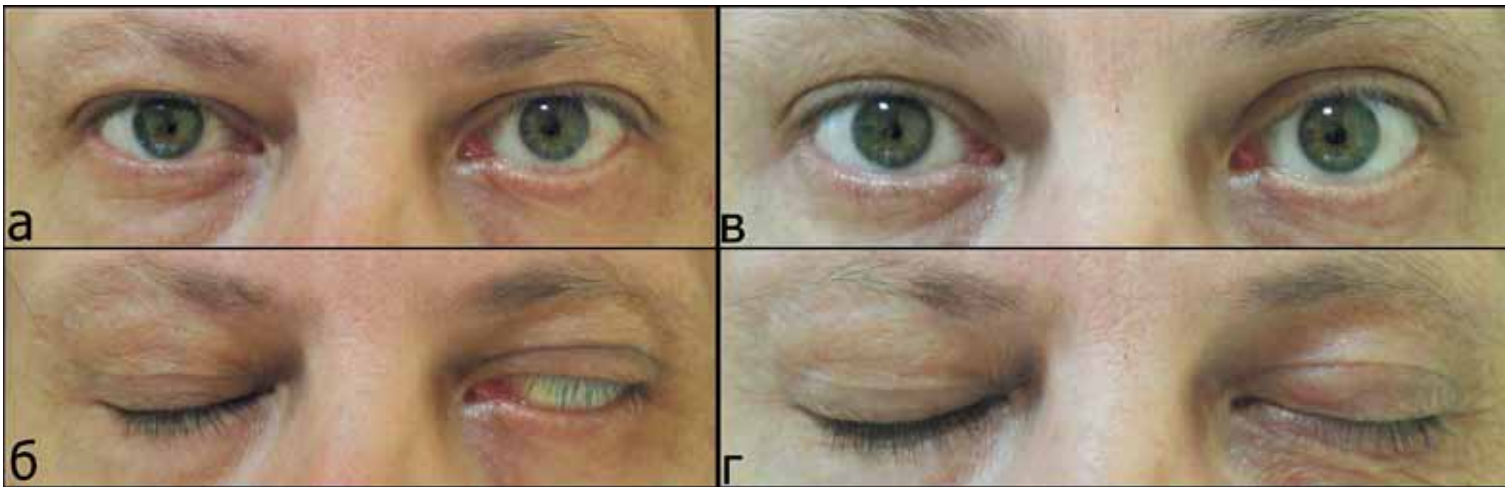


Рис. 1. Пациент З., 52 года. Острый паралич левого лицевого нерва: а — взгляд прямо; б — при попытке закрыть глаза определяется 4 мм лагофталм слева. Через 2 дня после введения геля: в — ширина левой глазной щели не изменилась, птоза нет, гель не контурируется; г — закрытие левого глаза полное

Молодой контингент пациентов может использовать так называемые наружные грузики. В 2013 г. в НИИГБ РАМН совместно с Е.И. Агафоновой и Н.С. Искусных (патент RU2500369C1) разработана оригинальная модель такого грузика. Она легко двусторонним пластырем фиксируется к коже верхнего века. Предложенная модель наружного грузика удобна в подборе, и ее применение позволяет быстро и, что немаловажно, неинвазивно устранить лагофталм. У пожилых пациентов, как правило, способ не используется.

Одной из известных методик защиты глаза является введение ботулотоксина типа А в мышцу, поднимающую верхнее веко. К ее недостаткам следует отнести ограниченный срок действия и плохую прогнозируемость величины индуцированного птоза, что существенно ограничивает ее широкое применение. В то же время совершенствование техники введения ботулотоксина и тщательный отбор пациентов позволили проф. Н.К. Серовой, Т.В. Табашниковой и д.м.н. В.Н. Шиманскому (ИНХ им. Н.Н. Бурденко РАМН) добиться убедительных результатов у нейрохирургического контингента с нейротрофическим кератитом. Это исследование нам представляется чрезвычайно ценным не только потому, что направлено на скорейшую реабилитацию экспозиционной и нейротрофической патологии роговицы, но и в связи с тем, что оно «политически» правильно. Авторами на большом количестве пациентов после нейрохирургической операции, осложнившейся несмыканием век, показана эффективность создания максимально раннего протекторного птоза, а в условиях постоянного мониторинга состояния роговицы обоснованы критерии перехода к тарзорофии. Разумеется, что при хроническом параличе лицевого нерва по мере восстановления денервированного леватора возникает необходимость в хирургической коррекции лагофталма.



Рис. 4. Пациентка Х., 32 года. Паралич лицевого нерва справа: а — частичный выворот нижнего века, кератопатия; б — лагофталм справа при попытке закрыть глаза. 1 месяц после постановки имплантата и подтягивания нижнего века: в — ширина глазной щели справа стала чуть меньше; г — смыкание век полное, виден послеоперационный рубец верхнего века



Рис. 2. Линейка имплантатов разного веса

Дополнительную коррекцию положения верхнего века при паралитическом лагофталме можно осуществить при помощи различных инъекционных имплантатов, в том числе и геля на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты. Малая травматичность, превосходное дозирование эффекта, возможность докоррекции, хороший косметический эффект и обратимость результата за счет биодegradации — условия успеха этой методики. Методика может использоваться в качестве дополнительной и как самостоятельная. Нами (совместно с Д.С. Исмаиловой, Ю.Ф. Иванченко и Е.И. Агафоновой) была показана ее эффективность в коррекции лагофталмов различного генеза (патент RU2394538). Но неоспоримые преимущества методики — при коррекции лагофталма при остром параличе лицевого нерва, когда ожидается восстановление



Рис. 3. Этап постановки имплантата

функций нерва (рис. 1). Особую ценность представляет и то, что методика может использоваться при тяжелом соматическом состоянии пациентов, когда проведение хирургических вмешательств невозможно.

Во всех случаях невозможности (неэффективности) защиты роговицы терапевтическими мерами необходимо рассмотреть вопрос о временном сужении глазной щели. Это может быть шовная или цианоакрилатная (например, у детей) тарзорофия. Шовная тарзорофия проста и надежна, может выполняться в случаях срочной необходимости. Так, даже минимальная 4 мм наружная тарзорофия позволяет в четверти случаев добиться улучшения состояния роговицы. Но в настоящее время в стандартной ситуации при наличии интактной роговицы шовная тарзорофия не должна рассматриваться в качестве методики выбора коррекции паралитического лагофталма.

На практике перманентная тарзорофия наиболее часто выполняется в наружной части глазной щели. Полная кровавая тарзорофия на длительный срок показана при хронической язве, выраженных изменениях роговицы. Тем не менее эта процедура приносит довольно выраженный положительный лечебный эффект. Частичная центральная тарзорофия целесообразна при поражениях роговицы, при которых сохраняются шансы ее реабилитации.

У большинства пациентов в отдаленные сроки после тарзорофии, даже выполненной по классической методике «замкового» типа, отмечено снижение эффективности вмешательства со временем. С целью повышения эффективности перманентной тарзорофии доктором Ю.Ф. Иванченко была предложена ее модификация, при которой тарзальный лоскут нижнего века дополнительно фиксировали к надкостнице верхне-наружного угла орбиты. Это позволяет сформировать более надежное сращение тканей в области тарзорофии и избежать их растяжения и ослабления эффекта в отдаленные сроки после операции. В случае перерастяжения медиальной связки век можно фиксировать внутреннюю часть тарзальной пластинки нижнего века к надкостнице верхне-внутреннего угла орбиты или к лобной кости (патент RU2341236).

Медиальная кантарофия может дополнять статическую подтяжку лица или применяться самостоятельно в коррекции лагофталма. Латеральная и медиальная кантарофия проводится при умеренном растяжении нижнего века в сочетании с его птозом и может сочетаться с постановкой спейсера.

Улучшить эффект операций коррекции паралитического выворота нижнего века возможно при сочетании вышеперечисленных методик и подтяжки мягких тканей средней зоны лица. Однако при подвешивании нижнего века на синтетических лентах в некоторых случаях может развиваться реакция их отторжения или прорезывание материала.

Хирургические операции при параличе лицевого нерва принято подразделять на динамические и статические. Решение о наиболее приемлемом способе реконструкции зависит от локализации, протяженности дефекта лицевого нерва, степени и длительности паралича, этиологии процесса, возраста пациента, состояния здоровья и его ожиданий. С динамическими методиками (различные нервные анастомозы, crossfacial nerve grafting и транспозиция мышц) всегда связывали надежды на восстановление функционального статуса мышц лица и обретение его симметрии. В настоящее время эти перспективные операции остаются весьма сложными и продолжительными и пока далекими от повсеместного применения. Значительная часть пожилых пациентов, пациенты с отягощенным соматическим статусом не являются хорошими кандидатами для проведения динамических процедур, в том числе и для коррекции лагофталма. К недостаткам методики следует отнести необходимость 9-12 — месячного ожидания результата после операции, рубцовое перерождение пересаженных мышц и многие другие осложнения.

Динамической методикой, направленной на восстановление полноценных мигательных движений, является постановка металлической пружины в верхнее веко. Как антагонист леватора пружина при его расслаблении, расправляясь, способствует опусканию верхнего века и смыканию глазной щели. Однако высокая частота осложнений обусловлена очень ограниченным его применением за рубежом. В качестве дополнения динамической анимации могут рассматриваться различные ленты и перемещение мышц.

Выворот нижнего века у пациентов с хроническим параличом лицевого нерва приводит к увеличению лагофталма и ухудшению защиты глаза, при этом слеза не уходит по слезным путям из глазной щели. Коррекция положения нижнего века подразумевает проведение кантопластики, или различных методик подтягивания нижнего века. В случае значительного растяжения нижнего века наиболее часто выполняют его укорочение с рефиксацией латеральной связки век к надкостнице на различном уровне. В настоящее время не только челюстно-лицевые хирурги, но и ведущие офтальмопластики признали, что операции по типу Кунт-Шимановского не являются методикой выбора при эктропионе с растяжением связок век.

Статические операции на средней трети лица — одно из самых сложных направлений лечения осложненного паралича лицевого нерва. Статические методы коррекции положения нижнего века должны иметь в основе мощный поддерживающий элемент, приподнимающий щеку, что в сочетании

с репозицией суборбиккулярного жира, подвешивании наружной части круговой мышцы в конечном итоге обеспечивает нормализацию положения нижнего века. Все вышеперечисленные мероприятия, включая и операции, корректирующие асимметрию лица, например прямая подтяжка брови, коррекция средней зоны лица, необходимы в комплексной реабилитации пациентов с параличом лицевого нерва.

В клинической практике сужение глазной щели часто достигается за счет проведения круговых нитей (силиконовой, аллонити, леси и др.). Данные виды операций менее травматичны и косметический результат несколько лучше, чем при проведении тарзорофии, хотя полное открытие век после операции невозможно. При этой методике сужение глазной щели бывает существенным, хотя лагофталм эти методики устраняют недостаточно. Кроме того, возможно как прорезывание нити или ее узла, а также ослабление эффекта после вмешательства.

Современным стандартом лечения принято считать постановку имплантатов из благородных металлов (золото, платиновые сплавы), применяемую за рубежом уже не одно десятилетие. Однако импортные имплантаты сертификацию в РФ не проходили, а отечественных, разрешенных к применению, не было. В 2009 г. в НИИГБ РАМН нами совместно с Е.И. Агафоновой и И.А. Новиковым был разработан «Имплантат для коррекции положения верхнего века» (патент RU2395258 C1). В 2012 г. получено официальное разрешение Росздравнадзора на его клиническое применение в РФ (ФРС 2012/13385). Его производителем является ОАО «Научно-производственный комплекс «Суперметалл» имени Е.И. Рывина» (Россия). Имплантат выполняется из золота 99,99% (по ГОСТ Р 51572-2000) и представляет собой гибкую цепь, состоящую из нескольких скрепленных между собой звеньев (от 3 до 7), каждое из которых содержит отверстие для проведения швов (рис. 2). Наличие целой линейки имплантатов различной массы (от 0,6 до 2,0 грамма) позволяет индивидуально подобрать необходимый вес. С учетом предложенного нами минимального 0,1 г шага как специальных измерительных грузиков, так и золотых имплантатов можно более точно подобрать оптимальный вес последнего. Коррекция лагофталма за счет постановки утяжеляющего металлического имплантата достаточно проста, хорошо прогнозируема при грамотном подборе и, как правило, косметически выгодна. Имплантат устанавливают на тарзальной пластинке (рис. 3), фиксируя каждое звено к подлежащим тканям, и послойно ушивают ткани века. Возможны другие, отличные от стандартного места, установки имплантата: на апоневроз леватора верхнего века и на уровне septum orbitale.

Предварительные результаты проведенных в НИИГБ РАМН 60 имплантаций свидетельствуют не только об успешном устранении лагофталма, увеличении подвижности верхнего века и хорошем послеоперационном косметическом эффекте (рис. 4), но и возможности успешного предотвращения кератопатии (или улучшения состояния роговицы) (рис. 5). Серьезные осложнения после операции встречаются крайне редко. При постановке многоочастного имплантата общая частота осложнений, как правило, ниже, чем у монолитного. Благодаря тому что имплантат повторяет кривизну тарзальной пластинки, исключается значимое натяжение тканей и минимизируется его периферическое контурирование, существенно снижая риск его обнажения в отдаленные сроки. Необходимости в дополнительном открытии многоочастного имплантата (височной фасцией, широчайшей фасцией бедра и другими биотканями) при правильной установке, как правило, не возникает. Постановка имплантата позволяет полностью «растянуть» наружную тарзорофию, что и приходится в последнее время выполнять достаточно часто (рис. 6).

Для утяжеления верхнего века были предложены и другие материалы (монолитный или размельченный хрящ, губка, так называемый «толстый» кожный аутоотрансплантат и др.), но рассматривать их как альтернативу золотым имплантатам в настоящее время вряд ли оправдано. Эти методики

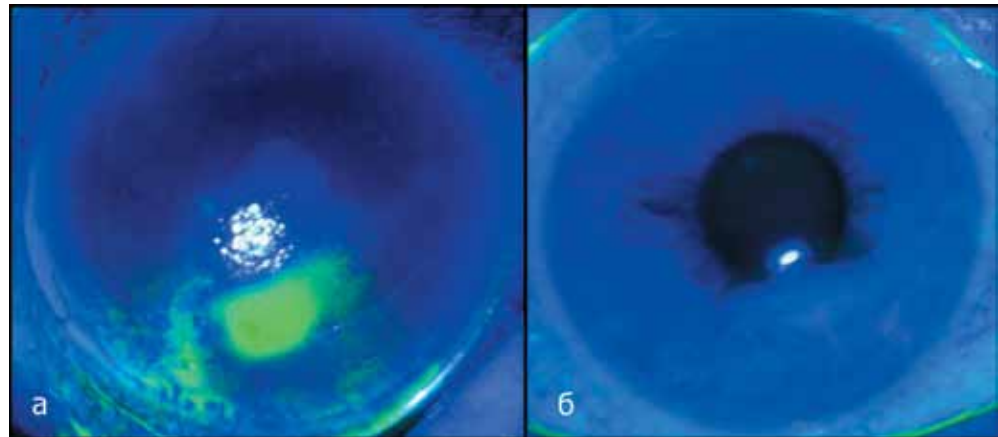


Рис. 5. а — кератопатия; б — эпителизация роговицы полная. Окраска флуоресцеином 1%



Рис. 6. а — наружная тарзорофия справа; б — тот же глаз через 1 месяц после постановки имплантата и рассечения сращения век

малоэффективны, они не позволяют точно оценить вес трансплантата и, соответственно, результат. Особенно с учетом того, что с течением времени хрящ рассасывается, ухудшая эффект операции.

Таким образом, применение новых методик, которые используются в офтальмопластике, позволяет в большинстве случаев не только эффективно устранить парали-

тический лагофталм, стабилизировать состояние роговицы, но и добиться хорошей косметичности при малой травматичности вмешательств. Представленные методики обеспечивают стабильный эффект, что открывает новые возможности оптической реабилитации пациентов: проведения фактоэммулсификации катаракты, а в ряде случаев и послойной кератопластики. ■

ТОЧНОСТЬ. НАША ПРОФЕССИЯ.
HIGH DEFINITION IMPLANTS

Leading Technology

Premium Quality

Customized Service

Global Experience

8 (495) 646-72-51 info@focus-m.ru www.focus-m.ru

На правах рекламы



Е.М. Гареев

Старший научный сотрудник
лаборатории нейрофизиологии зрения
ФГБУ «Всероссийский центр глазной
и пластической хирургии» МЗ РФ,
к.б.н., доцент

Пушкинский Сальери гордился тем, что, как ему казалось, «поверил алгебры гармонии» или, выражаясь современным языком, создал математическую модель музыки. В принципе ничего невозможного в этом нет. Звук — механическое колебание среды — характеризуется всего тремя четко измеряемыми физическими характеристиками — частотой колебаний (высотой), величиной звукового давления (громкостью) и длительностью. Манипулируя ими по некоторым заданным человеком правилам, даже механические устройства «века осмнадцатого» могли воспроизводить, а компьютеры полувековой давности даже создавать весьма затейливые музыкальные композиции. Однако, «понятное дело», суть музыки отнюдь не сводится только к комбинации звуков и их физических характеристик.

Куда как сложнее «поверить алгеброй» зрение — потрясающую по сложности симфонию света, цвета, тонов и полутонов, зрительных контуров, текстур и форм, образов и сцен, их комбинаций, композиций, ближних и дальних планов, их развития в пространстве и времени. Именно зрительный канал поставляет мозгу человека порядка 80% информации о внешнем мире, и в языках всех народов выражения «Я вижу» и «Я понимаю» эквивалентны по смыслу, а в вопросе «Я что? — неясно говорю!» уровень понимания речи описывается прилагательным, отражающим ... четкость зрительного восприятия. И примеров такого рода масса!

Не удивительно, что попытки описания зрения как такового или хотя бы отдельных его характеристик языком физики и математики, т.е. в абстрактных категориях числа и меры, восходят еще к позднему веку. И уже создатель «физиологической оптики» Герман Гельмгольц отметил, что разорился бы, вздумай он торговать оптическими приборами с характеристиками глаза. Впоследствии подтвердилось, что оптика глаза неизбежно создает «картинку», в той или иной степени насыщенную помехами и искажениями. Однако если аномалии оптики не зашли слишком далеко, то зрительная система умудряется их успешно исправлять и компенсировать, создавая вполне адекватную «перцептивную модель зрительного мира» (Глезер В.Д.). Уже более полвека назад нейро- и психофизиологи поняли, что «человек видит головой при помощи глаз», т.е. «по дороге в голову»

Жар холодных чисел

Измеряй все, поддающееся измерению, и сделай таким все, не поддающееся измерению.

Галилео Галилей

Все подготовленному взгляду расскажет умное число.

Велимир Хлебников

Предисловие к статье Е.М. Гареева

Взглянуть на зрительную систему через призму математической статистики — именно эту задачу поставил в своей работе старший научный сотрудник Всероссийского центра глазной и пластической хирургии (г. Уфа), доцент Гареев Евгений Мусинович. Его лекции по базовым методам математико-статистической обработки медико-биологической информации проходят при полных аудиториях, как в нашем Центре, так и в университетах города.

Е.М. Гареев — автор ряда монографий, в числе которых единственное в своем роде издание «О факторах, детерминирующих важнейшие функциональные характеристики зрения человека» (2010 г.).

Представляемая статья Евгения Мусиновича отражает некоторые концептуальные подходы к описанию зрительного анализатора, которые автор подробно излагает в упомянутой монографии. Настоящее исследование представляет собой попытку разработать и применить новые подходы для анализа функционирования зрительного анализатора человека как целостной многомерной системы. Различные случаи как субъективно и объективно «нормального» зрения, так и его ослабления в результате развития патологических явлений, рассмотрены как внешние проявления неких специфических состояний зрительной системы, отражающихся через комбинацию свойств отдельных ее подсистем, тестируемых соответствующими

клиническими, физиологическими и психофизиологическими методами. Издание адресовано врачам-офтальмологам, реабилитологам и специалистам по коррекционной педагогике.

Чтобы поведать читателю о содержании фолианта, достаточно упомянуть названия лишь его отдельных глав:

- процессы переработки зрительной информации, протекающие на уровне подкорковых структур;
- корковые механизмы зрения и проблема формирования «перцептивной модели зрительного мира»;
- исследование связи важнейших зрительных функций с дифференциальной светочувствительностью сетчатки;
- динамика изменений состояния зрительной системы в процессе неинвазивного лечения «слабовидения»;
- особенности состояния и изменения важнейших зрительных функций, наблюдаемые в ходе применения методов психофизиологической реабилитации офтальмологических больных.

Вся информация о монографиях доцента Е.М. Гареева размещена на сайте Всероссийского центра глазной и пластической хирургии: www.alloplant.ru.

Р. Низматуллин

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии»

которых четко описывается языком математики. Понятно также, что из этого «пазла» — набора линий и полос разной длины, толщины, ориентации, тонов, полутонов и цветности — можно сложить изображение любой сколь угодно высокой сложности. И действительно, относительно недавно метод и-МРТ позволил обнаружить участки коры мозга, активирующиеся только при предъявлении целостного образа определенного типа, например, фотографии лица или ...автомобиля (!?). Но каким образом из набора элементарных и независимых (!) «описаний» изображения складываются целостные образы и картина мира вообще, как зрение отличает предметы от фона (они ведь и ролями поменяться могут) и многое, многое иное остается загадкой. Гипотез — масса, а понимание, что называется, «оставляет желать...» И дело тут не в недостатке знаний. Уже чего-чего, а детально сведения о функционировании «кирпичиков» мозга — нейрона — же нейронов, сколько «рассматривает» всю огромную по площади периферии сетчатки.

Наиболее же причудливые процессы и явления имеют место, когда эта информация достигает зрительной коры. Упорядоченно расположенные ансамбли функционирующих здесь нейронов («колонок») «растаскивают» прежде целостное (пусть и поточечное) описание состояния сетчатки на линии и полоски разной пространственной ориентации и направленного перемещения. Кроме этого, происходит выделение углов их пересечения и изломов, а также градиентов изменения освещенности, т.е. не только «краев», но и полутонов. Как оказалось такие «колонки» также являются пространственными частотными фильтрами, работа

которых четко описывается языком математики. Понятно также, что из этого «пазла» — набора линий и полос разной длины, толщины, ориентации, тонов, полутонов и цветности — можно сложить изображение любой сколь угодно высокой сложности. И действительно, относительно недавно метод и-МРТ позволил обнаружить участки коры мозга, активирующиеся только при предъявлении целостного образа определенного типа, например, фотографии лица или ...автомобиля (!?). Но каким образом из набора элементарных и независимых (!) «описаний» изображения складываются целостные образы и картина мира вообще, как зрение отличает предметы от фона (они ведь и ролями поменяться могут) и многое, многое иное остается загадкой. Гипотез — масса, а понимание, что называется, «оставляет желать...» И дело тут не в недостатке знаний. Уже чего-чего, а детально сведения о функционировании «кирпичиков» мозга — нейрона — же нейронов, сколько «рассматривает» всю огромную по площади периферии сетчатки.

Наиболее же причудливые процессы и явления имеют место, когда эта информация достигает зрительной коры. Упорядоченно расположенные ансамбли функционирующих здесь нейронов («колонок») «растаскивают» прежде целостное (пусть и поточечное) описание состояния сетчатки на линии и полоски разной пространственной ориентации и направленного перемещения. Кроме этого, происходит выделение углов их пересечения и изломов, а также градиентов изменения освещенности, т.е. не только «краев», но и полутонов. Как оказалось такие «колонки» также являются пространственными частотными фильтрами, работа

его потенциальной информативной ценности. Причина этого несоответствия отражена в законе Миллера, согласно которому «среднестатистического» человека объем оперативной памяти составляет всего 7 ± 2 «единицы». Следовательно, любой «профиль описания» чего-либо, выходящий за эти пределы, совершенно невозможно охватить «мысленным взором» как нечто единое целое. Ну а кратко, «компактное» описание, само собой является фрагментарным и малоинформативным. Получается, что современная клиническая офтальмология потенциально способна дать очень ценную информацию о механизмах зрения человека, но извлечь ее из «сырых данных» без применения специальных методов анализа сложных систем невозможно. Методы же эти, как, впрочем, и сами пространственные описания состояния зрения больного для практических целей диагностики и разработки тактики лечения, являются избыточными — опыт и интуиция врача, как правило, куда как эффективнее. По этой причине «замыные» методы системного математико-статистического анализа офтальмологам малоизвестны, да и, собственно говоря, практически не применялись по отношению к клиническим данным. А было бы интересно попробовать...

Во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии диагностическое обследование пациентов на всех стадиях лечения давно было поставлено на высокий уровень, но, начав сотрудничать с ним 23 года назад, мы, профессиональные нейр- и психофизиологи удивились, что массивы интереснейшей информации о работе зрительной системы человека остаются фактически невостребованными. По роду прошлой деятельности с некоторыми методами анализа сложных систем мы были тесно знакомы и решили применить их к этому интересному материалу.

В рамках разрабатываемых нами проблем (комплексной оценки и прогнозирования состояния зрения пациентов, эффективности лечения и разработки методов реабилитации) нас, прежде всего, заинтересовал вопрос о том, чем, собственно, нормальное зрение отличается от патологического ослабленного. Отличается не по внешним проявлениям (острота и границы поля зрения), а по своей внутренней сути. Массив данных об остроте (специальные оптометры позволяли точно измерять ее до значения «2») и границах поля зрения, рефракции, работе сетчатки и зрительного нерва был повернут обработке с использованием специальных методов структурного математико-статистического анализа. Именно применение таких методов позволило обнаружить явления и факты, выявить которые какими-либо иными способами было бы просто невозможно. При этом выявлены они были точными аналитическими методами, что называется, «на кончике пера», в виде «умного числа».

Так оказалось, что «в норме» важнейшие интегральные характеристики зрения — острота и размеры поля зрения, обеспечивающие функционирование систем «что?» и «где?» (Волков В.В.), — не зависят от индивидуальных вариаций оптики глаза, особенностей функционирования сетчатки и амплитудно-частотных характеристик зрительной системы на периферии и в центральных отделах. Более того, эти параметры, варьируя очень широко (вплоть до предпатологического

уровня!), изменяются также практически независимо друг от друга. Но наиболее интересно, что по мере ослабления зрения зависимость его остроты и границ поля зрения от состояния периферии становится все более жесткой, а прежде независимо варьирующие морфофизиологические и психофизиологические характеристики состояния зрительной системы становятся зависимыми или взаимозависимыми, группируются в блоки. Оказалось также, что в большинстве случаев зависимости между этими характеристиками состояния зрительной системы являются нелинейными. Это означает, что на разных участках диапазона их возможных значений может меняться как интенсивность их зависимости, так даже и ее направление (с положительного на отрицательное и наоборот). Анализ нелинейных связей позволил разобраться и в причинно-следственных отношениях рассматриваемых характеристик, причем также на основании точных критериев, а не общих рассуждений.

Подобный анализ был проведен и как бы «в обратном направлении». Структурному анализу были подвергнуты характеристики, описывающие состояние зрительной системы пациентов, у которых повторяющиеся курсы лечения либо не давали ощутимого эффекта, либо их зрительные возможности последовательно возрастали. Как оказалось, если последовательное лечение давало эффект, то структура сопряженности вариаций характеристик состояния зрительной системы начинала приближаться к таковой в «нормативной группе». При отсутствии эффекта лечения сохранялась «крупноблочная структура» с достаточно жесткой зависимостью важнейших характеристик зрения от состояния зрительной периферии. Кроме того, лонгитюдный анализ результатов инвазивного лечения прогрессирующей миопии показал, что изменения остроты зрения и оптические свойства глаза протекают согласованно лишь на ранних послеоперационных сроках, но далее эти характеристики состояния зрительной системы изменяются относительно независимо. Как следствие возросшая острота зрения (особенно с коррекцией) может сохраняться даже в тот период, когда оптика глаза практически вернулась в исходное состояние. Вот уж действительно, «человек видит головой при помощи глаз».

Цикл структурных исследований был проведен и в отношении данных поточечного измерения дифференциальной светочувствительности сетчатки (ДСЧ) в пределах до 60 градусов от точки фиксации (фовеа). И в этом случае прослеживалась та же закономерность: степень согласованности уровней ДСЧ по поверхности сетчатки напрямую связана с уровнем сохранности зрения. В нормативной группе колебания ДСЧ в анализируемой области сетчатки (в окружности диаметром до 120 градусов) во всех тестируемых точках происходили практически независимо. По мере ухудшения состояния зрения вообще и сетчатки в частности связность вариаций ДСЧ начинает возрастать, причем в локальных зонах. В пределе в структуре ДСЧ на сетчатке формируются четко оформленные зоны, соответствующие ее центральному региону, верхнему и нижнему, а также правому и левому полулопулю. В пределах этих областей сетчатки, во всех входящих в них точках ДСЧ меняется

согласованно, но независимо от колебаний ДСЧ в иных локальных зонах. В результате при сохранении в принципе способности транслировать в мозг информацию об изменениях освещенности сетчатка теряет способность детально воспроизводить сложный рельеф освещенности и может обеспечивать зрительные функции лишь в упрощенной, редуцированной форме.

В целом результаты структурного анализа наводят на мысль о том, что основным признаком «нормального» зрения является высокая степень независимости состояний отдельных подсистем зрительной системы, т.е. высокое «число степеней свободы». Это обеспечивает высокую устойчивость «нормальной» зрительной системы за счет того, что возникшее по тем или иным причинам изменение состояния какой-либо одной подсистемы не вызывает «обрушения» всей системы в целом и может быть эффективно скомпенсировано изменением состояния иных подсистем. Такие свободные компенсаторные перестройки позволяют всей «здоровой» зрительной системе создавать любые эффективно работающие композиции ее состояний, не выходя, однако, в целом за пределы границ ее устойчивости. Развитие же патологических состояний в зрительной системе способствует то, что в ней по каким-то неясным пока причинам возникает сцепленность состояний отдельных подсистем, в результате чего

вызванный патогенным фактором выход состояния одной из них за границы устойчивости системы неизбежно влечет за собой аналогичные по сути изменения состояния каких-то иных подсистем. По мере углубления патологического состояния эта сцепленность нарастает, пространство возможных состояний зрительной системы и возможность «маневра силами и средствами» все более сужается, а вся зрительная система втягивается в своеобразную патологическую воронку — «чем хуже, тем хуже».

Метафоричной, но вполне подходящей аналогией различия между «нормальной» и втянутой в патологическую «воронку» зрительной системы может служить следующее сравнение: оперируя десятью независимо двигающимися пальцами, пианист способен исполнить музыкальное произведение изощренной сложности, а вот стука по клавишам кулаками, он в состоянии выдать лишь незатейливую, примитивную мелодию.

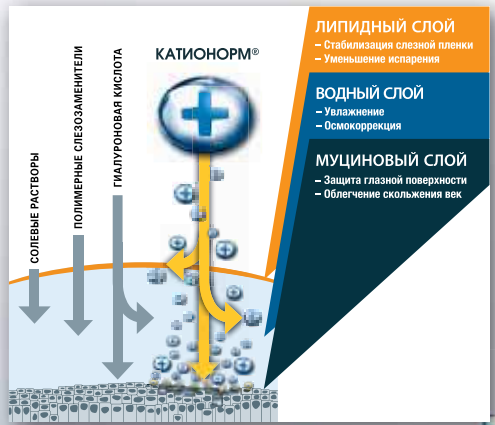
Проведенная нами работа показала, что «измерить» зрение, получить о нем новую информацию «на кончике пера» можно, не только опираясь на точные нейрофизиологические данные, но и на, как правило, «неточные» (основанные на субъективных суждениях пациента) результаты клинического обследования и даже качественные (категорические, номинальные) оценки. Правда, для их анализа требуется не просто «алгебра», а применение

методов многомерного системного анализа. Но только эти методы позволяют с одной стороны рассматривать объект исследования как нечто целостное, а с другой выявлять его скрытую структуру. Применительно к офтальмологии это позволяет получать сведения об «устройстве» и механизмах работы зрительной системы, добыть которые иными способами было бы просто невозможно.

Стоит также сказать, что избывточность для практической работы офтальмолога данных фундаментальной нейрофизиологии зрения оказалась не столь уж драматичной. В процессе отработки методов реабилитации пациентов Центра было обнаружено, что, если, образно говоря, «разговаривать» с той или иной подсистемой зрительного анализатора «на ее языке», то, если, конечно, патологическое состояние не вошло в терминальную стадию, вполне возможно последовательное восстановление зрения в самом широком смысле. При этом комплекс таких, казалось бы, «точечных» воздействий на зрительную систему оказывал общесистемный эффект, вплоть до морфологических. То есть, имел место эффект самоорганизации системы, запускаемый внешним несущественным воздействием. Такая зрительная реабилитация оказалась возможной даже в тех случаях, когда не давали эффекта иные методы неинвазивного и инвазивного лечения. ■

КАТИОНОРМ® — СИЛА ПРИТЯЖЕНИЯ

УНИКАЛЬНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА
ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА
«СУХОГО ГЛАЗА»



Катионорм® офтальмологическая наномульсия благоприятно воздействует на все слои слезной пленки

Быстро и эффективно уменьшает клинические проявления и симптомы синдрома «сухого глаза»

Обладает отличной переносимостью и удобством применения



Santen

Представительство «АО Сантан» в России:
119049, Москва, ул. Мятная, д.1, офис 13
Тел. (499) 230-0288, факс (499) 230-1075
www.santen.ru



НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ
ДЛЯ КОРРЕКЦИИ
СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА»

Особенности клинического течения и тактики ведения пациентов с ретинальной артериальной макроаневризмой

А.Г. Шуко, В.В. Букина, М.В. Акуленко, Т.Н. Юрьева
Иркутский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова

Ретинальная артериальная макроаневризма — это мешотчатые или веретенообразные расширения ретинальных артериол первого-третьего порядка. Термин «макроаневризма сетчатки» предложен D. Robertson в 1973 г. для дифференциации аневризм крупных артериальных сосудов от аневризм капиллярной ретинальной сети.

Истинная частота ретинальных артериальных макроаневризм неизвестна, так как очень часто они являются случайной находкой при диагностическом обследовании. Наиболее характерным является расположение макроаневризм по ходу височных сосудистых аркад. Как правило, ретинальные артериальные макроаневризмы располагаются в области артерио-венозных перекрестов и бифуркации сосудов.

Предполагают, что в патогенезе ведущее значение имеют гипертензивные и атеросклеротические изменения артериальных сосудов.

Таким образом, основными факторами риска развития макроаневризм являются артериальная гипертензия и атеросклероз.

В настоящее время нет единой классификации ретинальных артериальных макроаневризм, которая учитывала бы все объективные признаки проявления этого заболевания. В клинической работе наиболее часто используется классификация макроаневризм по форме течения (Lavin M.J., 1987):

- бессимптомные (протекают без снижения центрального зрения, могут быть диагностированы только при офтальмоскопии глазного дна или ангиографии, проведенной по поводу другого заболевания);
- экссудативные (протекают с массивным отложением твердых экссудатов в макулярной области, отличаются медленным, постепенным снижением зрения);
- геморрагические (характеризуются резким снижением зрения, наличием частичного гемофтальма, суб- или преретинального кровоизлияний).

Снижение зрения при ретинальной артериальной макроаневризме чаще всего обусловлено формированием хронического макулярного отека, витреального, пре- или субретинального макулярного кровоизлияния. Степень снижения зрения при макроаневризме зависит от выраженности и длительности течения данных осложнений.

Цель — представить случаи ретинальных артериальных макроаневризм с определением особенностей клинического течения и тактики их ведения.

Материалы и методы

Для этого были проанализированы истории болезни пациентов, наблюдавшихся и прооперированных по поводу ретинальной артериальной макроаневризмы в 2012-2013 гг. в Иркутском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова».

Пациенты были разделены на 4 клинические группы в зависимости от формы течения макро-

аневризмы. Всем пациентам было проведено стандартное офтальмологическое обследование, включая оптическую когерентную томографию и флюоресцентную ангиографию.

Нами был предложен следующий алгоритм лечебных мероприятий, применяемый в зависимости от клинической формы течения ретинальной артериальной макроаневризмы (рис. 1).

В первую группу вошли пациенты с бессимптомной макроаневризмой, которые наблюдались в динамике. Длительный мониторинг до 9 месяцев показал, что у 2 пациентов процесс был стабильный, у одной пациентки через 6 месяцев динамического наблюдения появились жалобы на метаморфопии, при офтальмоскопии отмечено увеличение количества твердых экссудатов (рис. 2). Была проведена

операция лазеркоагуляции макроаневризмы. Через 3 месяца пациентка жалоб не предъявляет, отмечена частичная резорбция твердых экссудатов (рис. 3).

Во вторую группу вошли 2 пациента с геморрагической формой макроаневризмы, которая характеризовалась наличием преретинального кровоизлияния (рис. 4). В этих случаях мы применили комбинированное лечение. На первом

этапе была проведена коагуляция макроаневризмы. Затем была выполнена гиалопункцира (рис. 5). Результат лечения представлен на рис. 6. Несмотря на частичный гемофтальм, зрение пациентки через 2 дня после операции — 0,65.

Третью группу составили пациенты с экссудативными изменениями. Это была наиболее часто встречающаяся форма макроаневризмы, которая характеризовалась наличием большого количества твердых экссудатов, отеком сетчатки. Под нашим наблюдением находились 5 пациентов (рис. 7). Кроме лазеркоагуляции макроаневризмы, проводилась также лазеркоагуляция в месте отека, при необходимости — барраж макулярной области. В послеоперационном периоде отмечено снижение толщины сетчатки, резорбция твердых экссудатов, повышение остроты зрения (рис. 8).

В отдельную группу был выделен пациент с разорвавшейся, частично опорожненной макроаневризмой. В данном случае зрение было снижено за счет хронического макулярного отека (рис. 9). Поэтому было принято решение о введении первым этапом ингибиторов ангиогенеза. На рис. 10 видно, что в послеоперационном периоде достоверного снижения толщины сетчатки в макуле и повышения остроты зрения не произошло. Учитывая отсутствие положительной динамики, через 2 месяца пациенту был проведен барраж макулы и фокальная коагуляция в месте локализации макроаневризмы. Через 3 месяца после операции отмечается полная резорбция твердых экссудатов, отсутствие отека в макулярной области, острота зрения в пределах 0,15 (рис. 11).



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!
26 сентября – 27 сентября 2014 г. в г. Астрахань состоится научно-практическая конференция офтальмологов Южного Федерального округа «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РЕГИОНОВ»

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

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

В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ СОСТОИТСЯ:

- выставка офтальмологической продукции;
- заседание Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов в ЮФО: «живая хирургия»;
- сессия образовательных семинаров по практическим вопросам офтальмохирургии (в рамках RSCRS), фармакотерапии, диагностике;
- видеосессия «Инновационная офтальмохирургия».
- Также планируется:**
- размещение стендовых докладов в виде электронных постеров;
- издание сборника тезисов докладов.

Публикации в сборнике бесплатные. Материалы по устному и стендовым докладам, а также тезисы в сборник и видеоматериалы отправлять на электронный адрес: ram-1@list.ru **до 1 августа 2014 г.** с пометкой устный/стендовый доклад/тезисы в сборник с пометкой: докладчик/участник без доклада/публикации тезисов. Требования к тезисам высылаются по запросу на 8 (927) 662-30-03; e-mail: olusha_88@mail.ru;

Место проведения конференции – Гранд Отель Al Pash GRAND HOTEL, 414056, г. Астрахань, ул. Куйбышева, 69
Тел.: +7 (8512) 48-25-25
E-mail: booking.grand@alpash.ru; www.alpash.ru
Оргкомитет: тел.: 8 (8512) 21-02-68, факс: 8 (8512) 25-61-38; сайт: www.minzdravao.ru
Контактное лицо:
Напылова Ольга Александровна, тел.: 8 (8512) 21-02-68, 8 (927) 662-30-03; e-mail: olusha_88@mail.ru;
Ковалева Дарья Александровна, тел.: 8 (8512) 21-02-68, 8 (961) 815-13-32, e-mail: dasha-kov@list.ru

Рамзанова Лия Шамильевна – главный внештатный специалист офтальмолог министерства здравоохранения Астраханской области, тел.: 8 (8512) 21-02-68, 8 (908) 618-09-47; 8 (968) 804-83-89; e-mail: ram-1@list.ru
Приглашаем к участию в работе конференции спонсоров – форма участия спонсоров высылается электронной почтой по запросу на e-mail: dasha-kov@list.ru.
В работе конференции могут принимать участие все желающие независимо от выступления с докладами и наличия публикуемых научных статей, регистрационную форму (см. Приложение) необходимо направить в адрес оргкомитета по электронной почте: olusha_88@mail.ru; **до 1 августа 2014 г.**

Информационные партнеры: <http://www.organum-visus.ru>; www.eyenews.ru



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 7.



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 8.



Рис. 9.



Рис. 5.

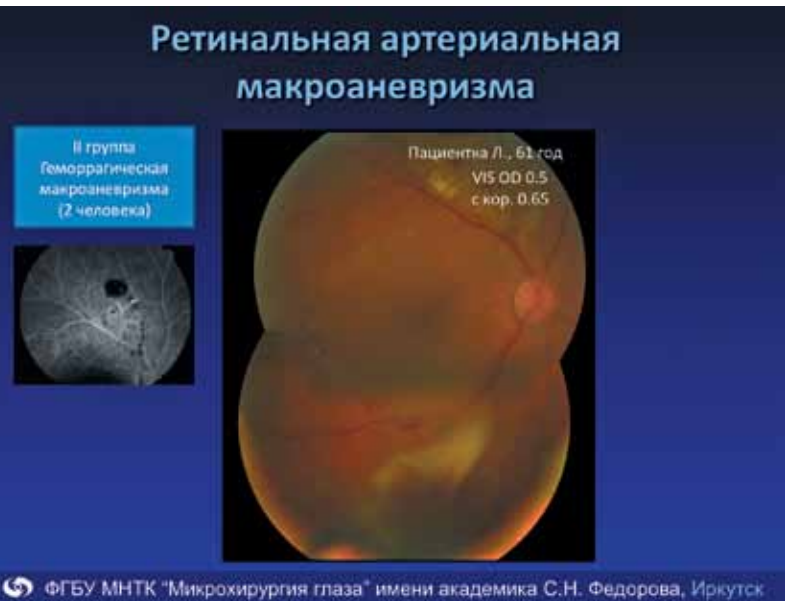


Рис. 6.



Рис. 10.



Рис. 11.

Таким образом:

- выбор метода лечения ретинальных артериальных макроаневризм зависит от формы течения, локализации макроаневризм, осложнений и их длительности;
- пациенты с бессимптомной макроаневризмой требуют динамического наблюдения. Показанием для лазеркоагуляции макроаневризмы является усиление отека и экссудации с вовлечением макулярной области;
- при геморрагической форме макроаневризмы (преретинальное кровоизлияние в проекции макулярной области со снижением зрения) показана ее лазеркоагуляция. Также для эвакуации крови применяется лазерная гиалопункцира;
- при экссудативной форме с захватом макулы необходимо проведение лазеркоагуляции макроаневризмы (прямое и не прямое воздействие), а также при необходимости — фокальная коагуляция сетчатки или барраж макулы.
- при разрыве стенки аневризмы и наличии изменений в макулярной области лечение должно быть направлено на их коррекцию (интравитреальное введение кортикостероидов, ингибиторов ангиогенеза или лазеркоагуляция сетчатки). ■

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЯ ВГД У ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИЕЙ

Д.И. Старикова

Врач-офтальмолог детского отделения БУЗ УР «РОКБ МЗ УР», Ижевск

Проблема приобретенной прогрессирующей миопии в детском возрасте в настоящее время является одной из самых актуальных в детской офтальмологии.

В концепциях патогенеза развития близорукости важная роль выделяется повышению ВГД. Э.С. Аветисов отмечал роль повышения ВГД при растяжении ослабленной склеры в третьем звене механизма развития близорукости и не исключал, что формирование миопической рефракции может начаться именно с этого звена. В литературе встречаются утверждения о том, что можно считать прогрессирующую миопию отдельной разновидностью глаукомы (не в стандартном представлении,

а как неадекватность давления механическим свойствам решетчатой пластинки и склеры в условиях данного кровоснабжения). А.И. Дашевский считает увеличение внутриглазного давления, возникающее при конвергенции и напряжении внутренних мышц глаза во время зрительной нагрузки, фактором, способствующим увеличению передне-задней оси глаза, и, соответственно, возникновению или увеличению степени близорукости.

В свете данных утверждений было проведено исследование внутриглазного давления у детей с прогрессирующей миопией. Большинство применяемых в настоящее время тонометров основано на принципе аplanation роговицы. В России наиболее распространенным способом измерения ВГД является тонометрия по Маклакову. Трудности определения ВГД у детей включают невозможность полного сотрудничества со стороны ребенка, особенно в его раннем возрасте,

а также влияние анестезии на офтальмотонус. В литературе очень мало данных относительно нормы ВГД у детей, и следует также принимать во внимание изменение толщины роговицы в центре по мере взросления ребенка. Вместе с тем необходимость применения местных анестетиков, «контактность» процедуры, зависимость результата измерения от поведения пациента порой ограничивают его применение в детской практике. Кроме того, использование тонометра Маклакова, пневмотонометра и тонометра Icare практически неосуществимо без наркоза у большинства детей младшей возрастной группы — с 2 до 5 лет. Перечисленные недостатки лишена транспальпебральная офтальмотонометрия. Измерение ВГД при помощи индикатора ИГД-03 осуществляется через верхнее веко без прямого контакта со слизистой оболочкой глаза, что исключает угрозу инфицирования и аллергических реакций.



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

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



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

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

Таблица 1

	ИГД-03	По Маклакову
Контрольная группа (n=70)	19,49±2,46	19,69±1,91
Основная группа (n=156)	19,65±2,24	19,94±1,57

Для проведения исследования ребенок в положении лежа на спине фиксировал взглядом яркий объект (игрушку) ориентировочно под углом 45-50° к горизонтальной оси (согласно инструкции к прибору). Верхнее веко ребенка расправляли, не надавливая пальцем на глазное яблоко, чтобы сдвинуть реберный край верхнего века на склеру, и удерживали его в этом положении. После чего через верхнее веко в 1 мм от лимба в проекции склеры в меридиане 12 ч проводили измерение.

Целью исследования явилось определение уровня ВГД, измеренного с помощью транспальпебральной тонометрии и тонометрии по Маклакову у детей, поступающих на оперативное лечение прогрессирующей близорукости, выявление среднего уровня ВГД и определение роли повышенного ВГД в сравнении с контрольной группой детей, не имеющих миопии.

Материал и методы

Были сформированы 2 группы детей в возрасте от 5 до 16 лет (в среднем 10,7 лет). В основную группу вошли 78 детей с прогрессирующей миопией различных степеней (среднее значение сферического эквивалента — 3,87), приобретенной в дошкольном или раннем школьном возрасте. Градиент прогрессирования составил в среднем 1,13 дптр в год. В основном (89,9%) близорукость развивалась в начальной школе (1, 2 класс). У 53,6% детей кто-либо из родителей имел близорукость. В контрольную группу вошли 35 здоровых детей. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое исследование с добавлением измерения ВГД с помощью транспальпебрального офтальмотонометра торговой марки Diathera — индикатора ИГД-03 (Россия, Государственный Рязанский приборный завод) и экзобиометрии. Поскольку работ, касающихся достоверности и точности транспальпебральной тонометрии у детей, в литературе не обнаружено, частично в обеих группах было проведено измерение ВГД по Маклакову (масса груза 10 г).

Результаты и обсуждение

Результаты измерения ВГД показаны в табл. 1. Цифровые значения колебались от 14 мм рт.ст. до 26 мм рт.ст. при измерении индикатором ИГД-03 и от 17 мм до 24 мм рт.ст. при тонометрии по Маклакову. В одном случае выявлено повышенное ВГД (26 мм рт.ст.) на обоих глазах, которое не сопро-

воджалось какими-либо патологическими изменениями диска зрительного нерва и полей зрения, при повторных осмотрах — оказалось в пределах нормы.

Как видно из таблицы, результаты оказались практически идентичными в обеих группах независимо от способа измерения ВГД, разница между группами является ни клинически, ни статистически значимой.

Размеры передне-заднего отрезка глаза при А-сканировании в основной группе в среднем оказались равны 25,08±1,97 мм, в контрольной — 23,26±2,09, что объясняется увеличением размеров глаза при формировании миопической рефракции.

Тем не менее, хотя среднее ВГД в опытной группе было практически идентичным значениям ВГД в контрольной группе, в 11,5% случаев было выше зоны комфорта или даже у верхнего ее предела (23 мм рт. ст. и выше), в то время как аналогичные значения ВГД в контрольной группе были обнаружены лишь в 3,1% случаев, и эта разница является статистически значимой (p<0,05).

Выводы

1. В результате проведенного исследования можно сделать вывод, что уровень ВГД у детей с прогрессирующей близорукостью не выходит за пределы нормы. Средний показатель тонометрического ВГД у детей и подростков, выявленных при исследовании, равен 19,65±2,24 мм рт.ст. при измерении ВГД индикатором ИГД-03 и 19,94±1,57 — при измерении по Маклакову.

2. В то же время доля встречаемости показаний ВГД у верхнего края нормы (23 мм рт.ст. и выше) в опытной группе статистически значимо (p<0,05) превышала аналогичные показания в контрольной группе (11,5% и 3,1%), что может косвенно свидетельствовать о влиянии повышенного ВГД на ослабленную при близорукости склеру, даже если ВГД не превышает норму, а лишь находится у верхнего предела нормы.

3. Применение транспальпебрального прибора ИГД-03 с возможностью получения цифрового значения уровня офтальмотонуса для измерения внутриглазного давления у детей может заменить измерение ВГД по Маклакову. Неинвазивный метод измерения ВГД является преимуществом при работе с детьми, позволяет исключить влияние анестезии и сократить время исследования. ■

ГЛАЗНОЙ ЦЕНТР СЕРГЕЯ И СВЕТЛАНЫ АНИСИМОВЫХ

Профессор Светлана Юрьевна и профессор Сергей Игоревич Анисимовы — успешные, энергичные люди, которых хорошо знает офтальмологический мир. Успешных людей видно всегда и везде, они действуют, рискуют, не боятся отказов, терпеливы, верят в себя. Супруги Анисимовы занимаются любимым делом, создали свою клинику «Восток-Прозрение», хорошо известную не только в Москве и Подмосковье, но и в других российских городах. Светлана Юрьевна и Сергей Игоревич интеллигентные собеседники. Про таких говорят: «Очень приятные люди».

Но мало кто из наших читателей знает, что Светлана и Сергей познакомились еще студентами — посещали занятия офтальмологического кружка. Вместе пришли работать в клинику к Святославу Николаевичу Федорову. У легендарного профессора они научились не только самым передовым методам лечения людей, но научились преодолевать трудности, упорно добиваться своей цели. А цель у Светланы и Сергея одна — возвращать людям зрение и делать это как можно эффективнее. Уроки Федорова не пропали даром — благодарные ученики достойны своего учителя. Они идут по жизни вместе уже 32 года, профессор Светлана Юрьевна Анисимова и профессор Сергей Игоревич Анисимов, теперь уже умудренные опытом и увенчанные званиями. Люди, бесконечно преданные своей профессии.



Анисимова Светлана Юрьевна

Профессор, доктор медицинских наук. Автор 110 статей, 1 монографии, 9 патентов, докторская диссертация «Новые подходы к амбулаторному хирургическому лечению глаукомы и сочетания ее с катарактой», защита состоялась в 2006 году.

Анисимов Сергей Игоревич

Профессор, доктор медицинских наук. Автор 136 статей, 1 монографии, 32 патентов, докторская диссертация «Патофизиологическая характеристика применения биоматериалов и вискоэластичных препаратов при хирургическом лечении глаукомы».

10 клиник, куда входят все ведущие институты Москвы, включая Морозовскую детскую больницу, а также Новосибирск, Самару, Киров, Запорожье, даже Сирию. Те хирурги, которые занимаются врожденной глаукомой, очень нам благодарны за дренаж «Ксенопласт», говорят, стали спокойно спать. Ксенопласт хорошо переносится тканями глаза, не вызывает пролежней, воспалительных реакций, не рассасывается до 10 лет. Всего наша продукция используется примерно в 25 клиниках от Калининграда до Владивостока. ИОЛ идут в Тольятти, Самару, Набережные Челны, Подмосковье. Небольшие больницы в малых городах с удовольствием берут наши линзы.

— Что означает название «Восток-Прозрение»?

С.Ю.: Клиника состоит их трех отделений: старое отделение находится рядом со станцией метро «Семеновская». Сначала мы назывались «Прозрение», но выяснилось, что организаций с таким названием в России существует множество, поэтому наши юристы, даже нас не спросив, переименовали в «Восток-Прозрение».

С.Ю.: Это и государственные, и частные богатые клиники, не работающие в системе государственного медицинского страхования. Хрусталики — эконом-класса с индексом раз (10 лет назад), за выходные смотрели до 100 человек, оперировали очень запущенные катаракты). Больные, которых мы прооперировали много лет назад, чувствуют себя хорошо. Сейчас в Костроме офтальмологическую помощь оказывает государственная больница им. С.И. Спасокукоцкого, есть и прекрасная оборудованная частная клиника. В этом городе работают молодые хирурги, и нам туда ездить уже нет никакого смысла.

— Кто покупает вашу продукцию?

С.Ю.: Это и государственные, и частные богатые клиники, не работающие в системе государственного медицинского страхования. Хрусталики — эконом-класса с индексом раз (10 лет назад), за выходные смотрели до 100 человек, оперировали очень запущенные катаракты). Больные, которых мы прооперировали много лет назад, чувствуют себя хорошо. Сейчас в Костроме офтальмологическую помощь оказывает государственная больница им. С.И. Спасокукоцкого, есть и прекрасная оборудованная частная клиника. В этом городе работают молодые хирурги, и нам туда ездить уже нет никакого смысла.

— Во время экскурсии по клинике я обратил внимание на оснащение. У вас преобладает оборудование компании Bausch+Lomb.

С.Ю.: Что касается оборудования Bausch+Lomb и его подразделения Technolas, которое расположено в Мюнхене, мы пока не видим компаний, которые могли бы составить им конкуренцию. Это диагностическая станция и две лазерные установки: эксимерный и фемтосекундный лазер. У эксимерного лазера Z-100 настолько надежные программы в коррекции близорукости, гиперметропии, гиперметропического астигматизма, пресбиопии по методике Suprascop (при которой на поверхности роговицы делается мультифокальный профиль), что аналогов мы пока не видим. Причем компания постоянно



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
РЯЗАНСКИЙ
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД

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



Кружок глазных болезней ведет профессор Г.А. Шилкин. Слушатели — студенты С.И. Анисимов и С.Ю. Шнек. 1979 г.



Осмотр пациентов в отделе глаукомы МНТК «Микрохирургия глаза» ведут С.Ю. Анисимова, К.Б. Першин, Г.М. Соловьева



Сэр Гарольд Ридли в окружении русских офтальмологов во время празднования 50-летия первой имплантации искусственного хрусталика. Стокгольм, 1999 г.



Первая операционная Глазного центра «Восток-Прозрение». 1996 г.

обновляет программное обеспечение, появились программы по асферике, персонализированному ЛАСИКу по абберациям глаза, технологии tissue-saving. Поэтому в лазерной коррекции мы отдаем предпочтение компании Bausch+Lomb (Technolas). Наша клиника также занимается диагностикой, лечением, хирургией витреоретинальной патологии (донная патология, диабетическая ретинопатия, влажная макулодистрофия). Так как практически вся витреоретинальная хирургия стала эндовитреальной, мы приобрели аппарат Bausch+Lomb Stellaris PC, который позволяет производить хирургию как на переднем отрезке (катаракта), так и на заднем отрезке. Аппарат очень надежный, позволяет использовать различные световые фильтры для лучшей визуализации. Вакуумная система вентури позволяет даже при очень плотных катарактах провести факемоульсификацию.

С.И.: Сплонь.

С.Ю.: ...Хирурги все суеверные.

— Я знаю, что в вашем Центре много внимания уделяется разработке инновационных технологий, которые впоследствии используются в крупнейших отечественных научных учреждениях.

С.Ю.: Инновационные разработки у нас идут по нескольким направлениям. Прежде всего — это хирургия глаукомы. Впервые мы придумали дренаж «Ксенопласт», это чистый костный коллаген первого типа, мы уже

о нем писали. На основе этого материала делаем склеропластику глаукомным пациентам (мы используем этот термин, хотя не все коллеги-офтальмологи согласны с ним). Мы называем это вмешательство «операция по нейропротекции в случае далеко зашедшей глаукомы». Мы заводим импланты вокруг зрительного нерва, которые, срастаясь с собственной склерой, снижают напругу и повышают устойчивость диска зрительного нерва к колебаниям внутриглазного давления. Коллагеновый дренаж «Ксенопласт» обеспечивает продолжительное функционирование путей оттока, не позволяет им зарастать. Хочу отметить, что в отличие от трубчатых дренажей, металлических или силиконовых, коллагеновый биологически более совместим, не инкапсулируется, т.е. ткани глаза не ощущают его как инородное тело. Отсутствие капсул позволяет ему дольше продержаться, по сравнению с трубчатыми дренажами, которые к тому же вызывают массу проблем как для хирурга, так и для пациента — это воспалительные реакции, быстрое зарастание.

С.И. Анисимов, который является научным директором Центра, для лечения различных видов эктазий (выпячивание роговицы) придумал локальный или персонализированный кросслинтинг. Для этого была разработана специальная программа, которая призвана изучать напряжение роговицы в области самого выпячивания и вокруг. Был разработан набор диафрагм, которые

используются при различных эктазиях, и аппарат, получивший название «Локолинк». Прибор успешно работает в 20 клиниках по всей стране. Молодые доктора по этой теме пишут диссертации, сейчас готовится уже третья по счету работа. Одна диссертация защищена в Ростове, вторая — в Чебоксарах, и третья — на базе нашей клиники. Всего на базе нашей клиники с 1996 года были защищены 2 докторские и 4 кандидатские диссертации. В мае предстоит защита пятой диссертации. Мы теперь являемся клинической базой двух университетов: кафедры офтальмологии Института повышения квалификации ФМБА России, которым руководит профессор В.Н. Трубиллин и кафедры глазных болезней МГМСУ им. Евдокимова, которой руководит Н.А. Гаврилова. Таким образом, и мы по мере сил помогаем воспитывать молодежь, ребята осваивают диагностику, учатся принимать пациентов, ставить диагнозы, работают вместе с опытными докторами.

С.И.: ...учатся держать шприц в руках...

С.Ю.: Да, получают и практические навыки.

— Сколько пациентов в год вы принимаете?

С.Ю.: В год мы принимаем около 5 тысяч пациентов, проводим около 1200 факемоульсификаций, примерно 300 антиглаукоматозных вмешательств, 500 — рефракционных. Кроме того, в нашем арсенале лазерные вмешательства при патологии глазного дна:

разрывы сетчатки, дистрофии сетчатки, т.е. наша клиника охватывает практически всю патологию. Все операции проводятся амбулаторно. Амбулаторный опыт нами освоен давно, еще в 1984 году. Мы работали под руководством С.Н. Федорова и В.И. Козлова, когда в МНТК был огромный поток пациентов, среди них много тяжелых — единственный глаз, глаукома, высокое давление, и не было никакой возможности всех госпитализировать, пролечить. Поэтому стали оперировать амбулаторно, тем более в нашем распоряжении был так называемый «конвейер», когда основной этап выполнялся опытным хирургом, а ассистенты проводили вспомогательные манипуляции. Пациентов через час отпускали домой, а на следующий день они приходили на амбулаторный прием. Мы увидели, что в амбулаторном лечении ничего страшного нет. Сейчас в общей мировой практике вся хирургия катаракты, глаукомы, витреоретинальная, рефракционная стала амбулаторной, что позволяет значительно снизить затраты на лечение.

Мы работаем каждый день, включая субботу и воскресенье. Операции на дому мы сейчас не проводим, но наш врач готов выехать к больному в любой день и час. Для этого у нас всегда наготове чемоданчик с портативным оборудованием: щелевая лампа, офтальмоскоп, тонометр, капли и прочее. По средам пациенты, которые по различным причинам не в состоянии приехать к нам прием, могут вызвать врача на дом. Так мы работаем сейчас.

Конечно, период становления занимает несколько лет, но он уже позади, когда возникают трудности с оборудованием, с расходным материалом, с арендой, которая в Москве самая высокая и вообще в России. Основная статья расходов — это плата за аренду.

— Сколько сотрудников в штате Центра?

С.И.: Во всех трех филиалах с учетом экспериментального производства — больше 50 человек.

— Кому вы отдаете предпочтение при приеме на работу?

С.Ю.: В основном молодым, которые горят желанием работать, и, безусловно, опытным хирургам, которых мы хорошо знаем. Некоторые офтальмологи работают один-два раза в неделю. Такая же ситуация существует и на Западе, когда врач может работать сразу в трех клиниках, если есть спрос. Наш витреоретинальный хирург работает, например, в трех клиниках, к нам приходит по мере необходимости. Есть врачи, которые работают на полную ставку, на приеме, и должны отдежурить положенное время.

— Светлана Юрьевна, Вы активно продвигаете на рынок услугу операции катаракты с помощью фемтолазера. Это дорогостоящая процедура. В каких случаях имеет смысл обращаться именно к этой технологии лечения и для какой категории пациентов?

С.Ю.: Мы стараемся продвигать все, что касается инноваций, а тем более, если эта инновация позволяет сделать процедуру более, если так можно выразиться, более амбулаторной, более щадящей, эффективной. Пациент уже на следующий день после применения фемтолазера получает максимальное зрение. Нет отеков, воспалительной реакции, конечно, для хирурга — это нелегкий результат. Ближайшее будущее за фемтолазерными технологиями. Даже трудное себе представить, чтобы инструмент работал в таком коротком временном промежутке, 10^{-15} сек, при котором невозможен ожог, нет эффекта заваривания. Направленный луч позволяет сделать идеально ровный капсулорексис, что крайне важно для удаления катаракты и для правильного положения ИОЛ внутри глаза.

— Иногда слышишь мнение некоторых хирургов о том, что идеальный капсулорексис не имеет уж столь большого значения.

С.Ю.: Представьте себе перезревшую катаракту, напоминающую переспелую грушу, готовую вот-вот взорваться. Хирургу стоит только дотронуться до нее, как она разлетается, куски ядра попадают в стекловидное тело, т.е. возникают все возможные осложнения.

С.И.: «Или что-то пошло не так»...

С.Ю.: Действительно, хирург еще ничего не сделал, только вошел. Помните, в «Кавказской пленнице»: «Только вошел, кланься, честное слово!» Пациент получает низкое

зрение, плюс серия дополнительных вмешательств. За время, пока работает лазер, это примерно 1,5 мин, он успевает сделать круговой капсулорексис, фрагментацию ядра хрусталика и три профильных парацентеза. Когда хирург сам фрагментирует ядро, он вынужден манипулировать инструментом, создавая нагрузки на связки. Последствия возникнут не сразу, но лет через 5 капсульная сумка с ИОЛ может «провиснуть» и зрение упадет за счет смещения ИОЛ, появится вероятность возникновения вторичной глаукомы. С применением фемтолазера нагрузки на цинновые связки уменьшаются. Три парацентеза, необходимые для работы, формируются совершенно четко с необходимым для самогерметизации профилем. Мы приступили к выполнению парацентезов с помощью фемтосекундного лазера всего несколько месяцев (раньше это не было заложено в программу), и ни разу не видели наружной фильтрации. Если парацентез делается вручную, ножом, то получить правильный профиль, «ступенькой», достаточно сложно, но в то время как лазер вычерчивает абсолютно точную форму в соответствии с заложеной программой. Скоро вообще появятся атосекундные лазеры, 10^{-17} сек.

С.И.: Значительно сокращается время работы на разгерметизированном глазу.

С.Ю.: Да, интраокулярное время работы хирурга сокращается. К тому же среди пациентов много людей пожилых, гипертоников, с атеросклерозом, часто пациенты находятся на антикоагулянтах. Сейчас модно, даже если нет атеросклероза, если пациент не совсем пожилого возраста, «сажать» его на длительный прием препаратов, разжижающих кровь. Все это создает опасность геморрагических явлений. Опять же, если за час мы успеваем сделать 3 катаракты по стандартной методике, а с использованием фемтолазера можно сделать 5 операций. Понятно, что для пациента время несколько растягивается, т.к. в одной операционной проходит лазерный этап, в другой — интраокулярный этап.

С.И.: Это не критично. Раньше пациент приходил на катаракту, ему светили офтальмоскопом и сразу клали на операционный стол. Потом появились офтальмометр, биометр, стало больше этапов, т.е. время до начала операции постоянно растягивается. Ну, вот теперь прибавился фемтоэтап. А ведь на самом деле критическое время — это только время, когда инструменты хирурга находятся в глазу.

С.Ю.: В Индии до недавних пор практиковали репликацию, двуххрустональную катаракту просто продавливали иглой, быстро, но высокого зрения не получали. Фемтолазерной технологии всего несколько лет, длительных наблюдений пока нет. Однако преимущества фемтолазера VICTUS, который мы приобрели, заключаются в том, что он позволяет проводить все этапы катарактальной хирургии — рексис, фрагментацию, парацентезы для проведения интраокулярной работы, а также тоннели для роговичных колец, лоскут для ЛАСИКа — без применения инструментов, дистанционно и с феноменальной точностью.

С.И.: С его помощью можно проводить операции на роговице.

С.Ю.: Обратные насечки для коррекции астигматизма, роговичный тоннель для введения кольца при локальном кросслинтинге, все виды послонийных и сквозных пересадок, выкраивание лоскута для проведения лазерной коррекции зрения (ФемтоЛасик). То есть лазер — универсальный. Опять же

удобно, что и эксимерный, и фемтосекундный лазеры у нас одного производителя, компании Bausch+Lomb. Это дает возможность и обслуживать, и обновлять программы параллельно.

— Если сравнивать возможности офтальмологии десятилетней давности и сегодняшнего дня, что изменилось?

С.И.: Вспоминаю один эпизод, когда мы только ставили у себя первый эксимерный лазер (13 лет тому назад), к нам приехал специалист из Германии, устанавливал все программы, обучал нас с ним работать, мы его спросили, что будет через 10 лет. Он ответил: «Фемто». Основное изменение — это появление фемтолазерных технологий.

С.Ю.: Следующим этапом фемтолазеры будут использоваться в витреальной хирургии. Сейчас очень распространена хирургия по удалению эпиретинальных мембран при ВМД сетчатки, при макулярных разрывах. В ближайшем будущем эти манипуляции будут проводиться с помощью фемтолазера.

С.И.: Преимущество лазера VICTUS заключается также и в том, что в него встроена ОКТ-система, позволяющая проводить динамический контроль за теми манипуляциями, которые продвигает лазер интраокулярно.

С.Ю.: Действительно, всю процедуру вмешательства хирург видит на томографе. Кроме того, полуэлектрический интерфейс (способ стыковки) позволяет значительно не повышать внутриглазное давление, поэтому мы используем фемтосекундный этап и для комбинированной хирургии — глаукома с катарактой, и для осложненных случаев, например, подвывих хрусталика. Хирурги знают, что провести капсулорексис очень трудно, если есть подвывих хрусталика. Аппарат позволяет сделать идеальный капсулорексис и в осложненных случаях. Поэтому мы интенсивно работаем в этом направлении и используем фемтолазер в 90% случаев хирургии катаракты.

— Светлана Юрьевна, как Вы считаете, не перенасыщен ли рынок офтальмологических услуг в нашей столице? Как удаётся выдерживать конкуренцию с другими клиниками? В чем ваше преимущество на фоне других частных клиник?

С.Ю.: Рынок не наполнен и наполовину. Катаракт сегодня в России делается 300-350 тыс. в год, а потребность — 1 млн. По глаукоме слепых, к сожалению, меньше не становится, диабет требует постоянного мониторинга. Вот Германия практически справилась с диабетической ретинопатией, потому что там отложен мониторинг пациентов с диабетом. Каждые 6 месяцев эндокринолог отправляет своего пациента к офтальмологу, и все — упустить болезнь — развитие диабетической ретинопатии — невозможно.

С.И.: В российской офтальмологии существует большой разрыв между стационарами и поликлиниками. Большой оперируется, и о нем практически забывают, а отслежить, что с ним происходит в послеоперационном периоде, порой не представляется возможным.

С.Ю.: С диабетом и с глаукомой необходимо каждые полгода смотреть, что происходит, проводить необходимые исследования: компьютерное статическое поле зрения, ОКТ диска зрительного нерва и т.д.

В глаукоме — самое важное, это сопровождение заболевания. Постоянным должно быть консервативное сопровождение глаукомы. Пациенты могут обладать наследственным фактором, стареют; усугубляют



Служба помощи инвалидам на дому. Мобильный операционный блок. 2005 г.

Передовой. Многофункциональный. Особенный.



течение глаукомы также диабет, гипертония и т.д. Несмотря на то что на рынке появилось множество новых лекарств, количество слепых, к сожалению, меньше не становится. Выявляемость становится больше, однако охват населения все равно остается на низком уровне. В Москве множится количество клиник, врачи хотят работать самостоятельно, но их все равно не хватает, я уже не говорю о других регионах. В Израиле, например, 6 млн населения, а клиник гораздо больше, чем в Москве, и они совсем не простаивают. Я не думаю, что государство способно охватить медицинскими услугами все население.

С.И.: А государство и не должно стремиться охватить всех. Оно должно создавать условия для устойчивого развития проблемных отраслей.

— Можно сказать, что компенсация недостатка офтальмологических услуг будет происходить за счет частной медицины?

С.Ю.: Возможно. Частные клиники могут принадлежать одному-двум физическим лицам, а могут принадлежать страховой компании.

С.И.: Полностью компенсировать недостаток офтальмологических услуг за счет частной медицины не получится, пока частные клиники не войдут в систему обязательного медицинского страхования, потому что частная клиника будет забирать только рентабельную часть: катаракту, рефракционную хирургию, пластику — все то, на чем можно заработать. Если ОМС будет покрывать «нерентабельную» часть — диспансеризацию, хронические заболевания — тогда у частной медицины есть шанс занять и эти ниши.

С.Ю.: Меня всегда немного корбит разделение «государственное — частное». Мы все учились в одних университетах, работали в институте Федорова, Гельмгольца или НИИ ГБ РАМН. Все мы из одной среды, сообщества. Какая разница, на какие деньги куплено оборудование? Пациентов не волнует, где мы заняли денег и купили оборудование, или из каких налогов государство дает деньги институтам и больницам на приобретение техники. И нас не должно это волновать.

С.И.: По закону в конкурентном отношении мы равны.

С.Ю.: Оборудование у нас в основном не российское. Если из отечественного у нас «Локолинк» и ИАГ-лазерная установка, остальное — американское, японское или немецкое...

— В МНТК сейчас проходит испытания первый отечественный фемтолазер.

С.Ю.: Да, это детиче энтузиаста, профессора С.К. Вартапетова. Это вообще уникальная личность. Он раньше сделал российский эксимерный лазер и успешно продает его в Китай, в Латинскую Америку. Теперь создал фемтолазер, но не хватает финансирования, чтобы организовать серийное производство. В одиночку это чрезвычайно сложно.

С.И.: Во всем мире даются субвенции, субсидии.

С.Ю.: Если такие люди, как Сергей Каренович Вартапетов или Сергей Игоревич Анисимов, выступают с идеей выпустить аппарат для коррекции кератоконуса, например, во Франции или в Швейцарии, им будет предоставлено помещение без арендной платы (надо будет платить по счетам только коммунальные расходы: свет, воду, отопление). У них будут огромные предпочтения по уплате налогов, потому что они свои идеи, силы вкладывают в здравоохранение, в лечение людей. У нас в стране — коммерческая аренда может съесть весь бюджет компании.

С.И.: Нам говорят, вы же бизнесмены, если не было бы выгодно, вы не стали бы этим заниматься.

— И неважно, лечите ли вы людей или продаете роскошные автомобили.

С.И.: Абсолютно неважно. А разве это правильно?

— Как вы считаете, смогут ли пациенты в обзорном будущем лечиться по линии ОМС в негосударственных клиниках?

С.Ю.: На наш взгляд, обязательно наступит это время в ближайшие год-два. Мы уже вошли в систему ОМС, заключили договора с 10 страховыми компаниями. Мы начали только с января, и для нас пока представляет определенную сложность система отчетности.

С.И.: Бюрократическая надстройка в этой области уже существует, но мы пока не научились с ней взаимодействовать. Везде свои правила. Нужны специалисты, у нас их пока нет. Существует еще один серьезный нюанс: амбулаторная помощь не покрывается ОМС, надо почему-то обязательно пациента госпитализировать.

— Я даже догадываюсь, почему: главным критерием развития медицины у нас пока считается оборачиваемость койки.

С.Ю.: Мы понимаем, что у нас медицинская помощь крепко привязана к койке, но ведь не койка лечит!

С.И.: Без койки катаракта оплачивается в размере 8 тысяч руб., а с койкой — 70 тысяч. А 8 тысяч позволяют только покрыть стоимость хрусталика с вискоэластиком.

С.Ю.: Все это, конечно, мешает. Однако мы в эту систему вошли, чтобы помогать большому количеству пациентов. Как говорится, чтобы осилить дорогу надо сделать первый шаг.

Сейчас многие крупные страховые компании, работающие в системе ОМС, готовы проявлять гибкость, и на словосочетание «дневной стационар» реагируют адекватно, понимают, что это такое, и согласны с нами работать.

— Как вы оцениваете уровень менеджмента в частной медицине? Кто должен стоять во главе медицинского центра — врач или профессиональный управленец?



Плавучая клиника Глазного центра «Восток-Прозрение». 2002 г.



Хирург С.Ю. Анисимова проводит операции в Костроме на борту плавучей клиники. 2002 г.

С.Ю.: Безусловно, врач, он должен определять стратегию. А у него должен быть заместитель или главный бухгалтер, отвечающий за финансово-экономические вопросы.

С.И.: У нас американская система не работает, командир должен идти впереди. Возможно, в больших государственных или публичных клиниках нужен менеджер, но в маленьких, частных — едва ли. В Европе, Америке крупные публичные клиники управляются менеджерами.

С.Ю.: Их этому специально учат. Будущие менеджеры изучают спецкурс — управление медицинским учреждением, получают диплом именно по этому направлению.

С.И.: Более узкие направления внутри лечебного учреждения возглавляются уже врачами-профессионалами.

— **В народе бытует мнение, что частные клиники чрезмерно завышают стоимость лечения. Как в вашей клинике формируется ценовая политика? Могут ли пациенты посетить вашу клинику бесплатно или с большой скидкой?**

С.Ю.: Во-первых, сейчас практически все клиники вне зависимости от формы собственности оказывают помощь на коммерческой основе. И если сравнить коммерческие цены в клиниках с сопоставимым качеством оборудования и квалификации персонала, то вы не увидите существенной разницы между частными, государственными, муниципальными или ведомственными организациями. Наоборот, наша деятельность в этой области более гибкая, у нас есть цены эконом-класса. Мы можем предоставить рассрочку на 3-4 месяца. Никогда не берем деньги перед обследованием, вначале пациент проходит обследование, беседует с врачом, только потом оплачивает консультацию и диагностику. Был однажды случай, когда очень пожилая женщина в инвалидной коляске, совсем слепая, пришла к нам с нучкой, прошла все обследования, но мы оказались не в силах ей помочь. Конечно, мы не взяли с нее денег. Или смотрели тяжелого ребенка, его заболевание оказалось не в нашей компетенции, но мы дали направление, созвонились с врачом, который уже на следующий день принял ребенка.



С.И. Анисимов с дочерью Натальей



С.Ю. Анисимова

И в этом случае родители ничего не заплатили, потому что мы ничем не смогли помочь. Раз в год мы смотрим детский дом, интернат, выписываем детям очки, а благотворительная организация их покупает. Но детишки растут, и их постоянно должны смотреть местные офтальмологи, что у нас развито пока слабо.

С.И.: В Дубне у нас с администрацией города есть договор, мы по определенной квоте лечим в клинике работников и ветеранов образования и здравоохранения города бесплатно.

С.Ю.: Два месяца назад мы купили новый авторефрактометр, а тот, на котором работали, отдали в детский сад для слабовидящих детей. В этом садике три раза в неделю работает офтальмолог, но у него ничего не было из необходимого оборудования. Одна благотворительная организация по нашей просьбе приобрела для садика еще три прибора для лечения косоглазия, амблиопии, и сейчас это уже полноценный детский кабинет, где дети постоянно под наблюдением, где с ними занимаются. Каждый год в мае мы проводим бесплатные консультации для инвалидов и участников войны. В конце августа, в День зрения, посвященный памяти С.Н. Федорова, мы проводим бесплатный прием и операции для всех.




Фемтосекундная лазерная платформа



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

Фемтосекундный лазер VICTUS выполняет:

Рефракционные функции:

- Создание персонализированного лоскута для LASIK
- Формирование тоннелей для интракернеальных колец (ICRS)
- Срезы различной формы для сквозной и послыной кератопластики (PKP/LKP и FLEK)
- Астигматическая кератотомия (AK)
- Коррекция пресбиопии INTRACOR

Катарактальные функции:

- Капсулорексис
- Фрагментация хрусталика
- Кератомические ослабляющие надрезы (AK)
- Тоннельные роговичные разрезы (парацентез)

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

POLIST GROUP

С.И.: В конце октября, в Международный день зрения, проводим бесплатный прием детей из интерната или детского дома. 2 года подряд смотрели детишек, учащихся Центральной музыкальной школы, подбирали им очки.

— **Что делаете с отслужившим срок оборудованием, которое еще прекрасно работает?**

С.Ю.: Продаем по остаточной стоимости. Если прибор стоил, предположим, 10 тысяч евро, отдаем за 500, что-то оставляем на запчасти, некоторые совсем старые образцы еще с советских времен храним для будущего музея.

— **На чем работали хирурги 30 лет назад?**

С.И.: В начале 80-х годов С.Н. Федоров пробыл через Совет Министров СССР интересную программу, по которой практически все оборонные заводы выпускали полезное для медицины оборудование. Например, Загорский оптико-механический завод (ЗОМЗ) выпускал щелевые лампы ЦЛ-3Г, Украина — ЦЛ-2Б, это были копии приборов производства компании Ортоп (Carl Zeiss, Германия); в Ленинграде ЛОМО делало микроскоп МИКОФ, прекрасный по тем временам аппарат. В первых образцах оптика, которая параллельно шла и на военные цели, имела желтоватый оттенок для защиты от ядерной вспышки. Опять же в Загорске выпускали фундус-линзы и копию аппарата «Скелпинс» для обратной офтальмоскопии, прямой офтальмоскоп. Там даже пытались по этой программе сделать автоматический рефрактометр, но не успели — произошел развал Советского Союза. Надо сказать, что до профессора Федорова офтальмология не только в СССР была очень консервативна.

С.Ю.: Оперировали без микроскопов, стая...

— **С чего началась ваша медицинская биография?**

С.Ю.: Мои родители оба — врачи, мама жива, отца уже нет, занимались иммунологией, эпидемиологией. Все разговоры дома, когда я была еще маленькой, вращалась вокруг медицины. Много читала книг о Филатове. В институте (МИМСИ) на 3-м курсе пошла в офтальмологический кружок к Нонне Сергеевне Ярцевой, а кафедрой руководил профессор С.Н. Федоров. Это был 1976 год. Очень скоро я сделала свою первую студенческую научную работу, анализировала карточки пациентов, выступала с докладами на студенческом научном обществе, ну и втянулась...

С.И.: Я тоже попал в медицину по семейной традиции, еще бабушки, дедушки были медиками. Я очень гордился, когда по ночам стучали к нам в окно, бабушка (она работала главным педиатром в подмосковном г. Пушкино) собирала чемоданчик и шла к больному ребенку.

— **А почему выбор пал именно на офтальмологию?**

С.И.: Мне, как вороне, очень нравились инструменты — блестящие, красивые, позвякивают...

— **Светлана Юрьевна, Вы являетесь генеральным директором клиники, а Ваш муж, Сергей Игоревич, — научный директор и, по сути, Ваша правая рука. Как строится ваш взаимоотношения на работе, не мешает ли это в личной жизни?**

С.Ю.: Мы женаты уже 32 года, всю жизнь работали вместе. На самом деле многие успешные офтальмологические центры

держатся на семейных парах. Смотрите, клиники Медведева, Коновалова, Першина... Можно доверить друг другу финансы, пациентов, что намного облегчает жизнь.

С.И.: Помните, как говорил Мюллер: «Доверять нельзя никому... А мне можно».

— **Ваша дочь Наталья, насколько я понимаю, пошла по вашим стопам.**

С.Ю.: Да, но она только первый год в офтальмологии. А начала нам помогать еще подростком, когда мы выезжали в регионы, заполняла карточки на пациентов. Спрашивала больного, как его зовут, ей отвечали, например: «Пал Палыч». Она так и записывала в амбулаторную карту: «Пал Палыч» (ей было тогда 12 лет).

С.И.: Когда ходили по Волге на теплоходе, работала на кассе и санитаркой. А на 5-м курсе она уже делала простые диагностические процедуры, беседовала с пациентом, закапывала капли пациентам перед приемом. Сейчас уже помогает в операционной: накладывает швы, делает анестезию, вспомогательные этапы, т.е. уже может во многом помочь. Окончила курсы «Алкон» по факосмульсификации, старается с нами выезжать на симпозиумы, на лекционные курсы. Часто выступает на студенческих научных конференциях. Помогает и сын, который по образованию юрист и финансист, сам сделал сайт клиники, обновляет его, рекламирует, помогает с оформлением патентов.

— **В заключение позвольте буквально несколько вопросов, не связанных с медициной. Качества, которые вы больше всего цените в мужчине, женщине?**

С.Ю.: Самое важное в мужчине, конечно, ум. А в женщине — все хорошо, потому что она — женщина. Самое неприятное качество в человеке — это готовность соврать, обмануть. В свое время нам пришлось даже расстаться не по-хорошему с некоторыми сотрудниками.

С.И.: Мужчина должен быть неспособным к предательству. В женщине — очарование, обаяние.

— **Что является вашим главным недостатком (достоинством)?**

С.Ю.: Вспыльчивость, наверное, нетерпеливость, торопливость в суждениях, иногда в принятии решений.

С.И.: Главное достоинство Светланы Юрьевны — справедливость.

С.Ю.: Отходчивость, вот, наверное, мое основное достоинство.

С.И.: Она же родилась в один день с профессором Федоровым, у них абсолютно схожие «львиные» характеры.

— **Ваши любимые литературные персонажи?**

С.Ю.: Еще со студенческих лет очень люблю современную литературу, чьи герои живут в том же времени, что и мы. Мне нравится Людмила Улицкая, при этом я люблю далеко не все ее произведения. Однако мне близки многие ее персонажи, живущие среди нас. А как она прописывает женские характеры! Безоговорочно люблю все произведения, которые написал Валентин Черных: «Женщин обижать не рекомендуется», «Москва слезам не верит» и другие романы. Я получаю истинное наслаждение от всех его произведений. К сожалению, его уже нет с нами. С удовольствием читаю и легкие жанры, детективы, например. После операционного дня или приема больных хочется отвлечься от работы, и развлекательная литература очень этому способствует. С удовольствием прочла почти всю Устинову, некоторые вещи Марининой, мне очень нравится Акунин. Помимо его книг, в интернете часто читаю его блоги, мне интересны его суждения по различным вопросам.

С.И.: «Похождения бравого солдата Швейка» и рассказы Чехова, конечно.

— **И последний вопрос: ваши любимые изречения.**

С.Ю.: Мое любимое изречение — М.Е. Салтыкова-Щедрина о том, что в России нельзя ничему удивляться: «Если на Святой Руси человек начнет удивляться, то он ослепнет в удивлении, и так до смерти столбом и простоят».

С.И.: Еще мой дед говорил: «Ничего не поздно исправить, пока жив человек».

Материал подготовили

Л. Тумар и С.Тумар

Фото из архива С.Ю. Анисимовой и С.И. Анисимова

Комплексное инновационное аппаратно-программное решение для диагностики и хирургии катаракты

М.А. Руднева

ООО «ОПТЭК», Москва, Россия

С развитием современных технологий диагностики и хирургии катаракты повышаются ожидания пациентов в отношении результатов хирургического вмешательства и, в первую очередь, возрастают требования к качеству зрения после удаления катаракты и имплантации интраокулярной линзы. Для достижения этих целей разрабатываются комплексные решения, объединяющие диагностику и хирургию. Комплексное решение заключается в создании высокоточного диагностического и хирургического оборудования, а также эффективной технологии рабочего процесса. Оптимизация процесса диагностики и лечения катаракты достигается за счет разработки программного обеспечения, которое с помощью сетевых решений позволяет объединить приборы в единый комплекс с возможностью обмена данными между ними.

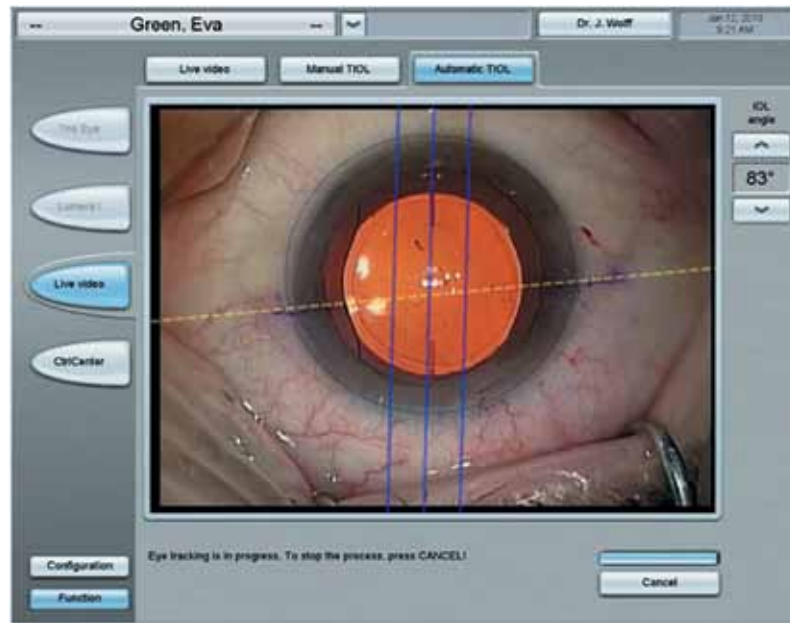
Цель настоящей работы — изучение возможностей системы Cataract Suite производства Carl Zeiss Meditec (Германия) для оптимизации рабочего процесса и повышения эффективности диагностики и хирургии катаракты.

Система Cataract Suite включает следующие компоненты:

1. Оптический когерентный биометр IOL Master 500 выполняет необходимые измерения для расчета оптической силы интраокулярных линз. Бесконтактный способ измерения значительно повышает точность полученных измерений. С помощью функции «Reference Image» автоматически получают эталонный снимок при обнаружении астигматизма в ходе стандартной процедуры биометрии.

2. Система управления данными FORUM создает центральный архив базы данных пациентов, позволяет управлять данными. В данном комплексе FORUM получает биометрические параметры и эталонный снимок в формате DICOM из IOL Master 500, для дальнейшего импорта в компьютеризированную систему для хирургии катаракты CALLISTO eye. Все данные могут быть визуализированы непосредственно в операционной, на мониторе Callisto eye.

3. CALLISTO eye — информационная система для хирургии катаракты — предназначена для выполнения целого ряда задач в операционной: получает данные пациента из информационной системы FORUM, проверяет соответствие эталонному снимку с целью позиционирования относительно глаза пациента и отслеживает изображение глаза в реальном времени. Референтная и целевая оси отображаются с наложением на видеозображение, что позволяет выполнять безмаркерное точное позиционирование



ИОЛ. Разметка также визуализируется в окуляре хирурга. Ручная интраоперационная разметка роговицы не требуется. Система позволяет осуществлять импорт данных пациента из системы FORUM, а также имеет вспомогательные функции для хирургии.

4. Online Калькулятор торических ИОЛ Z Calc — высокоточный калькулятор оптической силы ТИОЛ использует уникальную методику расчета линзы по меридианам, тем самым значительно повышая значение постоперационной рефракции.

5. Операционный микроскоп OPMI Lumera 700 (Carl Zeiss) позволяет детально визуализировать операционное поле и структуру глаза для достижения максимального гарантированного результата хирургии. Работает совместно с Callisto eye. Вся необходимая информация отображается в окуляре операционных микроскопов семейства ZEISS OPMI LUMERA®, что способствует точному позиционированию торических ИОЛ.

6. Хирургическая система Visalis S500 — офтальмологическая микрохирургическая система для факосмульсификации катаракты и передней витректоми. Поддерживает хирургию с разрезом менее 2 мм. Работает совместно с Callisto eye, передавая все необходимые параметры хирургии с возможностью визуализации на мониторе Callisto и в окуляре хирурга.

Система Cataract Suite была установлена на базе нескольких офтальмохирургических отделений Москвы, после чего был проведен опрос хирургов, использовавших в своей практике данную систему.

В результате проведенных исследований были выявлены следующие основные преимущества использования системы Cataract Suite.

Диагностическое оборудование обеспечивает специалистам возможность оценки состояния органа зрения пациента с использованием нормативной базы данных, основанной на многолетних

исследованиях. Специализированное программное обеспечение для офтальмологии содержит обширную базу данных глазных заболеваний для проведения сравнительного анализа.

Все приборы способны обмениваться данными и передавать их в формате DICOM, а также оснащены удобным функционалом для экспорта в архив и коллегам, для получения «второго мнения», что делает процесс постановки диагноза качественным и оперативным.

Метод оптической биометрии отличается быстротой, удобством применения для врача и пациента, обеспечивает точные и повторяемые результаты. Для клинической практики это означает повышение ее эффективности, точности и оптимизацию всего диагностического процесса

Для создания цифрового архива клинических данных, а также проведения электронного обучения используется специализированная информационная система для офтальмологии FORUM, в комплекте с программными модулями объединения анализа структурной и функциональной диагностики, а также возможностью просмотра видеозаписей хирургических операций. FORUM — открытая система и обеспечивает интеграцию в информационную медицинскую систему, установленную в клинике. Полноценное использование FORUM позволяет объединить различные подразделения клиники в единое информационное пространство и перейти на электронный документооборот. В клинике можно организовать необходимое количество рабочих мест с постоянным или поочередным доступом к клинической базе данных. Установка программы для работы с базой данных возможна на стационарном компьютере и ноутбуке (MacOS, Windows) а также на планшетном компьютере (iOS, Windows 8). Установка программы на ноутбук и планшетный компьютер позволяет осуществить подключение к базе данных из любого расположения. Единственным условием является

наличие интернета. Передача данных осуществляется по защищенным протоколам.

Callisto eye представляет собой модульную платформу, которая работает с операционным микроскопом OPMI LUMERA 700 (Carl Zeiss Meditec) и помогает хирургам выбрать место основного разреза, получить правильной формы и размера капсулорексис, выполнить точное позиционирование торических ИОЛ и лимбальных послабляющих разрезов.

Объединение IOLMaster 500, OPMI LUMERA 700 и CALLISTO eye в единую систему значительно повышает эффективность и точность манипуляций на каждом этапе хирургии катаракты.

Преимуществом аппарата Visalis S500 является современный и очень удобный интерфейс: быстро открывающиеся и всплывающие окна, достаточно крупные, с прямым доступом к ключевым параметрам, максимум двухуровневая навигация с всплывающими окнами. Это позволяет довольно быстро и обучать операционные команды, и адаптироваться к этому прибору. Прибор полностью русифицирован. Благодаря расширению современных технологий переключение между помпами

системы перистальтического насоса и трубки Вентури возможно без отрыва от операции и без смены кассеты. Это очень большое преимущество: работая на перистальтике, вы моментально переходите в режим Вентури, сделав этап факосмульсификации, одним нажатием клавиши переходите в режим витректоми. Система имеет универсальную кассету для операций на переднем и заднем отрезках глаза, и она единая для перистальтической помпы и помпы Вентури, что очень удобно.

Заключение: Аппаратно-программный комплекс Cataract Suite значительно повышает точность диагностики и эффективность хирургического лечения катаракты. Системы FORUM и CALLISTO eye расширяют информационное обеспечение диагностики и хирургии катаракты, позволяют создавать базу данных пациентов, проводить сравнение результатов диагностических исследований с нормативами, архивировать результаты исследований и видеозаписи операций. Применение системы Cataract Suite имеет особенно большое значение при имплантации торических ИОЛ, т.к. существенно повышает точность их позиционирования при имплантации. ■



ТРАБЕКУЛЭКТОМИЯ: ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

Пособие для врачей, интернов, клинических ординаторов

С.Ю. Петров

Окончание. Начало см. в №1/2014

Иссечение корнеосклерального блока — важная часть фистулизирующего вмешательства, в процессе которого происходит критический перепад ВГД, зачастую оказывающий влияние на исход вмешательства. Дискутируются локализация, методика иссечения и размер самого блока.

По классическому методу следует иссечь зону, включающую участок шлеммова канала. На практике же, доводя расслоение склеры до прозрачных слоев роговицы, хирурги часто иссекают участок лимба роговичнее от канала. В своих работах М.М. Краснов приводил информацию об облитерации краев шлеммова канала, оставшихся после проведения СТЭ, что еще раз свидетельствует о том, что влага вытекает преимущественно через фистулу, а не через обнажившиеся просветы шлеммова канала.

Условным ориентиром проекции шлеммова канала служат мелкоточечные выпускники, расположенные по линии, параллельной лимбу. И если выкраиваемый блок включает эти выпускники, велика гарантия того, что иссекается шлеммов канал. Если ориентиры проекции шлеммова канала определить не удается, лучше сформировать фистулу роговичнее, особенно при узком угле передней камеры.

Иссечение корнеосклерального блока выполняют лезвием, формируя участок различной площади (рис. 14). Последнее

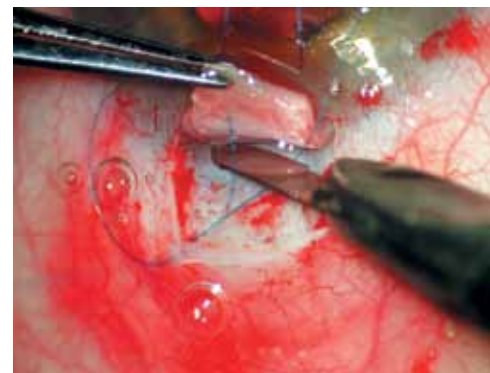


Рис. 14. Вскрытие передней камеры лезвием

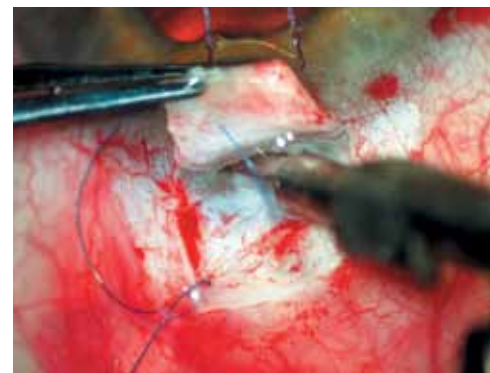


Рис. 16. Рабочая часть глаукомного панча по Келли заведена в переднюю камеру

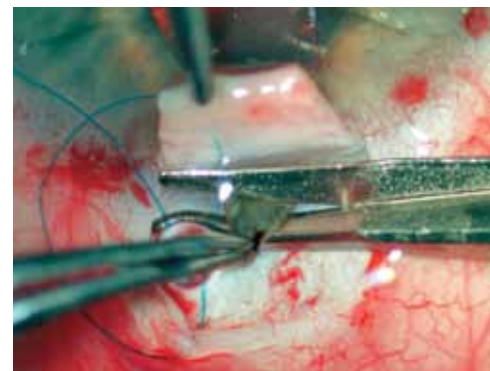


Рис. 18. Проведение базальной иридэктомии

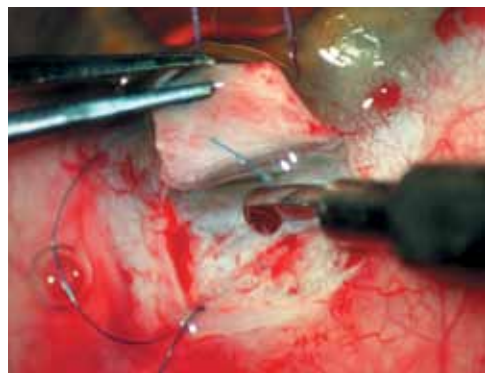


Рис. 15. Вид рабочей части глаукомного панча по Келли

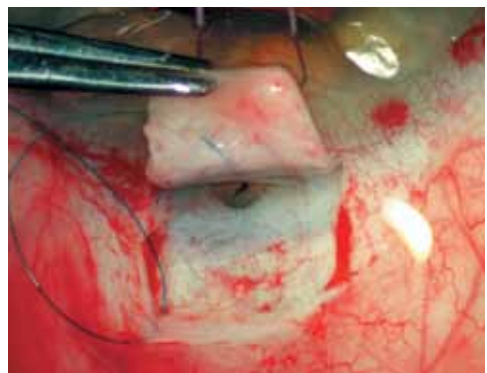


Рис. 17. Вид фистулы после однократного выкусывания корнеосклерального блока панчем по Келли

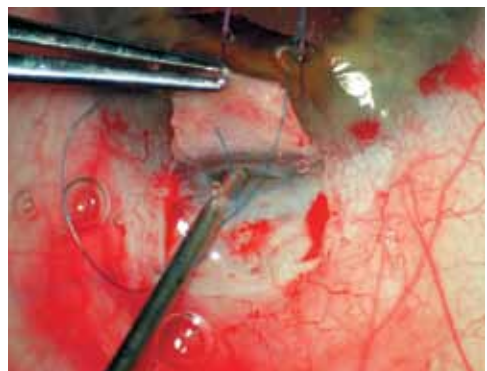


Рис. 19. Наполнение передней камеры вискоэластиком

десятилетие весьма популярными стали т.н. глаукомные панчи, которые подобно кусачкам позволяют аккуратно выкусывать ровные полукруглые участки необходимой величины и количества. После выполнения сквозного разреза в основании лоскута, рабочую часть панча заводят внутрь и выкусывают необходимый участок (рис. 15-17). Еще одним преимуществом данной методики является минимальная травматичность, поскольку наконечник панча, погружаемый в направлении радужки, плоский и гладкий, что исключает ее повреждение.

Для полноценного оттока жидкости из глаза нет необходимости в формировании крупной фистулы. Это подтверждают не проникающие вмешательства, а также микродренажи типа Ex-PRESS. Однако при выполнении полноценной фистулизирующей операции следует быть готовым к кровотечению в зоне фистулы, которое может легко тамионировать незначительное отверстие, а в случае с фистулой достаточной величины этого не происходит. Основные источники кровотечений: сосуды радужки, рефлюкс из шлеммова канала, из периферии цилиарного тела при его повреждении, из зияющих сосудов склерального ложа и лоскута.

Иридэктомия. Нередко сразу после удаления корнеосклерального блока давление в передней камере быстро падает, стремясь к атмосферному, в то время как в задней

камере оно еще может сохраняться относительно высоким. Из-за разницы в давлении в зону фистулы вставляется периферический участок радужки, подавливаемый заднекамерной жидкостью. Поэтому в первую очередь после формирования полноценной фистулы следует оценить вероятность выпадения периферии радужки и при наличии такового плотно прикрыть эту зону склеральным лоскутом, после чего, подготовив ножницы, выполнить иридотомию. Как правило, сквозная иридотомия приводит к спадению радужки, в противном случае есть риск полного выпадения локального сектора радужки почти до зрачка. Вправлять радужку шпательем не рекомендуется.

Для выполнения базальной иридэктомии ирис-пинцетом захватывают небольшой участок радужки у корня, немного подтягивая наружу, ее отсекают (рис. 18). При этом ассистента просят приоткрыть склеральный лоскут, а пациента предупреждают о возможно болезненном этапе операции. Хотя в целом при адекватном анестезиологическом пособии этот этап проходит практически безболезненно. Важно также удостовериться в проведении сквозной иридэктомии, признаком чего, как правило, является визуализация в удаленном участке ткани черепного пигментного листка.

В случае перерезки крупных сосудов радужки возможно кровотечение с образованием гипфемы. Считается, что данное кровотечение прекращается при повышенном ВГД. Поэтому следует прижать склеральный лоскут и быстро восполнить переднюю камеру.

Нередко после выполнения иридэктомии хирурга смущает некоторая деформация зрачка, для исправления которой зону лимба плавными движениями с легкой компрессией массируют шпательем или канюлей по направлению к центру роговицы, что способствует расправлению радужки с восстановлением округлой и симметричной формы зрачка. Однако следует иметь в виду, что подобные манипуляции могут привести к опорожнению передней камеры. Чаще радужка самостоятельно восстанавливает свое положение после восстановления объема камеры.

При хорошей прозрачности периферии роговицы возможна аккуратная попытка оттянуть радужку к центру с помощью толстой канюли вискоэластика через хирургическую фистулу. В случаях с артифакцией это не вызывает особых затруднений, в то время как в факичных глазах это сопряжено с риском повреждения передней капсулы хрусталика.

Восстановление передней камеры. Наиболее распространенным побочным эффектом фистулизирующих вмешательств является появление жидкости между склерой и сосудистой оболочкой. Это явление получило название цилиохориоидальной отслойки (ЦХО) или острой сосудистой отслойки (ОСО). По данным УЗ-исследований Б.Н. Алексеева, в той или иной степени ЦХО развивается на операционном столе почти в 100% случаев. Основная причина — резкое и продолжительное снижение ВГД. Это сопровождается снижением естественного синтеза внутриглазной жидкости, снижением тока жидкости в субконъюнктивальное пространство с его последующим активным рубцеванием. Таким образом, перепад ВГД, сопровождающийся мелкой передней камерой в процессе операции, может привести к срыву компенсации в отдаленном периоде. Поэтому борьба с данным явлением является важной интраоперационной задачей.

Для восстановления передней камеры применяют сбалансированный солевой раствор (BSS), стерильный воздух и вискоэластичные материалы.



ISBN: 978-5-905212-35-2
Издательство «АПРЕЛЬ»

Долгое время введение BSS и стерильного воздуха были классическими методами восстановления объема передней камеры после фистулизирующих вмешательств, пока в 1984 г. Р. Blondeau не наполнил переднюю камеру гиалуронатом натрия у 10 пациентов, получив существенное снижение числа ЦХО. Это событие открыло эпоху вискоэластики в хирургии глаукомы. В 1992 г. M.S. Juzysch использовал введение вискоэластика у пациентов после имплантации клапана Molteno. А в 1994 г. C. Raitta предложил вводить вискоэластик не в конце, а в начале операции для профилактики опорожнения передней камеры. В России пионером интраоперационного применения вискоэластика считается И.Б. Алексеев. Наличие вискоэластика в камере не только позволяет поддерживать ее объем и ВГД, но также препятствует развитию гипфемы и проникновению в камеру антиметаболитов при их интраоперационном использовании, что способствует сохранению клеток заднего эпителия роговицы.

Небезынтересен факт популярности введения вискоэластика и в послеоперационном периоде. В 1999 г. Американское глаукомное общество опросило 196 хирургов о сроках и показаниях для введения вискоэластика в переднюю камеру после синустрабекулэктомии. Оказалось, что 75% опрошенных предпочитают вводить вискоэластик за щековой лампой в условиях смотрового кабинета. Основными показаниями для введения были названы: гипотония (19%), иридокорнеальный контакт (47%) и корнеохрусталиковый контакт (88%). Эту процедуру выполняли на 1-7 день, в среднем — 1 сутки после операции.

На практике вискоэластик вводят в начале операции через парацентез, сразу после вскрытия передней камеры под склеральный лоскут (рис. 19), в процессе, а также при необходимости в конце операции для восполнения передней камеры. Т.н. тяжелые вискоэластики на основе гиалуроната натрия лучше держат переднюю камеру, чем метилцеллюлоза. Однако применение последней более распространено, возможно, в силу ее стоимости. При хорошей функционирующей фистуле вискоэластичский материал, как правило, полностью покидает камеру на 2-3 сутки.

Последние 5 лет в зарубежной практике чаще используют BSS по причине применения т.н. съемных склеральных швов. Эти швы накладываются на склеральный лоскут в дополнение к основным и снимаются либо тракционно пинцетом, либо рассекаются лазером при необходимости в раннем послеоперационном периоде. Подробнее об этом будет сказано ниже.

Фиксация склерального лоскута производится сразу же после проведения базальной колобомы и восстановления передней камеры (при необходимости) с расправлением радужки.

Для этого чаще используют шовный материал из полипропилена 8-0 или тоньше. Количество склеральных швов зависит от формы лоскута и способности глаза самостоятельно сохранять наполненность передней камеры. При треугольном и полукруглом лоскутах накладывают 1 шов, при прямоугольном — 2 шва.

Рекомендуется накладывать т.н. косметические швы, т.е. располагать узелок под самим лоскутом. На рисунке с парацентезом

видны особенности данного шва: первый вкол делают изнутри в угол ложа, второй — снаружи в лоскут (рис. 13). Сразу завязать узел так, чтобы его концы спрятались под лоскут, практически не удается, поэтому после того, как нить шва срезана, тонким шовным пинцетом осуществляют тракцию наружной части нити в дистальном направлении, смещая узел внутрь (рис. 20, 21). Оставив короткие торчащие концы швов, есть высокий риск получить перфорацию конъюнктивы с наружной фильтрацией и соответствующими осложнениями.

Не следует слишком перетягивать лоскут, т.к. это снизит ток ВГЖ и может вызвать астигматизм, но и оставлять его свободным также нежелательно. Немаловажным моментом является то, что после ослабления провизорного роговичного шва, натягивающего зону лимба и, соответственно, основание лоскута, может оказаться, что лоскут, ранее пришитый вполне прочно, вдруг становится более свободным. Учитывая это, можно рекомендовать ушивание лоскута при ослабленном провизорном шве, тем более что его придется ослабить при последующей герметизации конъюнктивального разреза.

При действительно избыточном затягивании швов можно попытаться несколько ослабить их с помощью проведенного под лоскутом шпателя (рис. 22).

Съемные швы накладывают в тех случаях, когда стандартное количество узловых склеральных швов не способно обеспечить адекватную герметизацию передней камеры с поддержанием ее нормального объема. Удаление шва осуществляют по показаниям путем тракции за его роговичную часть (рис. 23-25).

Фиксацию конъюнктивального лоскута чаще осуществляют шовным материалом, вызывая наименьшую реакцию тканей, т.е. синтетическим монофиламентом.

Дистальный конъюнктивальный разрез герметизируют непрерывным швом 8-0, захватывая край конъюнктивы и эписклеры, следя за тем, чтобы края эписклеры не оставались снаружи. Большинство хирургов предпочитают непрерывный обвивной шов, однако некоторые накладывают и т.н. матрацный. Критичным можно считать не вид шва, а его шаг, что может существенно повлиять на герметичность.

В случае самопроизвольного сокращения краев конъюнктивы возникают затруднения в их сопоставлении. В таком случае не рекомендуется сразу притягивать их друг другу, затягивая шовную нить после прошивания каждого края. Можно наложить непрерывный шов целиком, оставляя нити незатянутыми, а в конце перед завязыванием последнего стежка постепенно подтягивать швы, шаг за шагом, плавно сопоставляя края разреза.

Ушивание лимбального разреза, с одной стороны, проще и занимает меньше времени, а с другой — сложнее методически, т.к. конъюнктивальный край у лимба значительно тоньше, и хирургу приходится в каждом случае рассчитывать индивидуальные места фиксации для выполнения оптимального натяжения конъюнктивы к лимбу. Подтверждение этого — наличие около десятка модификаций шовной фиксации лимбального разреза.

Перед ушиванием конъюнктивы рекомендуют ослабить провизорный шов, инстиллировать местный анестетик, а также провести проверку ее мобилизации — еще раз пройтись расслаивателем в полости будущей фильтрационной подушки, уделив внимание краям разреза, т.н. карманам. Это поможет подтянуть край к лимбу в случае его сокращения. Вследствие отека или кровоизлияния конъюнктивальная может собираться валиком, что отодвигает ее край в направлении от лимба, делая сопоставление с лимбом практически невозможным. В таком случае, орошая конъюнктивальную полость физиологическим раствором, следует совершать серию поглаживающих движений шпательем, либо толстой канюлей, расправляя конъюнктиву от векорасширителя к лимбу в течение 1-2 минут.

Наибольшую популярность получил узловый шов, позволяющий провести необходимую герметизацию всего двумя швами. Вначале определяют две условные точки конъюнктивального края, которые будут пришиты к углам разреза, плотно притягивая конъюнктиву к лимбу. Условно они могут соответствовать границам крайних четвертей края конъюнктивы. Взявшись за край в районе этих точек двумя конъюнктивальными пинцетами, их



Рис. 20. Подтяжка косметического склерального шва (полипропилен 8-0) тонким шовным пинцетом для погружения узелка под склеральный лоскут



Рис. 21. Вид склерального лоскута с двумя узловыми косметическими швами



Рис. 22. Растяжение чрезмерно плотно ушитого склерального лоскута

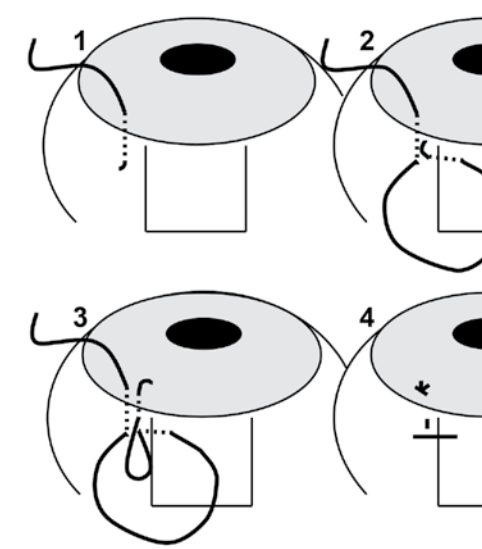


Рис. 23. Вариант наложения съемного шва № 1

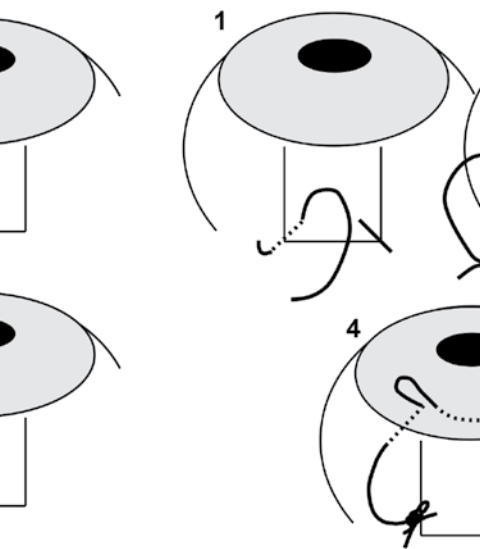


Рис. 24. Вариант наложения съемного шва № 2

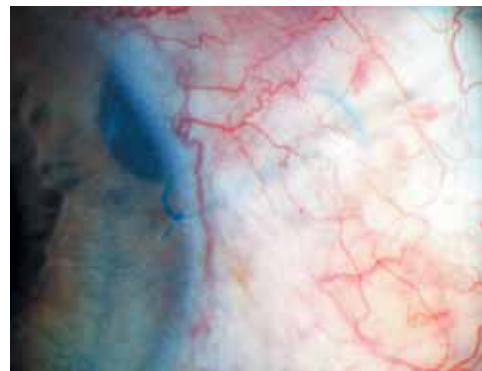


Рис. 25. Вариант наложения съемного шва № 1

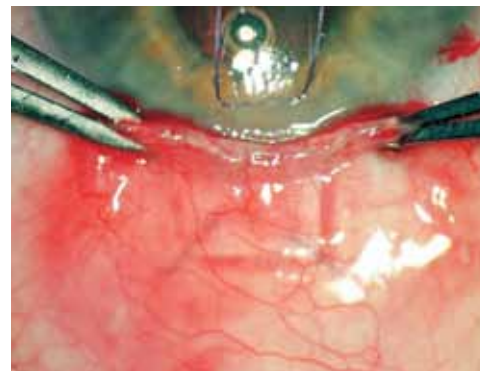


Рис. 26. Подтяжка конъюнктивального края к лимбу с определением мест для шовной фиксации

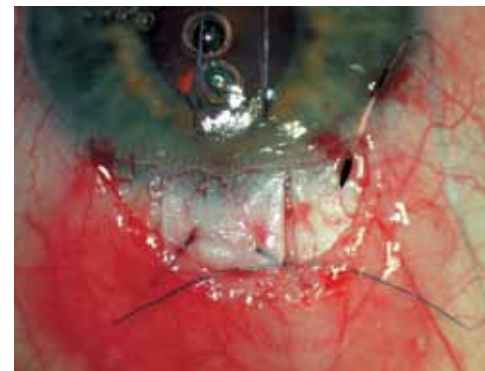


Рис. 27. Наложение первого лимбального шва (полипропилен 8-0)

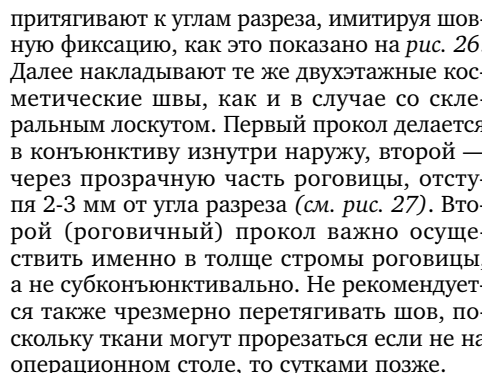


Рис. 28. Лимбальный разрез после наложения первого шва

Рис. 29. Вид лимбального разреза с двойной узловым фиксацией

Применение антиметаболитов

Как было отмечено выше, ведущей причиной снижения гипотензивной эффективности всех фильтрующих глаукомных операций является избыточное рубцевание хирургически созданных путей оттока. Степень риска по рубцеванию индивидуальна и зависит от многих факторов. Предложена классификация факторов риска по 3 степеням рефрактерности (Еричев В.П., Бессмертный А.М.):

- I степень:
 - далеко зашедшая стадия первичной глаукомы;
 - псевдоэкзофталмическая глаукома;
 - глаукома у лиц моложе 50 лет;
 - неуспех фистулизирующей хирургии на парном глазу.

II степень:

- оперированная первичная глаукома;
- афакичная (артифакционная) глаукома;
- юношеская глаукома;
- увеальная (без проявлений неоваскуляризации).

III степень:

- многократно оперированная первичная и вторичная (афакичная, увеальная) глаукома;
- неоваскулярная глаукома;
- увеальная глаукома с неоваскуляризацией;
- группа иридо-корнеальных синдромов.

 Риск избыточного рубцевания большей степени предусматривает и более широкий комплекс профилактических мер. Одним из ведущих методов профилактики фиброза зоны операции является применение антиметаболических препаратов: митомидин-С и фторурацила.

Митомидин-С (М-С) — противоопухолевый антибиотик, выделенный из грибов *Streptomyces caespitosus*. Выпускается в виде лиофилизата для приготовления раствора по 2, 5, 10 и 20 мг. Показан для комплексной химиотерапии терапии онкологических заболеваний. В России официального разрешения для применения в офтальмологии не имеет. В профилактике избыточного рубцевания после глаукомных операций

используется его подавляющее действие на весь цикл пролиферации фибробластов и синтеза коллагена. Гистологически это выглядит в виде нарушения цитоархитектоники тканей, разрушения ядер эпителиальных клеток и гибели фибробластов. В офтальмологии широко распространено интраоперационное применение М-С. Для этого готовят раствор из расчета 0,4 мг/мл, пропитывают им целлюлозную губку, которую помещают в область будущей фильтрационной подушки между склерой и теноновой капсулой до формирования склерального лоскута на 1-4 мин в зависимости от степени риска рубцевания. После удаления губки обработанную область промывают 10-15 мл физиологического раствора. Важно не допустить попадание препарата на зоны, предназначенные для ушивания, и зону лимба. Размер губки должен соответствовать размеру будущей фильтрационной подушки.

Флюороурацил (фторурацил, ФУ) — противоопухолевый препарат из группы антиметаболитов. Выпускается в виде раствора для инъекций в ампулах и флаконах раз-

личного объема в концентрации 50 мг/мл. Применяется по схожим с митомицином показаниям, также не разрешен в российской офтальмологической практике. Считается, что его супрессивная активность в 100-300 меньше митомицина, соответственно, значительно слабее выражена и токсичность. ФУ чаще всего применяется субконъюнктивально в послеоперационном периоде. Разовая доза — не более 5 мг препарата. Курсовая доза, подтвержденная экспериментально, может достигать до 105 мг. Однако дозозависимое увеличение осложнений ограничивает курс лечения максимум 10 инъекциями даже при высоком риске рубцевания. Инъекции производятся в нижнем или верхнем сегментах, отступая от лимба, предварительно разводят препарат изотоническим раствором или раствором дексаметазона до 0,3-0,4 мл. Лечение начинают с 1-2 послеоперационного дня. На более поздних сроках возможно введение цитостатика в область фильтрационной подушки. Реже ФУ используется во время операций в виде аппликаций губки, пропитанной раствором в концентрации

50 мг/мл с 5-минутной экспозицией и последующим активным промыванием физиологическим раствором.

Для устранения уже возникшей рубцовой блокады мы практикуем нидлинг фильтрационной подушки со 2 суток послеоперационного периода. Для этого в инсулиновом шприце объемом 1,0 мл разводят 0,05 мл 5% раствора ФУ с раствором дексаметазона 4 мг/мл до 0,3-0,4 мл. Для лучшей визуализации распределения раствора в фильтрационной подушке, а также профилактики его просачивания в переднюю камеру в шприц добавляем 0,001 мл 0,08% раствора красителя трипанового синего, добиваясь равномерного светло-синего окрашивания смеси.

В случае нарушения рекомендованных дозировок и методов применения возможны серьезные осложнения, включающие стойкую гипотонию, расхождение швов, расплавление фильтрационных подушек.

Наиболее часто встречающееся осложнение препарата в конъюнктивальную полость после интраоперационного применения или, чаще, после нидлинга — реакция

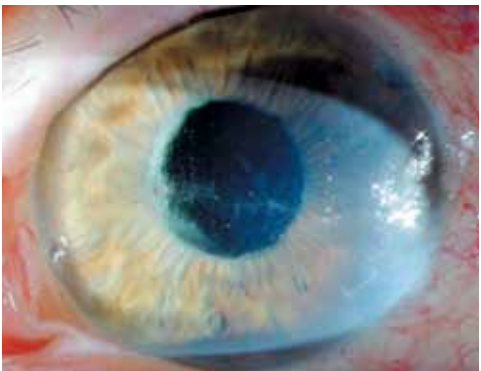


Рис. 30. Эпителиопатия после субконъюнктивального применения фторурацила

со стороны эндотелия вплоть до развития эпителиально-эндотелиальной дистрофии (рис. 30). Впрочем, своевременная адекватная метаболическая терапия позволяет справиться с данной патологией в течение 1-2 недель.

В последний год в литературе встречается опыт применения еще одной группы противоопухолевых препаратов: анти-VEGF. Авторы рекомендуют применять 0,05 мг бевацизумаба в разведении с дексаметазоном до 0,3-0,4 мл в область фильтрационной подушки в количестве 1-2 инъекций. Наилучший противорубцовый эффект отмечается в комбинации с фторурацилом.

Особенности послеоперационной терапии

Стандартная послеоперационная терапия включает местное назначение стероидных и антибактериальных препаратов. Препараты дексаметазона, как правило, назначают по убывающей схеме в течение 4 недель: 4 раза в сутки, 3, 2 и 1 раз в течение последней недели. Антибиотики закапывают вплоть до снятия конъюнктивных швов.

В последнее время стероид и антибиотик назначают в одном комбинированном препарате, а вторым флаконом рекомендуют нестероидный противовоспалительный препарат не более 4 раз в сутки. Хорошие результаты показало комбинированное применение стероидов с нестероидным препаратом неванак («Асеп»).

В клиниках Европы часто придерживаются схемы с более активным назначением местной стероидной терапии, предложенной Францем Грехном при повышенном риске избыточного рубцевания. Так, при визуализации штопоробразных сосудов с элементами неоваскуляризации и гиперемии зоны операции в раннем периоде рекомендуют инстилляцию стероида в первый месяц каждые 2-3 часа, далее с убыванием с 1 раза в 4 часа до 1 раза в 12 часов к концу 4 месяца.

В большинстве глазных отделений России практикуют ежедневные параболбарные инъекции дексаметазона в течение всех 7 дней госпитализации, что может быть вполне оправдано в рамках противовоспалительной, противоотечной и противорубцовой терапии.

По показаниям назначают местные препараты мидриатиков.

Течение раннего послеоперационного периода может преподнести свои сюрпризы, вносящие коррекцию в послеоперационное лечение. Чаще приходится сталкиваться с двумя комплексными группами осложнений: послеоперационная гипертонзия и выраженная гипотония.

Послеоперационные осложнения

Гипертонзия. В случае повышения ВГД для начала следует определить локализацию ретенции. Блокада оттока ВГЖ может локализоваться на уровне фистулы в передней камере, под склеральным лоскутом, а также между склеральным лоскутом и конъюнктивой.

Наличие ретенции в зоне внутреннего отверстия фистулы можно определить с помощью гониоскопии. Бывают случаи высокой гипертонзии, вызывающей отек роговичного эпителия, что затрудняет визуализацию структур УПК. В таком случае возможно аккуратное плавное сдвигание внутриглазной жидкости до нормализации офтальмотонуса под местной инстилляционной анестезией стерильным лезвием через парацентез, сделанный в процессе операции, с обязательным наложением векорасширителя. Как правило, прозрачность роговицы восстанавливается в течение нескольких минут.

Чаще приходится иметь дело со следующими причинами послеоперационной гипертонзии.

Блокада фистулы корнем радужки. При формировании фистулы достаточного размера, а также, что важнее, крупной иридэктомии, блокада отверстия радужкой не наблюдается. При небольшой иридэктомии широкий периферический участок радужки способен произвести полную или частичную блокаду фистулы (рис. 31). В таких случаях пытаются оттянуть радужку инстилляциями пилокарпина, а также локальной лазерной иридопластикой. Иногда хороший эффект приносит лазерная иридэктомия подпапного участка, а также лазерная деструкция краев фистулы.

Возможна **блокада фистулы сгустком крови.** Установить источник кровотечения бывает непросто. Кровотечение из перерезанных сосудов радужки, как правило, дает о себе знать в момент иридэктомии и носит массивный характер, о чем уже говорилось выше. Сосуды цилиарного тела, поврежденного при слишком дистально выполненной фистуле, кровоточат слабо и на следующие сутки, как правило, не дают о себе знать. Чаще всего кровотечение развивается после СТЭ из перерезанных концов шлеммова канала в сроки от первых суток до нескольких лет (рис. 32). Необходимые условия для этого: открытие не облитерированных концы шлеммова канала и низкое ВГД, при котором возможно ретроградное поступление крови из эписклеральных вен сначала в водные вены, а потом в шлеммов канал (рис. 33). Перечисленные выше виды кровотечений чаще бывают причиной гифемы, чем блокады фистулы, хотя многое зависит от объема излившейся крови. По-другому протекают кровоизлияния из венозных перфорантов, перерезанных при формировании склерального лоскута. Они носят зияющий характер, с трудом коагулируются и могут кровоточить в ранние сроки после операции. Истечение крови из них может носить ограниченный характер, но при поступлении в переднюю камеру на фоне гипотонии может стойко блокировать фистулу.

Терапию гипертонзии на фоне гифемы начинают с массажа глазного яблока. Для этого, поставив подушечку указательного пальца на нижнее веко, пациента просят посмотреть вниз. Круговыми движениями проводят пальцевый массаж роговицы через нижнее веко, осуществляя легкую компрессию. При этом желательна визуализация зоны фильтрационной подушки, при наполнении которой массаж следует прекратить. Возможно, размер сгустка крови не позволит получить эффект от однократного массажа. В таком случае назначают тромболитическую ферментную терапию с ежедневным массажем. К тромболитикам относят гемазу в параболбарных или субконъюнктивальных инъекциях числом до 10 на курс в зависимости от объема кровоизлияния. Для этого содержимое 1 ампулы разводится в 0,5 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Полученный раствор содержит дозу, соответствующую 5000 МЕ для одной инъекции. Возможно также применение внутрь ферментных препаратов (вобензим, флогензим). Существенно уменьшить размер сгустка крови можно с помощью лазерной деструкции. В ряде случаев удавалось полностью разрушить его в зоне фистулы. Достаточно эффективным способом нормализации тока ВГЖ можно считать проведение субсклерального нидлинга, о деталях которого будет рассказано в соответствующем разделе.

Наличие самой гифемы без блокады оттока, за исключением случаев массивного кровотечения, редко требует активной хирургической тактики. Важно понимать, что выраженное снижение ВГД, к примеру, при промывании камеры от гифемы, может спровоцировать новое кровотечение (рис. 34). Умеренное количество крови полностью рассасывается самостоятельно на фоне вышеописанной тромболитической терапии.

Наличие гипертонзии на фоне свободной фистулы может быть обусловлено ретенцией на уровне склерального лоскута. Он может излишне прикрывать фистулу в случае его чрезмерной толщины, локализации фистулы в самом его основании, при перетяжке склеральных швов. В ряде случаев отток жидкости из-под лоскута может быть блокирован отеком субконъюнктивальной ткани, а также массивным кровоизлиянием в этой же зоне. В этом случае массаж глазного яблока может быть более эффективен.

Также применяется методика локальной трансконъюнктивальной компрессии рядом с границами лоскута. Процедура проводится под инстилляционной анестезией с помощью подходящего для этого стерильного тупого инструмента (стеклянная палочка для массажа век, плотный тупфер и т. д.). Компрессия рядом с границей лоскута позволяет несколько приоткрыть субсклеральную щель для выхода внутриглазной жидкости. При безуспешности консервативных методик возможно проведение субконъюнктивального и субсклерального нидлинга, который часто помогает нормализовать отток ВГЖ.

Гипотония. Умеренное снижение P_0 в раннем послеоперационном периоде до уровня 8-10 мм рт.ст. с выраженной фильтрационной подушкой и передней камерой удовлетворительной глубины следует считать нормальным развитием послеоперационного процесса при отсутствии бессимптомной ЦХО.

Причины цилиохориоидальной отслойки обсуждались выше. С клинической точки зрения ЦХО может быть бессимптомной, а также клинически выраженной. В любом случае, поскольку она сопровождается снижением продукции ВГЖ, слабое наполнение зоны фильтрационной подушки жидкостью может привести к рубцеванию хирургической зоны в раннем или отдаленном периодах. Поэтому даже если слабая выраженность отслойки сосудистой оболочки с точки зрения лечащего врача не требует активной медикаментозной циклоплетгии, то фильтрационной подушке в любом случае необходимо особое внимание. Сюда можно отнести стероидную терапию и курсовое наполнение подушки растворами цитостатика с дексаметазоном с помощью нидлинга.

Появление ЦХО является показанием для ее лечения, вначале медикаментозного, а при стойком отсутствии передней камеры — хирургического.

Консервативное лечение ЦХО заключается в инстилляциях и субконъюнктивальных инъекциях мидриатиков. Чаще всего инъецируют 0,3 мл 1% раствора атропина, 0,3 мл 5% кофеина или 1% мезатона.

Хирургическое лечение ЦХО достаточно стандартно, его основная задача — восполнение передней камеры через парацентез с трансклеральным дренированием пузырей. Не менее важным аспектом является герметизация потенциального источника наружной фильтрации, выполнив которую удобнее всего в условиях операционной.

После установления факта ЦХО следует провести осмотр конъюнктивы на предмет мест возможной наружной фильтрации. Хорошим тестом для этого остается флюоресциновая проба Зейделя. Под щелевой лампой, желательно без векорасширителя во избежание излишней компрессии, оттянув верхнее веко, наносят на предполагаемую зону конъюнктивы концентрированный раствор флюоресцеина на стеклянной палочке или фильтрационной бумажке. Осмотр проводят в синем или ультрафиолетовом свете. Положительной проба Зейделя считается в том случае, если внутриглазная жидкость, выйдя из конъюнктивального дефекта и смешавшись с флюоресцином, видна как яркая полоска текущей вниз жидкости. Следует иметь в виду, что при отсутствии жидкости в передней камере и под конъюнктивой достаточно сложно ожидать активного тока из места потенциальной перфорации. В этом случае может помочь легкая компрессия зоны подушки.

Потенциальные места дефекта:

1) дистальный конъюнктивальный шов (между краями конъюнктивы, через вколы по нитям шва в случае тонкой конъюнктивы);

2) лимбальный конъюнктивальный шов (из-под края конъюнктивы в случае его отхождения от лимба, также в области конъюнктивального дефекта в местах узловой швов фиксации);

3) стенка фильтрационной подушки (через интраоперационное повреждение конъюнктивы, через фистулу, образованную прорезавшимся концом склерального шва в раннем периоде).

Вопрос герметизации конъюнктивального дефекта непрост и индивидуален. Не каждое отверстие является показанием для активной швовой герметизации. Порой агрессивная хирургическая тактика по устранению отверстия в тонкой конъюнктиве провоцирует появление еще большего числа фистул в местах вколов и тракций. В ряде случаев можно наблюдать наружную фильтрацию с некоторой гипотонией

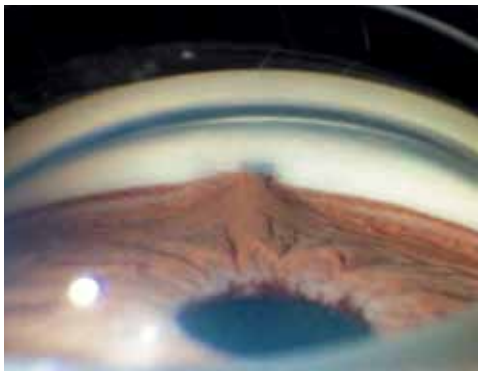


Рис. 31. Закупорка фистулы корнем радужки



Рис. 33. Кровотечение из шлеммова канала после компрессии гониоскопом в отдаленные сроки после СТЭ



Рис. 35. Нидлинг отграниченной фильтрационной подушки



Рис. 32. Кровотечение из зоны операции



Рис. 34. Массивная гифема



Рис. 36. Нидлинг фильтрационной подушки вокруг клапана Ahmed

при сохранении глубокой передней камеры и отсутствии ЦХО. Со временем при адекватной терапии такие дефекты полностью заживают вторичным натяжением.

Возможных консервативных методов не так много. Используют нидлинг с попыткой разрушения проходящих сосудов или вводят в подушку кровь, взятую из вены пациента. Активно назначают гелевые формы метаболитических препаратов (например, солкосерил). В ряде случаев при незначительных и неглубоких дефектах оказываются полезными туширование спиртом, а также наложение полудавящих повязок.

При отсутствии передней камеры с грубым дефектом конъюнктивы следует рассмотреть вопрос об устранении ЦХО с ушиванием наружной фистулы. При затруднении наложения дополнительных швов возможно перемещение лоскута конъюнктивы на ножке из более дистальной зоны к лимбу. В случае с упорной ЦХО, сопровождающейся резкой гипотонией, рассматривают вариант с наложением дополнительных швов на склеральный лоскут.

Послеоперационный нидлинг

Нидлинг, от англ. «needle» (игла) — ревизия фильтрационной подушки инъекционной иглой 27-30 G на шприце (рис. 35, 36). Данная процедура входит в стандарт специализированной медицинской помощи больным с глаукомой, утвержденный приказом МЗиСР РФ от 21.05.07 № 350 под № А16.26.117. Проводят нидлинг как в ранние, так и в поздние сроки после операции. Механизм действия включает механическую ревизию путей оттока, их гидродилатацию, а также введение ряда препаратов. Нидлинг можно выполнять под операционным микроскопом, под щелевой лампой и без оптического увеличения в положении лежа на спине в процедурной.

Ранний нидлинг проводят в течение 1 недели после операции для профилактики рубцевания и улучшения тока ВГЖ. Чаще, как указывалось выше, в фильтрационную подушку вводят дексаметазон с растворенными фторурацилом или/и авастинном. После этого конъюнктивальную полость промывают раствором антибиотика.

Поздний нидлинг осуществляют в сроки от 1 недели при рубящейся фильтрационной подушке для улучшения тока ВГЖ методом механического разрушения сращений. Процедуру желательно проводить на максимально сниженном ВГД во избежание резкого перепада офтальмотонуса и обмеления передней камеры.

При вскрытии фильтрационной подушки с выходом ее влаги под конъюнктиву и обмелением передней камеры следует оценить дальнейшую фильтрацию и по необходимости выполнить субконъюнктивальную инъекцию атропина для профилактики ЦХО.

Заключение

Несмотря на развитие современной науки, разработку непроникающей и дренажной хирургии глауком, синусотрабекулэктомия остается «золотым» стандартом уже более 40 лет. Как и каждое хирургическое вмешательство, она связана с определенными рисками и осложнениями. Но качественная предоперационная подготовка, высокая техника проведения операции и соблюдение индивидуальных особенностей послеоперационного периода позволяют получить нормализацию офтальмотонуса в течение длительного времени, сохранив зрение больным. ■



Если Вы считаете, что все фиксированные комбинации на основе аналогов простагландина одинаковы, Вас ожидает удивительное открытие!

Представляем новую формулу лекарственного препарата ДУОТРАВ®, первую и единственную фиксированную комбинацию на основе аналогов простагландина, не содержащую бензалкония хлорид. Теперь Вы можете назначить Вашим пациентам терапию без бензалкония хлорида с такой же эффективностью.^{1,3} Почувствуйте разницу!

ТЕПЕРЬ БЕЗ БЕНЗАЛКОНИЯ ХЛОРИДА!

Регистрационное удостоверение: ЛСР-007754 / 09
2000 «Алкон Фармацевтика»
Тел.: (495) 258 52 78. Факс: (495) 258 52 79

ДУОТРАВ®
травопроуст 0,04 мг/мл + тимолол 5 мг/мл, капли глазные

Разница имеет значение

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Alcon
a Novartis company
Декабрь 2013 RUS13DU0003



Вся жизнь у меня впереди!

«В этих стенах встречаешь много боли... Но здешнюю атмосферу никто не сможет назвать тяжёлой и тоскливой! Несмотря на обрушившееся на них горе, наши подопечные в большинстве своём сохраняют энергию, оптимизм, способность радоваться каждому дню. Мы помогаем им справиться с новыми жизненными обстоятельствами и стать хозяином своей судьбы», — эти слова генерального директора Центра реабилитации слепых Всероссийского общества слепых (ВОС) С.И. Степанова передают суть работы реабилитационного учреждения, расположенного в городе Волоколамске Московской области.

Илья Бруштейн

Работа в новых условиях

Центр реабилитации слепых ВОС был создан в 1963 году в городе Чебоксары, столице Чувашии. В то время эта организация называлась «Школа восстановления трудоспособности слепых». В 1977 году состоялся переезд в город Волоколамск Московской области. Произошло это по организационным соображениям: в Школу восстановления трудоспособности слепых люди приезжали со всей страны, и добираться до Чебоксар им было неудобно. Инвалиды по зрению обращались с просьбами о размещении реабилитационного учреждения в Москве или её ближайших окрестностях.

«Школа восстановления трудоспособности слепых занималась элементарной бытовой реабили-

тацией пациентов, потерявших зрение во взрослом возрасте, — рассказывает Сергей Иванович Степанов. — В то время большинство таких людей могли трудоустроиться на специализированных предприятиях ВОС, где они в основном работали слесарями-сборщиками на конвейере. Перед тем как пойти на производство, необходимо было приобрести целый ряд навыков: научиться ориентироваться в пространстве, овладеть азами бытового самообслуживания, освоить рельефно-точечный шрифт и т.д.»

Эта учебная программа и сегодня продолжает оставаться актуальной. Впрочем, новые реалии жизни, сложившиеся после распада Советского Союза, привели к изменениям в работе Центра. «После 1991 года значительно сократилось число инвалидов по зрению, работающих на специализированных предприятиях ВОС. Во-первых, из-за новых экономических условий там существенно уменьшилась потребность в персонале. Во-вторых, сами незрячие и слабовидящие люди уже не спешат трудоустраиваться на производство. Кого-то пугает рутинная и монотонность. Кто-то хотел бы обязательно работать среди зрячих коллег, а не вместе со своими товарищами по несчастью...», — обрисовывает сложившуюся ситуацию С.И. Степанов.

В этих условиях подготовка инвалидов по зрению к трудоустройству на специализированные предприятия перестала быть основной целью деятельности учебно-реабилитационной организации в Волоколамске. В середине девяностых годов изменилось не только название, но и суть работы.

Профессиональные навыки, востребованные в мире зрячих

«Необходимо дать людям, потерявшим зрение, профессиональные навыки, востребованные в мире зрячих», — подчёркивает директор Центра. Чтобы решить эту задачу, в 1992 году здесь появилось новое отделение: профессиональной реабилитации. В нём предлагается освоить девять специальностей: практическое цветоводство и основы овощеводства, домашнее подворье, ремонт обуви, лозоплетение, игра на баяне, резьба по дереву, макраме, переплётное дело и вязание на спицах.

Срок обучения всем ремёслам, кроме переплётного дела, составляет 5 месяцев. Навыками переплётчика предлагается овладеть быстрее: за два с половиной месяца. Одновременно обучение проходит 40 человек, приезжающих из всех регионов европейской части России. В течение года организуется два учебных курса.

Жители Уральского, Сибирского и Дальневосточного регионов направляются в город Бийск Алтайского края, где действует филиал центра. Ещё один филиал расположен в городе Железногорске Курской области. Но там нет отделения профессиональной реабилитации, а работа проводится только по овладению социально-бытовыми навыками.

Слушателей учебных курсов здесь называют заодно-боевым словом «курсанты». 80 человек каждый год получают курсантский диплом. Что даёт этот документ? «Далеко не все наши выпускники стремятся трудоустроиться по

выбранной специальности или зарегистрироваться в качестве частных предпринимателей, — рассказывает С.И. Степанов. — Но дело не в «корочке» и не в записи в трудовой книжке... Даже если человек будет делать поделки из дерева или ремонтировать обувь только для себя и своих близких — это уже огромное дело! Новые знания и навыки помогают преодолевать последствия слепоты, чувствовать себя нужным и востребованным, испытывать радость от творческого труда».

От бытовой самостоятельности — к овладению профессией

На сегодняшний день в Центре реабилитации слепых действует три отделения: социальной реабилитации, профессиональной реабилитации и социальной реабилитации слепоглухих. Специальное отделение для слепоглухих было создано в 1993 году. Одновременно в нём могут проходить обучение всего два человека.

Такая ситуация вполне объяснима: реабилитация инвалидов с одновременными глубокими нарушениями зрения и слуха может проходить только индивидуально. Впрочем, и в остальных отделениях учебные группы, как правило, не превышают четырёх-пяти человек. Проводится много индивидуальных занятий.

Деятельность отделений социальной и профессиональной реабилитации тесно связана между собой. Курс социальной реабилитации продолжается два с половиной месяца. Таким образом, он в два раза короче, чем курс профессиональной

реабилитации. В течение года проводятся четыре учебных курса, в каждом из которых могут принять участие от 40 до 45 человек.

«Во время курса социальной реабилитации изучается пространственная ориентировка, домоводство и самообслуживание, систематическое чтение и письма по Брайлю. Реабилитанты также осваивают компьютерные технологии и получают первичные знания и навыки в обработке дерева и металла, электромонтажных и электросборочных работах, различных видах рукоделия, — разъясняет С.И. Степанов. — Мы рекомендуем всем людям, потерявшим зрение, сначала пройти курс социальной реабилитации, а уже потом приезжать к нам для обучения на отделение профессиональной реабилитации».

Этот совет директора вполне логичен. Во время прохождения курса социальной реабилитации учащиеся могут познакомиться и с программами профессиональной направленности. Таким образом, каждый сможет определить, какая профессия ему наиболее интересна и близка.

Государственное финансирование — залог существования Центра

Рассказывая о Центре, нельзя не упомянуть и вопрос финансирования. Школа восстановления трудоспособности слепых была создана в 1963 году на средства ВОС. В советское время Общество слепых получало значительную прибыль от деятельности специализированных предприятий и могло использовать эти средства на реализацию реабилитационных программ.



Работы по дереву реабилитантов



Преподаватель В.В. Пласкина проводит занятие по макраме



Преподаватель лозоплетения В.Г. Комовкин

В девяностые годы ситуация изменилась: специализированные предприятия сами стали нуждаться в помощи и поддержке, большинство из них стало убыточными. Соответственно, с начала девяностых годов финансовые проблемы обрушились и на Волоколамский Центр.

«С 1995 года финансирование нашей организации полностью не взяла на себя федеральный бюджет, за что мы очень благодарны. Государственное финансирование — единственный источник наших доходов и залог существования Центра. Мы не занимаемся коммерческой деятельностью, не оказываем никаких платных услуг и не собираем благотворительные пожертвования. Все учебные курсы, в том числе и факультативные занятия, а также проживание и питание предоставляются нашим подопечным на безвозмездной основе. Им также компенсируется стоимость проезда от места жительства в Волоколамск и обратно», — рассказал С.И. Степанов.

Устойчивое финансирование удалось наладить не сразу. В 1998 году Центр даже на девять месяцев был вынужден приостановить свою работу, так как денежные средства из Москвы перестали поступать. «Я очень надеюсь, что больше таких печальных ситуаций случаться не будет, — задумчиво произносит Сергей Иванович. — Этот Центр является уникальным, и финансовые неурядицы не могут и не должны препятствовать его работе».

Кстати, поспать сюда незрячие и слабовидящие люди могут очень просто. Достаточно обратиться с запросом в любую местную организацию ВОС (они расположены во всех крупных городах, многих районных центрах). Местные организации переправляют заявки в региональные структуры ВОС, а уже оттуда они поступают в Волоколамск. Если желающих больше, чем мест, то путёвки-приглашения распределяются таким образом, чтобы не «обидеть» ни один регион... Но очередь всё равно дойдёт до каждого желающего, просто иногда необходимо подождать несколько месяцев.

Первый мастер-обувщик в Песковке

Е.Ф. Байкузин, 1977 года рождения, в ранней юности потерял зрение из-за последствий травмы. В 2011 году он прошёл обучение в Центре реабилитации слепых в Волоколамске по профессии «ремонт обуви». После возвращения в родной посёлок Песковка Омутнинского района Кировской области молодой человек решил не сидеть сложа руки, а использовать полученные знания.

«Население Песковки составляет более шести тысяч жителей, но там не было ни одной мастерской по ремонту обуви. Так сложилось,

что местные жители привыкли ремонтировать сапоги и ботинки в районном центре Омутнинске. А ведь до него от посёлка надо ехать почти 50 километров! Евгений Фаритович понял, что его услуги мастера-обувщика будут пользоваться спросом у односельчан. И он не прогадал: сейчас почти все жители Песковки знают, что в их посёлке живёт замечательный незрячий умелец, который быстро, качественно и недорого отремонтирует любую обувь», — с гордостью повествует о своём выпускнике преподаватель учебного курса «ремонт обуви» Н.Н. Симаклова.

Именно у неё Евгений Байкузин осваивал премудрости обувного ремесла. А значит нынешняя профессиональная востребованность кировчанина — это и её заслуга. «Чтобы незрячий человек нашёл себя в профессии, должны одновременно проявиться несколько факторов: его собственные способности и трудолюбие, помощь родных и близких, а также квалифицированная работа преподавателей и мастеров производственного обучения», — подчёркивает Надежда Николаевна.

Она обращает внимание, что деятельность Байкузина была бы невозможна, если бы не деятельная поддержка его родственников. Они приобрели для новоиспечённого обувщика оборудование и расходные материалы, позволили преобразовать в мастерскую одну из комнат квартиры.

От географических открытий к зубчатым заплатам

По профессии Н.Н. Симаклова — преподаватель географии в средней школе. «У меня большой опыт педагогической и воспитательной работы в самых разных организациях: ясли, детский сад, средняя школа», — поясняет моя собеседница. Она стала сотрудником Центра реабилитации слепых в 2000 году. Первые три года трудилась воспитателем, занималась решением бытовых вопросов своих подопечных.

В 2003 году руководство Центра решило организовать обучение реабилитантов ремонту обуви. За дело предложили взяться Надежде Николаевне. «Далеко не каждое ремесло доступно для незрячих. А ремонтировать обувь инвалиды по зрению могут вполне профессионально», — рассказывает улыбающаяся блондинка. Перед тем, как начать преподавать, она в течение нескольких месяцев изучала премудрости кожевенно-сапожного ремесла в одной из обувных мастерских родного Волоколамска.

Считает ли она профессию сапожника творческой? «Вне всякого сомнения! Это не менее увлекательное дело, чем, скажем, преподавать географию», — эмоционально отвечает Н.Н. Симаклова.

Чтобы подкрепить свой тезис она показывает несколько женских сапожек, украшенных элегантными зубчатыми заплатами: «Глядя на эту обувь, никто не догадается, что заплаты имеют функциональное значение и связаны с повреждениями кожи. Сапоги смотрятся как новые, а заплаты воспринимаются как оригинальное дизайнерское решение».

В последнее время в связи с ростом благосостояния населения обувь стали ремонтировать меньше. Не может ли профессия обувщика со временем, вообще, исчезнуть? «И профессия не исчезнет, и незрячие будут этим делом заниматься! — убеждена Н.Н. Симаклова. — Работа обувщика в чём-то схожа с трудом реставратора. Конечно, в ряде случаев дешевле и удобнее купить новую обувь вместо того, чтобы ремонтировать старую. Но с другой стороны, многие люди привязаны именно к своей старой, разношенной обуви... По каким-то причинам она может быть им особенно дорога и ценна, стать настоящим личным раритетом. В таких случаях на ремонт никаких денег не жалко!»

Глаза не видят, а руки делают

«Глаза не видят, а руки делают», — под таким названием в различных регионах нашей страны нередко проходят выставки работ незрячих и слабовидящих мастеров резьбы по дереву. Можно ли рекомендовать эту профессию людям, лишённым способности видеть мир?

«Глаза не видят, а руки делают», — под таким названием в различных регионах нашей страны нередко проходят выставки работ незрячих и слабовидящих мастеров резьбы по дереву. Можно ли рекомендовать эту профессию людям, лишённым способности видеть мир?



Реабилитант Н.И. Ткаченко из г. Волгодонск Ростовской области осваивает резьбу по дереву



Освоение премудростей ремонта обуви доставляет видимое удовольствие реабилитантам



Преподаватель резьбы по дереву Т.Н. Горихова



Преподаватель лозоплетения В.Г. Комовкин объясняет особенности изготовления плетеной корзины



Преподаватель макраме В.В. Пласкина и реабилитантка А.В. Денисова из города Козьмодемьянска

он принимал участие в многочисленных выставках этого художественного объединения, а также организовывал свои персональные экспозиции.

В 2006 году однофамилец российских императоров стал лауреатом международной премии «Филантроп», отмечающей выдающиеся достижения инвалидов в области культуры и искусства. В ноябре 2011 года его пригласили на встречу с Президентом России Дмитрием Анатольевичем Медведевым, который решил лично пообщаться с людьми, добившимися выдающихся успехов в спорте, искусстве, науке и других видах деятельности, несмотря на ограниченные возможности здоровья.

Творческий полёт художника не ограничивается рамками резьбы по дереву. Он создаёт также живописные работы, используя шаблоны и трафареты. Кроме того, Романов пишет стихи, фантастические рассказы и повести. В 2011 году в московском издательстве «Луч» вышел в свет сборник его фантастических повестей «Фантазмагория, или Сказки третьего тысячелетия».

Татьяна Николаевна также с увлечением рассказывает о других резчиках-выпускниках Центра: Сергее Юрьевиче Царапнике из Москвы, Александре Матвеевиче Грищенко из Белгорода... О своих питомцах преподаватель может говорить бесконечно: «Чтобы стать успешным резчиком по дереву, необходимо обладать физической силой, воображением, образным мышлением. Надо чувствовать возможности материала, понимать особенности каждой



Преподаватель баяна Г.С. Федулов проводит занятие с реабилитанткой А.Е. Суворовой из Тульской области

породы дерева... Принесут пользу также навыки лепки из пластилина. Многие художественные произведения сначала создаются в пластине, а уже потом воплощаются в дереве».

Послушен мастеру ивовый прут

Виктор Григорьевич Комовкин по профессии инженер-гидротехник. С 1984 года он работает в Центре реабилитации слепых. Вёл занятия по радиосборке, электросборке, деревообработке, холодной обработке металла. С 1992 года является преподавателем лозоплетения.

«Плетением из ивового прута я увлекался с детства. Научил меня этому ремеслу дед. Наша семья издавна жила в Волоколамском районе. Ива в этих краях — дерево распространённое... Лозоплетением занимались многие родственники».

Руководство Центра узнало об увлечении молодого сотрудника и предложило ему организовать обучение лозоплетению людей, потерявших зрение. «Это было совершенно естественное решение. Лозоплетение — традиционное ремесло, которым незрячие люди занимаются в течение столетий».

В.Г. Комовкин с гордостью демонстрирует изделия своих учеников, а также собственные работы: корзины, оплетённые зеркала, вазы, хлебницы, конфетницы, полочки, табуретки, выбивалки для ковров, абажуры, кашпо для цветов, различные игрушки и сувениры... Человек, не знакомый с лозоплетением, никогда не догадается, что из обыкновенного ивового прута можно изготовить столько оригинальных изделий!

Творения рук мастеров источают уют и человеческое тепло. Моё внимание привлекли бутылки вина и коньяка в оплетённом оформлении. «Ивовый прут прекрасно сочетается и с дорогим коньяком, и с коллекционным вином», — поясняет Виктор Григорьевич. — Речь идёт не только о необычном сувенире. Прутья защищают бутылку от проникновения солнечных лучей и помогают поддерживать оптимальный температурный режим. Таким образом, благородные напитки смогут дольше сохранить свои качества».

Преподаватель обращает внимание, что инструменты для лозоплетения — ножи, секаторы, бокорезы, шила — стоят совсем недорого.

Для занятий этим ремеслом не нужно оборудовать мастерскую. Лозоплетением могут заниматься и сельчане, и горожане, в том числе люди с самыми скромными жилищными условиями.

Реабилитанты учатся не только создавать изделия из ивового прута, но и самостоятельно заготавливать сырьё. Ивы растут в оврагах, вблизи рек и прудов. Конечно, для того чтобы добраться до деревьев, незрячим людям нужны сопровождающие. Но сам процесс заготовки прутьев может проходить уже без посторонней помощи.

Начало новой жизни

Потеря зрения или его резкое и безвозвратное ухудшение — это огромное испытание. Способен ли человек справиться с этим испытанием? Не сломается ли он под ударами судьбы? Когда речь идёт о 27-летнем Александре Козлове на эти вопросы с полным основанием можно ответить положительно.

Александр родился и вырос в столице Удмуртии Ижевске. После школы стал работать в типографии. Потом служил в армии, окончил школу прапорщиков. После возвращения с военной службы организовал свой бизнес в сфере малотиражной рекламной полиграфии. Осенью 2010 года молодому человеку поставили тяжёлый диагноз: доброкачественная опухоль головного мозга.

Парень не пал духом. Вместе с родителями он поехал в Санкт-Петербург, в один из крупнейших в России медицинских центров, занимающихся подобными заболеваниями. Ответ медиков его шокировал. Опухоль была признана неоперабельной. «Я понял, что медицина уже не может мне помочь. Фактически я стал готовиться к смерти, прощаться с друзьями и родственниками...», — рассказывает А. Козлов о драматических месяцах, которые ему пришлось пережить.

Весной 2011 года из-за последствий неоперабельной опухоли парень полностью потерял зрение. «Честно говоря, утрату зрения в то время я даже не воспринял как какую-то трагедию... Я был уверен, что моя жизнь в самое ближайшее время завершится. И в этой ситуации нет разницы — умереть слепым или зрячим».

Осенью 2011 года Саша вместе с родителями вновь приехали на консультацию в тот же петербургский медицинский центр, где год назад ему отказались делать



Психолог О.М. Малышева и реабилитант из Ижевска А. Козлов

операцию. В этот раз они попали на приём к другому нейрохирургу. И произошло чудо! В отличие от своего коллеги, новый врач согласился прооперировать опухоль, хотя и предупредил, что шансов на выздоровление у пациента не так много...

«Операция прошла исключительно успешно. Опухоль, занявшая более четверти площади головы, была удалена. Это произошло в декабре 2011 года. А уже через полтора месяца, в феврале 2012 года, я чувствовал себя совершенно здоровым, как будто бы проклятая болезнь меня никогда не посещала», — рассказывает Александр.

«Это было ощущение непередаваемого счастья. Я уже простился с жизнью, а оказывается — вся жизнь у меня впереди! Молодость, счастье, любовь, дружба, путешествия — всё впереди! Только зрение уже не вернуть!», — делится своими эмоциями молодой человек. Почему его не захотели или не смогли прооперировать годом раньше, когда опухоль ещё не задела зрительный нерв и не лишила парня способности видеть мир? Ответа на этот вопрос Александр, видимо, уже никогда не получит...

«Надо радоваться тому, что имеешь и не сожалеть об упущенных или потерянных возможностях. Избавление от опухоли — пусть и омрачённое пожизненной слепотой — это начало новой жизни. И мне хочется прожить эту жизнь интересно, ярко и достойно», — разъясняет свою жизненную философию житель Ижевска.

Уже весной 2012 года Александр устроился на работу слесарем-сборщиком на специализированное ижевское предприятие ВОС «Спутник» им. Е.М. Исаенко. «На этом предприятии в основном работают пожилые люди. Труд довольно монотонный. Но мне было важно найти новые знакомства, изучить опыт незрячих людей, живущих полноценной жизнью, приспособившихся к своему положению...» Именно новые коллеги по работе научили парня основам ориентирования с белой тростью. Он вновь обрёл мобильность в своём родном городе.

Работу А. Козлов успешно совмещает с учёбой. Он поступил на психологический факультет расположенного в столице Удмуртии Международного Восточно-Европейского университета. В свободное время Саша учится играть на гитаре и посещает фитнес-клуб.

Недавно он познакомился со зрячей девушкой Настей и собирается съехаться с ней, вместе снимать квартиру.

Александр приехал в Волоколамск для прохождения курса социальной реабилитации. «Мне очень нравится здесь. Я стал лучше ориентироваться, в том числе с использованием GPS-навигатора, продолжаю осваивать брайлевскую систему чтения и письма, познакомился с интересными людьми из различных регионов, с которыми можно будет поддерживать контакты, когда мы разведемся по домам».

Волоколамский Центр реабилитации слепых так полюбился Козлову, что он даже стал рассматривать его как возможное место будущей работы. «Через несколько лет я стану дипломированным психологом и обязательно пришло сюда своё резюме. Здесь ведь работают 11 незрячих специалистов. Я бы хотел быть одним из них».

«Я тоже считаю, что Александр вполне мог бы в будущем стать нашим сотрудником, — вступает в разговор педагог-психолог Центра Ольга Михайловна Малышева. — Нам нужны энергичные, увлечённые, оптимистичные люди». Для газеты «Поле зрения» я решил сфотографировать О.М. Малышеву и А. Козлова вместе.

Ольга Михайловна продемонстрировала один из приёмов телесно-ориентированной терапии. Она предложила Александру поднять с пола два тяжёлых мешка... «Когда человек поднимает тяжести, ему легче расстаться со своими проблемами. Осязаемый груз помогает избавиться от груза проблем, заполонивших душу. Поэтому эти тяжёлые мешки постоянно находятся в моём рабочем кабинете и регулярно используются во время психологических тренингов», — поясняет О.М. Малышева.

«Меня заинтересовал этот метод. Но, честно говоря, мою душу не тяготает груз проблем, обид и разочарований. У меня всё отлично!», — с улыбкой говорит Александр, позируя для съёмки с двумя объёмными синими мешками.

Фотографии автора

* * *

В рамках одной статьи невозможно в полной мере представить деятельность Центра реабилитации слепых. В следующем номере газеты «Поле зрения» мы продолжим разговор об этом уникальном для России учебном и реабилитационном учреждении.

