ИЗДАНИЕ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГОВ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ №2(40) МАРТ-АПРЕЛЬ 2017 ISSN 2221-7746

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

«Наша клиника соединяет традиции государственной и частной медицины!»

Основу российского здравоохранения составляют государственные медицинские учреждения, работающие в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Вместе с тем все большее значение приобретают частные и ведомственные клиники.

В Советском Союзе многие крупные промышленные предприятия, научные и учебные учреждения, органы государственной власти имели собственные поликлиники и больницы. В новой России эта практика получила свое продолжение и развитие. Ведомственное здравоохранение дает возможность сотрудникам получить

квалифицированную медицинскую помощь в непосредственной близости от места работы. Бесплатное или льготное медобслуживание является важной частью «социального пакета».

В 1995 году одно из крупнейших судостроительных предприятий России — петербургский завод «Адмиралтейские верфи» открыл свой медицинский центр. С 2003 года офтальмологическое отделение клиники возглавляет к.м.н., доцент Ю.И. Пирогов. При его участии изменились подходы к лечению больных, были освоены новые виды хирургических операций, произошло обновление технической базы. > стр. 12

ОПТОМЕТРИЯ • КРУГЛЫЙ СТОЛ

Проблемы профессиональной подготовки и взаимодействия офтальмолога и оптометриста

Важнейшим пунктом программы XII офтальмологической/оптометрической конференции «Рефракция-2016», проходившей в Самаре 25-26 ноября 2016 года, стал круглый стол на тему «Проблемы профессиональной подготовки и взаимодействия офтальмолога и оптометриста».

Как отметил перед началом заседания главный офтальмолог Самарской области, д.м.н. **А.В. Золотарев**, «одна из идей сегодняшней встречи — услышать различные концепции развития оптометрии, посмотреть, в чем они противоречат друг другу, и не столько найти ответы на существующие вопросы и разрешить противоречия, сколько постараться их конкретизировать, чтобы в дальнейших дискуссиях можно было уже не ходить «вокруг да около», а заниматься решением хорошо сформулированных вопросов. Недаром говорят, что «хорошо сформулированный вопрос — половина ответа».

Во вступительном слове д.м.н. **О.В. Проскурина** *(ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», Москва)* сказала: «Оптометрическая отрасль для России довольно молода, поскольку только в 1983 году в СССР впервые заговорили об оптометрии как об отдельной специальности. До этого коррекцией зрения занимались только врачи-офтальмологи, и никому в голову не приходило, что существует отдельная специальность «оптометрия», для которой необходима специальная, отдельная подготовка и особые знания. В 2003 году ситуация изменилась: Минтруда выпустил приказ, согласно которому появилась квалификация «медицинский оптик-оптометрист» — специалист со средним медицинским образованием по специальности «медицинская оптика». Позднее этот приказ был отменен, ему на смену пришли другие документы Минздрава, Минтруда, Минобразования, содержащие определенные противоречия, поскольку готовились разными ведомствами, и разные формулировки, которые могут трактоваться неоднозначно. Эти формулировки, к сожалению, «кочуют» из одного документа в другой и служат причиной определенных трений и недоразумений, которые возникают между врачом-офтальмологом и оптометристом и мешают их взаимовыгодному сотрудничеству.

Что офтальмологи ждут от оптометристов? Офтальмологи как специалисты высшей квалификации ждут от оптометристов, имеющих среднее медицинское образование, чтобы те выступали их помощниками, возьмут на себя > стр. 34

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ

Вера в то, что делаю, дает мне жизненные силы
Интервью с профессором В.П. Еричевым > стр. 6

ДОСЬЕ

Юбилей профессора М.М. Бикбова > стр. 10

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

«Я совершенно обычный человек». Или 30 лет служения людям
Интервью с профессором В.В. Егоровым > стр. 14

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Клиническая периметрия в диагностике и мониторинге глаукомы > стр. 42

ОПТИЧЕСКИЙ БИЗНЕС

Маркетинг оптического предприятия — составляющие успеха
(продолжение) > стр. 50

Также в номере:

Конференции > стр. 18-33
Событие в поле зрения > стр. 11, 24
Научные статьи > стр. 47-49
Записки американской медсестры > стр. 52
К незримому солнцу > стр. 54

2017-й объявлен «Годом С.Н. Фёдорова»

Редакция газеты «Поле зрения» продолжает публикацию серии воспоминаний о выдающемся ученом современности.

« Запомните, ваша установка должна быть такой: «Без меня (без вас) мир неполон». » *С.Н. Фёдоров*

Выдержки из беседы с директором Санкт-Петербургского филиала МНТК, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки РФ **Л.И. Балашевичем**.

— Юбилей — это всегда повод оглянуться назад. Наверное, нельзя рассказывать об истории МНТК, в том числе и его Санкт-Петербургского филиала, не вспомнив о роли С.Н. Фёдорова... Не могли бы Вы рассказать о Ваших встречах со Святославом Николаевичем, о творческом взаимодействии с ним.

— Я с Вами согласен. Историю МНТК невозможно отделить от биографии Святослава Николаевича. Наша организация — это его детище, воплощение его идей.

Мир врачей-офтальмологов узок. Поэтому совершенно естественно, что о деятельности С.Н. Фёдорова я узнал довольно рано. Первый раз мне довелось лично присутствовать на его докладе в начале семидесятых годов (точную дату я сейчас уже не вспомню) на конференции в Алма-Ате. В дальнейшем мы нередко участвовали в одних и тех же научных мероприятиях, но личное знакомство состоялось только в 1987 году. В то время я уже работал заместителем директора Санкт-Петербургского филиала МНТК. До 14 декабря 1987 года, когда филиал был торжественно открыт, оставалось ещё несколько недель.

— При каких обстоятельствах состоялось Ваше знакомство?

— Мы познакомились в самолёте. Причём это был не обычный самолёт, а «Борт № 1». Он обслуживал Генерального секретаря ЦК КПСС Михаила Сергеевича Горбачёва (поста Президента тогда ещё не существовало). Самолёт направлялся из Москвы в Чебоксары, где тоже шло строительство одного из будущих филиалов.

Должен был лететь директор Санкт-Петербургского филиала МНТК Анатолий Иванович Горбань. Но он по каким-то причинам не смог принять участие в этой поездке и направил меня. Из Москвы в Чебоксары, разумеется, летел не только С.Н. Фёдоров, а большая группа сотрудников головной организации и региональных филиалов МНТК. Всех интересовал ход строительства Чебоксарского филиала.

— Почему полёт проходил на правительственном самолёте?

— Думаю, что это не случайность. В то время Святослав Николаевич действительно пользовался поддержкой руководства страны, в первую очередь, тогдашнего председателя Совета министров СССР Николая Ивановича Рыжкова. И это было счастье для МНТК! Без поддержки высшего политического руководства проект не мог быть реализован.

— Какие впечатления остались у Вас от первой встречи с С.Н. Фёдоровым?

— Решительный, уверенный в себе, харизматичный… Вы знаете, у человека или есть харизма, или её нет. У Фёдорова харизма была. Он умел притягивать людей, располагать к себе, заряжать своей энергией. А это был человек с неистощимой энергией!

Во время нашей первой встречи я обратил внимание на такой факт: С.Н. Фёдоров во время полёта практически не сидел в своём кресле. Он постоянно передвигался по салону, за короткое время полёта успевал переговорить со многими людьми, обсудить с ними целый ряд деловых вопросов.

В дальнейшем у нас было довольно много контактов со Святославом Николаевичем. Я общался с ним и в качестве заместителя директора филиала (с 1987 года по 1994 год), и в качестве директора филиала: с 1994 года. Совершенно естественно, что на посту директора Санкт-Петербургского филиала общение стало более интенсивным.

— Леонид Иосифович, как бы Вы охарактеризовали роль академика С.Н. Фёдорова в развитии российского здравоохранения и медицинской науки?

— Я бы выделил три наиболее ярких достижения Святослава Николаевича. Он является отцом массовой рефракционной хирургии. Он стал основателем современной катарактальной хирургии с имплантацией искусственных хрусталиков. С.Н. Фёдоров вывел катарактальную хирургию на принципиально новый уровень. И третье достижение: Святослав Николаевич стал автором блистательных экономических теорий. Он проявил себя не только как великий врач-офтальмолог, но и как выдающийся менеджер.

— По Вашему мнению, экономические идеи С.Н. Фёдорова сохраняют свою актуальность в наши дни?

— Вне всякого сомнения! Мне думается, что главная идея С.Н. Фёдорова состоит в том, что плоды труда работников должны принадлежать не какому-то капиталисту или абстрактному «государству», а им самим. Святослав Николаевич продвигал идею «народных предприятий».

Я Вам скажу больше: он не просто говорил о «народных предприятиях», а фактически воплотил эту идею в жизнь. МНТК и стал таким народным предприятием! Да, со времени ухода из жизни нашего основателя условия хозяйствования несколько изменились. Но, во многом, в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» его наследие удалось сохранить.

— В чём принципиальное отличие «народных предприятий» от других экономических моделей?

— Чтобы ответить на Ваш вопрос, давайте рассмотрим принципы функционирования медицинских учреждений. Все годы советской власти их финансирование практически не зависело от результатов работы. Зарплата врачей, медицинских сестёр, технического персонала, санитарок и т.д. тоже не зависела от эффективности их деятельности.

— С этой уравниловкой С.Н. Фёдоров боролся?

— Он прекрасно понимал, что здравоохранение и медицинская наука не могут развиваться без принципиально иной экономической модели. Святослав Николаевич считал, что финансирование медицинских учреждений должно быть напрямую связано с качественными и количественными показателями их деятельности.

Этот же принцип лежал в основе оплаты труда. С.Н. Фёдоров создал исключительно прозрачную систему. Для него было важно, чтобы каждый сотрудник знал, что размер вознаграждения зависит от его квалификации, усердия и вклада в общее дело.

Об экономических теориях С.Н. Фёдорова не хочется говорить в прошедшем времени. Они продолжают оставаться актуальными.

— Вы общались на политические, экономические темы?

— Неоднократно. Мне доводилось бывать на многих мероприятиях с его участием, в частности, во время президентской компании 1996 года. Как известно, Святослав Николаевич выдвигал свою кандидатуру на пост Президента России. Это было осознанное, продуманное решение. У него была чёткая программа действий. Существовала Партия самоуправления трудящихся, которую он возглавлял.

Встреч с С.Н. Фёдоровым было много. И всё же я бы отметил его последний приезд в Санкт-Петербург в апреле 2000 года. Это случилось буквально за несколько недель до трагической гибели.

— С.Н. Фёдоров находился тогда в непростой жизненной ситуации...

— У него, вообще, была непростая жизнь. Приходилось преодолевать много препятствий, бороться с непониманием. Моя книга об истории создания и становления Санкт-Петербургского филиала МНТК, вышедшая в 2012 году в петербургском издательстве «Человек», недаром называется «Прозрение».

— О каком прозрении идёт речь?

— Я имел в виду прозрение общества, прозрение государства, прозрение всех нас… Необходимо прозреть, чтобы понять идеи С.Н. Фёдорова.

В апреле 2000 года Фёдорову было трудно. С 1995 года по 1999 год Святослав Николаевич являлся депутатом Государственной Думы РФ второго созыва. В течение этого времени — в соответствии с действующим законодательством — он уже не являлся генеральным директором МНТК. Выборы, состоявшиеся в конце 1999 года, С.Н. Фёдоров проиграл…

— Какая сложилась ситуация?

— Если говорить простым языком — а сам Святослав Николаевич всегда просто и чётко выражал свои мысли — Фёдоров оказался безработным. Он уже не являлся депутатом Государственной Думы, но вернуться к непосредственному руководству МНТК, снова стать генеральным директором, он тоже не мог…

— Почему С.Н.Фёдоров после ухода из Государственной Думы не мог снова возглавить МНТК?

— Этот вопрос мы тоже себе тогда задавали… Ситуация складывалась драматическая. У Фёдорова было много завистников и недоброжелателей. После его ухода из Государственной Думы эти недоброжелатели ополчились, чтобы любой ценой не допустить возвращения Фёдорова в МНТК. Начались проводиться многочисленные проверки, собираться компромат…

Судьба Фёдорова сходна с судьбой многих великих людей. При жизни им ставят палки в колёса, их пытаются сломать… А после смерти — ставят памятники, называют в их честь улицы.

— Чем был примечателен последний приезд С.Н. Фёдорова в Санкт-Петербург?

— Этот визит можно назвать «визитом солидарности». Коллеги Святослава Николаевича из Санкт-Петербургского филиала МНТК хотели выразить ему поддержку. Кроме того, у Фёдорова в Питере всегда было много друзей и добрых товарищей.

Именно в этот приезд состоялась награждение Святослава Николаевича высокой общественной наградой — Орденом духовного пробуждения. Награду вручал Лев Николаевич Зайков, человек в Ленинграде и Санкт-Петербурге известный и авторитетный. В течение многих лет он возглавлял одно из крупнейших в Ленинграде научно-производственное объединение «Ленинец». В начале восьмидесятых годов являлся первым секретарём Ленинградского обкома КПСС, фактически руководителем нашего города.

Я тоже присутствовал при этом награждении. Было видно, что Фёдорову было приятно получать награду из рук Зайкова.

— У Святослава Николаевича было много наград...

— Наград хватало... Но награждение Орденом духовного пробуждения было ему особенно дорого потому, что произошло в трудный период его жизни.

Академик С.Н. Фёдоров был сильным, мужественным человеком. Но, как и для каждого из нас, для него была очень важна поддержка друзей, коллег и единомышленников. Поэтому вручение ордена Ордена духовного пробуждения стало важным событием в его жизни.

— Последние недели жизни Святослава Николаевича стали для него триумфальными.

— Да. Так можно сказать. Он ушёл из жизни победителем. 16-19 мая 2000 года в Москве состоялся Всероссийский съезд офтальмологов. На нём академик С.Н. Фёдоров с большим воодушевлением был избран председателем Офтальмологического общества России. А 26 мая того же года — несмотря на противодействие врагов и завистников! — он вновь был назначен генеральным директором МНТК «Микрохирургия глаза». Это была грандиозная победа!

Приказ о назначении С.Н. Фёдорова подписал тогдашний министр здравоохранения РФ (ныне — президент Российского национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова), академик РАМН Юрий Леонидович Шевченко. За этот поступок он заслуживает огромной благодарности.

На своей новой-старой должности Святослав Николаевич проработал меньше недели. 2 июня он трагически погиб.

— В вашем кабинете висит портрет Святослава Николаевича...

— Портрет Святослава Николаевича занимает почётное место рядом с портретом первого директора Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» Анатолия Ивановича Горбаня (увы, тоже ныне покойного)...

У меня осталось много личных воспоминаний, связанных со Святославом Николаевичем. Например, вспоминаю одно из совещаний, проходивших в подмосковной деревне Протасово.

— Именно там располагается подсобное хозяйство МНТК...

— Это не просто подсобное хозяйство, а образцово-показательное хозяйство! С.Н. Фёдоров вложил в него частичку своей души, своего сердца.

— Святослав Николаевич интересовался сельским хозяйством?

— Во-первых, он не просто интересовался сельским хозяйством, а глубоко в нём разбирался. Во-вторых, и восьмидесятые, и в девяностые годы вопросы снабжения продовольственными товарами были очень актуальными. В Протасово выращивались экологически чистые продукты, которыми снабжались в первую очередь сотрудники МНТК. Люди могли купить качественную сельскохозяйственную продукцию по низким ценам.

Одно из наших совещаний в Протасово совпало с визитом зарубежных журналистов. Святослав Николаевич лично провёл для них экскурсию по сельскохозяйственному комплексу. Он с гордостью демонстрировал коров, купленных в Голландии, рассказывал о технологии производства шампиньонов...

Святослав Николаевич держал в голове точные цифры надоев, прекрасно владел сельскохозяйственной терминологией... Он был очень многогранным человеком.

— Говорят, что «талантливый человек талантлив во всём»...

— Эти слова вполне можно отнести к С.Н. Фёдорову. Он блистательно проявил себя и в медицине, и в политике, и в экономике.

Хотелось бы также напомнить, что Святослав Николаевич был воцерковлённым человеком. И он по мере своих сил способствовал возрождению церковной жизни, активно занимался благотворительностью.

Интервью «Российская офтальмологическая школа имеет крепкие корни, традиции и будущее» («Поле зрения», 31 октября 2013)
Фото из личного архива И.Е Фёдоровой

Перепечатки и любое воспроизведение материалов и иллюстраций, принадлежащих газете «Поле зрения», издательству «Апрель» и сайту “Aprilpublish.ru”, допускается только с письменного разрешения издательства «Апрель». **Законодательство России предусматривает гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность за нарушение исключительных прав на объекты интеллектуальной собственности.**

Московская глазная больница в годы Великой Отечественной войны

Великая Отечественная война застала больницу, как и всю страну, врасплох.

Незадолго до ее начала, 2 января 1941 года, завершился перенос здания больницы в переулок Садовских (ныне Мамоновский переулок) с улицы Горького (ныне Тверская улица) в связи с расширением улицы Горького по генеральному плану реконструкции Москвы. Здание Глазной больницы было повернуто на 97°16′ и передвинуто по методу инженера Иосифа (Осипа) Марковича Федоровича. Руководил работой Эммануил Матвеевич Гендель (1903-1994). Работа по передвижке здания началась 1 декабря 1940 года и закончилась 2 января 1941 года. Прием больных и лечение (в т.ч. операции) в период передвижки не прекращались и не сокращались даже частично.

Так как новое место было ниже старого почти на 4 м, то были построены фундамент и первый этаж, на которые «надвинули» передвигаемое здание, и таким образом оно из трехэтажного стало четырехэтажным.

Летом 1941 года должен был развернуться капитальный ремонт здания, но началась Великая Отечественная война. В итоге всю войну здание стояло на транспортном оборудовании и домкратах, без нормальной тепло- и гидроизоляции у основания здания, лишенное нового первого этажа, подвалов и естественных бомбоубежищ.

К моменту начала войны главный врач больницы Б.М. Лапук находился в командировке. Поэтому основная нагрузка по руководству в эти дни была возложена на Э.И. Шапиро (которая в свою очередь заняла место мобилизованного на фронт в первый же день войны М.Б. Мендельсона). Лишь 12 июля Борис Моисеевич возвращается в Москву. Э.И. Шапиро занимает должность заведующей поликлиникой больницы, а с 1 августа 1941 года и до конца войны — должность заместителя главного врача по медицинской части. С этого момента и до окончания войны главный врач (он же затем и начальник эвакогоспиталя) заведовал одновременно и поликлиникой.

Коллектив эвакогоспиталя № 5011. 1-й ряд: 3-я слева — Е.М. Бочевер, в центре — проф. Е.Б. Рабкин, правее — Н.Н. Дислер, профессор В.П. Страхов, Е.В. Фирюкова; 2-й ряд: крайний слева — И.Н. Миллер; 3-й ряд: крайняя справа — С.Е. Шарц. Конец 1944 г.

С первых же дней войны стационар больницы полностью был превращен в госпиталь, амбулатория продолжала функционировать в прежнем режиме и служила консультационным пунктом для многих других военных медицинских учреждений.

Отопление здания осуществлялось котельной, дрова для которой доставлялись на улицу Горького, а оттуда сотрудниками больницы перетаскивались уже в больницу.

Часть врачей и сестер были мобилизованы и уехали на фронт. Среди них — заместитель главного врача по медицинской части М.Б. Мендельсон, заведующий отделением рентгенологии и физиотерапии Г.Я. Сабуров (в будущем профессор), врачи больницы Л.Л. Фельдман, Д.Л. Новогрудская, Е.П. Горская, М.Д. Цвиллинг, Г.И. Березкина, И.Г. Возлинский, медсестры Л.М. Зискинд, Н.П. Лазовская, О.Ф. Никонова и многие другие. Часть сотрудников больницы была эвакуирована в тыл (в частности, старшая медсестра 3-го отделения Е.В. Зарецкая, старшая операционная сестра Л.А. Слободник). Некоторые сотрудники переходят на работу в другие учреждения Москвы.

Буквально на второй день войны, 23 июня 1941 года, состоялась защита кандидатской диссертации доктора больницы Софьи Ефимовны Шарц на тему «Тарзорафия как метод лечения язвенных процессов роговой оболочки».

17 июля 1941 года назначается постоянная врачебная комиссия больницы, в которую вошли Э.И. Шапиро, Н.К. Иванов и профессор М.Н. Благовещенский, а также представитель эвакопункта № 33.

22 июля 1941 года в больницу начинают поступать первые раненые военные с фронтов.

С 8 августа 1941 года устанавливается время работы амбулатории больницы с 8.30 до 19.00 в две смены без перерыва.

На втором и третьем этажах больницы были развернуты три отделения, которые возглавляли те же врачи, что и перед войной (профессора Н.М. Благовещенский и В.П. Страхов и Н.Н. Дислер). Первое время в палатах помещались вперемежку воины командного и рядового состава, в дальнейшем оказалось более удобным разделить их: правого крыло второго этажа заняло офицерское отделение, а в левом крыле и на третьем этаже разместили красноармейцев.

Педагогическая деятельность больницы (перед войной больница является клинической базой кафедр Московского стоматологического института (заведующий — профессор М.Н. Благовещенский) и 4-го Московского медицинского института (заведующий — профессор В.П. Страхов)) прерывается (большинство сотрудников институтов и сам 4-й ММИ эвакуируются). 24 октября 1941 года умирает профессор М.Н. Благовещенский.

С 1 января 1942 года на базе стационара больницы разворачивается эвакогоспиталь № 5011 на 200, а затем 250 коек.

При госпитале действовали рентгеновский кабинет, физиотерапевтический кабинет, лаборатория. Госпиталь имел два отделения с равным количеством коек в каждом отделении. Отделения возглавили кандидаты медицинских наук, ученики профессора В.П. Страхова, Николай Кузьмич Иванов и Елена Минаевна Бочевер при постоянных консультациях профессора В.П. Страхова и доктора Н.Н. Дислера, хотя главная работа их продолжалась в тех же отделениях стационара.

Некоторое время спустя госпиталь был расширен за счет помещения нижнего этажа углового дома по переулку Садовских напротив больницы, тоже передвинутого в переулок перед войной.

К началу войны Николаю Николаевичу Дислеру исполнилось 72 года, его как невоеннообязанного назначили консультантом поликлиники, но он продолжал работу в стационаре госпиталя, отдавая все силы и опыт раненым, фактически исполняя обязанности главного врача больницы. В конце июля начались бомбардировки Москвы. Немецкое наступление продолжалось. Возник большой поток раненых. Началась эвакуация московских институтов, учреждений. Но Н.Н. Дислер категорически отказался от эвакуации: «Я не имею морального права бросить госпиталь в такое тяжелое время. С мамой будем эвакуироваться с госпиталем, если случится». Его дочь, окончившая в 1930 году биологический факультет МГУ, оставить родителей в такое тяжелое время одних не могла. И с девятилетним сыном осталась в Москве. Она поступила работать в патогистологическое отделение глазной больницы. Николай Николаевич продолжал научную работу, связанную уже с военной тематикой. Им были разработаны и внедрены в практику два способа исследования глаза, не требующие дополнительного инструментария, что было важно в примитивной фронтовой обстановке (нематовая лампа и лупа с сильным увеличением). На первом во время войны заседании Общества глазных врачей он сделал подробное сообщение по вопросам распознавания внутриглазных осколков и их извлечения.

Госпиталь возглавляли главный врач Московской глазной больницы, а теперь и начальник госпиталя, врач-терапевт, майор медицинской службы Б.М. Лапук и заместитель

Эмма Исааковна Шапиро

Е.М. Бочевер, Н.К. Иванов, профессор Е.Б. Рабкин, Е.И. Шапиро, профессор В.П. Страхов, Н.Н. Дислер

Елена Минаевна Бочевер

начальника госпиталя № 5011 по политчасти — Дынкин Хацкель Михелевич. Заместителем по медицинской части, как уже отмечалось, была Эмма Исааковна Шапиро.

Кроме того, на базе МОКИ, который становится консультативным учреждением для всех эвакогоспиталей Москвы, профессор В.П. Страхов организует глазное отделение, которым параллельно с работой в больнице руководит до середины 1943 года. Вместе с ним на базе отделения работает врач Московской глазной больницы Александра Николаевна Крутова.

Елена Минаевна Бочевер отправила свою дочь (будущего известного офтальмолога Е.О. Саксонову) со своими престарелыми родителями в эвакуацию. Раненые под Москвой бойцы непрерывным потоком поступали в госпиталь, и Елена Минаевна без сна и отдыха беспрерывно оперировала (с работы она не уходила, здесь и жила). Из ее воспоминаний известно, что среди раненых было много танкистов, у которых были повреждены не только глаза, но и лица были так изуродованы, что приходилось делать «пластику». Она оперировала и днем и ночью, но в какие-то моменты не выдерживала и должна была перед очередной операцией хотя бы присесть минут на 10 и соснуть. Слова «Елена Минаевна, мыться!» служили сигналом для следующей операции — нескольких минут она хватало для восстановления сил. Это был подвиг. Долгие годы после войны она получала множество писем со словами благодарности и любви от своих «военных» пациентов (ее племянница вспоминала, что видела горы писем и открыток).

Она была очень мягким доктором, умела успокоить больного, внушить ему уверенность и вместе с тем настоять на необходимости нужного лечения. Больные были очарованы ею и как врачом, и как человеком. А она была высоким профессионалом — хирургом с золотыми руками и непревзойденным диагностом.

Полных отчетов о работе эвакогоспиталя за 1942-1944 годы не сохранилось, однако известно, что за время существования госпиталя в нем находилось на излечении 9441 раненых, произведено 10398 операций у 5559 лиц. Возврат в строй составил 82,4%, выписаны были 88% раненых. Преобладающий контингент направляемых в госпиталь — тяжелораненые с проникающими травмами глаз.

Применялись все новейшие методы лечения: сульфаниламидные препараты, тканевая терапия, переливания крови, сыворотка Богомольца. По предложению профессора В.П. Страхова значительно укорочены сроки применения пластических операций после ранений и ожогов век и лица. Широко применялись электромагнитные операции удаления инородных тел из глаза, преимущественно диасклеральным методом. Освоены и применялись методы удаления амагнитных инородных тел из глаза.

Одновременно госпиталь проводил большую консультативную работу с больными, направляемыми из других госпиталей г. Москвы и области, и, кроме того, сюда стекались наиболее сложные и тяжелые ослепшие раненые больные из многих городов Советского Союза.

Многим сотням тяжело раненым ослепшим путем тонких и сложных операций было возвращено зрение.

Для больных было проведено 1000 лекций, докладов и бесед, свыше 300 концертов и вечеров, а также 4000 киносеансов.

В годы войны продолжают оказывать консультативную помощь больнице и поликлинике консультанты: невролог С.Д. Вознесенский, отоларинголог И.Г. Жилинский, терапевт А.П. Песков.

Ввиду мобилизации Г.Я. Сабурова консультантом рентгенологом приглашается профессор М.М. Балтин, однако практически сразу он эвакуируется в тыл вместе со многими сотрудниками института офтальмологии им. Гельмгольца, и в течение всей войны консультантом рентгенологом является ученица М.М. Балтина Белла Израилевна Свядощ.

Жизнь во время войны была напряженная, к тому же стали появляться комиссии по доносам. Сотрудники больницы, в том числе и Николай Николаевич, доказывали на заседаниях комиссий ложность доносов. Не обошли доносы и семью Дислеров. В конце войны Ольгу Дислер вызвали в комиссию, стали расспрашивать о возрасте и здоровье отца. Несмотря на свои 76 лет, Николай Николаевич Дислер напряженно работал всю войну и почти не болел. «А почему вы не уехали в эвакуацию?» Ольга Дислер рассказала о своем разговоре с отцом в начале войны. Тогда Ольге Николаевне объяснили, что ее и отца обвиняют в том, что они — немцы и поэтому, ожидая, что немцы придут в Москву, не уехали из столицы. «Неправда, я русская! — ответила Ольга Дислер возмущенно. — Если кто-то из моих предков при Петре или Екатерине был выходцем из Германии, то все остальные наши предки были русскими. Я русская, я люблю свою Родину». Члены комиссии Ольгу Дислер поняли, а Николая Николаевича даже не стали тревожить.

С начала войны изменяется работа и лаборатории больницы (в то время она состояла из двух отделений: патогистологического и клинико-бактериологического). Производственная работа лаборатории велась со дня объявления войны на двух участках: в поликлинике № 6 (так называлась амбулатория Московской глазной больницы в то время) для обслуживания гражданского населения и эвакогоспитале № 5011.

Лабораторная работа по эвакогоспиталю была развернута на базе лаборатории Московской глазной больницы с оборудованием и штатом последней. Работа велась в две смены с 9.00 до 20.00 без выходных. В общевыходной день работу проводил дежурный врач с одной санитаркой с 9.00 до 15.00.

Лаборатория приняла участие в большой работе по обследованию доноров на группу крови, выделив для этой цели две бригады (в утреннюю и вечернюю смену) под руководством доктора Наталии Леонидовны Шолоховой — заведующей клинико-бактериологического отдела лаборатории. Остальной персонал за счет нагрузки и уплотнения рабочего дня принял на себя текущую производственную работу в обе смены.

Работа по обследованию доноров производилась вне больницы на различных объектах Советского района Москвы совместно с комиссией врачей других специальностей из райздравотдела. Эта совместная с донорской комиссией работа велась в течение нескольких месяцев.

Кроме того, с начала войны в лаборатории велась работа по подготовке новых кадров из-за призыва части персонала на фронт и последующей эвакуации части оставшегося персонала. Сформированные в военные годы кадры из молодежи успешно справились со всеми задачами работы военного времени. Лаборатория в дни войны вела работу бесперебойно и безотказно обслуживала гражданское население и раненых госпиталя, не прерывая работу в дни эвакуации Москвы.

Лаборант А.В. Подшивало, мобилизованная в первые месяцы войны, работала все время на передовых этапах в качестве заведующей лабораторией подвижного госпиталя, за что была удостоена бывшие правительственной награды.

Кроме сотрудников лаборатории, педагогическая работа велась и со средним медицинским персоналом госпиталя: по определению группы крови и противовоздушной и противохимической обороне.

Руководство эвакогоспиталя № 5011. *Слева направо:* Е.М. Бочевер, С.Ю. Штейн, Е.В. Фирюкова, С.Е. Шарц, профессор В.П. Страхов, И.Н. Миллер, Н.Н. Дислер, Н.К. Иванов, Э.И. Шапиро, профессор Е.Б. Рабкин. Конец 1944 г.

Кроме лабораторной работы, сотрудники лаборатории имели и дополнительные общественные нагрузки, связанные с военным временем. В 1942-1943 годах проводились противотифозные прививки населению и персоналу больницы (доктор О.В. Шадская). Прививки велись по различным объектам Советского района.

Технические лаборанты Ганичева и Карпова работали в химическом звене, неся ночные дежурства каждую неделю в течение двух лет. Карпова выезжала на рытье укреплений, когда враг подходил к Москве. За годы войны Ганичева окончила двухгодичные курсы, дающие право на самостоятельную работу лаборантом.

В самом начале войны в лабораторию пришла работать и дочь Н.Н. Дислера — Ольга Николаевна.

Количество выполняемых анализов в поликлинике резко упало к 1942 году, но с 1943 года снова начало расти соответственно увеличению медицинской помощи гражданскому населению. К 1944 году количество общеклинических анализов удваивается, а бактериологических — утраивается. А к 1945 году, по сравнению с данными 1942 года, количество общеклинических анализов увеличивается в три раза, а бактериологических — в шесть раз.

Количество анализов по эвакогоспиталю особенно значительно увеличилось в 1942 году, когда фронт был близок к Москве и раненые прибывали в большом количестве. А с 1943 года общее количество анализов несколько снизилось.

Несмотря на военное время, в больнице продолжалась и научная работа. С регулярными докладами на офтальмологическом обществе и заседаниях 7-й и 8-й научных секций Института офтальмологии им. Гельмгольца и 1-й конференции офтальмологов эвакогоспиталей выступали профессор В.П. Страхов («Дакриоциститы мирного и военного времени и операции дакриоцисториностомии»), Н.Н. Дислер («О прогнозе при травматических катарактах», «Ошибки рентгенографии глаза», «Нематовая лампочка в практике глазного врача»), получивший в годы войны одним из первых звание заслуженного врача РСФСР; кандидаты медицинских наук Е.М. Бочевер («Вторичные швы на веках и лице», «Изменения глазного дна при огнестрельных ранениях орбиты») и Н.К. Иванов («Металлические инородные тела в цилиарном теле при боевых травмах и их извлечении», «Внутригланзные инородные тела при боевых травмах и их извлечение электромагнитом»), врач М.Я. Лернер («Военная слепота»), позже профессор Е.Б. Рабкин, до войны возглавлявший Харьковский институт глазных болезней. За годы войны опубликованы множество статей, посвященных, главным образом, офтальмотравматологии. Продолжала работу над кандидатской диссертацией врач Софья Яковлевна Золотникова.

В 1944-1945 годах научная жизнь значительно оживилась. Организованы академические утренники и привлечение врачей периферии, распределены новые диссертационные темы, разработан научно-тематический план, проведены курсы повышения квалификации врачей, выделены места для подготовки окулистов, установлена связь с Академией наук СССР и с Медицинской академией наук.

Список основных журнальных публикаций врачей больницы за 1942-1944 годы:

1. Дислер Н.Н. О некоторых деталях магнитных глазных операций // Госпитальное дело. – 1942. – № 11-12. – С. 54-56.

2. Страхов В.П. Поведение хирурга при военных травмах органа зрения // Вестник офталмологии. – 1942. – Т. XXI. – Вып. 4. – С. 12-15.

3. Страхов В.П. Успехи офталмологии в области пересадки роговицы // Вестник офталмологии. – 1942. – Т. XXI. – Вып. 6. – С. 28-30.

4. Дислер Н.Н. К вопросу о рентгенографии глаза // Госпитальное дело. – 1943. – № 4. – С. 52.

5. Крутова А.Н. Альбуцид в лечении язвы роговицы // Вестник офталмологии. – 1943. – Т. XXII. – Вып. 3. – С. 43-45.

6. Дислер Н.Н. Нематовая электрическая лампочка в практике глазного врача // Вестник офталмологии. – 1943. – Т. XXII. – Вып. 4. – С. 13-33.

7. Фельдман Л.Л., Шарц С.Е. Лечебная кератопластика при гнойных язвах роговицы // Вестник офталмологии. – 1944. – Т. XXIII. – Вып. 1. – С. 27-31.

8. Аккерман Р.Л. Пенициллин в глазной практике // Вестник офталмологии. – 1944. – Т. XXIII. – Вып. 1. – С. 45-47.

9. Страхов В.П., Бочевер Е.М. Контузии глаз при огнестрельных ранениях орбиты // Вестник офталмологии. – 1944. – Т. XXIII. – Вып. 2. – С. 3-5.

10. Бочевер Е.М. Амагнитные инородные тела в глазу // Вестник офталмологии. – 1944. – Т. XXIII. – Вып. 2. – С. 25-28.

11. Страхов В.П. Дакриоциститы мирного и военного времени // Вестник офталмологии. – 1944. – Т. XXIII. – Вып. 5. – С. 4-8.

12. Иванов Н.К. Металлические инородные тела в цилиарном теле при боевых травмах и их извлечении электромагнитом // Вестник офталмологии. – 1944. – Т. XXIII. – Вып. 6. – С. 9-12.

Опыт больницы в годы войны нашел отражение в вышедших после ее окончания сборниках научных трудов: «Боевые повреждения глаз и их лечение» (Страхов В.П., Бочевер Е.М. Ранения и инородные тела орбиты) и «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (Павлова-Каминская З.А., Бочевер Е.М. Контузии глаз и их придатков).

Не оставляла научной работы и лаборатория. Научная работа клинико-бактериологического отделения велась в контакте с лечащими врачами, которые в своей тематике руководствовались данными, полученными при бактериологическом исследовании микрофлоры под действием лечебных препаратов (пенициллин, грамицидин бактериолизин, лизоцим и другие).

Патогистологическое отделение составило ряд демонстраций материалов и доклады на научных конференциях больницы и офтальмологического общества:

1. Военные травмы глаза (В.М. Шепкалова);
2. Различные поражения век и лица при микседеме (В.М. Шепкалова, Е.М. Бочевер);
3. Различные виды гранулем в офтальмологии (В.М. Шепкалова);
4. Гранулемы вокруг инородных тел при военных травмах (В.М. Шепкалова);
5. Ложные опухоли орбиты (В.М. Шепкалова, Е.М. Бочевер);
6. Редкая форма смешанной опухоли орбиты (В.М. Шепкалова);
7. Составляется атлас гистологических рисунков по военным травмам глаза (О.Н. Дислер и В.М. Шепкалова).

В конце 1943 года в Москву возвращаются из эвакуации ВУЗы и возобновляется педагогическая деятельность. Московская глазная больница вновь становится клинической базой Московского стоматологического института, кафедру глазных болезней которого возглавляет профессор В.П. Страхов, а ассистентом кафедры, как и до начала войны, является С.Е. Шарц.

В годы войны помощь гражданскому населению оказывалась только в консультативной поликлинике — амбулатории. Плановые операции в стационаре не выполнялись. При амбулатории действовал кабинет неотложной помощи с двумя врачами. В первой половине 1942 года в поликлинике работал профессор Д.Г. Свердлов (известен в первую очередь работами по глазному протезированию), возглавлявший также местком поликлиники. Продолжают работу в амбулатории старейшие врачи больницы Е.И. Левентон (умерла в начале 1944 года) и Е.В. Фирюкова. В 1942 году возвращается в больницу, спустя почти 24 года после ухода, и первая женщина-врач больницы (в 1904 году) М.Г. Якуб. За 1942 год в амбулатории было осуществлено 90984 посещения (при плане — 168920 посещений) и произведено 650 операций (при плане — 1500 операций). С 1943 года постепенно возрастает объем работы в поликлинике.

Так же как и эвакогоспиталю, консультативную помощь оказывали врачи-консультанты и специализированные кабинеты больницы.

Сложных пациентов нередко направляли на консультации в другие учреждения города Москвы (в частности, таких пациентов сопровождали тогда еще школьницы — дочь, вернувшаяся из эвакуации, и племянница Е.М. Бочевер).

Еще до окончания войны, 2 июля 1944 года, умирает начальник госпиталя и главный врач больницы Б.М. Лапук. Временным начальником госпиталя стала Эмма Исааковна Шапиро, а 20 августа госпиталь возглавил профессор Ефим Борисович Рабкин. Под его руководством начинается постепенный переход работы госпиталя в мирное русло. Вместе с ним в больницу приходят и некоторые бывшие сотрудники Харьковского института глазных болезней. По его инициативе в ноябре 1944 года на базе больницы открывается организационно-методический кабинет Мосгорздравотдела для «методического руководства постановкой дела медпомощи при глазных заболеваниях в московской городской системе здравоохранения». Его возглавляет Серафима Ивановна Кротова.

К началу 1945 года значительно возрастает потребность в проведении протезирования глаз. И в соответствии с приказом Мосгорздравотдела № 138 от 22 марта 1945 года с 1 апреля при поликлинике больницы открывается кабинет глазного протезирования (им заведует Ревекка Ароновна Мелицева).

В апреле 1945 года принимается решение об открытии при эвакогоспитале стационарного отделения для оказания помощи гражданскому населению. Его возглавляет Софья Ефимовна Шарц.

Основную группу научных и практических работников больницы к моменту окончания войны составляли: профессора В.П. Страхов и Е.Б. Рабкин, кандидаты медицинских наук Н.Н. Дислер, С.Е. Шарц, Е.М. Бочевер, Н.К. Иванов, И.Н. Миллер (доцент, пришел в больницу вместе с Е.Б. Рабкиным), доктора Е.В. Фирюкова, О.Л. Давыдова, Э.И. Шапиро, Б.А. Токарева, С.Ю. Штейн, С.Я. Золотникова, В.М. Шепкалова, С.Я. Бирштейн, Л.В. Гиберман, М.М. Слободская, М.Н. Стацинская, М.Г. Якуб.

Приказом райздравотдела Советского района № 211 от 12 октября 1945 года эвакогоспиталь № 5011 ликвидируется, и на его месте вновь полностью располагается Московская глазная больница на 150 коек.

С конца 1945 года в больницу постепенно возвращаются с фронтов и тыла сотрудники больницы. Многие врачи больницы на фронтах войны были награждены орденами и медалями. Так, орденом «Красная Звезда» были награждены М.Б. Мендельсон (прошел войну на Западном и 3-м Украинском фронтах) и Л.Л. Фельдман (работала в госпитале на 3-м Белорусском фронте). Медалью «За боевые заслуги» — Д.И. Новогрудская (оказывала глазную помощь на Северо-Западном и 1-м Белорусском фронтах).

Перед больницей стоит непростая задача по возобновлению в полном объеме работы по оказанию помощи гражданскому населению, а также капитальному ремонту здания больницы.

За безупречную работу в годы войны многие сотрудники больницы были награждены медалями «За оборону Москвы» и «За победу над Германией». Н.К. Иванов также был награжден орденом Красного Знамени.

Здание больницы, уже потревоженное передвижением его на новое место, за время войны при отсутствии ремонта пришло в такое состояние, что работать в нем без капитального переоборудования было невозможно. Состояние здания хорошо показано в акте приема здания 20 августа 1944 года от доктора Э.И. Шапиро профессором Е.Б. Рабкиным: «Здание старое, ветхое, сильно пострадавшее от передвижки в 1940 году, крыша в плохом состоянии, протекает в разных местах, наружная сторона здания в плохом виде, штукатурка отваливается во многих местах, от окраски здания остались лишь слабые следы и т.д. Степень рабочей исправности низкая. Фундамент не дооборудован, грунтовые земли остались невывезенными. Помещения госпиталя, за исключением той части, в которой проведен ремонт, в неудовлетворительном состоянии, во многих местах наблюдаются трещины, окраска отсутствует. Проведенный текущий ремонт палат, операционной и др. помещений некачественный и совершенно недостаточный. Полы ветхие, линолиум с большими изъянами, потолочные перекрытия в ряде мест, в связи с длительным протеканием крыши, требуют срочного капитального ремонта. Электропроводка давно устарела, нередки случаи замыкания и даже возникновения пожаров на этой почве. Водопровод и канализация в явно неудовлетворительном состоянии. Котельная требует срочного капитального ремонта. Большинство голландских печей в плохом состоянии, требуют перекладки и ремонта. Оконные рамы пришли в ветхое состояние, подавляющее большинство последних требует замены».

В короткий срок работа больницы была восстановлена в довоенных объемах, и начался капитальный ремонт здания.

Часть врачей больницы, из состава предвоенного времени, к этому моменту переходит на работу в другие учреждения Москвы и Московской области, при этом в состав больницы вливаются новые квалифицированные и молодые кадры. Так начинается новая послевоенная жизнь больницы.

Источники

1. Дислер О.Н. Врач. Воспоминания об отце // Московский журнал. – 1996. – № 10. – С. 47–50.

2. Воспоминания племянницы Елены Минаевны Бочевер – Мантейфель Валентины Михайловны (ею же любезно предоставлена фотография Е.М. Бочевер).

3. Материалы архива отделения патогистологии Офтальмологической клинической больницы г. Москвы.

4. Российский государственный архив научно-технической документации (РГАНТД). – Ф. 138. – Оп. 1. – Д. 88.

5. РГАНТД. – Ф. 138. – Оп. 1. – Д. 89.

6. РГАНТД. – Ф. 138. – Оп. 1. – Д. 90.

7. Центральный архив города Москвы. Ф. Р60. – Оп. 1.

8. Центральный объединенный архив системы здравоохранения города Москвы. Ф. 418. – Оп. 1.

Статью подготовил
к.м.н. ***А.С. Обрубов***
(Филиал № 1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ)

Фото предоставил автор

Профессор В.П. Еричев: «Вера в то, что делаю, дает мне жизненные силы»

Интервью с заместителем директора по научной работе, руководителем отдела глаукомы ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», вице-президентом Российского глаукомного общества, доктором медицинских наук, заслуженным врачом РФ, профессором **Валерием Петровичем Еричевым**.

Уважаемый Валерий Петрович!

Примите искренние поздравления по случаю Вашего юбилея, 70-летия со дня рождения! Вас по праву считают одним из самых ярких, достойных представителей отечественного офтальмологического сообщества. Талант ученого, упорный труд безукоризненного врача-профессионала, доскональное знание своего дела, человеческое обаяние позволили добиться успеха, завоевать признание, любовь коллег и пациентов. Ваш огромный жизненный и профессиональный опыт нашел свое достойное воплощение в создании «Национального журнала глаукома», направленного на распространение научных и практических знаний среди офтальмологов в России. Желаем сохранить бодрость духа и ощущение полноты бытия, которые Вам всегда присущи. Крепкого здоровья, новых успехов на благо отечественной офтальмологии, благодарных пациентов и достойных учеников!

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

— Валерий Петрович, наука — это творчество, как поэзия, живопись. В какой мере эти слова относятся к Вам?

— Наука — это, безусловно, творчество. Здесь было бы уместно вспомнить слова К.Г. Паустовского, который говорил, что если отнять у человека способность мечтать, то отпадает один из самых мощных стимулов, рождающих культуру, искусство, науку. Для ученого наука — это все: красота, истина, образ жизни, мышления, линия поведения, дисциплина, чувство солидарности. Неотъемлемым качеством научного работника является трудолюбие. Необходимо выработать в себе выдержку, терпеливость при постановке любого научного эксперимента, поскольку на первых этапах работы неизбежны мелкие неудачи, связанные зачастую с несовершенной методикой. Каждый, кто посвятил свою жизнь работе в той или иной области человеческих знаний, должен это понимать. Эпизодическое занятие наукой — непродуктивно; наука — это не работа, это нечто, что захватывает тебя целиком, и это увлечение должно стать смыслом жизни, по-другому просто не может быть. Я боюсь приблизить себя к этим понятиям, но мне бы хотелось считать свою жизнь полностью посвященной науке. Сегодня наука является сверхсложной социальной системой, результаты работы которой образуют основу развития современного общества. В связи с этим особое значение приобретает ответственность тех, кто обеспечивает и создает условия для развития науки. Только в этом случае возможна творческая реализация мыслей, идей.

— Кого Вы имели в виду, когда говорили о людях, обслуживающих науку?

— Ученые и научные учреждения не могут существовать сами по себе, изолированно от общества. Я бы не хотел применять слово «обслуживают», но это те специалисты, от которых зависит материально-техническое обеспечение научного процесса. Если для профессионалов наука также является творчеством, тогда возможна высокая эффективность научного процесса. К большому сожалению, такое понимание есть далеко не у всех, и, безусловно, это — большой ущерб для развития науки.

— Люди, занимающиеся наукой, отдают себе отчет в том, что это творчество? Для многих это, скорее, ремесло, механическая работа.

— Последние Ваши слова сегодня более актуальны, чем 30-50 лет назад. К сожалению, мы поставлены в непростые условия. Абсолютно преданных науке людей становится все меньше. Но они, безусловно, есть, и это выдающиеся ученые, которые бескорыстно вносят свой вклад в развитие науки, работая над сложнейшими проблемами, и достигают больших результатов.

— Что для Вас, как ученого, самая большая тайна?

— Непознанность.

— Наверное, это, прежде всего, относится к медицине, связанной с изучением человека, или непознанность — понятие более широкое?

— Я бы распространил это понятие на более широкие сферы, но применительно к медицине это ближе всего к действительности. Мы располагаем гигантским объемом информации, но многое остается непознанным; мы знаем несоизмеримо мало. К предмету, которым я занимаюсь всю свою профессиональную жизнь, это относится в абсолютной степени. Мы многое поняли, но не знаем основного — причину заболевания. Без знания причины все последующие действия — малопродуктивны.

— Многочисленные дискуссии о финансовых проблемах, о непродуманных нововведениях, о падении престижа науки создают в обществе мнение о научном кризисе. Нынешняя тенденция к заорганизованности и тотальной отчетности многих тревожит. Чиновники считают, что раз они проводят реформы, то знают, как лучше. Ваше мнение по этому поводу? Какой Вам видится связь между проходящими в России реформами науки и образования?

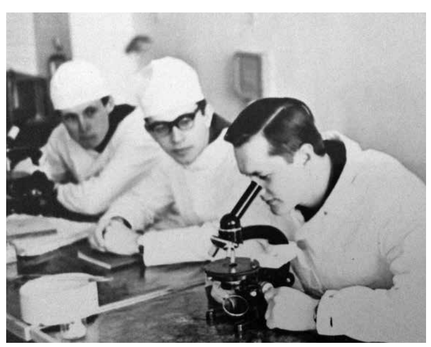
— Наука и образование, по своей сути, процессы близкие; между реформой образования и науки прослеживается тесная взаимосвязь. Преобразования в этих сферах должны проводиться только после того, как будет строго выверена линия поведения, цель и вектор реформ. Сломали пусть не всегда логично выстроенную, но относительно продуманную систему, которая решала важные задачи. Слом старой модели не привел к созданию новых механизмов, которые могли бы поднять на более высокую ступень. А ломать, как известно, всегда легче, чем строить. И, прежде чем что-то строить, должен быть обоснованный проект, который учитывал бы не только общие контуры, но и все мелочи, только тогда он будет эффективен. У нас нет глубоко проработанной идеи. Отсюда — столько проблем. Бессвязные действия, именуемые «реформами», ничего общего с ними не имеют. С высоких трибун озвучиваются важные и полезные цели, но механизмы их достижения чаще всего непродуктивны. Декларируется, что каждому пациенту должны быть доступны высокотехнологичные методы диагностики и лечения. Это очень важно и правильно, но методы реализации этого тезиса не решают поставленных задач. Судя по тому, что мы узнаем из новостных программ, вложения в реформу огромны. И если бы программа версталась в соответствии с концепцией долгосрочного развития и вложения были бы направлены на выполнение приоритетов хорошо продуманной доктрины, мы бы имели сегодня более эффективный результат. Пользоваться современной техникой, применять современные технологические приемы, заложенные в новейшем оборудовании, должны специалисты высочайшего класса, а их недостаточно. Здравоохранение будет только тогда эффективным, когда пациент в любом регионе может получить помощь на самом высоком уровне.

— В свое время много нареканий можно было услышать в адрес прежнего министра, Т.А. Голиковой, мол, она не врач, отсюда — все беды. Теперь министр — врач, однако, проблем меньше не стало. Появились хорошо оборудованные центры, а работать на современной технике, как Вы справедливо отметили, порой некому.

— Действительно, были вложены сотни миллиардов рублей на так называемую «модернизацию» медицины, на приобретение очень дорогостоящего оборудования, на котором должны работать квалифицированные кадры. Технически можно научить человека нажимать в определенной последовательности 10-15 кнопок и получить данные, но информация, протокол исследования, должна быть правильно расшифрована, чтобы врач мог использовать ее для диагностики и лечения, сделать заключение. Именно в этой области чаще всего возникают проблемы. Часто мы слышим, что качество жизни граждан повышается благодаря квалифицированной медицинской помощи. Важная роль в этом направлении принадлежит оснащению областных и районных больниц современным оборудованием. Но в жизни не все так просто.

Предпринимаемые меры недостаточны, должна быть безупречная система, которая раньше называлась «организация здравоохранения». А если ее нет, никакие дорогостоящие «железки» проблему не решат; а напротив, будут создавать дополнительные трудности. Кроме того, врачам не хватает элементарного сострадания к больным, что порой приводит к трагическим исходам. Кто-нибудь «принимает к сведению» результаты ТАКОЙ работы? Нет, но при этом «наверх» идут победные реляции, ласкающие слух вышестоящего начальства.

Молодой специалист



Студенческие годы

Во время службы в ВМФ СССР

С академиком РАН С.Э. Аветисовым

С профессором В.В. Волковым и профессором Е.А. Егоровым

С профессором В.В. Страховым

По статистике с 2002 года продолжительность жизни в России выросла почти на 5 лет. Ну, как это возможно? Совершенно нереально! Рост продолжительности жизни достигается десятилетиями тяжелейшего труда и не только органов здравоохранения. Говорят, что снижается детская смертность, а вчера в новостной программе я услышал ужасающие цифры детской смертности в одном из регионов России.

— Продолжается ли процесс «укрупнения-оптимизации»?

— Если бы я имел четкое представление о том, что такое «укрупнение», тогда мог бы конкретно ответить на вопрос. Объединение поликлиник, больниц, институтов? Два года назад в Москве произошло объединение: вместо поликлиник появились межрайонные центры. И завершилась такая «оптимизация» сокращением сотен докторов и медработников. По откликам пациентов и врачей, работавших ранее в поликлиниках и перешедших на работу в центры, положение с оказанием медицинской помощи не улучшилось. Возможно, преобразования и должны включать такие мероприятия, как «укрупнение», но оно не должно создавать трудности ни для развития науки, ни для развития здравоохранения.

— Что, на Ваш взгляд, должно обеспечить рост результативности научных исследований? Какие условия и стимулы должны быть созданы для сохранения и поддержки ведущих научных школ?

— Составляющих, которые должны обеспечить рост научных достижений, много. Я бы выделил два: интеллект и инвестиции. Интеллект, судя по печальным признакам оттока мозгов за границу, у нас есть. В вопросе инвестиций — все сложнее, примеры — на КАЖДОМ шагу, на ЛЮБОМ уровне. Современные научные исследования должны проводиться с использованием высоких технологий, передовых методик и т.д. Кроме того, должны развиваться междисциплинарные связи с другими научными учреждениями, что в нынешних условиях требует серьезных финансовых затрат. Иными словами, развитие науки невозможно без масштабной финансовой поддержки со стороны государства, если речь идет о государственном учреждении, однако рассчитывать на быструю отдачу не приходится. В науке не может быть принципа: «инвестиции утром — вечером результат».

— Как часто необходимо обновлять оборудование в научно-исследовательском институте? И как это происходит на самом деле?

— Для выполнения исследовательской работы необходимо иметь современное оборудование, с этим нельзя не согласиться. К счастью, в институте такое оборудование есть; если не новейшее, то новое, позволяющее выполнять значительный объем научно-исследовательских работ. Однако для того чтобы обеспечить соответствие этой работы мировому уровню, аппаратура должна постоянно обновляться, причем не в связи с физическим, а прежде всего с моральным износом. У нас, к сожалению, обновление происходит только тогда, когда прибор уже нельзя использовать, что опять же связано с проблемой финансирования. Техника очень дорогая, при этом для проведения научно-исследовательских работ требуется не один прибор, а целая линейка, и на это, естественно, нужны деньги.

— Сколько источников финансирования у института?

— В «НИИГБ» существует смешанная система финансирования: часть — бюджетное, часть — внебюджетное, за счет заработанных средств. Но и в части коммерческой деятельности существуют ограничения, ее объемы не могут быть выше определенного предела.

— Как Вы считаете, нынешний экономический кризис не отбросит отечественную науку в состояние 90-х годов?

— Вопрос довольно сложный, чтобы дать него конкретный ответ. Откат по многим направлениям в науке мы видим, хотя в СМИ говорят и о существенных достижениях. Но, мне кажется, их мало. Отката в печальные 90-е не будет, по крайней мере, не хотелось бы повторения. Но движение назад есть, доказательством может служить отношение к РАН. Конечно, вина отчасти лежит и на научном сообществе. Это нельзя скрыть.

— Профессия хирурга тяжелая и ответственная. Какими качествами, на Ваш взгляд, должен обладать настоящий хирург?

— Я завидую профессионалам, чего бы это ни касалось. Если человек — дока в своем деле, он вызывает во мне искреннее и откровенное уважение и радость, потому что человек блестяще владеет своей профессией. В высшей степени это относится к профессии хирурга, в которой должно быть собрано воедино все: теоретические знания, практические навыки и важнейшее качество — чувство сострадания к больному. Фрезеровщик высшего разряда прекрасно точит детали, но это — деталь, не живой материал. Хирург работает с больным человеком, чтобы сделать его здоровым. Здесь без любви, без жертвенности, сострадания работать категорически нельзя. Надо любить свою профессию.

— Разве можно этому научить?

— Научить — нет, но можно прививать эти качества, которые со временем, если человек этого хочет, будут только развиваться. Я невольно переношусь в прошлое, когда люди жили в одних и тех же социальных условиях — жилье, зарплата были почти одинаковы. Тогда жизнь была проще. Сейчас материальная составляющая (не знаю, хорошо это или плохо) доминирует. Я с Вами согласен, работа хирурга — трудная, и если человек ответственен, она трудна вдвойне. И человек должен получать достойное вознаграждение, достаточное для учебы, содержания семьи, отдыха. Вознаграждение — это один из путей мотивации профессиональной деятельности (после

С профессором В.Д. Кунины, С.Ю. Петровым и профессором Л.А. Деевым

внутреннего удовлетворения от удачно выполненной работы).

— Существует неписаное правило: если хирург не делает сотни операций в год, он теряет квалификацию. Как часто Вы оперируете?

— Оперировать от случая к случаю — это не хирургия. Хирургия требует постоянной практики. Я оперирую один день в неделю, что продиктовано необходимостью заниматься другой работой.

— Часто в медицину идут дети врачей. Как Вы думаете, молодые люди готовы к этой профессии, хотя бы потому что они росли в специфической атмосфере, слышали профессиональные разговоры, впитали профессию врача с молоком матери?

— Лет 40 тому назад я бы так и думал. Сейчас вектор мыслей на этот счет немного изменился. Подтверждением моей возможной правоты может служить хорошо известная и довольно частая ситуация, когда, получив диплом врача, человек уходит из профессии. Хотя мне все-таки хотелось бы думать, что продолжение династии — это внутренний, «высокий» порыв посвятить себя служению людям. Пусть это звучит несколько «громко» и, может быть, не совсем по-современному…

— Несмотря на огромные усилия, которые предпринимаются в борьбе с глаукомой, появление новых фармацевтических средств и внедрение новых медицинских технологий, проблема остается актуальной. Можно ли спрогнозировать, в каком направлении будет осуществляться поиск оптимальных решений?

— Прежде всего, безупречное решение организационных вопросов, направленных на раннее выявление заболевания. Если это будет реализовано, в значительной степени изменится печальная статистическая картина финала заболевания — необратимая слепота и слабовидение. Сейчас в нашем распоряжении несоизмеримо больше (по сравнению еще с недавним прошлым) возможностей оказания медицинской помощи больным: диагностика, консервативные, хирургические методики — на порядок совершеннее. Но статистика — «барышня» упрямая: число слепых и слабовидящих вследствие глаукомы меньше не становится. Все сводится к тому, чтобы своевременно диагностировать это, практически, бессимптомно протекающее заболевание. Что касается новейших технологий, они красивы, дороги, но проблемы не решают.

— При выборе терапии глаукомы важен баланс эффективности и безопасности. Нейропротекция и поддерживающая терапия в лечении глаукомы — это миф?

— Не совсем так. Глаукома, как известно, заболевание многофакторное. Но мы не можем воздействовать на все причины с тем, чтобы нивелировать их влияние на зрительные функции. И эффективность наших усилий ограничена. Нейропротекция — это защита нервной ткани от повреждающего воздействия множества агентов влияния. Эффективных лекарств, средств для нейропротекции, по сути, нет. Мы в основном применяем препараты, используемые в общей неврологической, кардиологической практике. Но и здесь есть проблемы. Как известно, существует понятие «адресная доставка препаратов», что при глаукоме, применительно к нейропротекции, представляет трудно решаемую задачу. Еще труднее — контролировать действие лекарства. Мы назначаем препараты и даже получаем неплохие результаты, но абсолютной уверенности в том, что положительная динамика явилась результатом применения именно этого лекарственного средства, у нас нет. Критерии оценки эффективности использования того или иного препарата представляют собой довольно слабое место.

В настоящее время мы проводим исследования, направленные на поиск схожести между глаукомой и рядом нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Пика, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера. Это — чрезвычайно интересное во многих отношениях направление, и я бы даже назвал его моим «научным увлечением». Полученные результаты свидетельствуют о том, что между глаукомой и, например, болезнью Альцгеймера в некоторых случаях существует общность проявлений. Но мы пока еще далеки от того, чтобы утверждать, что и глаукома, и болезнь Альцгеймера являются схожими заболеваниями нейродегенеративного типа. Есть исследователи, которые смело утверждают, что глаукома — нейродегенеративное заболевание. В определенной степени это так, но полученных фактов недостаточно для уверенного доказательства этого тезиса. Повлияет ли это на лечение? Можно применять лекарства, назначаемые неврологами при болезни Альцгеймера, что мы и делали, но высокой эффективностью лечение не отличалось по ряду понятных и непонятных причин. Более того, некоторые из этих препаратов, положительно воздействуя на «нужные» при глаукоме рецепторы, одновременно оказывают угнетающее действие на те же рецепторы, находящиеся в центральной нервной системе, что совсем нежелательно.

Работа, которой мы занимаемся, крайне интересная, может иметь продолжение, но, возвращаясь к первой части нашего разговора, нам приходится постоянно сталкиваться с огромными трудностями организационного и финансового порядка. Исследования очень дорогостоящие и требуют междисциплинарного взаимодействия.

— И все-таки в каких направлениях будет продолжаться поиск оптимальных решений в лечении глаукомы — новые препараты, новые хирургические методики, и то и другое?

— Судя по данным мировой литературы, очевидный крен делается в сторону создания новых лекарственных препаратов, которые будут максимально безопасны и максимально эффективны.

— Сегодня все лекарственные препараты очень дорогие. Я не понимаю, как обычный пенсионер может себе позволить получать адекватное лечение.

— Я тоже не понимаю. Трудности заключаются еще и в том, что лечение — пожизненное, но пациенты часто не выполняют рекомендации врача. Как правило, это заканчивается печально. Глаукома протекает бессимптомно, не привлекает внимание пациента и не мотивирует его к безупречному выполнению назначения доктора. Таких пациентов, к сожалению, две трети.

— От Ваших коллег приходится слышать, что пациентам часто назначается большое количество препаратов, и надо быть очень организованным человеком, чтобы в них не запутаться и принимать в нужной последовательности с нужной частотой.

— В принципе неправильно назначать много лекарственных препаратов. Хотя врачи порой в силу различных обстоятельств поступают именно так, не задумываясь, будет ли пациент выполнять его предписание и какими могут быть последствия такой непродуманной тактики. От этого страдает эффективность лечения — больные просто не выполняют предписания врача. Не видя сиюминутного улучшения от лечения, не располагая всей полнотой информации о том, что такое глаукома и к чему она приводит, пациенты не привержены лечению. Поэтому ответственность врача в этой связи особенно велика.

— У пациента, имеющего деньги, больше шансов получить квалифицированную медицинскую помощь, чем у человека небогатого?

— Думаю, нет. За деньги можно приобрести условия пребывания в лечебном учреждении. Что касается медицинской помощи, ее оказывают одинаково как «толстосуму», так и пациенту несостоятельному. По крайней мере, мне так хочется думать.

— Валерий Петрович, Вы являетесь главным редактором «Национального журнала глаукома», заместителем главного редактора газеты «Поле зрения». Известно, что сейчас доктора редко читают научные статьи, защитив диссертацию, еще реже пишут. Подписываются — единицы. Какой Вам видится судьба научных журналов в России?

— Научные журналы будут жить — это факт, останутся ли все — не знаю. Конечно, научно-исследовательскому институту приятно, да и престижно иметь один-два журнала, которые пользуются вниманием читателя. Сейчас издания, особенно входящие в список рецензируемых, на мой взгляд, нужны для публикации статей, необходимых для завершения диссертационных работ. Это — основная функция существующих в настоящее время журналов. Другой функцией является тиражирование достижений с тем, чтобы дать возможность врачам, повышающим свою профессиональную квалификацию, эти сведения получить. В то время, когда мы поставили перед собой задачу выпустить новый журнал, наблюдался очевидный дефицит информации. Сейчас дефицита в информации нет, было бы желание, в интернете можно найти все что угодно. Одна из причин мизерных подписок заключается в том, что практически все издания можно прочесть в электронном виде в открытом доступе через 2-3 месяца после выхода печатной версии.

— В интернете, действительно, можно найти все — информацию, заслуживающую доверия, и откровенную чушь.

— Для получения необходимой и действительно полезной информации проводятся конференции, круглые столы, симпозиумы, где можно высказать свою точку зрения, а коллеги могут ее принять, либо отвергнуть. Это, на мой взгляд, более правильный путь получения новых знаний. Согласны?

— Отчасти. Обращаясь в прошлое, мы видим, что журналы существовали всегда. Печататься в них было делом престижным, ученые понимали необходимость публиковать статьи, касающиеся результатов исследований, делиться с коллегами своим опытом. При этом проходили научные конференции, симпозиумы, круглые столы...

— В те годы, о которых Вы говорите, выходили только два журнала: «Вестник офтальмологии» и «Офтальмологический журнал», издававшийся в Одессе. Съезды проходили один раз в пять лет, научные конференции были редкостью. Но это были конференции, которых ЖДАЛИ и которые ДАВАЛИ знания. Их нельзя сравнивать с сегодняшними конференциями, которые проходят едва ли не каждую неделю. К этому можно относиться по-разному. Я не сторонник такого обилия мероприятий…

— ...и такого обилия журналов?

— И такого обилия журналов. Сейчас наполнить журнал добротным научным материалом очень трудно. Отсюда — издания, отличающиеся низким качеством публикуемых статей. Мы в «Национальном журнале глаукома» стараемся удерживать планку на должной высоте, поэтому среди восьми офтальмологических журналов в России «Национальный журнал глаукома», хотя посвящен лишь одной проблеме, имеет самый высокий импакт-фактор. Это прямо и косвенно свидетельствует о качестве предлагаемых читателю материалов. Как будут дальше развиваться события, предсказать трудно, но в этом году нашему журналу — 15 лет.

В.П. Еричев с сотрудниками отдела глаукомы ФГБНУ «НИИГБ»

Пятнадцать лет назад родилась идея создать журнал. В то время информации, действительно, было недостаточно. Прежде чем реализовать эту идею, я провел опрос среди ведущих офтальмологов России, представлявших практически все регионы страны, и получил поддержку. И я ничуть не жалею о тех усилиях, которые были предприняты в решении организационных вопросов, связанных с созданием журнала и его дальнейшим развитием. Нам пришлось пережить и тяжелые времена, но журнал продолжает жить. Интеллектуальная составляющая журнала, идея, научное наполнение всегда были и остаются собственностью редакции журнала «Глаукома». Журнал официально и на законных основаниях принадлежит ФГБНУ «НИИГБ».

— Вы — заместитель директора по научной работе «НИИГБ», вице-президент Российского глаукомного общества. Вы часто выступаете с докладами на различных конференциях, публикуете научные статьи, книги, являетесь главным редактором «Национального журнала глаукома», заместителем главного редактора газеты «Поле зрения». Как Вам на все хватает времени и сил?

— Многое зависит от того, как ты сумеешь организовать свой труд. Без этого не может быть выполнена ни одна работа. В своей жизни я никогда не составлял список важных дел. План работы держу в голове, расставляю приоритеты. Начатое дело стараюсь довести до конца, при этом параллельно выполняется другая работа. В этом случае можно рассчитывать на качественное решение поставленной задачи. Такой подход, насколько я помню, у меня выработался со школьных лет. Я никогда не руководствовался какой-то навязчивой идеей, необходимостью строго следовать писаному или неписаному графику, все делалось как бы само собой. Две диссертации я написал, не уходя в отпуска, на рабочем месте, используя любую свободную минуту. Жена даже и не подозревала о том, что я завершаю докторскую диссертацию. Она узнала об этом случайно, за месяц до защиты. С другой стороны, не могу сказать, что переступив порог дома, полностью отключался от дел, связанных с работой. Обычно после небольшого отдыха, позанимавшись с дочерями (когда они были маленькими), поздно вечером садился за письменный стол работать. Я привык вставать рано утром, приходить на работу задолго до начала рабочего дня, чтобы в спокойной обстановке успеть сделать какие-то очередные дела. Этот час может быть самым продуктивным. Порой самая хорошая помощь — это не мешать, с чем я, собственно, всю жизнь сталкиваюсь.

— Хотелось бы поподробнее поговорить об основных вехах Вашей биографии.

— Я родился в потомственной по линии отца, Еричева Петра Георгиевича, учительской семье. Моя мама, Тхартишвили Сулико Иордановна, не успев поступить в мединститут, была призвана на фронт, и вместе с отцом они закончили войну в 1945 году в Бухаресте. После войны они вернулись на разрушенную Брянщину, пострадавшую от фашистской оккупации. Папа получил партийное задание — возглавить детский дом. В то время, после войны, было много сирот, много беспризорников… Детский дом располагался в стенах древнего монастыря, где я и родился.

Окончил школу с серебряной медалью. Поэтому были привилегии при поступлении в ВУЗ: нужно было сдать экзамен только по одному профильному предмету. Я выбрал Смоленский государственный медицинский институт (ныне Смоленская государственная медицинская академия), успешно сдал экзамен по профильной «химии» и получил возможность учиться и окончить этот известный, без малого со столетней историей, институт.

— Почему Вы решили стать врачом?

— В юношестве у меня было много увлечений, навеянных книгами, и жизненными рассказами взрослых. Это — история, археология, медицина… Но когда пришло время выбора, все решилось само собой, и я поступил в Смоленский мединститут.

— Можно сказать, что еще до поступления в ВУЗ Вы увлеклись офтальмологией?

— Тогда я еще ничего не знал об офтальмологии, но столкнулся с ней по жизни. Интерес к этой дисциплине у меня был. В то время кафедру офтальмологии в Смоленском медицинском институте возглавлял профессор, заслуженный деятель науки РСФСР Михаил Захарович Попов (1896-1975). Как военный медик он прошел всю войну, закончил службу в звании подполковника, награжден многими боевыми наградами. Возглавил кафедру офтальмологии в 1945 году и был ее руководителем до 1972 года.

Я учился в ВУЗе с 1965 года по 1971 год. И профессор Попов был одним из тех людей, которые помогли определиться с профессией, помогли понять, что же такое офтальмология. Как в таких случаях бывает, я посещал научный кружок при кафедре офтальмологии. Хотя интерес был и к другим специальностям.

— Вы прошли путь от врача-офтальмолога в небольшом провинциальном городке до заместителя директора по научной работе в «НИИГБ». Что Вы можете сказать о плюсах и минусах этого пути?

— Считаю такой путь, во всяком случае для того времени, нормальным. Наверное, я должен, не стесняясь, признаться в том, что достиг всего сам без посторонней помощи, никто протекции мне не оказывал. Я благодарен судьбе, а она, в общем-то, была ко мне благосклонна всегда. Я без труда поступил в институт, окончил его…

— С красным дипломом окончили?

— Нет, у меня в дипломе были две тройки: по истории КПСС (часть 1-я), хотя предмет мне был интересен (кстати, я никогда не был коммунистом), но так сложились обстоятельства (по 2-й части истории КПСС я получил, как тогда говорили, пять «автоматом»), и по ЛОР-болезням. Экзамен принимал ректор института — необыкновенно умный, замечательный человек. По билету я все ответил хорошо, тогда ректор показал мне рентгеновский снимок, на котором была изображена холистеотома, и ошибиться было просто невозможно. Что со мной произошло в тот момент, не знаю, но я не смог ответить, и ректор с чувством досады поставил мне три балла. По всем остальным предметам у меня все было вполне прилично.

Окончив институт, по распределению уехал в Новгородскую область, в Малую Вишеру, отработал три года в районной больнице, год — в глазном отделении областной больницы. Там, в Новгородской областной больнице у меня были первые учителя. Более удивительных людей по человеческим и высочайшим профессиональным качествам я не встречал. Это были просто очаровательные люди, которые меня научили очень многому. Они хорошо учили, а я старался хорошо учиться. Они сыграли огромную роль в моем дальнейшем профессиональном становлении и росте. Я вспоминаю этих людей с большой благодарностью. Мне, безусловно, повезло. От того, кто были твои первые учителя, в дальнейшем будет зависеть твоя профессиональная жизнь.

Зоя Михайловна Гогина заведовала глазным отделением в Новгородской областной больнице многие годы. Участница Великой Отечественной войны, высочайший профессионал, прекрасный педагог. Она не жалела сил, не скупилась своими знаниями и передавала их молодым врачам, и мы с огромным удовольствием этим пользовались.

Владимир Викторович Шафранов, замечательный врач, прекрасный человек, стал впоследствии заведующим глазным отделением. Наталья Евгеньевна Новелла занималась редким по тем временам направлением — нейроофтальмологией, одно время работала с профессором Е.Ж. Троном в Ленинграде, что повлияло на дальнейшую ее специализацию. Она была удивительным человеком, научившим меня очень многому, как с точки зрения теории, так и в практике. В те годы для работы в областной больнице, а тем более в районной, знания имели первостепенное значение. Тогда не было высокотехнологичного оборудования — был зеркальный офтальмоскоп да налобная бинокулярная лупа; щелевая лампа была крайней редкостью. При этом больные были ухожены.

Проработав четыре года в Новгородской области, я без труда поступил в ординатуру в МНИИ ГБ им. Гельмгольца, с которым была связана моя дальнейшая жизнь в течение 32 лет. И там, опять же не прибегая к посторонней помощи, прошел путь от врача отдела глаукомы, младшего научного сотрудника, старшего научного сотрудника до руководителя отдела глаукомы (на эту должность был избран по конкурсу). На этой должности я проработал 19 лет.

— Почему Вы выбрали глаукому, и когда был сделан этот выбор?

— Это — случайность. Я был в клинической ординатуре в институте им. Гельмгольца, старался учиться усердно. Вероятно, мое усердие было замечено, и на втором году обучения мне предложили уже на постоянной основе работу в отделе глаукомы. Глаукома никогда не отличалась легкостью в профессиональном отношении, это был один из самых трудных разделов в офтальмологии, как в общем является и сейчас. Большой славы не заработаешь, а проблем много. И я принял предложение и нисколько не жалел ни тогда, столкнувшись с очевидными трудностями в изучении этого заболевания, в приобретении высоких навыков в диагностике и лечении глаукомы, ни в последующем о сделанном выборе.

Далее судьбе было угодно, что в 2007 году я оказался в «НИИГБ». Об институте им. Гельмгольца у меня остаются самые теплые воспоминания, с ним у меня связан очень большой отрезок жизни и в профессиональном отношении, и в личном плане. Я всегда с чувством горячей благодарности вспоминаю тех хороших, добрых людей, с которыми там работал.

Здесь, в «НИИГБ», я почувствовал к себе теплое расположение, и я благодарен судьбе за это. Но еще больше я благодарен С.Э. Аветисову. Ведь я пришел в институт, можно сказать, на излете своей профессиональной деятельности (тогда мне исполнилось 60), и его решения трудно переоценить. Офтальмологии я посвятил 46 лет своей жизни.

— В последние годы Вы работаете с Сергеем Эдуардовичем Аветисовым. Легко ли Вам с ним работать?

— Легко по ряду обстоятельств. С Сергеем Эдуардовичем у нас сразу возникло взаимопонимание. Это касается буквально всего: решения поставленных задач, обсуждения планов, просто человеческих отношений. Когда существует взаимопонимание, всегда легко в любой ситуации. Верить в человека — величайшее качество, эта вера обязывает ко многому твоего «vis-à-vis».

— Существует много офтальмологических школ: школа Т.И. Ерошевского, школа С.Н. Федорова, школа Э.С. Аветисова. «Школа» — это обязательная традиция в медицине?

— Институт научной школы в прежние годы был довольно весом, он признавался, ценился. Сейчас «научная школа» как понятие девальвировалось, по крайней мере, мне так кажется. Раньше, действительно, существовала школа Ерошевского, школа Аветисова, школа Нестерова. Даже если согласиться с тем, что не существует конкретного понятия научной школы, но совершенно очевидным мне кажется то, что «школа» — это не только признание трудов и величия твоего учителя, но и возможность развивать его мысли, идеи в будущем. Думаю, что не стоит ограничивать понятие «школа» числом подготовленных учеников или выполненных кандидатских и докторских диссертаций. Главное — развивать заложенные твоим учителем научные идеи. В качестве примера могу привести школу Э.С. Аветисова — развитие его учения о близорукости профессором Е.П. Тарутта. Это — очень наглядное проявление «научной школы», как понимаю ее я.

— Как Вы относитесь к необходимости готовить себе достойную смену?

— Это было актуально (да и непросто) во все времена, а сейчас — тем более. Жизнь, особенно, творческая, не вечна, и необходимо своевременно позаботиться о смене. Собственно, это — один из путей формирования научной школы. Процесс этот трудный, главное — не пустить его на самотек. На стыке веков наш институт столкнулся именно с этими проблемами, и избрание на пост директора С.Э. Аветисова в 2002 году возродило НИИГБ из глубочайшего кризиса.

— Согласитесь, что людям, занимающим высокие должности, тяжело уступать свое место молодежи, нет преемственности, нет культуры вовремя уйти. Это касается любой сферы нашей жизни: шоу-бизнеса, науки...

— Вы правы, это происходит везде. Но одно дело — шоу-бизнес, совсем другое — наука, точнее, руководство наукой. Примеров много, но не всегда возникающие подобного рода проблемы решаются с позиции здравого смысла.

— Чему была посвящена Ваша кандидатская диссертация?

— Кандидатская диссертация была посвящена интересной в те годы теме — применение глазных лекарственных пленок в лечении глаукомы. Глазные лекарственные пленки — это пролонгированная форма доставки лекарственного препарата.

— Докторская диссертация стала продолжением темы?

— Нет, докторская диссертация касалась хирургического и ультразвукового лечения глаукомы, лечения наиболее тяжелых ее форм, которые в русскоязычной литературе были названы «рефрактерной глаукомой».

— Вы не жалеете о том, что не продолжили развивать тему пролонгированных форм доставки лекарственного препарата?

— Трудности были связаны с характерной для того времени (возможно, и для сегодняшнего дня) ситуацией, касающейся применения на практике новых наработок. Этой темой активно занимался профессор Юрий Федорович Майчук, в то время были предложены внутригласные лекарственные пленки для лечения многих заболеваний глаз. Это была в определенной степени оригинальная подача лекарственных препаратов. Но внедрение пленок в офтальмологическую практику в масштабах страны представляло собой задачу трудновыполнимую. Однако попытки запустить проект делались: был построен цех по выпуску пленок на Украине, позже производство было налажено в Болгарии, но по ряду объективных причин через какое-то время тема была закрыта.

Путешествие в Исландию

С женой Ириной в Санкт-Петербурге

С дочерью Натальей, внуками Константином и Настей

С дочерью Аллой, зятем Алексеем и внуком Глебом

— Кто для Вас является выдающимся ученым-офтальмологом?

— Для меня это — Аркадий Павлович Нестеров и Аркадий Яковлевич Бунин, чьи имена неразрывно связаны с проблемой глаукомы.

— Как Вы относитесь к критике в свой адрес?

— А кому нравится критика? Думаю, никому. Если она заслужена и аргументирована, ее надо принимать, нравится тебе это или нет. И делать из этого выводы.

— Кем Вы мечтали стать в детстве?

— В детстве я мечтал стать археологом. Меня до сих пор охватывает необъяснимое, потрясающее ощущение древности, когда смотришь на артефакты, которым не одна тысяча лет. Я не могу это объяснить, но испытываю нечто такое, чего я не смог бы испытать, любуясь, например, великолепной современной картиной. Предметом, который дошел до нас, несколько тысяч лет назад пользовался какой-то человек, трогал его руками, по ступенькам древнейших храмов ходили люди. Я с огромным наслаждением, когда есть возможность, знакомлюсь с древностью.

— Ваша любимая книга или книги?

— Наверное, для каждого периода жизни есть своя любимая книга, но некоторые остаются в памяти на долгие годы. Например, «Овод». В определенный период роман Эт.Л. Войнич «Овод» представлялся мне очень важной книгой. Не буду оригинальным, если скажу, что в зрелые годы, перечитывая, например, Достоевского, воспринимаешь совсем по-другому многие его произведения. Например, «Преступление и наказание» первый раз я прочел в поздние школьные годы, и не могу сказать, что роман произвел на меня впечатление, после прочтения остался лишь тяжелый осадок. Второй раз я обратился к роману в 35-37 лет и прочел его буквально на одном дыхании: вдохнул, раскрыв книгу, и выдохнул только, когда ее закрыл. Совсем другое восприятие. Очень люблю Чехова, Тургенева — это из «золотого века». Из современников — М.А. Шолохов, его романы «Поднятая целина» и «Тихий Дон».

— Качество, которое Вы больше всего цените в мужчине?

— Верность, преданность, хотя эти качества присущи не только мужчинам.

— Способность, которой Вам бы хотелось обладать?

— Вы знаете, я так завидую людям, которые легко и свободно играют на музыкальных инструментах. Я очень люблю музыку, но лишен способности это делать. Хотел бы уметь красиво танцевать, петь, играть на саксофоне *(смеется)*.

— Я знаю, Вы любите джаз. Джаз — это, прежде всего, импровизация. Вы часто импровизируете в работе?

— Мне нравится этот музыкальный жанр, более того, мне легко работается под тихую льющуюся джазовую музыку. Без импровизации творческая работа просто невозможна, в том числе и хирургическая. Хотя импровизировать в этом случае надо очень продуманно и искусно.

— Валерий Петрович, Вы замечательно выглядите, еще столько впереди...

— Больше — позади… К сожалению.

— Хотелось бы надеяться, что все открытия еще впереди. Почему нет? Накоплен огромный опыт, есть желание продолжать работать, есть для этого все возможности... Как Вы сейчас себя ощущаете? Вы чувствуете себя уставшим человеком?

— Для человека вполне естественно иногда чувствовать физическую усталость, но не как постоянное ощущение. Я еще чувствую в себе силы работать, и, не скрою, хотелось бы продолжить.

— В начале нашей беседы Вы сказали, что завидуете профессионалам. Я знаю, что многие Ваши коллеги считают Вас высочайшим профессионалом, замечательным ученым, блестящим хирургом, великолепным лектором.

— Если даже согласиться с Вашими словами, это не мешает завидовать искренней, белой зависти человеку, который является профессионалом в чем-то другом. Уместнее здесь использовать слово «наслаждение», которое испытываешь, когда видишь работу профессионала.

— Вы сами себя считаете профессионалом?

— Это лучше видно со стороны… Мне кажется, предела совершенству нет.

— Вы скупы в оценках, я это давно заметила, особенно в отношении собственной деятельности.

— Согласен, собственной — это однозначно. Не могу сказать, что я занимаюсь самоедством, но какой-то элемент есть, особенно в оценке сделанного. Мне кажется, это плохое качество — быть скупым на оценки. Но люди, которые со мной работают, прекрасно понимают, что когда я говорю спокойным голосом: «Хорошо», это равносильно похвале высшей степени. Я не люблю громких, восторженных восклицаний.

— Поэтому я и не спрашиваю Вас об отношении к газете «Поле зрения». За 6 лет, что газета выходит, Вы всегда были предельно скупы на похвалу. Вы постоянно говорите, что нам надо расти...

— Вот! Именно ради этого я и сдержан «в звуковом оформлении» своей оценки. Мне газета нравится, она действительно очень хорошая. Высокопрофессиональная. Но если часто повторять, что газета прекрасная, это будет служить неким тормозом для дальнейшего развития.

— Я давно с Вами работаю и прекрасно отдаю себе отчет в том, что стоит Ваше «Хорошо», это, действительно, — наивысшая похвала. К каким порокам Вы чувствуете наибольшее снисхождение?

— Человеческих пороков немало. К сожалению. Но, пожалуй, слово «снисхождение» может быть применено лишь к тщеславию и, как обязательному его атрибуту, жажде власти. Тщеславные люди и люди, стремящиеся к власти, вызывают искреннюю жалость и являют собой человеческую убогость.

— Не тщеславный человек, на Ваш взгляд, имеет шанс добиться успеха в современной жизни?

— Конечно, почему нет? Я не вижу в слове «тщеславие» положительных интонаций, в отличие от «амбиций». Амбиции — не порок, есть здоровые амбиции, они особенно нужны в науке.

— Что никогда не сможете простить?

— Предательство. Предательство — это высшее проявление человеческих пороков. Не могу этого понять и простить.

— У Вас много друзей?

— Совсем немного.

— Что для Вас значит Ваша семья?

— Очень многое, если не сказать «все, что не связано с профессиональной деятельностью». Но даже и в моей профессиональной жизни семья участвует тем, что создает условия для работы. Я очень люблю свою семью, стараюсь уделять ей время, насколько это возможно.

— Как проводите свободное время?

— Мы с женой любим путешествовать. Один раз в год обязательно вдвоем куда-нибудь уезжаем. Часто ездим в путешествия всей нашей большой семьей: две дочери, два зятя и трое внуков. Любим собираться все вместе в нашей «родовой» квартире, отмечаем все праздники и дни рождения. Рад, что традиция семейных встреч прививается в семьях дочерей.

— Ваш девиз?

— Хочу рассказать историю, которая может послужить ответом на Ваш вопрос. Когда я учился в школе, учебники оборачивали в газету или бумагу. Иногда в качестве оберточной бумаги использовали обои. Как сейчас помню, в 9-м классе на учебнике алгебры, обернутом белой бумагой (не знаю, почему именно алгебры), на обложке я написал: «Бороться и искать, найти и не сдаваться». Этот девиз был мне близок в старших классах школы, во время учебы в институте. Пожалуй, этому девизу я стараюсь следовать всю жизнь.

— Спасибо за честный разговор.

Беседу вела ***Лариса Тумар***

Фото из архива В.П. Еричева

Бикбов Мухаррам Мухтарамович

Член-корреспондент Академии наук Республики Башкортостан, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации

Уважаемый Мухаррам Мухтарамович!

От души поздравляем Вас с юбилеем, 60-летием со дня рождения.
Благодаря Вашему вдохновенному труду, созидательной энергии и таланту ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней» Академии наук РБ завоевал высокое профессиональное признание как в нашей стране, так и далеко за ее пределами.
Ваша плодотворная деятельность является ярким примером служения отечественной офтальмологии. Благодаря профессионализму, неиссякаемой энергии Вы по праву снискали авторитет среди коллег. Глубокого уважения заслуживает и многолетняя наставническая работа по поддержке творческой молодежи, которой Вы неизменно уделяете внимание.
От всей души желаем Вам крепкого здоровья, долголетия, новых ярких страниц в Вашей творческой биографии, счастья, успехов и всего самого доброго!

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

Родился 4 апреля 1957 г. в селе Имангулово Октябрьского района Оренбургской области. В 1980 окончил лечебный факультет Башкирского государственного медицинского института по специальности «лечебное дело».

В 1991 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Эпикератофакия в хирургической коррекции афакии у детей», в 1998 г. — докторскую «Коррекция анизометропии высокой степени у детей». В 2009 г. присвоено ученое звание «профессор».

Профессор М.М. Бикбов — директор Уфимского НИИ глазных болезней, является одним из ведущих ученых России в области рефракционной и катарактальной хирургии, виртуозным офтальмохирургом, педагогом, прекрасным организатором. Он внес существенный вклад в отечественную офтальмологию, создал научную школу по проблеме патологии роговицы. Фундаментальные и прикладные исследования М.М. Бикбова по выяснению этиологии и патогенеза кератоконуса и кератоэктазий, изучение гистогенеза и биомеханических свойств роговицы имеют большое значение для практической офтальмологии. Многочисленные исследования в институте показали, что проведение роговичного кросслинкинга, имплантация сегментов и колец при кератэктазиях останавливают прогрессирование заболевания, улучшают зрение, а в некоторых случаях исключают проведение кератопластики.

Разработанные методы лечения врожденных и приобретенных заболеваний роговицы получили признание отечественных и зарубежных ученых. Предложенный М.М. Бикбовым и запатентованный метод эпикератопластики в хирургии заболеваний роговицы, по данным Ophthalmology Times Europe, в 2010 г. внесен в десятку наиболее значимых достижений мировой офтальмологии в хирургии роговицы.

В настоящее время под руководством профессора М.М. Бикбова развивается востребованное в офтальмологии направление — хирургическое лечение витреоретинальной патологии глаза.

Молодые специалисты Уфимского института глазных болезней под руководством М.М. Бикбова активно развивают инновационные проекты. Результатом их выполнения являются разработанные медицинские изделия — аппараты для ультрафиолетового кросслинкинга роговичного коллагена «УФалинк» и «УФалинк-Квант», устройство для ионофореза «Ион», устройство контроля мощности ультрафиолетового излучения «УФ-тестер», пять видов фотосенсибилизаторов («Декстралинк», «Хитолинк», «Риболинк», «Рибоциклин», «ЭпиТранс»). Научные разработки института отмечены дипломами и применяются для лечения заболеваний роговицы в России, ближнем и дальнем зарубежье.

О значимости теоретических и прикладных исследований М.М. Бикбова свидетельствуют выступления в качестве приглашенного докладчика на российских и зарубежных симпозиумах и конгрессах. Он осуществляет научное сотрудничество с офтальмологами не только России, но и Германии, Австрии, Японии и других стран.

Организационные способности и профессионализм директора проявились в реструктуризации Уфимского НИИ глазных болезней, приобретении инновационного оборудования, подготовке молодых специалистов, что позволило сделать офтальмологическую помощь доступной для всех слоев населения республики и прилежащих регионов. Внедрение современных технологий лечения заболеваний глаз в клинику Уфимского института глазных болезней позволило при неизменном числе специалистов увеличить количество высокотехнологичных операций при наиболее распространенных заболеваниях глаз по сравнению с 2006 г.: при катаракте — в 10,8 раз, при патологии сетчатки и стекловидного тела — в 10,3 раз. Многолетняя кропотливая работа института способствовала достижению высоких функциональных результатов и снижению заболеваемости и инвалидности в республике.

В институте при активном участии М.М. Бикбова были открыты и успешно работают отделения хирургии роговицы и хрусталика, витреоретинальной и лазерной хирургии, детские службы, отделения стационар-замещающих технологий, амбулаторной хирургии, инженерной службы. С 2014 г. в УФНИИ ГБ началась подготовка специалистов региона по освоению современной техники хирургии катаракты по системе WetLab.

Профессор М.М. Бикбов широко известен в офтальмологических кругах России и за рубежом, является автором более 683 научных работ, 118 патентов РФ на изобретения. Им опубликованы 15 монографий. Под редакцией М.М. Бикбова в течение 7 лет выпускались сборники научных трудов, с 2014 г. издается научно-практический журнал «Точка зрения. Восток-Запад». По инициативе профессора М.М. Бикбова в Уфе ежегодно проводятся научно-практические конференции по офтальмохирургии с международным участием «Восток-Запад», в которых принимают участие ведущие специалисты России, европейские и азиатские коллеги. Конференция служит площадкой для обмена опытом, обсуждения по актуальным проблемам офтальмологии. Сотрудники института систематически встречаются с коллегами, выступают с докладами, участвуют в дискуссиях на российских конференциях и зарубежных симпозиумах и конгрессах.

М.М. Бикбов постоянно готовит кадры молодых ученых: под его руководством защищено 7 докторских и более 20 кандидатских диссертаций.

М.М. Бикбов — лауреат Премии комсомола Башкирии (1987), победитель Всероссийского конкурса молодых ученых-офтальмологов (1989), имеет почетное звание «Заслуженный врач Республики Башкортостан» (1996), награжден почетной грамотой Республики Башкортостан (2007), почетным знаком «Ученый года» (2010) , является лауреатом премии Академии наук РБ им. Г.Х. Кудоярова (2013). В 2013 г. М.М. Бикбову присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

М.М. Бикбов является первым заместителем председателя Общества офтальмологов России, членом Президиума Академии наук Республики Башкортостан, главным офтальмологом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, председателем Башкирского регионального отделения Общества офтальмологов России, президентом Регионального отделения по Республике Башкортостан Межрегиональной общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», членом диссертационного совета при ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», членом Экспертного Совета по глаукоме Российского глаукомного общества.

М.М. Бикбов состоит в правлении:
- Ассоциации руководителей офтальмологических клиник России;
- Общества офтальмологов Республики Башкортостан в области исследований заболеваний переднего отрезка глаза и хирургии роговицы.

М.М. Бикбов входит в состав:
- Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS);
- Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов (ESCRS);
- Азиатско-Тихоокеанского общества катарактальных и рефракционных хирургов (APACRS).

Является членом редколлегии и редакционных советов журналов:
- «Вестник офтальмологии»
- «Катарактальная и рефракционная хирургия»
- «Офтальмохирургия»
- «Российский офтальмологический журнал»
- «Российская педиатрическая офтальмология»
- «Российская детская офтальмология»
- «Мир офтальмологии»
- «Офтальмологический журнал Казахстана». ■

НОВОСТИ

CATARACT SURGERY IN SMALL PUPILS: BUILDING THE BRIDGE OVER TROUBLED WATERS

Газета «Поле зрение» информирует своих читателей о том, что 6 мая 2017 года в 10.00 на торжественном открытии конгресса Американского общества катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS) состоится Почетная лекция в честь Корнелиуса Д. Бирнхорста, чьи заслуги в области развития технологии имплантации интраокулярных линз (ИОЛ) трудно переоценить. Учредителем Лекции им. Бирнхорста и Медали Бирнхорста стало Американское общество катарактальных и рефракционных хирургов (ASCRS). Каждый год, начиная с 1975 года, ASCRS присуждает Медаль Бирнхорста и право выступить с Почетной лекцией врачу, внесшему значительный вклад в офтальмологическую науку и клиническую практику. Врач, награжденный Медалью Бирнхорста, становится в один ряд с наиболее выдающимися офтальмологами мира.

Почетное право выступить с Лекцией им. Бирнхорста "Cataract Surgery in Small Pupils: Building the Bridge over Troubled Waters" в этом году будет предоставлено председателю Общества офтальмологов России, заместителю директора по научной работе ФГАУ «МНТК Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» профессору Б.Э. Малюгину. ■

Новое в диагностике глаукомы: от ОКТ-ангиографии до периметрии

Сателлитный симпозиум компании «Трейдомед Инвест»

В рамках XIV ежегодного конгресса Российского глаукомного общества прошел сателлитный симпозиум «Новое в диагностике глаукомы: от ОКТ-ангиографии до периметрии». Организатором мероприятия выступила компания «Трейдомед Инвест». Вели заседание: профессор Н.И. Курышева (Москва), профессор А.А. Шпак (Москва), д.м.н. Т.Н. Юрьева (Иркутск).

Президиум симпозиума

С докладом «Приоритетные маркеры ранней диагностики и мониторинга глаукомы» выступила профессор Н.И. Курышева. На сегодняшний день передовой технологией раннего выявления и контроля патологических изменений при глаукоме является оптическая когерентная томография (ОКТ), при этом приоритет принадлежит спектральной ОКТ. Объектами томографического исследования являются сетчатка макулярной области, диск зрительного нерва, слой нервных волокон в перипапиллярной области, решетчатая пластинка, склера. Данные мировой литературы, на которые ссылалась автор доклада, свидетельствуют о перспективности оценки состояния сетчатки макулярной области с целью раннего выявления заболевания и определения его прогрессирования. В макуле сосредоточена примерно половина ганглиозных клеток, подверженных поражению на ранних стадиях глаукомного процесса. Помимо этого, в последнее время появились подтверждения локальных повреждений ткани диска зрительного нерва вследствие нарушений хориоидального кровотока.

Собственные результаты сравнительных исследований пациентов с препериметрической стадией глаукомы и здоровых лиц, проведенных с помощью цветового допплеровского картирования, показали утолщение перипапиллярной хориоидеи в глазах с препериметрической стадией глаукомы. Это может свидетельствовать о приоритетности циркуляторных расстройств при ранней стадии глаукомы.

Благодаря появлению метода ОКТ-ангиографии появилась возможность неинвазивного исследования глазной микроциркуляции. ОКТ-ангиография позволяет получить достаточно точную картину плотности капиллярной сети ДЗН, перипапиллярной сетчатки (в радиусе 750 мкм вокруг края диска), провести оценку капиллярного русла по секторам, квадрантам; в фовеа, парафовеа; в поверхностном и глубоком капиллярных сплетениях. Научные работы показали связь изменений микроциркуляции, выявленных с помощью ОКТ-ангиографии, с прогрессированием глаукомного процесса. Результаты первого многоцентрового исследования выявили приоритетность определения плотности сосудистой сети диска зрительного нерва и препапиллярной сетчатки. Кроме того, перспективным направлением представляется изучение изменений кровотока в решетчатой пластинке склеры.

Исследования российских ученых показали существенное снижение плотности капиллярного кровотока в макуле при начальной глаукоме. Докладчик обратила внимание на то, что макула является максимально уязвимой зоной для развития дефицита кровоснабжения. Была продемонстрирована высоко достоверная корреляция между показателями перипапиллярного кровотока и периметрическими индексами, отдельными параметрами ОКТ-агиографии и амплитудой паттерн-ЗВП. Докладчик привела доказательства соответствия структурных, циркуляторных и функциональных нарушений при развитой глаукоме.

Т.Д. Арджевнишвили представила доклад на тему «Сравнительное исследование ретробульбарного и ретинального кровотока при первичной открытоугольной глаукоме и при ее сочетании с ВМД». Цель работы заключалась в оценке состояния микроциркулярного русла макулярной зоны, а также ретробульбарного кровотока у больных ПОУГ в сочетании в ВМД. Применялись методы ОКТ-ангиографии и цветового допплеровского картирования (ЦДК).

Анализ полученных данных показал более низкие показатели ретробульбарного кровотока у пациентов с сочетанной патологией. Основные изменения выявлены в центральной вене сетчатки и задних коротких цилиарных артериях. Отмечено также снижение показателей ретробульбарного кровотока в глазной артерии по сравнению с группами пациентов с изолированными ВМД или глаукомой. При оценке ретинальной микроциркуляции отмечено достоверное снижение плотности капилляров макулы в группе пациентов с сочетанием ПОУГ и ВМД. Таким образом, при сочетанной офтальмопатологии выявлены более низкие показатели плотности микроциркуляторного русла и ретробульбарного кровотока по сравнению с группами пациентов с изолированными ПОУГ и ВМД, что свидетельствует о значимости нарушений гемодинамики в развитии обоих заболеваний при максимальной выраженности изменений в случаях их сочетания.

С докладом «Нарушения хориоидальной гемодинамики — причина или следствие глаукомной оптической нейропатии» выступила Т.И. Жукова (Иркутск). Развитие современных неинвазивных методов исследования кровотока позволило накопить большой объем данных по динамике изменений перфузии сосудов глаза и орбиты при различных патологических состояниях. При изучении глаукомы особый интерес представляет изучение структурных изменений в связи с нарушениями кровотока. Преламинарная и ламинарная области испытывают наибольшее сопротивление кровотоку. Цель исследования заключалась в выявлении закономерности изменения перфузии ДЗН и хориоидеи при различном характере течения глаукомы. Были выделены три группы пациентов с развитой стадией глаукомы: пациенты с нормализованным ВГД и стабильными зрительными функциями; пациенты с нормализованным ВГД и нестабильными зрительными функциями; пациенты с повышенным ВГД и нестабильными зрительными функциями. Диагностическое обследование включало ОКТ-ангиографию сетчатки и ДЗН. Проведенные исследования позволили сделать выводы о том, что структурные и гемодинамические нарушения сетчатки и зрительного нерва у больных глаукомой тесно взаимосвязаны. Существующие представления о нормализации офтальмотонуса у больных глаукомой являются весьма относительными. Сопоставление показателей офтальмотонуса с состоянием хориоидального кровообращения в каждом отдельном случае позволяет определить толерантный уровень ВГД. Выявленные изменения гемодинамики подтверждают целесообразность применения ОКТ-ангиографии в диагностике, мониторинге ПОУГ (особенно глаукомы низкого давления), прогнозировании течения глаукомной оптической нейропатии.

С докладом на тему «Морфометрия и микроциркуляция диска зрительного нерва у больных нормотензивной глаукомой» от группы авторов выступила А.Ш. Загидуллина (Уфа). Глаукома с нормальным давлением (ГНД) — многофакторное заболевание, существенную роль в патогенезе которого играют нарушения гемодинамики на системном, регионарном и микроциркуляторном уровнях. По данным литературы, истончение перипапиллярного слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) и повреждение комплекса ганглиозных клеток сетчатки (ГКС) начинаются задолго до появления функциональных изменений органа зрения. Развитие технологии ОКТ открывает возможности неинвазивной визуализации микрососудистого русла и проведения количественной оценки кровотока ДЗН и сетчатки. Целью исследования было изучение морфометрических показателей и параметров микроциркуляции ДЗН у больных с ГНД с использованием методик ОКТ и ОКТ-ангиографии. ОКТ применялась для определения средней толщины комплекса ГКС; объема фокальных потерь (FLV); объема глобальных потерь (GLV); морфометрических параметров ДЗН. С помощью ОКТ-ангиографии проводилась оценка микроциркуляции ДЗН с вычислением индекса кровотока, плотности сосудистого русла, площади неперфузируемых зон. Проводилось сравнение параметров микроциркуляции ДЗН у пациентов с ПОУГ с исходно высоким уровнем ВГД и пациентов с ГНД. Достоверной разницы между всеми количественными показателями ОКТ-ангиографии выявлено не было. Результаты исследований показали нарушения микроциркуляции ДЗН у пациентов с ГНД. Выделены наиболее значимые изменения: площадь неперфузируемых зон ДЗН у больных ГНД на уровне ONH оказалась в 4,7 раза выше аналогичного показателя в контрольной группе; площадь неперфузируемых зон ДЗН у больных ГНД на уровне RPC в 2,7 раза превышала показатель в группе контроля. Выявленные изменения коррелировали с динамикой основных морфометрических параметров ОКТ. Получена отрицательная связь средней силы GLV с индексом кровотока ДЗН на уровне RPC, плотностью кровотока ДЗН на уровне RPC. Кроме того, показана достоверная отрицательная связь средней силы FLV с плотностью кровотока ДЗН на уровне RPC.

Профессор А.А. Шпак доложил об особенностях диагностики глаукомы на периметре COMPASS. Компьютерная периметрия является одним из стандартных методов исследования больных глаукомой, отметил докладчик, но метод требует достаточно устойчивой фиксации пациентов, что представляет собой определенное ограничение. Метод микропериметрии, объединивший компьютерную периметрию с цифровой немидриатической фундус-камерой, позволяет точно проецировать стимул на определенное место на сетчатке, однако недостаток первого микроперимета MP-1 заключается в существенном ограничении светочувствительности (20 дБ), что делает его применение в диагностике глаукомы бессмысленным.

Периметр COMPASS (CenterVue, Италия) не имеет такого ограничения и адаптирован для обследования пациентов с глаукомой. По своим параметрам периметр COMPASS соответствует Humphry: программы 24-2 и 10-2; фон 31,5 асб; стимул Goldman III 200 мс; яркость 0-1000 асб (0-50 дБ). В отличие от традиционных SLO-систем, использующих монохроматический лазерный луч и позволяющих получить черно-белое или псевдоцветное изображение, COMPASS в качестве сканирующего луча использует белый свет, что позволяет получить реальное цветное изображение глазного дна. Механизм автоматического трекинга активно компенсирует отклонения от центральной фиксации. Позиционирование периметрических стимулов автоматически корректируется с учетом текущего положения глазного яблока. Наличие трекинга обеспечивает точную привязку полученных измерений ретинальной чувствительности к соответствующим участкам глазного дна. В отличие от Humphry периметр COMPASS имеет функцию автоматического определения стадий нарушения периметрических изменений. Стадии глаукомного процесса определяются по двум параметрам (классификация Brusini, 2006): среднее отклонение (MD) и паттерн стандартное отклонение (PSD).

Результаты обследования 25 пациентов с глаукомой на приборах Humphry и COMPASS показали совпадение стадий заболевания в 12 случаях; в 11 случаях зафиксировано отличие на 1 стадию; в 2 случаях — расхождение на 2 стадии. Ограничения в применении периметра COMPASS: дерматохалязис, птоз (может потребоваться расширение глазной щели), ширина зрачка менее 2,5 мм (в некоторых случаях требуется мидриаз). Прибор позволяет получить фотографии глазного дна высокого разрешения, выполняемые методом конфокальной сканирующей лазерной офтальмоскопии.

Подводя итог работе сателлитного симпозиума, д.м.н. Т.Н. Юрьева отметила принципиальное значение методики ОКТ-ангиографии не только в исследовательской работе, но и в клинической практике, в решении сложных вопросов, в частности, в лечении пациентов с глаукомой нормального давления.

Материал подготовил
Сергей Тумар

Наша клиника соединяет традиции государственной и частной медицины

Интервью с заведующим офтальмологическим отделением медицинского центра «Адмиралтейские верфи», доцентом кафедры оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета, к.м.н. **Ю.И. Пироговым**.

> стр. 1

Лечебную работу выпускник Военно-медицинской академии Ю.И. Пирогов совмещает с педагогической и научной работой в Санкт-Петербургском государственном университете. В беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» доктор рассказал о деятельности клиники и основных вехах своей жизни.

* * *

— Юрий Иванович, наша газета подробно освещает деятельность федеральных офтальмологических центров, других крупных медицинских учреждений. Ваша клиника не относится к числу «гигантов». Но, думаю, что нашим читателям будет интересно узнать об особенностях Вашей работы.

— Директором медицинского центра «Адмиралтейские верфи» является опытный врач и организатор здравоохранения Елена Анатольевна Кайк. Клиника оказывает медицинскую помощь по 70 направлениям, в том числе хирургия, урология, флебология, оториноларингология, колопроктология и т.д. Ежедневно нас посещают до тысячи пациентов. В медицинском центре работают 357 сотрудников, в том числе 205 врачей и медсестер. Стационар у нас небольшой — всего 24 койки.

— Вероятно, подавляющее большинство офтальмологических вмешательств производится амбулаторно?

— В основном, да. Но при необходимости офтальмологические пациенты также могут воспользоваться услугами стационара. Это просто необходимо после вмешательств под наркозом или при большом объеме операции. Мне думается, что многопрофильный стационар нужен многим нашим пациентам, особенно пожилым людям. Ведь офтальмологические заболевания нередко сочетаются с другими патологиями. У нас всю необходимую помощь можно получить в одном месте. Налажено междисциплинарное взаимодействие врачей.

— Ваши пациенты — это судостроители, сотрудники «Адмиралтейских верфей»?

— По статистике, сотрудники и ветераны «Адмиралтейских верфей» составляют только 12% от числа наших пациентов. Остальные — это жители и гости Санкт-Петербурга, которые поверили в нашу клинику и решили воспользоваться ее услугами. До недавнего времени «Адмиралтейские верфи» работали как государственное унитарное предприятие. А наш медицинский центр являлся его подразделением, можно сказать, еще одним «цехом». Это была типичная ведомственная клиника.

Но произошло акционирование «Адмиралтейских верфей». Наша клиника осталась структурным подразделением предприятия. Но она

Доцент Ю.И. Пирогов

теперь находится на самоокупаемости. Теперь мы работаем так же, как и любая частная клиника. Сами зарабатываем себе на жизнь.

— Какая система представляется Вам более разумной?

— Мне трудно об этом судить. Сотрудники «Адмиралтейских верфей» продолжают пользоваться нашими услугами бесплатно или со значительными скидками, так как все адмиралтейцы являются обладателями полисов ДМС. Вообще, в нашей работе мало что изменилось. Медицинский центр «Адмиралтейские верфи» соединяет традиции государственной и частной медицины.

— Что Вы имеете в виду?

— Будучи, по сути, частной клиникой, мы строго следуем всем инструкциям Минздрава. Мы продолжаем уделять большое внимание лечению и профилактике профессиональных заболеваний. То есть ведем ту работу, которой занимается любая ведомственная клиника крупного промышленного предприятия.

— Не секрет, что благополучие частных клиник во многом зависит от рынка добровольного медицинского страхования (ДМС). Этот рынок в последние годы сужается: некоторые работодатели совсем отказываются от страховки, другие — оформляют страховки с менее выгодными для работников условиями, необходимостью больше оплачивать из собственного кармана… Эти экономические реалии сказываются на работе клиники и офтальмологического отделения?

— Думаю, что наша клиника вполне способна «выстоять» в этих условиях. Наверное, пациенты готовы отказаться от каких-то дополнительных физиотерапевтических процедур или сеансов массажа, хотя они тоже очень важны и полезны… Но на хорошем зрении люди не экономят! Все-таки зрительные возможности имеют принципиальное значение для качества жизни.

Думаю, что медицинскому центру «Адмиралтейские верфи» работать легче, чем многим другим частным учреждениям здравоохранения, так как наша клиника существует уже более двадцати лет. Она была торжественно открыта 14 ноября 1995 года. За это время удалось приобрести репутацию, завоевать доверие пациентов.

— Юрий Иванович, теперь хотелось бы познакомиться поближе с Вами, представить Вашу биографию.

— Я родился в Тбилиси в 1963 году. В то время в Грузии служил мой отец, Иван Григорьевич Пирогов. Он прошел в пехоте Великую Отечественную войну с 1942 года по 1945 год. Попал на фронт рядовым, но из-за нехватки кадровых офицеров был направлен на краткосрочные офицерские курсы. Награжден боевыми орденами и медалями. Войну закончил заместителем начальника штаба полка в звании старшего лейтенанта. После Победы папа остался в армейских рядах. Он вышел в запас уже в конце семидесятых годов в звании полковника. Сейчас ему 93 года.

Военным я решил стать еще в детстве, по отцовскому примеру. А потом возникла идея посвятить себя военной медицине. В выборе профессии сыграл свою роль случай. Когда мне было лет 13-14, я простудился и получал лечение у оториноларинголога военного госпиталя. Заведующий отделением Петр Евдокимович Финченко отнесся ко мне очень доброжелательно. Я, наверное, ему чем-то запомнился… И спустя два года при случайной встрече он посоветовал мне поступать в Военно-медицинскую академию и стать военным врачом.

«Планка» была поставлена высокая. Стать курсантом Военно-медицинской академии было и тогда очень непросто! Когда я учился в выпускном классе, мы с отцом вместе поехали на экскурсию в Ленинград. Это было мое первое посещение великого города. Побывали в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, познакомились с буднями курсантов, учебной базой. И я решил: буду сюда поступать. Так и получилось! В 1980 году я стал курсантом (слушателем) академии, попал на факультет подготовки врачей для подводных лодок.

— Когда Вы решили стать офтальмологом?

— Это решение — тоже стечение обстоятельств. Еще на первом курсе академии меня свел случай с начальником офтальмологического отделения 442-го окружного военного госпиталя, к.м.н., полковником медицинской службы Русланом Ивановичем Коровенковым. Это не просто известный в нашей стране талантливый офтальмолог. Руслан Иванович — еще и замечательный педагог, открывший секреты врачевания болезней глаз многим и многим молодым докторам. Его рассказы о специальности, подготовке и работе врачей-офтальмологов так меня заинтересовали, что выбор профессии был сделан.

Оставалось только дождаться объявления о дате и времени заседания «Военно-научного общества курсантов и слушателей» при кафедре офтальмологии. Такая академическая форма работы со слушателями во многом способствовала выбору будущих медицинских специальностей.

Кафедру офтальмологии в то время возглавлял профессор В.В. Волков. Семнадцатилетнему первокурснику было непросто понять многое, о чем говорилось на занятиях «кружка». Но занятия с нами проводили доценты Михаил Михайлович Дронов, Роман Леонидович Трояновский, Леонид Иосифович Балашевич (впоследствии ставшие профессорами), а чаще всего — руководитель кружка, доцент Анатолий Михайлович Краснов. А.М. Краснов известен не только как ученый-офтальмолог, но и как успешный поэт, автор многих сборников стихов, член Союза писателей СССР и России. Меня просто поразил тот факт, что в Военно-медицинской академии работали такие многогранные люди. И А.М. Краснов не был исключением!

Среди кружковцев были курсанты, которые впоследствии добились больших успехов в офтальмологии и в организации здравоохранения: профессора Э.В. Бойко, В.В. Бржеский, А.С. Измайлов, И.Б. Максимов, В.П. Николаенко, А.Н. Куликов, С.В. Чурашов, доценты С.Ю. Голубев, В.А. Рейтузов, С.В. Сосновский. Нам разрешалось посещать дежурства клиники по «скорой помощи», где курсанты набирались опыта лечения больных с неотложными состояниями глаз. Тогда же мне впервые удалось поучаствовать в офтальмологической операции, которую проводил мой руководитель, один из ведущих офтальмохирургов клиники Михаил Михайлович Дронов.

В Военно-медицинской академии царила особая атмосфера. С одной стороны, всецело приветствовалась творческая научная работа. А с другой стороны, мы все научились жесткой дисциплине. Ведь без дисциплины не бывает военной службы!

Коллектив офтальмологического отделения

— Как сложилась Ваша жизнь после окончания академии?

— Я служил на Балтийском флоте врачом подводной лодки (в том числе некоторое время — на той самой субмарине «С-189», которая сейчас превращена в музей и установлена на вечную стоянку в Санкт-Петербурге, на набережной Лейтенанта Шмидта). Сейчас мое место службы может посетить каждый житель и гость города. Эта лодка была спущена на воду в 1954 году и находилась в составе флота до 1990 года.

— Не могли бы Вы поделиться воспоминаниями о службе офицера-подводника.

— Подводные лодки этого класса могли находиться в автономном плавании до нескольких месяцев. И такой опыт у «С-189» был. Она выполняла поставленные задачи в Атлантическом океане. Но во время моей службы лодка океанских походов уже не совершала. Мы выполняли задачи исключительно в Балтийском море.

Фактически наши выходы в море обычно продолжались по две недели. На лодке проходили обучение матросы, мичманы, офицерский состав. Совершались торпедные стрельбы.

Я не раскрою военных тайн, если скажу, что в период мой службы, в конце восьмидесятых годов, на нашей подводной лодке чувствовалось, что срок ее эксплуатации подходил к концу… И во время погружения на глубину до ста метров из-за нарушения герметичности корпуса (протекали сальники) забортная вода с примесью масла однажды залила мне тужурку. Форма надолго приобрела специфический «лодочный» запах, который мне памятен до сих пор. На субмаринах современной постройки такое невозможно!

— Это не опасно, когда подводная лодка подтекает?

— Думаю, что та проблема не представляла опасности. Да и чувства страха во время службы я не испытывал. В целом конструкция лодки была довольно надежной, экипаж был толковый. На моей памяти за три года случился только один по-настоящему опасный эпизод. Это было на «С-168» в 1988 году в районе Таллинна. При всплытии с 40 метров на перископную глубину, услышали шум винтов. В перископ командир увидел, что прямо на нас «на всех парах» несся паром «Викинг Лайн». Могло произойти столкновение с трагическими последствиями. Только «срочное погружение» в самый последний момент позволило нашей лодке счастливо избежать катастрофы.

Это было явное и грубое нарушение правил судоходства со стороны финского парома. Он находился в зоне, закрытой для гражданских судов. Трудно сказать, было ли это ошибкой или намеренной провокацией… Скорее все-таки речь шла об ошибке. Но такие ситуации в подводном флоте тоже встречаются.

Еще я вспоминаю, что в подводном положении на лодке было жарко и душно… Зато кормили моряков отменно! Были даже различные деликатесы и белое вино (в качестве аперитива).

— Вам приходилось оказывать медицинскую помощь непосредственно на борту подводной лодки?

— К счастью, серьезных случаев во время автономного плавания не было. А когда лодка была пришвартована к берегу, можно было воспользоваться помощью коллег из военного госпиталя.

Ю.И. Пирогов во время проведения операции

Опыт морской службы был для меня интересен и полезен тем, что научил принимать решения самостоятельно, брать ответственность на себя. Конечно, взаимодействие с коллегами — важная часть медицинской работы. Но на подводной лодке медик только один. И он должен уметь оказать максимально возможную помощь. Военная служба учит стрессоустойчивости. А это качество востребовано и в гражданской медицине.

Служба на подводной лодке длилась три года. В 1989 году я вернулся в стены Военно-медицинской академии в качестве клинического ординатора. В 1992 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клинико-иммунологическое обоснование применения иммунокорректоров при кератопластике». В дальнейшем служил старшим ординатором в военно-морском госпитале в Купавне, в Подмосковье.

— Расскажите, как складывалась Ваша служба в военно-морском госпитале?

— Госпиталь представлял собой большой и сложный «организм», в котором прекрасно работали лечебные и диагностические отделения различного профиля. Служба в нем выработала умение трудиться бок о бок с коллегами, умение находить компромиссы и извлекать пользу от междисциплинарного взаимодействия. Это очень помогло в период «чеченского кризиса» в 1995-1997 годах, когда в Купавну на лечение массово поступало большое количество раненых. Организация работы была доведена до очень высокого уровня. Пациенты с боевой травмой глаз уже через считанные часы были полностью обследованы (включая компьютерную томографию) и при наличии показаний прооперированы. Полученный опыт пригодился и во время трехмесячной командировки во Владикавказский военный госпиталь в 1995 году, где раненых, к сожалению, тоже было немало.

— Как сложилась Ваша жизнь «на гражданке»?

— В запас я уволился в звании подполковника и вместе с семьей переехал в Санкт-Петербург. Работал в государственном медицинском учреждении, частной клинике, стал преподавать офтальмологию в Санкт-Петербургском государственном университете. Потом был приглашен заведовать офтальмологическим отделением медицинского центра «Адмиралтейские верфи». И с тех пор «прикипел» к этой клинике.

— Не могли бы Вы подробнее представить деятельность офтальмологического отделения?

— У нас работают шесть врачей, шесть медсестер. Одной из задач отделения является участие в профосмотрах, что весьма актуально для многих работников «Адмиралтейских верфей». Например, для профессии крановщика критически необходимы не только высокая острота зрения, но и наличие бинокулярного зрения. Именно эти функции глаза позволяет работнику «прицелиться», найти необходимый груз и перенести его на нужное место.

Но это — лишь небольшая часть нашей работы. В течение года у нас получают помощь около девяти тысяч пациентов с различной патологией глаз, проводится более 900 операций, среди которых немало высокой сложности. Мою главную задачу как руководителя отделения можно сформулировать просто: необходимо постоянно стремиться оказывать офтальмологическую помощь на максимально высоком уровне.

— Что Вы вкладываете в эти слова?

— В 2003 году, когда мне было доверено возглавить отделение, здесь не производилась факоэмульсификация катаракты (с малыми разрезами). Отделение занималось только экстракцией катаракты с использованием больших разрезов. В настоящее время операции по поводу катаракты по современным технологиям являются основной частью нашей работы.

В прошлом году мы начали осваивать витреоретинальную микрохирургию. Успешно проводятся операции по поводу эпиретинального фиброза. В дальнейшем планируем выполнять другие виды витреоретинальных операций. Также отделение занимается лазерным и хирургическим лечением патологий сетчатки и офтальмологических осложнений сахарного диабета. Мы проводим лечение с использованием инъекций ингибиторов ангиогенеза. Радует, что в нашей практике появился этот метод лечения тяжелой патологии, доказавший свою эффективность!

Еще одна особенность, я бы сказал «изюминка» нашего отделения: индивидуальный подбор антибиотиков при внутриглазной хирургии. Для каждого пациента мы подбираем «нужный» антибиотик и способы его введения.

— Расскажите о преподавательской работе. Что Вас в ней привлекает?

— Несомненно, преподавать в прославленном СПбГУ — большая честь. У нашего ВУЗа великая история, огромное количество знаменитых выпускников, прославивших университет и нашу страну, совершивших многое в науке и практике. Отделение является лечебной базой кафедры оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета.

Ю.И. Пирогов с пациенткой

В этом вузе я являюсь доцентом, веду занятия со студентами и ординаторами. Мне думается, важнейшими задачами преподавателя являются не только показать современные возможности специальности, но и постараться «разбудить» клиническое мышление у студентов, расширить их интерес к медицине в целом, заставить их поверить, что от их усердия и упорства в познании во многом зависит их будущее. Мы живем в очень интересное время, в большой стране с огромным потенциалом и широким выбором возможностей для самореализации. Мои бывшие студенты, еще недавно корпевшие над выпускными курсовыми работами, сегодня стали замечательными офтальмологами и сами блестяще выполняют сложные глазные операции. Успехи твоих учеников — вот самая большая награда для преподавателя!

— Какие научные темы в офтальмологии Вас особенно интересуют? Какие именно заболевания Вы исследуете?

— В течение многих лет я занимаюсь изучением интраокулярных линз, вопросами повышения точности их расчетов. Несмотря на массу формул, ни одна из них не может дать нам точного попадания в рефракцию цели. Эта задача — одна из основных для врачей, занимающихся рефракционной хирургией. Этой теме мы собираемся посвятить целую секцию научно-практической конференции «Адмиралтейская осень», которая состоится в ноябре 2017 года с участием ведущих специалистов Санкт-Петербурга.

Еще одна область научных интересов — исследования применения антибиотиков в офтальмологии: и в терапии, и в хирургии. Это очень важная тема, так как любой антибиотик меняет микрофлору глаза, «взаимодействует» с микробами, находящимися в организме. А микробиота у каждого человека своя, особенная.

— Юрий Иванович, как Вы оцениваете уровень оказания офтальмологической помощи в Санкт-Петербурге — городе, который уже давно стал для Вас родным?

— И у государственных, и у частных клиник есть своя «ниша», свое «поле притяжения». Несмотря на высокий уровень офтальмологической помощи в государственных клиниках Санкт-Петербурга, многие получают лечение в частных клиниках, где подобные операции производятся без очереди, за счет финансовых средств пациента. У каждого врача, у каждой клиники (вне зависимости от формы собственности) есть «свои» пациенты, которые стремятся лечиться именно в этом месте.

В целом, мне думается, что организация офтальмологической помощи находится в Санкт-Петербурге на достойном уровне. «Визитной карточкой» Северной столицы стал конгресс «Белые ночи», в который вкладывает много сил главный офтальмолог нашего города, профессор Ю.С. Астахов. В последние годы в городе повысился уровень подготовки врачей-офтальмологов районных поликлиник. Современная техника «нашла прописку» и в частных, и в государственных учреждениях.

— В завершение нашей беседы хотел бы попросить Вас поделиться каким-либо примечательным, запоминающимся случаем в Вашей работе.

— Лично для меня в последнее время к числу знаковых событий можно отнести появление у нас пациентов из «дальнего» зарубежья. У меня проходили лечение финны, американцы, итальянцы… Это явление можно назвать примечательным еще и потому, что оно позволяет дополнительно попрактиковаться в английском!

Недавно, например, ко мне обратился гражданин Португалии, постоянно работающий в Санкт-Петербурге. Он пожаловался на болезненные ощущения в глазу. Причиной этого оказалось небольшое инородное тело внутри глаза. У себя на родине ему была произведена операция по замене искусственного хрусталика. И дужка «старого» хрусталика, к сожалению, осталась в глазу. Это вызвало воспаление и повышение внутриглазного давления.

Когда инородное тело было извлечено, дополнительная помощь пациенту уже не требовалась. Конечно же, он был доволен, что его проблема быстро и просто разрешилась.

— Но это экстренный случай. А есть ли иностранцы, обращающиеся за плановым лечением?

— Да, в основном это зарубежные граждане, которые постоянно живут в Санкт-Петербурге или приезжают сюда с деловыми или личными целями. Все-таки «медицинский туризм» в России еще мало развит. Но те иностранцы, которые оказываются в нашей стране, в том числе и в Санкт-Петербурге, в последнее время обращаются за плановой помощью в основном по направлениям страховых компаний и на основе отзывов других пациентов.

Эти факты показывают, что в современной России можно получить офтальмологическую помощь на хорошем уровне по разумным ценам.

Беседовал ***Илья Бруштейн***

Фотографии Ильи Бруштейна и из личного архива Ю.И. Пирогова

Профессор В.В. Егоров: «Я совершенно обычный человек». Или 30 лет служения людям

Интервью с директором Хабаровского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», доктором медицинских наук, профессором **В.В. Егоровым**

Уважаемый Виктор Васильевич!

Примите наши поздравления по случаю награждения медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» I степени.
Вы внесли весомый вклад в развитие здравоохранения и офтальмологической науки, являетесь ярким примером беззаветного служения профессии и людям.
Своим подвижническим трудом завоевали высокое профессиональное признание.
Желаем Вам доброго здоровья, благополучия и осуществления намеченных планов!

Сотрудники редакции газеты «Поле зрения» и издательства «АПРЕЛЬ»

С Виктором Васильевичем Егоровым мы встретились в Иркутске на конференции «Байкальские офтальмологические чтения», организованной Иркутским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза». Это первое интервью, которое директор Хабаровского филиала дал газете «Поле зрения». О том, что поводом окажется круглая дата в биографии профессора, мы узнали спустя мгновение после начала беседы.

— Виктор Васильевич, в каком году Вы стали директором Хабаровского филиала МНТК?

— Официальная запись в трудовой книжке датирована 1 июня 1987 года. Стройка филиала продолжалась в течение 1987-1988 годов. Первых пациентов мы приняли 26 августа 1988 года. Так что скоро исполнится 30 лет, как я занимаю должность директора.

— Сколько всего записей в трудовой книжке?

— Ординатура, аспирантура, ассистент кафедры глазных болезней Хабаровского медицинского института и МНТК. Институт я окончил в 1977 году, ординатуру — в 1979 году; мой трудовой стаж на сегодня — 40 лет.

В операционной

Диагностическое обследование

— Как Вы считаете, почему Святослав Николаевич Федоров предложил именно Вам должность директора? У него были другие претенденты?

— Я задавал себе вопрос, почему вдруг выбор пал на меня. Получилось вот что. Как ассистент кафедры глазных болезней я был обязан один раз в пять лет проходить курсы повышения квалификации не только по специальности «офтальмология», но и по педагогике. Поскольку в аспирантуре я учился в Москве, то на курсы попросился в Санкт-Петербург, попал на кафедру офтальмологии педиатрического факультета Ленинградского медицинского института, которую возглавлял Анатолий Иванович Горбань. Учеба длилась 2,5 месяца, после чего я вернулся в Хабаровск.

Когда возникла идея создания системы МНТК с 12 филиалами, одним из городов был выбран Хабаровск. Однако я думаю, что если бы в тот период Владивосток был открытым городом, то, скорее всего, филиал был бы организован там, поскольку возможностей для этого во Владивостоке было больше.

В марте 1987 года в Хабаровск прилетели Александр Дмитриевич Семенов, Эдуард Тышлер, сотрудник отдела координации, для обсуждения с руководством города и края вопросов строительства филиала МНТК. Кроме того, они должны были рассмотреть и кадровые вопросы, в частности, кандидатуру на должность директора. Позже А.Д. Семенов мне рассказывал, что Анатолий Иванович Горбань, уже будучи директором Ленинградского филиала МНТК (он открылся на год раньше), в разговоре со С.Н. Федоровым посоветовал обратить внимание на меня. Так была решена моя дальнейшая судьба. Я прилетел в Москву на собеседование со Святославом Николаевичем, и он утвердил мою кандидатуру.

— Не могли бы припомнить, о чем Вы говорили с Федоровым?

— Честно говоря, разговор был коротким. Он ни о чем меня не расспрашивал, вкратце и довольно эмоционально рассказал о том, что будет представлять собой система МНТК. Вопрос в отношении меня уже был, очевидно, решен, и наша встреча с шефом носила скорее формальный характер.

— Вы сразу приняли предложение, или были причины для сомнений?

— Для меня вопрос этот не стоял. Я считал, что у меня была приличная научная подготовка: моим учителем в аспирантуре был академик Аркадий Павлович Нестеров, я хорошо знал московскую офтальмологическую «кухню», был знаком со многими известными докторами; обладал неплохой хирургической практикой, выполнял все виды вмешательств: катаракту, глаукому, отслойку сетчатки, косоглазие и т.д.

— Как складывались Ваши отношения со С.Н. Федоровым?

— Он дважды прилетал в Хабаровск: на открытие филиала и в качестве кандидата в Президенты России. Кстати, хабаровчане отдали С.Н. Федорову 18% голосов. Сейчас раз в квартал мы приезжаем в Москву на директорат. При Святославе Николаевиче такого не было, но при этом он всегда находил возможность общаться с директорами во время конференций.

С.Н. Федоров на открытии Хабаровского филиала

— Когда Вы приняли предложение возглавить Хабаровский филиал, каким был Ваш план действий, что Вы наметили в качестве первоочередных задач, что отложили на более позднюю перспективу? Или к тому моменту уже был принят некий алгоритм действий, связанных с запуском клиники?

— Хабаровский филиал открывался шестым по счету. Мы видели работающие филиалы; открывался Питер, я туда ездил, знакомился с работой коллег. Но самым проблемным филиалом (это все признают) был Хабаровский, причина — кадровые проблемы. Опыт практической работы в офтальмологии на момент открытия клиники имели два моих заместителя, заведующий оперблоком и я. Все. Хорошо, что в тот момент действовал приказ Минздрава России, по которому мы отбирали для обучения в субординатуре студентов шестого курса для их подготовки к дальнейшей работе в филиалах МНТК. Мы пригласили на обучение кружковцев, которых хорошо знали, студентов с хорошей успеваемостью по офтальмологии. Упор я делал в основном на молодых людей, девушек было всего несколько человек. На шестом курсе ребята занимались только офтальмологией. Такая же система существовала и в Москве у А.П. Нестерова, когда группа шестикурсников занималась исключительно офтальмологией. После субординатуры претенденты на работу в филиале еще год учились в интернатуре, затем в течение месяца проходили подготовку в Москве по офтальмохирургии и рефракционной хирургии (кератотомии), после чего приступали к работе. Мы сделали два таких «захода», и штат на момент открытия филиала был укомплектован.

Но сразу приступить к операциям молодые офтальмологи не могли — у них не было для этого достаточного опыта клинической работы. Вначале они перенимали опыт старших товарищей, которые в составе смешанных бригад из различных филиалов приезжали в Хабаровск. Кто-то «ставил» катаракту, кто-то — рефракцию. Раз шесть к нам прилетала Элеонора Валентиновна Егорова (Царство ей Небесное), она отвечала за наш филиал; много раз приезжали Ирина Ермилова, Светлана Аникисимова, врачи из Чебоксарского и Краснодарского филиалов. Наши ребята быстро обучались, и к концу 1988 года (филиал заработал в августе месяце) могли уже работать самостоятельно.

— Виктор Васильевич, Вы являетесь заведующим кафедрой офтальмологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края

— Да, я окончил в 1977 году тогда еще Хабаровский медицинский институт и сейчас работаю на кафедре офтальмологии, которая занимается последипломным образованием. Институт повышения квалификации создан постановлением губернатора Хабаровского края В.И. Ишаева. В трудные 1990-е годы, когда врачам каждые пять лет приходилось за учебу платить деньги (лечебные учреждения не могли заплатить за врача, а в бюджете денег не было), Виктор Иванович Ишаев издал постановление о создании Института повышения квалификации. В этом институте все врачи, работающие в системе краевого здравоохранения, могли учиться бесплатно по всем специальностям. Первоначально была создана смешанная кафедра, куда входили дерматовенерология, офтальмология, судебная медицина и другие. Пять лет назад нас выделили в отдельную кафедру офтальмологии, и мне доверили ее возглавить. Здесь проходят обучение врачи — мы проводим обучение интернов, первичную специализацию, сертификационные циклы, курсы по тематическому усовершенствованию; обучаем медицинских сестер офтальмологического профиля. С 2017 года будут учиться ординаторы, так как интернатуру отменят. Клинической базой кафедры является филиал МНТК.

— Виктор Васильевич, как складывалась Ваша научная деятельность?

— Основы моей научной деятельности были заложены в аспирантуре Аркадием Павловичем Нестеровым, поэтому последующие научные изыскания были связаны с глаукомой. То есть кандидатская и докторская диссертации были посвящены этому заболеванию. В 1982 году я защитил кандидатскую диссертацию на тему «Значение асимметрии анатомо-функциональных признаков в ранней диагностике глаукомы и гипертензии глаза», в 2000 году — докторскую «Разработка патогенетически обоснованной системы прогнозирования и лечения нестабилизированной первичной открытоугольной глаукомы с нормализованным внутриглазным давлением в Приамурье».

— За последние 30-35 лет произошли колоссальные изменения в диагностике, консервативном лечении и хирургии заболевания, однако количество слепых меньше не становится. В чем, на Ваш взгляд, причина?

— Вы правы, за последние годы технические возможности ранней диагностики глаукомы, хирургии, возможности медикаментозной терапии заболевания выросли на порядок, но слепых по причине глаукомы, к великому сожалению, меньше не стало. Об этом мы не перестаем говорить на конференциях, заседаниях Экспертного совета Российского глаукомного общества, членом которого я являюсь.

Еще в начале 1980-х годов я занимался мониторингом глаукомы в Хабаровском крае: собирал информацию о заболеваемости от поликлиник, анализировал ситуацию, прорабатывал вопросы раннего выявления глаукомы, занимался организацией профилактических осмотров, готовил отчеты для краевого Минздрава. Работа велась в строгом соответствии с существующими на тот момент нормативными документами. Сейчас подобные документы, регламентирующие работу по раннему выявлению глаукомы, существуют, но не работают. В конечном итоге разрушение звена раннего выявления глаукомы — профилактических осмотров, качественной диспансеризации — приводит к тому, что глаукома занимает первое место среди причин слепоты и слабовидения как в стране целом, так и в Хабаровском крае, где в 32% случаев слепота и слабовидение вызваны этим заболеванием.

В 2017 году мы вновь продолжим заниматься проблемой заболеваемости глаукомой по Хабаровску и Хабаровскому краю. Эта работа предусматривает анализ ситуации в лечебных учреждениях: категории работающих врачей, оснащение кабинетов. Пять лет назад такая работа была проделана, она выявила довольно печальное положение в поликлиниках края.

С министром здравоохранения Хабаровского края А.В. Витько и генеральным директором МНТК А.М. Чухраёвым

С губернатором Хабаровского края В.И. Шпортом

С Элеонорой Валентиновной Егоровой

— Сильно ли отличается от России ситуация с заболеваемостью глаукомой в Европе, в США?

— Наши европейские и американские коллеги сталкиваются примерно с теми же проблемами — рост слепоты и слабовидения от глаукомы. Другой вопрос, что европейские страны сегодня имеют возможность обеспечить своих пациентов бесплатными качественными гипотензивными лекарственными препаратами. С этим у нас пока наблюдаются известные проблемы: список глаукомных ЖНВЛП, к сожалению, не увеличивается, а только сокращается. Однако не может не радовать включение в список на 2017 год бесконсервантного Тафлупроста, но до пациента он дойдет в лучшем случае во втором полугодии.

— Ваша докторская диссертация была посвящена разработке патогенетически обоснованной системы прогнозирования и лечения нестабилизированной ПОУГ с нормализованным ВГД в Приамурье. Расскажите, пожалуйста, об этой работе.

— Проблема, которую мы рассматривали, существует во всем мире. Несмотря на прогрессивные методы хирургии, применение самых современных гипотензивных препаратов, прогрессирование глаукомы продолжается. На примере нашего региона мы рассматривали факторы, влияющие на прогрессирование глаукомного процесса, несмотря на снижение уровня ВГД, и с помощью каких механизмов можно обеспечить поддержание зрительных функций у больных, у которых удалось снизить уровень ВГД примерно до уровня цели.

Мы не ограничились изучением факторов, связанных только с органом зрения, мы изучали так называемые «организменные» факторы, например, уровень кровотока, кровообращение, исследовали метаболизм организма, чтобы оценить скорость прогрессирования глаукомного процесса в зависимости от скорости обменных процессов и т.д. Результаты исследований содействовали разработке медикаментозных, физиотерапевтических методов, способных повлиять на сдерживание глаукомного процесса.

— На сегодняшний день актуальность Вашей работы сохраняется?

— Да. Прогрессирование процесса наблюдается в 65% случаев у больных с 3-й стадией, и успех во многом зависит от позиции как самого пациента, так и врачей амбулаторно-поликлинической сети.

Сегодня попасть на прием к офтальмологу — огромная проблема (думаю, подобная ситуация существует не только на Дальнем Востоке, но и в других регионах страны). Укомплектованность офтальмологическими кадрами в первичном звене составляет 60-62%. Молодые врачи, оканчивая ординатуру, к сожалению, не идут работать в поликлиники, их привлекают частные центры или оптические салоны, то есть кадровая проблема в госучреждениях, к сожалению, остается весьма острой.

Важным моментом являются также условия работы врача: часто в его распоряжении лишь зеркало Гельмгольца, тонометр Маклакова, щелевая лампа ЩЛ-2Б или ЩЛ-3 (что уже хорошо) и набор оптических стекол. Конечно, у нас есть поликлиники и диагностические центры, которые прекрасно оснащены, но их можно пересчитать по пальцам. Обычные, рядовые поликлиники, которыми пользуется подавляющее большинство жителей края, укомплектованы слабо.

— Несмотря на действие приказа «О порядке оказания офтальмологической помощи...», где четко прописано, как должен быть укомплектован офтальмологический кабинет?

— На сегодняшний день понятия «нормативный акт» и «жизненная ситуация» сильно разнятся. Безусловно, необходимо ускорить процесс оснащения офтальмологических кабинетов современным диагностическим оборудованием, которое бы позволило врачу выполнять свои непосредственные обязанности, а не измерять ВГД, проверять остроту зрения и подбирать очки или контактные линзы. Кроме того, не во всех медучреждениях у врачей есть медицинские сестры, которые могли бы выполнять эту часть работы.

Дефицит кадров существует и в стационарных офтальмологических учреждениях. На сегодняшний день на Дальнем Востоке стационары представляют собой в основном маломощные, слабо оснащенные в техническом отношении учреждения, куда молодые специалисты работать не идут, в отличие от Хабаровского филиала. В нашей клинике, конечно, многие хотят работать, и я вынужден «фильтровать» людей, чтобы оценить их потенциал как будущих клиницистов и научных работников. Рядом с нами находится офтальмологическая больница, куда 40 лет назад, когда я только начинал работать ординатором, устроиться было крайне сложно, а сегодня это лечебное учреждение испытывает острую нехватку специалистов.

Сейчас на нашей кафедре проходят обучение семь интернов, готовящиеся стать офтальмологами. Возникает вопрос, куда они пойдут работать? За учебу нескольких человек заплатили лечебные учреждения, и мы надеемся, что ребята продолжат там работать.

Однако сказать, что все так уж плохо, я тоже не могу: заметны изменения в лучшую сторону, но не в том объеме, в каком нам бы хотелось. К сожалению, до сих пор бытует мнение, что от глазных болезней не умирают…

— Последнее время широко обсуждается вопрос о расширении функций оптометристов, в частности, о включении в профессиональный стандарт диагностики глазных заболеваний, в частности, глаукомы. Ваша точка зрения?

— У нас существуют структуры, созданные еще при Татьяне Алексеевне Голиковой, которые называются «Центры здоровья». В Хабаровском крае также есть такой центр, в котором работают специалисты по различным направлениям, в том числе и специалист офтальмологического профиля, но не врач. Это может быть оптометрист или медицинская сестра, прошедшая соответствующую подготовку. Специалист должен уметь провести ряд исследований: проверить остроту зрения, измерить ВГД, вот, пожалуй, и все. Если какие-то показатели не вписываются в нормы здоровья, человека отправляют в поликлинику… а в поликлинике нет врача. Получается замкнутый круг. По другим специальностям, например, кардиология, в Центрах здоровья работают врачи, которые могут провести обследование и дать какие-то рекомендации, по офтальмологии на этом уровне врача нет. Так что, на мой взгляд, система полноценно не работает. Что касается оптических салонов, их основная задача заключается в проверке остроты зрения и в назначении коррекции; при необходимости, если прием ведет врач-офтальмолог, он может дать рекомендации, оптометрист должен направить пациента к офтальмологу. Функции оптиков-оптометристов в нашем филиале заключаются в работе на различных диагностических этапах по сбору необходимой офтальмологу информации: острота зрения, ВГД, офтальмометрия, периметрия и т.д. Такая система вполне жизнеспособна.

— Не планируется ли руководством края внедрение системы материального стимулирования молодых специалистов с тем, чтобы у них появился интерес остаться, наладить свою жизнь на Дальнем Востоке?

— Если говорить о специалистах, которые работают в системе МНТК, смысла искать более «денежную» работу нет. Врачи МНТК зарабатывают больше, чем их коллеги в других лечебных учреждениях края. Что касается докторов, не работающих в системе МНТК, я, к сожалению, не имею никаких рычагов, чтобы повлиять на уровень их зарплаты. Средняя заработная плата врача в Хабаровском крае составляет 59 тыс. рублей, медицинской сестры — 34 тыс., санитарки — 21 тыс. Это мизер в наших условиях. Хабаровск — входит в число семи самых дорогих городов России, так что прожить, содержать семью на эти деньги крайне сложно.

— Очевидно, многие врачи, медсестры хотели бы у Вас работать...

— Что касается врачей, отбор у нас достаточно жесткий, и, как правило, мы сами приглашаем их на работу. Текучесть кадров у нас минимальная: доктора уходят либо по возрасту, либо в силу каких-то семейных причин, связанных с переездом в другой город. Лена Иванова, наша воспитанница (Царство ей Небесное), заведовала глаукомным отделом в МНТК в Москве, Олег Унгурьянов, один из ведущих витреальных хирургов, — бывший заведующий отделением, переехал в Москву. Александр Малофеев, прекрасный витреальный хирург, сейчас работает в Краснодаре. Таня Сотникова тоже уехала в Краснодар, Павел Поляков с семьей

Занятия с врачами на цикле повышения квалификации

Во время работы научной конференции

переехал в Израиль, там заболел и умер. Все остальные продолжают работать. Им уже перевалило за 50 лет. Они, что называется, «в самом соку», матерые, опытные, многие остепененные, заведуют отделениями.

— Виктор Васильевич, есть ли у Хабаровского филиала структурные подразделения в крае?

— В свое время у нас были центры во Владивостоке, на Сахалине, в Ванино. Однако ситуация сейчас такова, что эти лечебные подразделения обязательно должны располагаться в помещениях, принадлежащих нам, в них должны работать наши специалисты на нашем оборудовании. Конечно, «потянуть» этот груз довольно сложно, и по экономическим соображениям мы вынуждены были уйти из этих городов. Единственное структурное подразделение филиала на сегодняшний день — это диагностическое отделение в Хабаровске. В отделении прием ведет «взрослый» офтальмолог, детский офтальмолог, работает кабинет аппаратного лечения, кабинет лазерного лечения патологии глазного дна. Взять на себя всех больных в плане диагностики и наблюдения мы физически не в состоянии. Периодически бригады наших врачей выезжают в различные районы Хабаровского края, в Приморский край, Амурскую область для отбора больных для лечения в филиале. Прекрасным вариантом работы, хорошо зарекомендовавшим себя в Калужском филиале, являются выезды диагностического офтальмологического автобуса в различные регионы Центральной России.

— Но расстояния в Калужской области и в Хабаровском крае несопоставимы...

— Конечно, из Хабаровска до Аяна, Чумикана или Николаевска в автобусе мы не доберемся, но более населенные центральная и южная части Хабаровского края вполне доступны. Мы обратились с предложением в Минздрав края и надеемся, что в 2017 году нам удастся этот проект запустить.

— Хабаровский филиал осуществляет лечение всех глазных заболеваний?

— Мы располагаем практически всем арсеналом лечебных возможностей, которые существуют на сегодняшний день. Единственное, чего мы не делаем и, скорее всего, делать не будем, это лечение опухолей с использованием радиоактивных аппликаторов. Больных, к счастью, не так много и заводить все «хозяйство», связанное с лечением этой патологии, смысла не имеет. Проще такого больного отправить в то лечебное учреждение, где есть поток и система отработана. Все остальное мы делаем: органосохранные операции при онкологии, реконструктивно-восстановительная хирургия, катаракта, глаукома, отслойки, лазерная донная хирургия; в нашем распоряжении вся линейка современного диагностического оборудования.

— Лечение каких заболеваний превалирует в общем объеме оказываемой в филиале помощи?

— По сегодняшней статистике, по витреоретинальной хирургии среди 10 филиалов МНТК за 2016 год наши показатели самые высокие. Лечение заболеваний сетчатки и стекловидного тела — работа неблагодарная, никто не хочет этим заниматься, и многие лечебные учреждения со всего Дальнего Востока направляют своих пациентов к нам. В системе МНТК наше отделение хирургии патологии сетчатки и стекловидного тела одно из самых больших, в нем работают шесть врачей, но возможности их не безграничны, отсюда — лист ожидания на операцию, что для таких пациентов крайне нежелательно. Конечно, мы всячески стараемся как можно скорее прооперировать этих больных.

Второе направление, которое в масштабе Дальнего Востока понастоящему организовано только у нас в филиале, — это детишки. Мы проводим все виды хирургических вмешательств, начиная с ретинопатии недоношенных. Наши показатели не такие высокие, как в Калуге, но с 2008 года мы активно занимаемся этой проблемой совместно с Хабаровским краевым перинатальным центром. За последние 8 лет показатели по ретинопатии значительно улучшились, нам удалось свести почти к нулю количество запущенных случаев в Хабаровском крае. Иногда нашим специалистам приходится вылетать в соседние регионы Дальнего Востока лечить больных детей, потому что, как правило, они не транспортабельны в таком состоянии. Значительное место в общем объеме хирургических вмешательств занимает хирургия катаракты, более 8 тысяч операций; по этому показателю мы на второй позиции после Санкт-Петербурга, при этом операции выполняются по самым современным технологиям: с фемто-сопровождением, с имплантацией торических линз, мультифокальных линз.

Существует одна проблема, которая ждет своего решения, — это трансплантация донорских тканей (пересадка роговицы). Довольно давно, после открытия филиала, у нас не было проблем с «донорским» материалом, мы удовлетворяли потребности края и соседних регионов. Позже произошел провал, и только сейчас мы начинаем выходить на какие-то ощутимые объемы, при этом донорский материал мы вынуждены покупать в Москве. За 11 месяцев 2016 года мы сделали 38 пересадок и сняли остроту проблемы, но до конца ее не решили — в пересадке роговицы нуждаются еще примерно столько же человек. Если с поставками донорского материала не будет возникать трудностей, думаю, проблема будет решена по всему Дальневосточному региону.

— Вы имеете в виду продолжение отношений с московским поставщиком донорского материала?

— Пока да. Однако я думаю, что необходимо поднимать вопрос на уровне Минздрава, чтобы вернуть прежние взаимоотношения с потенциальными поставщиками донорского материала. У нас есть лицензия на забор, транспортировку, пересадку; существует перечень лечебных учреждений, которые могут забирать донорский материал. Только нет самого главного — донорского материала. После скандалов, связанных с вопросами трансплантологии, случившихся в недавнем прошлом, наши коллеги не хотят с этим связываться.

— При этом юридические аспекты решены?

— Абсолютно. У наших коллег в Краснодаре, Чебоксарах, частично в Новосибирске вопрос с поставками решен на уровне регионов, они не зависят от внешних поставщиков донорского материала. У нас пока существуют определенные проблемы, но я поставил перед собой задачу вплотную заняться их решением и очень рассчитываю на поддержку со стороны краевого Министерства здравоохранения.

— Жители каких регионов могут лечиться в Вашем филиале?

— Хабаровский филиал МНТК создавался для обслуживания жителей Дальневосточного региона: Хабаровский край (около 65% пациентов), Приморский край, Магаданская область, Камчатский край, Сахалинская область, Еврейская автономная область, Амурская область. Жители Якутии лечатся в Иркутском филиале.

— Расскажите, пожалуйста, об офтальмологической службе Хабаровского края.

— Конечно, основную нагрузку в лечении офтальмологических больных края несет филиал. Работают также два офтальмологических отделения: в составе городской больницы № 7 г. Комсомольска-на-Амуре и глазное отделение городской больницы № 10 (эти учреждения относятся к государственной региональной службе), амбулаторно-поликлинические кабинеты во всех районах. Правда, не во всех районах есть специалисты. Существует также офтальмологическая служба, которая не входит в подчинение краевому Минздраву — это окружной военный госпиталь № 301 со своей офтальмологической службой; глазное отделение больницы Дальневосточной железной дороги. В Хабаровском крае работают около 100 офтальмологов; укомплектованность с учетом совместительства — неплохая, по людям — порядка 60%.

— Удаленность филиала от головной организации какие имеет плюсы и минусы?

— Вы знаете, сложно сказать, но брошенными мы себя не считаем. В течение года проходит множество различных научных мероприятий, в которых наши врачи принимают самое активное участие. Раз в году мы организуем у себя крупную конференцию, куда мы приглашаем ведущих специалистов по различным направлениям. Таким образом, мы даем возможность врачам, работающим как в филиале, так и в регионе, увидеть и услышать известных ученых и клиницистов. Сейчас мы занимаемся подготовкой очередной конференции, которая пройдет в мае. Достигнута договоренность с профессором Е.А. Егоровым — ведущим специалистом по диагностике и лечению глаукомы, президентом Глаукомного общества России; с профессором В.В. Бржеским — специалистом по синдрому «сухого» глаза; с д.м.н. Д.Ю. Майчуком — специалистом по воспалительным и аллергическим заболеваниям на переднем отрезке глаза. Что касается взаимодействия с руководством, у нас регулярно проходят директораты, где мы обсуждаем все вопросы; поддерживается постоянная связь наших специалистов с коллегами головного учреждения. Плюс, наверное, в том, что мы далеко, и к нам не так часто наведываются «визитеры».

— Как Вы оцениваете уровень конференции «Байкальские офтальмологические чтения», которые организует Иркутский филиал?

— Уровень очень высокий. Здесь, в Иркутске, собрался цвет российской офтальмологии, и проблематика диабета заслуживает самого пристального внимания. Осенью 2017 года мы планируем провести аналогичную конференцию на Сахалине, пригласим ведущих специалистов: А.Г. Щуко (директора Иркутского филиала МНТК), В.В. Черных (директора Новосибирского филиала МНТК), обсудим различные аспекты диабета.

У нас сложилась практика, когда каждый год в различных регионах Дальневосточного федерального округа мы проводим совместные заседания научного общества соответствующего региона, например, Приморского края и Хабаровского филиала. В конце года мы просим прислать нам информацию о том, какие технологии, направления вызывают у офтальмологов наибольший интерес. В зависимости от пожеланий составляем план мероприятий на год по всем регионам, включая Комсомольск-на Амуре. Два раза в год мы проводим конференции в Южно-Сахалинске совместно с Центром микрохирургии глаза «Финист» (директор — мой давний друг Н.Н. Горбачев). Такая практика существует во всех филиалах. Врачи выступают с докладами, при необходимости консультируют больных.

Команда МНТК в Хабаровском филиале

— В свое время закупка оборудования носила централизованный характер, решение о приобретении той или иной техники филиалами принималось, как правило, в Москве. Изменилась ли ситуация, насколько филиалы независимы в принятии решения о покупке нового оборудования?

— Я считаю, что в централизованных закупках есть свое неоспоримое преимущество: поставщик предоставляет серьезные скидки. Это касается как оборудования, так и лекарственных препаратов, например, Луцентиса. Мы подаем в Москву заявку о наших потребностях: столько-то по ПД (предпринимательская деятельность), столько-то по ОМС, столько-то по ВМП. Головная организация проводит конкурс, и в результате цена заметно снижается. Все филиалы единовременно приобрели катарактальные фемтолазеры, что существенно повлияло на конечную цену прибора. Сейчас обсуждается вопрос о приобретении филиалами анестезиологического оборудования, собираются заявки, в ближайшем будущем начнутся переговоры об условиях поставки, и мы можем рассчитывать на значительные скидки. По мелочам, например, по линзам, конечно, никто не диктует, что покупать и у кого.

— Сотрудничаете ли вы напрямую со странами Азиатско-Тихоокеанского региона с учетом географической близости этих стран?

— Самая близкая к нам страна — Китай. Не так далеко — Япония, Южная Корея. Сотрудничество развивается на уровне обменов: стажировки врачей, обмен опытом. Что касается сотрудничества с Китаем, дела обстоят следующим образом: китайцы хотят использовать нас как рабочую силу, «мы туда едем, «пашем» на них, они нам что-то платят». Моя позиция такова: хотите лечиться — приезжайте, мы организуем трансфер, необходимый сервис, лечение и т.д. Однако желания у них нет. «Пусть русский специалист работает в наших клиниках». В свое время мы отработали в Китае 3,5 года, проехали страну с севера на юг. Но это были 90-е годы, когда объем операций в филиале упал практически в 3 раза, с 18 тыс. до 6,5 тыс. К слову, сейчас мы делаем более 25 тыс. операций в год.

— Но это же свидетельствует о признании высокого профессионального уровня российских врачей.

— Вы правы, китайские доктора и население в целом испытывают большое доверие именно к российским офтальмологам. Но сегодня ситуация складывается таким образом, что мы готовы принимать китайских пациентов у себя; вопрос о поездках в Китай наших докторов для осуществления лечебной работы не стоит — нам это неинтересно.

— Если вдруг пойдет поток, а китайский поток может быть серьезным, вы готовы их принять?

— В любом случае этот поток будет регулироваться, и приоритетом, безусловно, будут пользоваться наши пациенты.

— Почему произошел резкий спад объемов лечебной помощи в 90-е годы?

— Однажды, в январе 1991 года мы пришли на работу, а нам объявляют, что бюджетного финансирования не будет. Психологически люди еще не были готовы платить за операции, что привело к резкому спаду хирургической активности в 3 раза, до 6,5 тыс. операций в год. Это были те пациенты, которые оплачивали лечение из своего кармана. Но постепенно положение стабилизировалось, заработала система ОМС. В настоящее время 72% пациентов в филиале проходят лечение по системе ОМС.

— Эту систему фактически ввел С.Н. Федоров в конце 1980-х годов, когда за каждого больного институт получал определенную сумму.

— Да, в те годы государство платило институту по 216 рублей; в эту сумму, кроме стоимости лечения, входила кружка чая и булочка для каждого амбулаторного больного…

— Как в филиале соотносится количество платных операций к бесплатным?

— На сегодня существует список услуг, которые не попадают в территориальную программу госгарантий, в основном, это рефракционная хирургия, что составляет порядка 20% от общего объема медицинских услуг. Это — очень незначительная доля даже в системе МНТК. С одной стороны, мы лечим много больных в рамках системы ОМС, получаем за них деньги; с другой стороны, возникает вопрос: куда мы можем эти деньги потратить? Зарплата, медикаменты, расходные материалы, мебель… Оборудование купить не можем: существует жесткое ограничение в размере 100 тыс. руб. Что такое сегодня в офтальмологии оборудование стоимостью до 100 тыс. руб.? Деньги есть, а потратить их нельзя. Приходится выкручиваться: зарабатывая деньги за счет рефракционной хирургии, тратить их на оборудование. Удивление вызывает то, что все мы вроде живем в одном государстве, работаем в одной системе, но выкручивается каждый на собственный лад. Где-то система существует в жестких рамках, койко-дни, которые больной должен обязательно отлежать в клинике, иначе тебе за него не заплатят. Почему, спрашивается, после катаракты, амбулаторной хирургии, больной должен пролежать 12 дней?

— Возможно, специфика региона — огромные расстояния — вызывает необходимость использовать систему «койко-дней»? Если в Центральной России пациент после операции может вернуться домой в этот же день, в Сибири, на Дальнем Востоке ситуация совсем иная.

— Абсолютно. Сегодня в Москве или каком-то другом городе в частных клиниках катаракту оперируют амбулаторно. Мы тоже готовы работать так же, но куда наш больной, прооперировав катаракту, пойдет на следующий день в Аяно-Майском районе или в Николаевске? Конечно, пациент должен побыть в стационаре хотя бы дня три, чтобы адаптироваться к новому состоянию, прокапать капли. Опять же пациент может просто не улететь к себе домой — или нет рейса, или нелетная погода. То есть объективная необходимость в нахождении пациента в стационаре в течение какого-то периода времени существует. Но не 12 дней после ФЭК.

— Что Вам предстоит сделать в 2017 году?

— Я говорил, что нам предстоит решать проблемы, связанные с транплантацией; на нас лежит основное «бремя» витреальной хирургии на всем Дальнем Востоке, и нам необходимо совершенствовать работу в этом направлении, чтобы сократить лист ожидания. На Западе существует «правило хорошего тона»: «сегодня отслойка — завтра операция». А у нас — «сегодня отслойка — через три месяца операция». А кому она нужна через три месяца? Серьезная проблема — глаукома: по сравнению с 2015 годом объем хирургических вмешательств постоянно падает, при этом количество слепых растет. Гипотензивные капли «забили» буквально все; мы часто наблюдаем не вполне адекватное ведение глаукомных больных, поэтому планируем провести целый ряд мероприятий, связанных с глаукомой.

— Виктор Васильевич, Вы строгий руководитель? Вы производите впечатление мягкого человека.

— Нет, не строгий. Впечатление Вас не обманывает.

— Не могли бы Вы в двух словах охарактеризовать самого себя?

— Да что вы! *(Смеется)*. Уставший, вымотавшийся за 30 лет человек.

— Недавно в американском журнале нам встретился термин «gray hair», «седовласый» в смысле «умудренный опытом человек». Такими людьми дорожат, так как они приносят максимальную пользу коллективу, обществу. Сам человек также стремится продолжать работать, не задумываясь о «заслуженном отдыхе». У нас ситуация прямо противоположная: человек в 65 лет, академик, полон сил, энергии, занимается наукой, оперирует, а его снимают с руководящей должности.

— Пример академика РАН С.Э. Аветисова, назначенного на должность научного консультанта НИИГБ, вызывает недоумение. Ну, это же несерьезно. Хорошо по этому поводу в своей лекции сегодня сказал академик РАН С.И. Колесников: «К великому сожалению, мы на эти процессы повлиять не можем».

— Как любите проводить свободное время?

— Люблю охоту, с удовольствием по несколько раз в год, в основном весной и осенью, езжу на рыбалку.

— Вы считаете себя человеком счастливым?

— Да, конечно. На моем жизненном пути встретились три человека, которые определили мою профессию. Когда я оканчивал институт, и настало время обучения на кафедре офтальмологии, моим преподавателем была Галина Петровна Смолякова. Мне предложили пойти в ординатуру по офтальмологии, и я согласился, хотя оканчивал педиатрический факультет и готовился стать детским хирургом. После окончания ординатуры появилась возможность попасть в целевую аспирантуру к Аркадию Павловичу Нестерову, это вторая знаковая фигура в моей жизни. Я учился в аспирантуре, старшим научным сотрудником был Евгений Алексеевич Егоров, нынешний заведующий кафедрой, ассистентом кафедры — Евгений Иванович Сидоренко, член-корреспондент РАН, с нами работали Юрий Евгеньевич Батманов, Ирина Николаевна Черкасова…

— То есть Вы попали в хорошую семью.

— Безусловно. Окончив аспирантуру, я проработал пять лет, когда был организован филиал МНТК, я познакомился со Святославом Николаевичем Федоровым. Это особая «планетарная» личность, которая в моей судьбе как человека, специалиста, организатора сыграла определяющую роль.

— Ваши дети пошли по Вашим стопам?

— Из четырех детей — трое стали офтальмологами.

— Мы обратили внимание, что многие офтальмологи, помимо того, что они прекрасные хирурги, ученые, талантливы в других областях: кто-то прекрасный фотограф, коллекционер, кто-то играет на музыкальных инструментах, кто-то рисует. У Вас какие таланты?

— Я совершенно обычный человек, к сожалению, никакими особыми талантами не обладаю.

— У Вас замечательный талант собеседника, с Вами очень приятно общаться. Спасибо за интересное интервью!

— Спасибо Вам!

Беседу вел ***Сергей Тумар***

Фото из архива В.В. Егорова

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

Постоянное использование

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

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

Бережный уход и восстановление

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

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

Защита в ночное время

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

РЕКЛАМА

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

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

Офтальмологические образовательные университеты

III Научно-практическая конференция

1 февраля 2017 года, Москва

Организатор: ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней».

1 февраля 2017 г. в ФГБНУ «НИИГБ» состоялась III Научно-практическая конференция «Офтальмологические образовательные университеты». Эта конференция неизменно привлекает большой интерес офтальмологов столицы и регионов России.

За полгода с момента анонса конференции для участия в ней зарегистрировались 920 офтальмологов. На конференции присутствовало около 700 участников из Москвы и Санкт-Петербурга, Московской, Калужской областей, Саратова, Воронежа, Самары, Уфы, Владикавказа и других городов России.

На конференции выступили ведущие специалисты ФГБНУ «НИИГБ», а также два приглашенных лектора. В работе конференции были подняты актуальные вопросы диагностики и лечения сложнейших заболеваний органа зрения: глаукомы, катаракты, патологических изменений и состояний зрительного нерва, сетчатки, роговицы. В докладах были освещены современные возможности биометрии и методы визуализации глаза, применяемые при диагностике тех или иных заболеваний органа зрения, новые подходы к хирургической коррекции кератэктазий, лазерной коагуляции сетчатки, нейропротекторной терапии и другие важные аспекты офтальмологической науки и практики.

Академик РАН С.Э. Аветисов

Профессор В.П. Еричев

Д.м.н. Н.Л. Шеремет

Д.м.н. М.В. Будзинская

С.Ю. Петров

Открыл заседание академик РАН, профессор С.Э. Аветисов. В своем выступлении Сергей Эдуардович, прежде всего, отметил, что катаракта и глаукома входят в группу наиболее распространенных глазных заболеваний. В структуре офтальмохирургических вмешательств преобладают операции именно по поводу катаракты и глаукомы. Естественная анатомическая близость хрусталика и его связочно-капсулярного аппарата, цилиарного тела и дренажной зоны обуславливает высокую вероятность сочетания изменений хрусталика и нарушений гидродинамики. Общепринятых подходов к решению проблемы хирургии катаракты и глаукомы не существует. Основанием для подобного ответа являются объективные трудности в стандартизации материала и методов исследования и, как следствие, в формировании пригодной для сравнения доказательной базы. Одним из принципиальных вопросов является влияние факоэмульсификации (ФЭ) на уровень ВГД при ПОУГ. Состояние вопроса исследования, по данным литературы, можно свести к следующим выводам: ВГД снижается, ВГД практически не меняется, ВГД повышается. Клинические наблюдения показали, что существует возможность повышения ВГД после операции ФЭ. Потенциальными причинами повышения давления являются: неполное удаление вискоэластика; морфологические и биохимические изменения в трабекулярном аппарате; воспалительная реакция. В ходе выступления докладчиком были рассмотрены возможные клинические ситуации и предлагаемая тактика при сочетании требующей хирургического лечения катаракты и ПОУГ. Необходима ли отмена аналогов простагландина у пациентов с глаукомой при подготовке к факохирургии? На сегодняшний день единого мнения нет. Все это создает предпосылки к обсуждению следующих вопросов: влияют ли препараты на проницаемость гематоретинального барьера; возможности развития кистозного макулярного отека, вероятность возникновения которого возрастает в случаях интраоперационных осложнений.

Академик РАН С.Э. Аветисов привел обобщенные данные эффективности хирургического лечения при сочетании катаракты и ПОУГ, основанные на 44 исследованиях. Высокая доказательность базируется на отдаленном гипотензивном эффекте, который выше при комбинации антиглаукомной хирургии и факоэмульсификации в сравнении с применением только ФЭ. Удовлетворительная доказательность основана на отдаленном гипотензивном эффекте, который только при трабекулэктомии выше, чем при комбинации экстракапсулярной экстракции катаракты (ЭЭК) и трабекулэктомии. Слабая доказательная база сводится к следующим выводам: удаление катаракты в глаукомных глазах приводит к снижению ВГД в диапазоне 2-4 мм рт.ст.; только трабекулэктомия обеспечивает более выраженный гипотензивный эффект, чем сочетание трабекулэктомии и ФЭ; комбинация ФЭ и трабекулэктомии обеспечивает снижение ВГД в среднем на 8 мм рт.ст., а комбинация ЭЭК и трабекулэктомии — в диапазоне 6-8 мм рт.ст. В поддержку нижеприведенных рекомендаций нет убедительных доказательств: возможное влияние удаления катаракты на состояние ранее сформированной фильтрационной зоны; эффективность других антиглаукомных хирургических пособий (циклодиализ и эндолазерное воздействие) в сочетании с удалением катаракты; более выраженное снижение ВГД в первые дни после операции при комбинированном применении ФЭ и трабекулэктомии (в сравнении только с трабекулэктомией).

При необходимости проведения ФЭ и антиглаукомной операции необходимо учитывать: уровень ВГД; вероятность осложнений; возможные психологические проблемы пациента; экономическую составляющую (например, номенклатуру ВМП и ОМС). При этапном подходе необходимо решение вопроса об очередности выполнения ФЭ и антиглаукомной операции. На сегодняшний день существуют принципиальные подходы к хирургической коррекции нарушений гидродинамики при сочетании катаракты и глаукомы. Это — операции непроникающего и проникающего типа, микрошунтирование, доступ к трабекулярной зоне ab interno; все они являются методами выбора. В докладе были рассмотрены вопросы сочетания псевдоэксфолиативного синдрома (ПЭС) и катаракты. ПЭС характеризуется отложением внеклеточного амилоидоподобного материала на капсуле хрусталика, радужке, цилиарном теле, трабекулярном аппарате. Наличие ПЭС — это потенциальные осложнения в ходе ФЭ; «манифестация» нарушений гидродинамики: «засорение» межтрабекулярных пространств, внутритрабекулярная дисфункция. Вариантом профилактики нарушений гидродинамики после ФЭ является трабекулоаспирация. Завершая выступление, докладчик затронул проблемы факогенных нарушений гидродинамики, подробно осветив вопросы диагностики и коррекции.

С докладом «Хирургическое лечение глаукомы: показания и медикаментозное сопровождение» выступил профессор В.П. Еричев. Каждый вновь выявленный больной должен начинать лечение с местной медикаментозной терапии. Снижение уровня ВГД остается единственно доказанной эффективной стратегией в лечении глаукомы. На старте лечения глаукомы необходимо снизить ВГД на 30-40%. Монотерапия — наиболее предпочтительный вариант длительного лечения при сохранении качества жизни. Но монотерапия у 40-75% пациентов не позволяет добиться удовлетворительного снижения ВГД. Только 30-35% больных глаукомой успешно продолжают терапию. Однако по проведенным исследованиям в США 50% больных глаукомой через 2 года нуждаются уже в комбинированной терапии. А исследование по лечению начальной глаукомы (CIGTS), проведенное на 607 больных, показало, что через 2 года медикаментозного лечения глаукомы 75% пациентов нуждаются в двух и более препаратах для достижения целевого давления. Эти факты зафиксированы в последнем Европейском руководстве по диагностике и лечению глаукомы. Следовательно, эти пациенты требуют уже назначения комбинированных лекарственных средств. «…Наиболее надежным методом является все же операция, и все неоперированные глаукомные глаза в конечном итоге все же слепнут, а среди оперированных есть немало таких, …которые не успевают ослепнуть до смерти…» — писал в 1949 г. М.И. Авербах. Существующие показания к хирургическому лечению ПОУГ делятся на абсолютные (повышенное давление выше индивидуальной нормы ВГД; нестабилизированные зрительные функции) и относительные (непереносимость местной терапии; отсутствие условий для соблюдения режима; снижение качества жизни, связанное с лечением, отсутствие мотивации лечению; невозможность регулярного квалифицированного медицинского контроля; сниженный интеллект, недоступность лекарственных препаратов). Основные типы вмешательства подразделяются на операции фильтрующего типа, операции фистулизирующего типа, дренажную хирургию, вмешательства, влияющие на продукцию камерной влаги. Операции фильтрующего типа безопасны, характеризуются незначительным числом осложнений и возможностью восстановления тока ВГЖ по естественным путям. Однако существуют аргументы против операций фильтрующего типа. Это — сложность выполнения, низкая и кратковременная эффективность, ограничения в показаниях. Операции фистулизирующего типа дают более низкий уровень ВГД, обеспечивают более высокую эффективность в отдаленные сроки и меньшую необходимость в дополнительной терапии. Аргументы против: более частое прогрессирование катаракты, большая частота интра- и послеоперационных осложнений. Профессор В.П. Еричев подробно остановился на дренажной хирургии, которая применяется после безуспешно проведенной трабекулэктомии с применением антиметаболической терапии. Подготовка к операциям включает профилактику инфекционных осложнений; профилактику воспаления, снижение ВГД. Системная подготовка охватывает максимальную безопасную артериальную гипотензию, отмену препаратов, влияющих на реологические свойства крови, целесообразность применения НПВС и ангиопротекторов. Местная подготовка характеризуется достижением максимальной офтальмогипотензии с применением местных и системных лекарственных средств; возможностью значительного усиления режима, т.к. речь идет о краткосрочности его применения. Оправдано исключение аналогов простагландинов и холиномиметиков, инстилляции НПВС, инстилляции антибактериальных средств, использование

корнеопротекторов и слезозаменителей. В заключение доклада были представлены основные характеристики бесконсервантных препаратов и препаратов с минимальным содержанием консерванта.

С.Ю. Петров рассказал о гипотензивной терапии глаукомы и нейропротекции. Глаукома — вариант нейродегенеративной оптической нейропатии с гибелью ганглионарных клеток сетчатки и дефектами поле зрения. 27% — риск односторонней слепоты на фоне гипотензивной терапии. ВГД может оказаться недостаточным для предотвращения прогрессирования глаукомы. Цель терапии заключается в контроле ВГД в пределах целевого диапазона; стабилизации поля зрения, что может достигаться стабилизацией толщины слоя нервных волокон вокруг диска зрительного нерва. В терапии глаукомной оптической нейропатии необходим комплексный подход, учитывающий нормализацию до индивидуального уровня ВГД и ретинопротекцию. Докладчик подробно остановился на эффективности гипотензивных препаратов, обратил внимание, что за 30 лет у многих медикаментозных средств выявлены свойства нейропротекторов при глаукоме, но до клинических испытаний дошли единицы (бримонидин и мемантин). Экстраполяция экспериментальных данных в клинику сопряжена с рядом проблем: сложность моделирования течения заболевания в эксперименте; временные рамки: травма vs хроническое течение; оценка эффекта: гистология vs клиника. Актуальной задачей остается разработка рекомендаций для экспериментальных и клинических исследований по нейропротекции с мультидисциплинарным подходом. Далее докладчик привел данные, включенные в мета-анализ рандомизированных клинических исследований эффективности нейропротекторной терапии глаукомы с использованием комплекса водорастворимых полипептидных фракций.

О влиянии состояния глазной поверхности на показатели тонометрии сообщил ведущий научный сотрудник отдела глаукомы Института А.А. Антонов. У пациентов с глаукомой в 48-59% случаев имеется синдром «сухого глаза» (ССГ). Заболеваемость ССГ увеличивается прямо пропорционально количеству применяемых гипотензивных глазных капель. ССГ при глаукоме имеет многофакторную природу с основными мишенями воздействия консервант-содержащих гипотензивных препаратов в виде эпителия глазной поверхности и липидного слоя слезной пленки, нарушение которых приводит к гибели эпителиальных, бокаловидных клеток и повышению испаряемости слезы. Установлено наличие ССГ легкой и средней степени выраженности у пациентов с впервые выявленной ПОУГ еще до назначения местной гипотензивной терапии, что подтверждалось данными объективных методов исследования функционального состояния прекорнеальной слезной пленки и морфологического исследования роговицы. Основные причины ССГ у пациентов с глаукомой являются: систематическое использование офтальмогипотензивных препаратов; систематическое повреждение эпителия роговицы при диагностических манипуляциях; изменение конгруэнтности глазной поверхности и век после операции. После трехмесячного закапывания глазных капель, содержащих различные β-адреноблокаторы, установлено: достоверное уменьшение радиуса кривизны слезного мениска; снижение слезопродукции по тесту Ширмера; снижение толщины липидного слоя слезной пленки; снижение стабильности слезной пленки; увеличение частоты и выраженности прокрашивания эпителия роговицы витальными диагностическими красителями. Известно, что в норме роговица характеризуется следующими признаками: сферичность, зеркальность, прозрачность, высокая чувствительность и отсутствие кровеносных сосудов. Говоря об апланации роговицы воздухом, следует отметить, что результат апланационного измерения ВГД зависит от свойств фиброзной оболочки глаза и состояния глазной поверхности и ряда других факторо. При апланации роговицы грузом ширина кольца слезы зависит от состояния слезной пленки. В данном случае возможны ошибки измерения у пациентов с синдромом «сухого глаза». Эластотонометрия — один из видов дифференциальной тонометрии. При эластотонометрии определяют эластоподъем (разность давлений при измерении тонометром Маклакова грузом 15 и 5 г). При значении более 11 мм рт.ст. — упругие свойства роговицы сниженные, т.е. поправка показателя тонометрии в сторону повышения. При значении от 9 до 11 мм рт.ст. — нормальные, поправка не требуется. При значении менее 9 мм рт.ст. — повышенные, т.е. поправка показателя тонометрии в сторону понижения. Поправка применяется к результату измерения тонометром массой 10 г. Выявлена взаимосвязь эластоподъема и величины передне-задней оси глаза, которая сильнее выражена при рефракционных нарушениях. Изменение этого показателя связано с биомеханическими свойствами фиброзной оболочки глаза. Важно отметить, что показатели апланационной тонометрии снижаются с возрастом, что влияет на диагностику глаукомы. Часть выступления А.А. Антонов посвятил вопросам терапии ССГ при глаукоме. При легкой форме синдрома «сухого глаза» базовая терапия включает бесконсервантные препараты низкой вязкости (или препараты низкой вязкости, содержащие консерванты); дополняющая терапия — гелевые препараты. При синдроме «сухого глаза» средней тяжести базовая терапия инкорпорирует препараты высокой вязкости и комбинированные; дополняющая терапия — препараты низкой вязкости. В заключение докладчик рассказал об эффективности препаратов, содержащих гиалуроновую кислоту. Гиалуроновая кислота — природный полисахарид, который обладает следующими особенностями: присутствует в организме (хорошая переносимость), обладает высокой способностью связывать воду (более длительная смачиваемость глазной поверхности), мукоадгезивные свойства (стабилизирует слезную пленку, длительно сохраняется на глазной поверхности и имеет вискоэластичные свойства).

Доктор медицинских наук Н.Л. Шеремет представила доклад «Ишемическая оптическая нейропатия (ИОН)». ИОН — заболевание зрительного нерва, которое требует проведения современного системного обследования пациента для выявления причин и факторов риска развития заболевания, а также сопутствующей терапевтической патологии. Докладчик подробно остановилась на системных факторах риска, вопросах клинического проявления неартериитной ИОН; алгоритме обследования пациента с ИОН; вопросах дифференциальной диагностики и лечении. Раннее и длительное системное лечение кортикостероидами дает положительную общеклиническую динамику. Рекомендуемая схема лечения была представлена в следующем виде: кортикостероиды — при неартериитной ИОН пара- или ретробульбарные инъекции; системное применение при артериитной ИОН; антиагреганты; антикоагулянты; вазоактивные препараты; венотоники; антиоксиданты: препараты нейротрофического действия.

Доктор медицинских наук М.В. Будзинская в своем обзорном докладе рассмотрела вопросы отслойки ретинального пигментного эпителия (ОПЭ). ОПЭ может возникать как идиопатическое проявление, так и в комплексе с другими состояниями, включая ВМД. У 10% пациентов с ВМД диагностируется ОПЭ. Афлиберцепт был специально разработан для расширенного сильного и продолжительного действия. У пациентов с полипоидной хориоидальной васкулопатией афлиберцепт может улучшать показатели остроты зрения, вызывая при этом регрессию полипов, а также может снизить потребность в фотодинамической терапии.

Доктор С.В. Труфанов рассмотрел основные современные тенденции кератопластики. Учитывая широкий круг вероятных серьезных осложнений как в раннем, так и позднем послеоперационном периоде, необходим длительный тщательный грамотный мониторинг пациента. В выступлении были представлены осложнения основных типов кератопластики и реконструктивных операций. Послеоперационное ведение пациентов включает назначение антибиотиков местно в раннем послеоперационном периоде с последующей заменой на дезинфицирующие препараты. Длительность применения соответствует длительности швов фиксации трансплантата либо разреза роговицы. Длительно с уменьшающейся частотой инстилляций под контролем ВГД местно применяются стероиды. До года и более — после СКП, до полугода после ПКП — в зависимости от модификации. В раннем послеоперационном периоде могут выполняться периокулярные инъекции. Любриканты местно применяются в раннем послеоперационном периоде для достижения полноценной эпителизации роговицы, затем по необходимости в зависимости от состояния трансплантата и вида кератопластики. Препараты, способствующие эпителизации, местно применяются в раннем послеоперационном периоде для достижения полноценной эпителизации роговицы, затем по необходимости в зависимости от состояния трансплантата и вида кератопластики. Лечебные МКЛ применяются в раннем послеоперационном периоде при задержке эпителизации роговицы (роговичного трансплантата). При герпетической этиологии поражения роговицы — ацикловир внутрь. При высоком риске реакции тканевой несовместимости (либо при ее развитии) — глюкокортикоиды внутрь по схеме (либо пульс-терапия), иммунодепрессанты — циклоспорин-А, такролимус. Сроки снятия шва зависят от протяженности разреза и профиля послеоперационной раны.

О современных подходах к лечению прогрессирующих кератэктазий рассказал Г.А. Осипян. Основными целями лечения являются коррекция нарушений оптики, стабилизация процесса кератэктазии, восстановление структуры роговицы. Современная хирургия кератэктазий представлена следующими методиками: сквозная кератопластика (СКП); полная стромопластика роговицы (ПСП) или DALK; интрастромальная имплантация роговичных сегментов (ИРС); бандажная лечебно-оптическая кератопластика (БЛОК). Докладчик подробно остановился на описании каждого метода; рассмотрел эффективность с точки зрения их преимущества и возможных осложнений.

Академик РАН С.Э. Аветисов рассмотрел современные возможности биометрии в офтальмологической практике. Биометрия (греч. bios — жизнь, metreo — измеряю) — диагностический подход, предполагающий прижизненное количественное определение размеров анатомических структур и образований. Клиническое приложение методов биометрии в офтальмологической практике: диагностика и мониторинг (рефракционных нарушений высокой степени различного генеза; факогенных нарушений гидродинамики; узко- и закрытоугольной глаукомы; макулярных изменений); расчет оптической силы интраокулярных линз; определение условий для эксимерлазерной коррекции аметропий. Современные принципы биометрических исследований в офтальмологии представлены: волновым (акустические волны и излучение ближнего инфракрасного диапазона при применении ультразвуковых (УЗИ) и лазерных (когерентных) технологий

Профессор В.П. Еричев, академик РАН С.Э. Аветисов

соответственно); оптическим (формирование проекций или срезов, принцип Шеймпфлюга). Основа совершенствования методов биометрии — объемно-топографический принцип. Далее докладчик подробно обсудил вопросы клинического применение методов биометрии.

С докладом «Лазерная коагуляция сетчатки при миопии, осложненной ПВХРД: основные принципы, спорные вопросы» выступил Н.А. Федорук. Показаниями к проведению профилактической лазеркоагуляции являются: 1) симптоматические ретинальные разрывы; 2) асимптоматические разрывы при миопии; перед экстракцией катаракты, интравитреальными инъекциями, рефракционной хирургией; в афакичных глазах; на парных глазах (при односторонней отслойке сетчатки); при наличии отслойки сетчатки в анамнезе у близких родственников; при системных синдромах; 3) ПВХРД с недоброкачественным течением: «решетчатая» дегенерация; «след улитки»; другие виды дистрофий, протекающих с витреоретинальной тракцией и разрывами; 4) все виды ПВХРД с недоброкачественным течением и ретинальными разрывами на «парных» глазах; 5) прогрессирующий ретиношизис; 6) плоская отслойка сетчатки, занимающая не более 1 квадранта. Лазеркоагуляции на «парных» глазах подлежат: все виды и типы ретинальных разрывов — как симптоматические, так и асимптоматические; все виды ПВХРД с недоброкачественным течением и ретинальными разрывами; прогрессирующий ретиношизис, плоская отслойка сетчатки размером не более 1 квадранта. Непременным условием для выполнения профилактической лазерной ретинопексии является прозрачность оптических сред глаза и максимальный мидриаз. Для ретинопексии используются все виды лазеров коагулирующего действия с непрерывным видом излучения. Мощность излучения и экспозиция воздействия подбираются индивидуально до получения четких светлых коагулятов 2-3 степени по классификации L'Esperance. В среднем мощность излучения колеблется от 200 до 600 мВт, длительность импульса 0,07-0,2 с, диаметр светового пятна — от 200 до 500 мкм. Отграничивающую ЛК проводят по краю разрывов, вдоль внешних границ витреоретинальных дегенераций, а также вдоль внешних границ отслоенной сетчатки. Лазеркоагуляты наносят в шахматном порядке в 2-3 ряда, окружая патологические изменения сетчатки замкнутым кольцом, расстояние между коагулятами не должно превышать 1 диаметра коагулята. Лазерная коагуляция может использоваться совместно с хирургическим лечением в качестве дополнительного метода для закрепления эффекта операции с помощью создания прочной хориоретинальной спайки в зоне разрыва на валу вдавления; ЛК центральнее вала вдавления с целью дополнительного блокирования разрыва; в качестве профилактической ЛК «опасных» зон сетчатки на оперированном и парном глазах.

С докладом «Визуализирующие методы исследования в диагностике внутриглазных новообразований» выступила А.С. Стоюхина. Одним из наиболее важных вопросов офтальмоонкологии является вопрос дифференциальной диагностики опухолей глазного дна. Чаще всего среди внутриглазных новообразований встречаются меланома и гемангиома хориоидеи. Часто встречаются невусы хориоидеи, которые являются доброкачественными образованиями, но в ряде случаев требуют дифференциальной диагностики с начальными меланомами. При всех патологических состояниях хориоидеи в заднем отделе глаза зрительные жалобы могут включать в себя метаморфопсии, нечеткое зрение, снижение остроты и сужение поля зрения, что зависит от локализации и размеров очага, наличия вторичной отслойки сетчатки, развития дистрофических изменений в надлежащей сетчатке и помутнения оптических сред. Особенно трудна интерпретация симптомов при подозрении на опухолевый процесс. До недавнего времени «золотым стандартом» в диагностике заболеваний глазного дна считалась флюоресцентная ангиография. В последние годы в практику прочно вошла оптическая когерентная томография как метод прижизненного морфологического исследования оболочек глаза. Появление в современных спектральных томографах функции получения изображения в глубине тканей Enhanced Depth Imaging (EDI-OCT) позволяет проводить более глубокое сканирование для получения изображения не только сетчатки, но и оценки хориокапиллярного слоя. Докладчик подробно перечислила ОКТ-признаки невуса хориоидеи, меланомы хориоидеи, гемангиомы хориоидеи.

О диагностике и лечении диабетического макулярного отека доложил В.К. Сургуч.

О современных подходах к диагностике, лечению и профилактике герпетической рецидивирующей эрозии роговицы сообщила Ев.А. Каспарова. Иммунофлюресцентное исследование соскоба конъюнктивы с помощью поливалентной герпетической сыворотки, проведенное у 100 пациентов (120 глаз) с герпетической рецидивирующей эрозией роговицы (РЭ), позволило выявить антиген вируса простого герпеса I и II типа у 53 человек (63 глаза) — 53%. Эти данные обосновали выделение отдельной формы РЭ — герпетической рецидивирующей эрозии (ГРЭ) — и позволили целенаправленно проводить соответствующую терапию и профилактику рецидивов. Группой ученых была разработана система лечения, позволяющая индивидуализировать выбор методов лечения ГРЭ в зависимости от остроты и тяжести процесса. В остром периоде заболевания предложена система мер неотложной помощи и последующего медикаментозного лечения на основе использования индукторов интерферона (Полудан и другие), слезозамещающих препаратов, эпителизирующих средств; наружной локальной экспресс-аутоцитокинотерапии (ЛЭАЦКТ); эксимерлазерной фототерапевтической кератэктомии (ФТК). Сравнительная оценка эффективности различных методов показала, что наиболее эффективным терапевтическим методом является ЛЭАЦКТ (купирование острых проявлений в течение 6,2±0,54 дней), а хирургическим — ФТК (4,9±0,32), в сравнении с традиционным консервативным лечением, продолжающимся в среднем (13,1±0,33) дней. Применение противорецидивного лечения — противогерпетической вакцины — позволило достичь полного прекращения рецидивов у большинства (81%) больных, у 15,1% — снижения частоты и тяжести рецидивов, у 3,8% больных эффект отсутствовал при сроках наблюдения более 2-х лет. Разработаны практические рекомендации по лечению и профилактике рецидивов ГРЭ в клинической практике.

Воспалительные заболевания век и конъюнктивы характеризуются полиэтиологичностью, взаимозависимостью, склонностью к длительному рецидивирующему течению, развитию осложнений со стороны роговицы. О новых подходах к диагностике и лечению воспалительных заболеваний век и конъюнктивы рассказала Н.Р. Марченко. Метод флюоресцирующих антител является доступным и информативным диагностическим тестом, часто необходимым для первичной диагностики, мониторинге лечения, профилактики рецидивов воспалительных заболеваний переднего сегмента глаза. Их лечение требует комплексного подхода, осторожности при выборе лекарственных средств.

Профессор М.М. Шишкин (ФГБУ «НМХЦ им. Пирогова», Москва) прочитал лекцию «Профилактика ДМО после удаления катаракты — миф или реальность?» Выводы докладчик сформулировал следующим образом: препарат Непафенак (НЕВАНАК®) 0,1% продемонстрировал статистически и клинически значимые преимущества по сравнению с плацебо в отношении профилактики МО и сохранения остроты зрения в течение 90 дней лечения у пациентов с диабетической ретинопатией после операции по удалению катаракты. Увеличение толщины и объема макулы регистрировалось реже и было менее выраженным у пациентов, получавших Непафенак 0,1% . Препарат Непафенак 0,1% продемонстрировал благоприятный профиль безопасности. Терапия препаратом Непафенак обеспечивает значительные преимущества пациентам с диабетической ретинопатией после операции по удалению катаракты.

Доклад «Возможности коррекции эндотелиальной дисфункции и оксидативного стресса у коморбидного пациента» прочитала Т.Н. Малишевская (ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер», Тюмень). Резюмируя, докладчик пришла к выводу, что статистически достоверное улучшение показателей пульсовой волны у пациентов с ПОУГ, длительно получавших Танакан (9 месяцев), свидетельствует о его позитивном влиянии на эластичность сосудистой стенки. Положительная динамика индексов CAVI, ABI и скорости распространения пульсовой волны в основной группе доказывает целесообразность длительного использования препарата Танакан у пациентов с системной сосудистой дисрегуляцией. Отсутствие отрицательной динамики морфометрических параметров, которую наблюдали у пациентов основной группы, свидетельствует о стабилизации ГОН в течение 9 месяцев наблюдения на фоне терапии препаратом Танакан. Улучшение качества жизни пациентов основной группы по сравнению с группой контроля позволяет рекомендовать длительное использование Танакана.

Материал подготовила
Лариса Тумар
Фото оргкомитета конференции

Роговица 1. Ультрафиолетовый кросслинкинг роговицы в лечении кератоэктазий

Научно-практическая конференция с международным участием

4 февраля 2017 года, Москва

Организаторы: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ; ООО «Глазной центр «Восток-Прозрение».

4 февраля 2017 года состоялась научно-практическая конференция «Роговица 1. Ультрафиолетовый кросслинкинг роговицы в лечении кератоэктазий». Цифра «1» в названии конференции означала проведение первой конференции, организованной по инициативе частной компании ООО «Глазной центр «Восток-Прозрение». Конференция была прекрасно организована, при ее подготовке организаторы руководствовались принципом, что каждая точка зрения имеет право на существование. На обсуждение участников были вынесены вопросы, касающиеся основных проблем заболевания роговицы, новых методов лечения кератоконуса, опыта применения и места кросслинкинга в лечении кератоэктазий, клинических результатов и мониторинга в лечении кератоконуса.

Профессор Б.Э. Малюгин

Профессор С.Ю. Анисимова

Профессор Ю.М. Слонимский

Профессор С.И. Анисимов

Профессор Адель Барбара

Профессор К.Б. Першин

С программной лекцией «Классификация наследственных дистрофий роговицы IC3D» выступил профессор Б.Э. Малюгин. Общими характеристиками дистрофий роговицы являются: двустороннее поражение; фактор наследственности; отсутствие связи с системными и синдромными заболеваниями; наличие помутнений и отложений в тканях роговицы; прогрессирующее снижение зрения. В основе IC3D-классификации лежит анатомический принцип локализации помутнений в ткани роговицы. В соответствии с IC3D-классификацией к первичным дистрофиям роговицы относятся: дистрофия эпителия и передней пограничной мембраны; дистрофия стромы роговицы; дистрофия задней пограничной мембраны; эктазии роговицы (изолированный кератоконус). К эпителиальным и субэпителиальным дистрофиям относятся: дистрофия базальной мембраны, рецидивирующие эрозии, муцинозная дистрофия, дистрофия Мейсмана, Лиша и желатинозная капельная дистрофия. Дистрофия базальной мембраны эпителия (дистрофия по типу «отпечатка пальца») нередко возникает самостоятельно или вследствие травм; семейный анамнез, как правило, не устанавливается; дебютирует чаще у взрослых. Клиническая картина: нарушение адгезии эпителия к дегенеративно-измененной боуменовой мембране, с тенденцией к рецидивирующему и частичному эрозированию. Течение бессимптомное с периодами эрозирования, проявляющимися болью и снижением зрения в связи с появлением неправильного астигматизма. Локализация и степень клинических проявлений могут изменяться от эпизода к эпизоду. Тактика лечения — удаление пораженного эпителия с целью регуляризации поверхности. Известны рецидивирующие эрозии роговицы, имеющие свои особенности — это либо аутосомно-доминантные, либо аутосомно-рецессивные заболевания.

Одним из вариантов передних дистрофий является муцинозная дистрофия — аутосомно-доминантная, «сцепленная» с полом. Для нее характерны субэпителиальные отложения, помутнения в центре роговицы; прогрессирующая потеря зрения в подростковом возрасте. Для дистрофии Мейсмана характерны сероватые помутнения, иногда доходящие до лимба; единичные прозрачные микрокисты. Дистрофия Лиша — достаточно полиморфная: встречаются радиальные варианты, полосчатые, червеобразные, булавовидные помутнения, локализующиеся в различных отделах роговицы. Для дистрофии Лиша характерно скопление микрокист. Первыми проявлениями желатинозной каплевидной дистрофии роговицы могут быть субэпителиальные отложения, схожие с картиной лентовидной кератопатии; в другом варианте — скопления узелков, напоминающих шелковичные ягоды; окрашиваются флюоресцеином, что говорит о нарушении функции эпителия.

К стромальным дистрофиям относятся гранулярные, решетчатые — дистрофия Рейса-Баклерса, характеризующаяся «географическим» помутнением в поверхностных слоях стромы и в боуменовой мембране. Чаще возникает с рождения, прогрессирует с течением времени. Дистрофия Тиль-Бенке характеризуется пятнистыми помутнениями; в дальнейшем появляются помутнения в виде «медовых сот» в центральной части стромы. Сопровождается рецидивирующими эрозиями; приводит к стойкому снижению зрения. Первым признаком решетчатой дистрофии роговицы являются «веснушчатые» или пятнистые помутнения, проявляющиеся к 10 годам. При биомикроскопии визуализируются тонкие ветвистые линии с параллаксом и белесые овальные точечные помутнения. Десцеметова мембрана и эндотелий не поражаются. Заболевание носит прогрессирующий характер, часто с возрастом сопровождается утратой зрения. Гранулярная дистрофия имеет характерные помутнения в виде гранул, размер и количество которых увеличивается и приобретает вид «снежных хлопьев». С возрастом помутнения усиливаются и затрагивают глубокие слои стромы и десцеметову мембрану.

Далее профессор Б.Э. Малюгин остановился на стромальных дистрофиях роговицы, которых насчитывается семь видов: пятнистая дистрофия роговицы; дистрофия Шнайдера; врожденная дистрофия стромы роговицы; крапчатая дистрофия роговицы; задняя аморфная дистрофия роговицы; центральная дистрофия Франсуа; преддесцеметовая дистрофия.

Наиболее частым типом дистрофии, с которым сталкивается в свое практике офтальмолог, является дистрофия Фукса. Она отмечается у 4-4,5% пациентов, приходящих к хирургу-катарактологу. Женщины болеют чаще мужчин (3,5:1). Заболевание приводит к снижению функции эндотелия, снижению плотности эндотелиальных клеток, к развитию отека роговицы. Единственным радикальным методом лечения является эндотелиальная кератопластика в различных ее вариантах.

Подводя итог выступлению, профессор Б.Э. Малюгин обратил внимание, что в классификации дистрофических изменений роговицы происходит переход от описательных методик к более тонкой расшифровке генетических изменений, поскольку фенотип заболевания и внешние признаки иногда дают смешанную картину и в ряде случаев не позволяют дифференцировать одну форму заболевания от другой.

Лекцию на тему «Размышления о противоречиях кросслинкинга роговичного коллагена» представил профессор Адель Барбара (Израиль).

Доклад профессора Ю.Б. Слонимского (Москва) был посвящен новым методам хирургического лечения кератоконуса далеко зашедшей стадии. Методами хирургического лечения заболеваний роговицы являются кросслинкинг (ФРАК) заключается в ремоделировании собственной роговицы пациента с использованием фемтосекундного лазера, в результате чего уплощение центральной зоны роговицы осуществляется за счет удаления участка стромы роговицы по ее периферии. Под наблюдением находились 29 пациентов (мужчины — 21, женщины — 8), срок наблюдения составил 2 года. Пациенты были прооперированы в г. Минске с использованием фемтолазера Intralase 60 kHz. Программное обеспечение по протоколу Keratoplasty позволяет выполнять концентрические резы роговицы на заданную глубину под необходимым углом. На первом этапе проводилась непроникающая клиновидная резекция стромы роговицы с использованием фемтолазера. 1-й циркулярный рез выполняется под углом 90° к поверхности роговицы; 2-й циркулярный рез — под расчетным углом к поверхности таким образом, чтобы резы пересекались на заданной глубине. Расчет параметров реза проводился индивидуально, на основе результатов пахиметрии и кератотопографии. При выборе диаметра реза принимали во внимание ширину зоны эктазии роговицы и ее расположение относительно оптической оси глаза (8,3-8,9 мм). Глубину реза рассчитывали таким образом, чтобы она составляла до 85-90% от средней толщины роговицы в предполагаемой зоне воздействия. Для расчета использовали результаты ОКТ-пахиметрии. На втором этапе происходит удаление сформированного лоскута роговичной ткани и наложение роговичных швов. В первые 2-3 суток после операции ФРАК пациенты отмечали умеренно выраженную светобоязнь и слезотечение. В первые сутки наблюдалось увеличение некорригированной остроты зрения; на 3-5 сутки все пациенты отмечали субъективное существенное улучшение качества зрения на оперированном глазу. Автор отметил, что прибавка корригированной остроты зрения отмечена в 93% случаев, в 55% случаев прибавка некорригированной остроты зрения составила более 3 строчек. Таким образом, ФРАК является новым высокоэффективным коллагена роговицы; имплантация интрастромальных колец (на ранних стадиях кератоконуса); имплантация кольца Myoring при кератоконусе; при далеко зашедших стадиях кератоконуса показано проведение глубокой передней послойной или сквозной кератопластики; фемтолазерная хирургия роговицы. Целью работы явилась разработка нового способа аутокератопластики с использованием фемтосекундного лазера у пациентов с далеко зашедшим кератоконусом и оценка результатов лечения. Критериями включения пациентов в исследование стали: кератоконус III-IV стадии; толщина роговицы на вершине конуса не менее 330 мкм; толщина роговицы в зоне 7-10 мм не менее 470 мкм; глубина передней камеры глаза более 3,5 мм; открытый угол передней камеры, нормальный уровень ВГД; плохая переносимость или невозможность очковой и/или жесткой контактной коррекции; отсутствие разрывов десцеметовой мембраны и грубого помутнения в центральной зоне роговицы. Идея фемтолазерной рефракционной аутокератопластики

Профессор С.Ю. Анисимова, Н.С. Анисимова, профессор С.И. Анисимов, профессор Б.Э. Малюгин

хирургическим вмешательством, которое может служить операцией выбора при далеко зашедшем кератоконусе. Применение нового метода хирургии дает возможность значительно улучшить зрительные функции пациентам без использования крайне дефицитного донорского материала. Непроникающий характер вмешательства позволяет избежать серьезных потенциальных осложнений, связанных с вскрытием глазного яблока, и минимизировать послеоперационное воспаление. Проведение ФРАК не создает ограничений для выполнения при необходимости в последующем как передней глубокой послойной пересадки роговицы, так и сквозной кератопластики.

Профессор Ю.Ю. Калинников

Д.м.н. С.Б. Измайлова

С.В. Милова

А.Б. Качанов

Д.м.н. С.Б. Измайлова (Москва) выступила с докладом «Современные технологии лечения кератэктазий». Общепринятым методом лечения кертэктазий на начальных этапах является УФ-кросслинкинг и имплантация роговичных сегментов; при далеко зашедших стадиях широко применяются глубокая передняя послойная и сквозная кератопластика. При применении УФ-кросслинкинга наблюдается увеличение механической прочности роговицы на 70%; увеличение модуля упругости роговицы в 4,5 раза; антибактериальный эффект; дегидратационный эффект; рибофлавин обеспечивает образование ковалентных связей между волокнами коллагена роговицы; защищает подлежащие структуры глаза от УФ-излучения. Область применения УФ-кросслинкинга: кератоконус, ятрогенные кератэктазии, буллезная кератопатия, бактериальные, грибковые кератиты, комбинация с лазерными вмешательствами при тонких роговицах; укрепление склеры; обработка донорского материала при кератопластиках высокого риска и при кератопротезировании. Все большее распространение получает проведение локального кросслинкинга (позволяет остановить процесс прогрессирования, обладает большим рефракционным эффектом). В МНТК «Микрохирургия глаза» УФ-кросслинкинг проводится с применением инструмента для дозированной скарификации эпителия роговицы, в результате чего эпителизация происходит примерно в 3 раза быстрее, при этом применение скарификатора не влияет на конечную эффективность кросслинкинга. Наряду с кросслинкингом применение роговичных сегментов препятствует прогрессированию кератэктатического процесса. Наиболее известными роговичными сегментами являются FerraraRing и Keraring, Intacs и Intacs SK, отличающиеся различной длиной окружности, параметрами внутреннего диаметра, шириной основания, формой поперечного сечения и высотой, которая влияет на сферэквивалент после операции. Широкое распространение получили кольца MyoRing. В МНТК «Микрохирургия глаза» применяются импланты НЭП МГ (Москва), отличающиеся прекрасными оптическими свойствами. Действие имплантированных роговичных сегментов заключается в остановке прогрессирования кератэктатического процесса; в образовании «вторичного лимба», механически усиливающего эктазированную роговицу; в уменьшении площади эктазии роговицы в центральной зоне; в изменении кривизны передней и задней поверхностей роговицы; в повышении корригированной и некорригированной остроты зрения; в уменьшении сферического и цилиндрического компонентов; в уменьшении аберраций; в улучшении переносимости контактных линз и очковой коррекции. Имплантация роговичных сегментов показана при кератоконусе, кератоглобусе, прозрачной маргинальной дегенерации (первичные кератэктазии); после рефракционных операций, при кератэктазиях после ССКП, при посттравматических кератэктазиях (вторичные кератэктазии). Докладчик обратила внимание на необходимость деления кератэктазий по типу на ассиметричные и симметричные, т.к. в зависимости от вида кератэктазий меняется смысл имплантации роговичных сегментов. Классическая методика имплантации Р. Ferrara предполагает постановку двух сегментов с разрезом по «сильному» меридиану. При этом был выявлен так называемый «феномен затекания», который заключается в том, что через год после имплантации роговичных сегментов у пациентов с ассиметричными эктазиями отмечается прогрессирование эктазического процесса. В связи с этим в случаях ассиметрических эктазий была предложена методика имплантации одного сегмента таким образом, чтобы он перекрывал зону наибольшей эктазии. Сегмент оказывает влияние как на геометрию задней поверхности в виде уменьшения максимального значения элевации в центральной зоне, так и на переднюю поверхность роговицы в виде выраженного снижения элевации в зоне проекции зрачка. Применение градуированного вакуумного кольца при имплантации роговичных сегментов позволяет за счет создания дополнительного вакуума формировать тоннели на заданной глубине. Операция проводится без дополнительной фиксации, сегмент легко входит в сформированный тоннель, что оказывает значительное влияние на эффективность и функциональные результаты оперативного вмешательства. Применение метода позволяет уменьшить складчатость в зоне наибольшей эктазии, снизить риск перфорации роговицы, снизить травматизацию глазного яблока пинцетом. Докладчик посоветовала применять этот метод формирования роговичного тоннеля в повседневной практике в клиниках, где нет фемтолазерного оборудования.

Профессор С.Ю. Анисимов (Москва) выступил с докладом «Место локального кросслинкинга в лечении кератэктазий различного генеза». Основная гипотеза лечебного действия локального кросслинкинга состоит в следующем: чтобы избежать развития эктазии роговицы, следует локально повышать ригидность стромы там, где наблюдается ее ослабление. С помощью расчетной методики, основанной на уравнении Лапласа, можно локально, в каждой точке роговицы, рассчитать уровень механических напряжений, вызывающих внутриглазное давление, и с помощью современных приборов определить кривизну и толщину роговицы в различных точках. В результате получается карта распределения механических нагрузок — кератотензотопограмма. В большинстве случаев снижение ригидности происходит в парацентральных зонах, где обычно имплантируются роговичные сегменты. Укрепление с помощью локального кросслинкинга этой зоны позволяет положительно воздействовать на развитие кератоконуса. Для облучения локальных зон используется стандартный Дрезденский протокол, т.к. только стандартный протокол обеспечивает максимально глубокое облучение, что позволяло получить более высокий рефракционный эффект, чем при тотальном кросслинкинге. Важным моментом является послеоперационное ведение пациентов, поскольку необходимо помнить о том, что антибиотики обладают цитотоксическим действием на эпителиальные клетки, и применять наиболее щадящие препараты: антибактериальная терапия — Флоксал, Л-Оптик; противовоспалительное средство с анальгезирующим действием — Индоколлир; корнеопротекторы без консервантов или с низким содержанием консервантов — ОКВИС, Артелак, Слезин. При развитии длительного Хейза — кортикостероиды. Кроме рефракционного эффекта, локальный кросслинкинг позволяет центрировать геометрические изменения в роговице, что дает возможность с большей эффективностью имплантировать сегменты или укрепляющие кольца. На клинических примерах автор показал, что локальный кросслинкинг дает выраженный эффект миопической коррекции. Необходимо также помнить, что локальный кросслинкинг обеспечивает высокую остроту зрения в раннем послеоперационном периоде, т.к. при вмешательстве не повреждается центр роговицы, за счет чего происходит быстрая реабилитация. Наибольший эффект локальный кросслинкинг обеспечивает при лечении кератоконуса I-II стадий. При III стадии более эффективна комбинированная методика кросслинкинга с сегментами и имплантация в дальнейшем жестких склеральных контактных линз. Еще одной областью применения локального кросслинкинга является лечение гиперметропического сдвига после передней радиальной кератотомии, основными симптомами которого являются появление диурных колебаний рефракции, быстрое развитие пресбиопии, развитие сложного гиперметропического астигматизма. Гиперметропический сдвиг как проявление наведенной кератоэктазии может быть слабой степени, умеренно выраженный, выраженный. При гиперметропическом сдвиге слабой выраженности применялся локальный кросслинкинг в области кератотомических рубцов по стандартному протоколу. При умеренном и выраженном сдвиге необходимо проводить зачистку эпителия в зоне рубцов, наложение укрепляющих шин для исключения зияния насечек, локальный кросслинкинг в зоне кератотомии, ЛАСИК или фемто-ЛАСИК в случае резидуальной аметропии.

Э.Л. Усубов (Уфа) рассказал об опыте, накопленном в Уфимском НИИ глазных болезней, в лечении кератоконуса. Десятилетний опыт применения кросслинкинга по Дрезденскому протоколу показал высокую стабильность методики, однако имеются определенные недостатки: длительность процедуры (суммарно около 80 мин); выраженный роговичный синдром — болезненность в течение 24-48 часов; снижение исходной остроты зрения на 2-4 недели, ухудшение в течение 1 месяца, улучшение наступает к 3-му месяцу; невозможность ношения контактных линз в течение 3-4 недель. При этом применение методики может вызвать следующие осложнения: помутнение и рубцевание роговицы; неинфекционные и инфекционные кератиты; персистирующий отек роговицы; затяжное неконтролируемое уплощение роговицы. При применении методики кросслинкинга суммарная доза облучения не должна превышать 5,4 Дж/см^2. Далее докладчик остановился на разработке новых протоколов, направленных на повышение клинической эффективности путем сокращения времени процедуры и увеличения мощности процедуры. Сравнение стандартного и акселерированного протоколов показало, что болезнь может прогрессировать вне зависимости от выбранного протокола. Одним из признаков эффективности кросслинкинга является демаркационная линия роговицы, и при проведении стандартного кросслинкинга демаркационная линия, как правило, оказывается глубже, чем при проведении акселерированного. Методика кросслинкинга с сохранением эпителия рассчитана на снижение количества осложнений и повышение безопасности процедуры, однако, как известно, рибофлавин плохо растворим, и деэпителизация обеспечила бы высокую всасываемость. Эффективность процедуры можно обеспечить с помощью различных модификаций трансэпителиального кросслинкинга, путем многократного применения анестетических капель, создания интрастромального кармана с помощью фемтолазера, насыщения роговицы с помощью ионофореза. Исследования показали, что в более отдаленные сроки эффективность трансэпителиального кросслинкинга оказалась ниже, чем после кроссликинга, выполненного по стандартному протоколу, хотя по остроте зрения существенных различий выявлено не было. Эволюция процедуры кросслинкинга направлена на сохранение целостности эпителия, обеспечение достаточной концентрации рибофлавина в роговице, сокращение времени процедуры, повышение общей эффективности процедуры. Подводя итог, докладчик отметил, что по отдаленным результатам исследований наиболее эффективным протоколом остается Дрезденский, однако и модифицированные методы показывают достаточную эффективность, и совершенство методики неизбежно. При быстро прогрессирующем течении заболевания целесообразно проводить стандартный кросслинкинг по Дрезденскому протоколу; при тонкой роговице и медленно прогрессирующем течении болезни может быть показано применение модифицированных протоколов; разработка новых растворов, манипуляции с эпителием роговицы, применение новых методов доставки рибофлавина и изменение параметров облучения позволят обеспечить более безопасную и эффективную процедуру кросслинкинга.

Д.м.н. Е.И. Беликова, профессор С.Ю. Анисимова, профессор Д.В. Давыдов

Профессор Ю.Ю. Калинников (Москва) рассказал об опыте комбинированного лечения кератоконуса методом кросслинкинга с имплантацией корнеальных сегментов. Пересадка роговицы грозит помутнением трансплантата и прочими проблемами. Одним из путей, позволяющим остановить прогрессирование кератоконуса и улучшить остроту зрения у больных с некоторыми кератэктазиями, является операция по имплантации интрастромальных сегментов и кросслинкинг роговицы. Наиболее оптимальная глубина имплантации — 75-80% с позиции будущего рефракционного эффекта, так и риска протрузии имплантата. Имплантация интрастромальных сегментов производства НЭП «Микрохирургия глаза» дает хороший эффект и позволяет рассчитывать на улучшение зрения. Метод также с успехом используется при эктазиях роговицы, возникающих после операций ЛАСИК. В отдаленный период после пересадки роговицы при кератоконусе в большом проценте случаев может возникнуть астигматизм, смещение роговицы и рубца, что может быть исправлено с помощью интрастромальных сегментов; метод успешно применяется также и при возникновении сильного астигматизма после радиальной кератотомии. При необходимости сегменты могут удаляться, заменяться на другие. Широкую популярность в лечении кератоконуса приобретают интрастромальные кольца. Доктор Ю.Ю. Калинников рассказал о практике применения интрастромальных колец. При их имплантации не происходит расслаивания линии взора, которая бывает несколько изменена, и не изменяется интерфейс. При помощи двух пинцетов кольцо легко имплантируется в широкий тоннель, после чего реабилитационный период значительно сокращается. Важным моментом операции является наложение шва на роговичную насечку, чтобы впоследствии избежать возможных кератитов, возникающих при моргании глаза. Сравнивая методики имплантации полных колец и разомкнутых, докладчик отметил, что функциональные результаты несколько лучше при имплантации разомкнутых колец. Далее докладчик остановился на проблемах, которые могут возникать после процедуры кроссликинга, связанные с восстановлением роговичного эпителия в ранний послеоперационный период. Как правило, в этих случаях используется контактная линза и различные препараты, отдавая предпочтению Корнерегело; для контроля воспаления применяется с осторожностью Офтан Дексаметазон; для предупреждения инфекции — Флоксал.

А.Б. Качанов (Санкт-Петербург) в своем докладе представил факторы риска кератэктазий после применения эксимерных и фемтосекундных технологий. Цель исследования заключалась в том, чтобы на основе анализа репрезентативного материала и при длительных сроках наблюдения изучить, с какой частотой, в какие сроки и после каких эксимерных операций может возникать послеоперационная кератэктазия, исследовать факторы риска данного осложнения и предложить основные направления увеличения достоверности его прогнозирования. Анализ репрезентативного материала при длительных сроках наблюдения позволил сделать вывод, что частота развития кератэктазии после лазерного кератомилеза in situ составляет 0,078%. Выявлены следующие достоверные факторы риска развития кератэктазии после лазерного кератомилеза in situ: крутая роговица более 44,0 дптр, фрустрированный кератоконус, ранее перенесенная передняя радиальная кератотомия, наличие кератоконуса у близких родственников, проведение операции по поводу миопии, а также значительное снижение остаточной стромальной толщины ($p<0,005$). Однако, как отметил докладчик, не существует способов 100% предсказания развития кератэктазии. Наиболее важными факторами развития кератэктазии после эксимерных операций, вероятно, являются генетические.

Профессор К.Б. Першин (Москва) в докладе «Опыт использования кросслинкинга роговицы при лечении эктазий» провел сравнительный анализ последовательности хирургических вмешательств (имплантация интрастромальных роговичных сегментов и кросслинкинг роговичного коллагена) у пациентов с прогрессирующим кератоконусом. Исследования показали, что лечение прогрессирующего кератоконуса и ятрогенных эктазий остается значимой проблемой в офтальмохирургии с учетом среднего возраста и высокой социальной активности пациентов, а также ограничениями доступа к материалам для трансплантации роговицы. Малоинвазивные хирургические подходы при прогрессирующем кератоконусе I-III стадий, включающие кросслинкинг роговичного коллагена и имплантацию интрастромальных сегментов, представляют значительный прогресс для офтальмологов. При сопоставлении конечных результатов в двух группах статистически значимо большее увеличение максимально корригированной остроты зрения вдаль и снижение цилиндрического компонента рефракции было у группы пациентов, у которых проведению кросслинкинга предшествовала имплантация интрастромальных сегментов.

С.В. Милова (Пушкино, Московская область) представила клинические результаты имплантации колец MyoRing в лечении кератоконуса. Исследования, проведенные автором, показали, что имплантация колец MyoRing эффективна для лечения кератоконуса на различных стадиях. При далеко зашедшем кератоконусе при толщине роговицы более 350 и менее 420 мкм имплантация MyoRing является операцией выбора. Заметное улучшение остроты зрения происходит, как правило, с первого дня после операции. Зрительные функции могут стабилизироваться и улучшаться в течение 6-12 месяцев.

С заключительным докладом выступил К.А. Золотаревский (Москва), в котором были представлены экспериментальные и клинические обоснования метода «локальный кросслинкинг» при лечении больных первичным кератоконусом и вторичными кератэктазиями. Противопоказаниями к проведению локального кросслинкинга являются: толщина роговицы менее 400 мкм; терминальная стадия кератоконуса с помутнениями в центральной зоне роговицы; перфорация роговицы; воспалительные заболевания роговицы, конъюнктивы и слезных путей; соматические патологии, не позволяющие больному находиться в вынужденном положении (лежа на спине) все время, необходимое для выполнения данной операции.

Подготовил ***Сергей Тумар***

Фото Сергея Тумара

ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Carl Zeiss Meditec и компания ОПТЭК подписали соглашение о сотрудничестве

10 марта 2017 года состоялось подписание трехстороннего соглашения о сотрудничестве между ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», компанией Carl Zeiss Meditec, одним из мировых лидеров в области офтальмологических систем, и компанией ОПТЭК, представляющей концерн Carl Zeiss в России и странах СНГ. Документ подписали профессор А.М. Чухраёв, генеральный директор ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Майкл Хубензак (Michael Hubensack), вице-президент Carl Zeiss Meditec по работе с партнерами в Европе, Ближнем Востоке, Африке и Латинской Америке и О.А. Середкина, генеральный директор компании ОПТЭК.

Соглашение подписано

В рамках соглашения ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Carl Zeiss Meditec и ОПТЭК подтверждают намерения о сотрудничестве и технологическом партнерстве в области диагностики и инновационных методов хирургии катаракты и роговицы. Договор предусматривает создание совместного референтного центра по диагностике патологии глазного дна, работе с интраокулярными мультифокальными и торическими линзами ZEISS и применению решения ZEISS Rescan 700 в хирургии переднего и заднего отрезков глаза. ZEISS Rescan — это уникальная система, в которой оптический когерентный томограф интегрирован непосредственно в операционный микроскоп OPMI Lumera 700. Метод оптической когерентной томографии (ОКТ) широко используется для визуализации структур заднего и переднего отрезков глаза. Внедрение метода изменило современное представление офтальмологов о многих глазных заболеваниях. Обычно системы ОКТ используют на этапе диагностики заболеваний, а технология ZEISS Rescan позволяет проводить исследование непосредственно во время операции. Результаты исследования могут изменить решение врача относительно дальнейшей хирургической тактики.

Соглашение также предполагает организацию совместной работы по подготовке и повышению квалификации врачей-офтальмологов на базе МНТК «Микрохирургия глаза», проведение совместных мероприятий, посещения ведущих ученых МНТК иностранных научных центров, использующих оборудование ZEISS, и другие мероприятия, направленные на обмен знаниями и опытом. Стороны подчеркивают важность внедрения передовых технологий в широкую практику врачей-офтальмологов.

Одна из задач МНТК «Микрохирургия глаза» — внедрение в медицинскую практику самых передовых методов диагностики и лечения глазных заболеваний. Благодаря работе МНТК и широкой филиальной сети комплекса, лучшие мировые технологические достижения стали доступными для жителей всех регионов России. Сотрудничество МНТК «Микрохирургия глаза», концерна Carl Zeiss и компании ОПТЭК имеет добрую историю, начатую много лет назад. МНТК «Микрохирургия глаза» в Москве и филиалы МНТК в различных регионах России оснащены современным оборудованием ZEISS: диагностическими приборами для исследования сетчатки глаза и глазного дна, офтальмологическими лазерами и микроскопами, фемтосекундными и эксимерными лазерами и решениями для катарактальной хирургии.

В мероприятии приняли участие:

МНТК «Микрохирургия глаза»:

Александр Михайлович Чухраёв, генеральный директор ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор;

Александр Викторович Дога, заместитель генерального директора по научно-клинической работе ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор;

Назрулла Сагдуллаевич Ходжаев, заместитель генерального директора по организационной работе и инновационному развитию ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор;

Николай Петрович Соболев, главный врач ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Carl Zeiss Meditec:

Майкл Хубензак (Michael Hubensack), вице-президент Carl Zeiss Meditec по работе с партнерами в Европе, Ближнем Востоке, Африке и Латинской Америке;

Юлия Лешихина, менеджер по развитию бизнеса в РФ и СНГ.

ОПТЭК:

Максим Семенович Игельник, управляющий Group of Companies OPTEC AG;

Николас фон Корфф, исполнительный директор Group of Companies OPTEC AG;

Ольга Алексеевна Середкина, генеральный директор компании ОПТЭК;

Андрей Александрович Гольденберг, директор департамента офтальмологических систем компании ОПТЭК;

Марина Альбертовна Руднева, руководитель отдела лазеров и диагностики компании ОПТЭК.

Приветствуя участников встречи, генеральный директор ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв, в частности, сказал: «В том, что МНТК знают как прекрасную клинику, научный центр, большая заслуга наших партнеров и в значительной степени компании Carl Zeiss». «Подписание соглашения мы рассматриваем как трамплин для развития дальнейших взаимоотношений».

Майкл Хубензак, вице-президент Carl Zeiss Meditec, отметил: «Мы заложили хороший фундамент для дальнейшего развития нашего сотрудничества и планируем не останавливаться на достигнутом».

М.С. Игельник, управляющий GOC OPTEC AG, подчеркнул: «Мы работаем во всех регионах, где есть филиалы МНТК, и всегда будем вас поддерживать. Вы можете положиться на наше «технологическое плечо». Сегодня мы переворачиваем новую страницу наших многолетних отношений, фундамент которых заложил академик С.Н. Федоров».

«Технологии сегодняшнего дня — это фантастика. Больной может уходить от нас через несколько часов прозревшим, благодаря рукам хирурга и оборудованию, которое мы используем», — сказал заместитель генерального директора по научно-клинической работе, профессор А.В. Дога. Он также выразил пожелание, чтобы в ближайшую повестку сотрудничества была включена и «рефракционная страничка».

О.А. Середкина, генеральный директор компании ОПТЭК: «Это не старт, а продолжение хорошей истории. У ZEISS, МНТК, компании ОПТЭК очень большая история, которой мы можем гордиться. Хочется, чтобы договор, который мы сегодня подписываем, вывел нас на новый уровень открытости, доверия и уважения друг к другу, чтобы мы садились за стол переговоров и принимали решения, взвешивая интересы каждой стороны. У нас одна цель — здоровый пациент, и мы должны двигаться к этой цели».

Материал подготовил
Сергей Тумар

Фото Сергея Тумара

Н.П. Соболев, Н.С. Ходжаев, А.В. Дога, Ю. Лешихина, М. Хубензак, А.М. Чухраёв, О.А. Середкина, Н. фон Корфф, М.С. Игельник, М.А. Руднева, А.А. Гольденберг

ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» был основан в 1986 году. Основная цель МНТК — разработка и быстрое внедрение в медицинскую практику передовых методов диагностики и лечения глазных заболеваний. Важнейшей социальной задачей деятельности МНТК «Микрохирургия глаза» является обеспечение доступности современных технологий для жителей всех регионов России. Офтальмологический комплекс объединил в себе научное учреждение, современные клиники, учебные центры и экспериментальное производство. Результаты научной деятельности, передовые идеи внедряются в клиническую практику через широкую филиальную сеть в крупных городах России.

Концерн Carl Zeiss — мировой лидер в производстве офтальмологического оборудования, хирургических микроскопов, световой микроскопии, лазерной сканирующей микроскопии, электронных микроскопов, контрольно-измерительных машин. Медицинские системы Carl Zeiss Meditec используются в офтальмологии, нейрохирургии, отоларингологии, стоматологии. Технологии Carl Zeiss также используются для фундаментальных исследований в области медицины. Системы диагностики и лечения помогают врачам достигать лучших результатов.

Компания ОПТЭК — поставщик высокотехнологичных решений для науки, образования, инновационной индустрии, промышленности и здравоохранения. Более 15 лет компания представляет в России и странах СНГ оптическое и электронно-оптическое оборудование ведущих мировых брендов, является эксклюзивным представителем концерна Carl Zeiss, а также других мировых брендов в области высоких технологий.

32-й Конгресс Азиатско-Тихоокеанской Академии Офтальмологии

1-5 марта 2017 года, Сингапур

С 1 по 5 марта 2017 г. в Сингапуре проходил 32-й Конгресс Азиатско-Тихоокеанской Академии Офтальмологии (32nd Asia Pacific-Ocean Academy Ophthalmology Congress, APAO).

Конгресс APAO — ежегодное мероприятие, проходящее под эгидой Международного офтальмологического Совета (International Council of Ophthalmology, ICO), собирающее офтальмологов со всего земного шара. На 32-м Конгрессе APAO присутствовало 5 тысяч делегатов из 77 стран. Место проведения — Выставочный центр с залами конгрессов Сингапура. Цель мероприятия — объединение усилий по инновациям и технологиям лечения глазных заболеваний в Европе и Азии. Значительную часть делегатов представляли офтальмологи Китая, Индии и других стран Азиатско-Тихоокеанского региона. Ведущие эксперты из США, Европы, Японии и других стран выступали с лекциями по всем направлениям офтальмологии. Заседания проходили в виде пленарных сессий в пяти крупных залах на 500 человек и в виде сателлитов и симпозиумов в 20 залах на 200 человек.

На конгрессе были представлены доклады по «живой хирургии», много разборов клинических случаев. На пленарных заседаниях акцент был сделан на новейшие технологии и перспективы в лечении и диагностике глазных заболеваний.

Многие заседания освещали проблемы здравоохранения в мире в целом и в развивающихся странах. В частности, рассматривалась проблема обеспечения высокотехнологичной офтальмологической помощью провинций в Китае и Индии.

Большое внимание было уделено проблемам образования и освоения хирургической техники молодыми специалистами.

В крупном выставочном комплексе были представлены все виды новейшего офтальмологического диагностического и хирургического оборудования.

В работе конгресса приняли участие также российские офтальмологи. Так, профессор Центра офтальмологии ФМБА России Н.И. Курышева была приглашена с научным докладом на симпозиум «Новейшие разработки в области визуализирующих технологий в офтальмологии» (Emerging Ocular Imaging Technologies).

В первом докладе, посвященном оценке нейропротекторного лечения методами визуализации, который сделал профессор Кевин Чан (Сингапур), было подчеркнуто, что благодаря внедрению спектральной ОКТ появилась возможность получать изображения, расположенные на большой глубине (EDI), и таким образом визуализировать переднюю поверхность решетчатой мембраны (РМ) склеры, оценивать ее в трех измерениях (3D), а также измерять ее толщину. Кроме того, авторами разработан специальный метод получения 3D-изображений РМ, причем анализу подвергались только зоны с установленным достоверным качеством получаемых изображений. Для этого авторы вручную определили область сканированного изображения, которая может быть достоверно сегментирована, и измерили толщину РМ только в этой области. В работе был использован спектральный ОКТ (DRI OCT-1*; Topcon Corp., Tokyo, Japan). Передняя поверхность РМ

Профессор Н.И. Курышева

была определена по наличию пор, через которые проходят волокна зрительного нерва, а задней границе соответствовала та область сканирования, где поры переставали быть видимыми. Далее отмечали точки на передней и задней поверхностях РМ, используя 12 изображений В-сканов, чтобы создать каркасную модель решетчатой мембраны склеры. С применением данной технологии авторы оценили нейропротекторное лечение препаратом Церакслон на крысах и получили удовлетворительные результаты, демонстрирующие нейропротекторное действие препарата.

Следующий доклад сделала профессор Н.И. Курышева (Россия), в котором автор осветила место и роль ОКТ-ангиографии в мониторинге глаукомы.

Во вступлении докладчик отметила, что ОКТ-ангиография (ОКТ-А) позволяет визуализировать мельчайшие сосуды, вплоть до капилляров в различных областях сетчатки и на разной глубине. Метод направлен на селекцию кровеносных сосудов от окружающих тканей на всю глубину сканирования. В отличие от флуоресцентной ангиографии метод ОКТ-А позволяет исследовать не только поверхностные сплетения сетчатки, но и глубокий плексус, без применения контрастных средств.

Уже первые исследования показали, что ОКТ-А позволяет дифференцировать больных начальной глаукомой от здоровых лиц. Однако публикаций об использовании ОКТ-А при глаукоме на настоящий момент немного, и большинство из них посвящено исследованию перипапиллярной сетчатки.

В 2014 г. Jia Y. и др., используя ОКТ-А, основанную на методе SSADA, сравнили индекс кровотока в диске зрительного нерва у больных глаукомой и у здоровых лиц и выявили его достоверное снижение на 25% при ПОУГ. Также они показали хорошую повторяемость и воспроизводимость данного метода и пришли к выводу, что он может быть использован для ранней диагностики и мониторинга глаукомы.

Yarmohammadi A. с соавт. в 2016 г. опубликовали работу, где подробно рассмотрели процесс изменения плотности сосудов микроциркуляторного русла при глаукоме, включая преперимиетрическую стадию. По данным авторов, показатель плотности суммарно в ДЗН и перипапиллярной сетчатки (wiVD) снижался с 56,6% в здоровых глазах до 46,2% — при глаукоме. Также снижался показатель плотности сосудов в перипапиллярной сетчатке. В данной работе был сделан важный вывод об отсутствии зависимости плотности сосудистой сети в ДЗН от его размеров. Кроме того, авторы обнаружили, что плотность сосудов микроциркуляторного русла ДЗН и перипапиллярной сетчатки имеет ту же диагностическую ценность в выявлении глаукомы, что и общепринятое измерение толщины СНВС. При этом площадь под ROC-кривой составила 0,94 для показателя wiVD, в то время как для СНВС этот показатель составил 0,92, а для размеров вертикальной ЭДЗН — 0,83. Для ранней диагностики глаукомы, по мнению авторов, также наибольшую диагностическую ценность имел показатель wiVD, площадь под ROC для которого составила 0,7, в то время как для СНВС и ЭДЗН она равнялась 0,65.

Важную роль снижения плотности капиллярной сети именно в нижне-височном секторе перипапиллярной сетчатки подчеркивали многие авторы. По мнению Suh, это может быть связано с тем, что именно в этих отделах чаще всего встречаются локальные дефекты в решетчатой мембране склеры. По мнению авторов, подобные дефекты создают условия для атрофии нервной ткани и формирования дефекта в микроциркуляторном русле. Подтверждением тому является возникновение геморрагий в нижне-височном секторе по краю ДЗН, что весьма типично для глаукомы.

Профессор Н.И. Курышева с соавторами впервые выявили приоритетность исследования плотности микроциркуляторного русла (показатель Vessel Density, VD) в макуле (фовеа и парафовеа) в диагностике глаукомы. Важно подчеркнуть, что исследование проводилось на фоне отмены местных гипотензивных препаратов. Данный показатель имел более высокую диагностическую ценность в раннем выявлении заболевания, чем VD в ДЗН и перипапиллярной сетчатке. Более того, он имел приоритет над такими важными структурными параметрами, как толщина СНВС и ганглиозного комплекса сетчатки. При этом VD макулы имел высокую корреляцию с указанными морфометрическими параметрами, а также с показателями паттерн-ЭРГ, что свидетельствует о связи функциональных расстройств при глаукоме с гемоперфузией ГКС.

Следующий доклад сделал профессор Л. Шметтерер (Австрия-Сингапур). Его лекция была посвящена различным методам исследования глазного кровотока. Автор сделал обзор всех существующих методов с применением допплерографии и ОКТ-допплера, акцентировав внимание слушателей на результатах собственных исследований, а именно — на изучении изменений перипапиллярного кровотока в ответ на гипероксию (увеличение объема вдыхаемого кислорода). Пациентам дважды проводили ОКТ-А после 10 минут нормального дыхания и после 10 минут дыхания с кислородной маской. Исследования выполняли дважды в разные дни. Авторы обнаружили снижение индекса кровотока (усредненное значение величины декорреляции амплитуды в исследуемой зоне сетчатки) на 8,87±3,09% после гипероксии, а также снижение плотности сосудов на 2,61±1,50%. Авторы провели аналогичное исследование с использованием Допплер-ОКТ. Кровоток каждой вены оценивали с помощью Допплер-ОКТ, затем кровоток всех вен ДЗН суммировался для получения общего кровотока сетчатки. В результате гипероксии общий кровоток сетчатки уменьшался на 23,6±10,7%.

В следующем докладе профессор Кристофер Леунг (Гонконг) осветил новую технологию исследования метаболической функции ганглиозных клеток сетчатки (ГКС). Автор подчеркнул важную значимость метода с точки зрения перспектив исследования нейропротекторных свойств различных препаратов. Именно функциональная активность ГКС в большей мере, чем их структура, отражает жизнеспособность нейронов.

В продолжение этого сообщения профессор Йошаки Ясуно (Япония) доложил о возможностях одновременного исследования структурных изменений и функциональной активности нейронов с применением Матрикс-ОКТ. Автор привел результаты экспериментальных исследований, выполненных на лабораторных животных, также подчеркнув преимущества метода в плане исследований нейропротекции.

Большой интерес вызвал доклад Джин Вук Джеоуенг (Сингапур) о новейших возможностях ОКТ при глаукоме.

Докладчик подробно остановился на особенностях исследования нейроретинального ободка в диагностике глаукомы. Нейроретинальный ободок — это «площадь поверхности от края отверстия мембраны Бруха (BMO) до внутренней пограничной мембраны». Автор отметил, что SD-OCT позволяет надежно определять указанное анатомическое образование, что было продемонстрировано при экспериментальной глаукоме на приматах. Оказалось, что невральный ободок, измеренный таким образом, лучше отражает анатомию ДЗН, чем при использовании клинически видимой его границы.

Особое внимание докладчик уделил SS-OKT (Swept-source (SS-OCT) ОКТ), которая является разновидностью Фурье-ОКТ, с использованием системы стремительного сканирования в широком диапазоне. Вместо источника света широкого диапазона, который проецируется сразу, как в SD-OCT, SS-OCT использует один настраиваемый лазер, который проносится через разные частоты, чтобы быстро охватывать весь широкий спектр. Коэффициент отражения света от глаза улавливается фотодетектором, который работает намного быстрее, чем камера на приборах, используемая в технологии SD-OCT. Это дает более высокую скорость сканирования — до 400 000 продольных сканирований/сек. и устраняет типичную потерю сигнала при сканировании на большой глубине. Повышенная скорость сканирования уменьшает время обследования и позволяет лучше визуализировать тонкие структуры.

Автор подчеркнул, что с момента первой публикации, посвященной ОКТ в диагностике офтальмопатологии начала 1990-х годов, технология прошла эволюцию с временных ОКТ (TD-OCT) до спектральных (SD-OCT) с более высокой скоростью сканирования и высоким осевым и поперечным разрешением. Скорость получения изображения в современных томографах колеблется между 25 000 и 75 000 продольных (осевых) сканирований в секунду, что позволяет получить трехмерные (3D) данные об исследуемой области. Технология ОКТ продолжает развиваться, и в настоящее время существуют ОКТ, которые обладают скоростью сканирования до 20,8 млн осевых сканирований/сек., правда, пока не нашедшие применения в офтальмологии.

Другим перспективным инновационным методом следует считать ОКТ с адаптивной оптикой (АО-ОСТ).

Осевое (продольное) разрешение ОКТ зависит от когерентных свойств источника света. Используемые в настоящее время источники света обеспечивают диапазон осевого разрешения в 5 мкм, которого вполне достаточно, чтобы различать осевые размеры большинства клеток сетчатки. Между тем поперечная разрешающая способность изображения ОКТ ограничена размером пятна луча света, сосредоточенного на ткани. Лазерный луч подвержен оптическим аберрациям при прохождении через различные среды в глазу, что ограничивает поперечное разрешение до диапазона в 20 мкм. Адаптивная оптика была введена, чтобы исправить оптические аберрации, сократить размер проецируемого пятна, а также улучшить поперечное разрешение.

В рамках конгресса было представлено много докладов, подводящих итоги крупным многоцентровым исследованиям, направленным на оптимизацию лечения глазных заболеваний. Особое внимание было уделено перспективным направлениям, в частности, лечению на базе генетических исследований. Эксперты неоднократно подчеркивали, что XXI век — это время генных технологий в офтальмологии.

Материал подготовила
профессор ***Н.И. Курышева***

Современные технологии лечения витреоретинальной патологии

15-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

16-17 марта в Сочи состоялась 15-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии». Конференция прошла при поддержке Министерства здравоохранения РФ и Общества офтальмологов России.

Мероприятие посетили свыше 850 участников из России, Армении, Белоруссии, Украины, Казахстана, Черногории и Китая.

На церемонии открытия участников приветствовал генеральный директор ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор А.М. Чухраёв, Глава города Сочи А.Н. Пахомов.

Программа мероприятия объединила широкий круг проблем, включавших вопросы диагностики, хирургии и терапии в алгоритме оказания качественной медицинской помощи больным витреоретинального профиля. Для обсуждения были представлены интересные клинические случаи с обзором актуальных подходов к ведению этих пациентов. Мастер-классы, дискуссии, прямая трансляция сеансов «живой хирургии» из операционных российских и зарубежных клиник, интерактивные сессии, выставка последних достижений в офтальмологии — это практическая школа для специалистов, идущих в ногу со временем.

Глава г. Сочи А.Н. Пахомов и профессор А.М. Чухраёв

Профессор М.Е. Коновалов, заместитель главы г. Сочи И.В. Романец, профессор А.М. Чухраёв, Глава г. Сочи А.Н. Пахомов, С.Н. Сахнов

Новая методика лечения макулярных разрывов

Д.О. Шкворченко, заместитель главного врача по медицинской части ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», кандидат медицинских наук *(Москва)*

— Дмитрий Олегович, на конференции Вы представили новую методику лечения макулярных разрывов. Расскажите о ней.

— На сегодняшний день макулярный разрыв является патологией, приводящей к снижению остроты зрения у людей трудоспособного возраста, чаще от 40 до 50 лет, которые ведут активный образ жизни, работают за компьютером, водят автомобиль и т.д. У человека полностью выпадает центральное зрение. На сегодняшний день применяют множество методик хирургического лечения макулярного разрыва, у каждой есть свои плюсы и минусы. Не всегда операции приводят к хорошим результатам, что требует повторного вмешательства. Наша задача — предложить методику, обеспечивающую максимальную доступность и простоту.

Мы проводим стандартную витрэктомию с окрашиванием и удалением всех преретинальных структур (эпиретинальных мембран, внутренней пограничной мембраны), так как считаем, что без использования красителя есть шанс их неполного удаления и возникновения риска рецидива. После удаления внутренней пограничной мембраны на область разрыва мы капаем богатую тромбоцитами плазму, полученную перед началом операции из собственной крови пациента, что исключает риск заражения, инфицирования и аллергических реакций.

— Как долго вы применяете данную методику?

— Мы применяем методику уже второй год. Впервые она была предложена в середине 90-х годов, но, к сожалению, не была до конца отработана. Одни хирурги оперировали с окрашиванием преретинальных структур, другие — без окрашивания, а вопрос о необходимости удаления внутренней пограничной мембраны до сих пор является предметом дискуссий. Не было единой методики получения богатой тромбоцитами плазмы. На эту тему опубликовано небольшое количество работ, а глобального исследования не проводилось.

На сегодняшний день по этой методике мы прооперировали более 150 пациентов, и у всех наблюдается хороший результат. При этом, оперируя мужчин и женщин, мы заканчиваем операцию одинаково: капаем богатую тромбоцитами плазму. У мужчин и у женщин поверхность сетчатки выглядит по-разному, и различается техника операции. Фибриновый компонент плазмы адгезируются к краям разрыва, затем происходит ретракция сгустка, то есть сжатие, приводящее к сближению краев и к его «склеиванию».

Мы видим, что богатая тромбоцитами плазма работает, и, самое главное, методика исключает манипуляции с сетчаткой, механическое сближение, подсасывание, то есть не происходит излишней травматизации макулярной зоны.

Фактически мы являемся пионерами в применении этой методики. Когда мы впервые представили наши результаты с еще небольшим количеством пациентов, многие хирурги проявили к ней интерес и сейчас успешно применяют методику в своей практике.

— Какой, на Ваш взгляд, должен быть срок наблюдения, чтобы полностью удостовериться в ее безопасности?

— Обычно наблюдаем пациента в течение одних-двух суток, после чего отпускаем домой. В послеоперационном периоде мы не отмечали воспалительных реакций или осложнений

— Во время «живой хирургии» обсуждался вопрос: силиконовая тампонада или газо-воздушная тампонада при больших разрывах. Мне кажется, это вопрос обсуждается на всех конференциях. На Ваш взгляд, выбор зависит от хирурга или от конкретного случая?

— Вы правы, есть хирурги, которые оперируют без применения красителей. На наш взгляд, когда структуры окрашены, они четко видны и полностью удаляются с поверхности сетчатки. В противном случае остатки внутренней пограничной мембраны, структуры стекловидного тела, оставшиеся на поверхности сетчатки, приводят к разблокированию разрыва. Если мы хотим добиться хороших результатов, необходимо удалять все преретинальные структуры, чтобы не допустить появления тракций.

— Эти красители безопасны?

— Да, современные красители нетоксичны, это подтверждено многочисленными исследованиями.

— Я благодарю Вас за интересное интервью!

— Я понимаю, что Вы выступаете за окрашивание преретинальных структур.

— Именно так. Проведение хромохирургии означает послойное окрашивание витреомакулярного интерфейса. После первого окрашивания мы удаляем эпиретинальные мембраны, после повторного — внутреннюю пограничную мембрану. Иногда все структуры удаляются единым блоком.

— Как Вы считаете, почему не все доктора разделяют Вашу позицию, в частности, профессор А.Н. Самойлов (Казань) выступает против окрашивания?

— Вы правы, есть хирурги, которые оперируют без применения красителей. На наш взгляд, когда структуры окрашены, они четко видны и полностью удаляются с поверхности сетчатки. В противном случае остатки внутренней пограничной мембраны, структуры стекловидного тела, оставшиеся на поверхности сетчатки, приводят к разблокированию разрыва. Если мы хотим добиться хороших результатов, необходимо удалять все преретинальные структуры, чтобы не допустить появления тракций.

— Эти красители безопасны?

— Да, современные красители нетоксичны, это подтверждено многочисленными исследованиями.

— Я благодарю Вас за интересное интервью!

Без хирургии «чистой» наукой заниматься невозможно

П.В. Лыскин, офтальмохирург отдела витреоретинальной хирургии и диабета глаза ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», кандидат медицинских наук *(Москва)*

— Павел Владимирович, дайте, пожалуйста, свою оценку прошедшей в Сочи конференции.

— По формату прошедшая конференция приблизилась к уровню европейских конференций. Насыщенная, разнообразная научная программа, большой, уютный зал, много участников, при этом нет скученности. Проведение конференции вне дома дает возможность отвлечься от бытовых проблем и положительно сказывается на самой конференции. Это — мое личное мнение, и оно совпало с мнением многих коллег, с которыми я общался. На мой взгляд, имеет смысл продолжить такую практику проведения научных форумов.

— Вы говорили, что по некоторым направлениям отечественные офтальмологи опережают западных коллег. О каких конкретно направлениях идет речь?

— Можно определенно сказать, что технологии «малого калибра» только начинают активно внедряться в Европе и тем более в Америке. В этом направлении мы определенно впереди. Касательно хирургической техники (я не хочу вдаваться в детали, в частности, по проведению витрэктомии, по методикам обнаружения внутренней пограничной мембраны и ее отделения), мы не только не отстаем, но и демонстрируем чрезвычайно мощный креатив, который касается, в частности, методик, применяемых для закрытия макулярных отверстий. Кроме того, что мы имеем очень хорошее технологическое оснащение, используем хирургические приемы, которые зачастую превосходят приемы, демонстрируемые, например, американскими хирургами. По моему убеждению, уровень российских офтальмохирургов определенно соответствует мировому.

— Профессор Г.Е. Столяренко в своем выступлении назвал хирургическую технику, продемонстрированную бельгийским хирургом во время «живой хирургии», «кавалерийским наскоком».

— Вы меня отчасти провоцируете, но сразу скажу, что бельгийский коллега Петер Стальманс продемонстрировал прекрасную хирургическую технику. Во время операции я задал ему вопрос, каким образом он осматривал пациента, знакомился ли он с пациентом до операции. Из контекста разговора я понял, что доктор посмотрел данные ОКТ и принял решение об операции. А на операционном столе он обнаружил у пациента сопутствующую отслойку сетчатки. Таким образом, он допустил классическую тактическую ошибку. Нельзя пользоваться только данными дополнительных методов обследования; необходимо обязательно осматривать пациентов перед операцией, и хирург должен быть всегда готов к любым неожиданностям. Если бы в этот момент в его распоряжении не оказалось бы всех необходимых хирургических инструментов, то отслойка сетчатки не была бы должным образом прооперирована. С одной стороны, хирург прекрасно продемонстрировал, как надо справляться с неожиданными проблемами, с другой стороны — это наглядный пример того, что перед операцией всех пациентов надо внимательно осматривать вне зависимости от профессионального уровня хирурга. Профессор Г.Е. Столяренко кратко выразил именно эту мысль.

— Расскажите, пожалуйста, об интерактивной сессии, в которой Вы приняли участие.

— Это относительно новый формат: интерактивная сессия проводится в третий раз. В этом отношении мы последовали хорошему примеру наших иностранных коллег. Важно знать мнение зала и его отношение к происходящему. Я обращаю на это внимание, потому что у молодых врачей может сложиться мнение, что если аудитории доложена некая «чудесная передовая технология», отныне только ей и надо следовать. При этом зал может не приветствовать эту технологию, несмотря на прекрасный способ подачи материала. Поэтому интерактивное общение позволяет найти реальный баланс между некоей докладываемой технологией и отношением к ней профессиональной публики, присутствующей в зале. На мой взгляд, интерактивный подход очень взвешенно и четко определяет позицию профессионалов. Кроме того, демонстрируются разнообразные тактические подходы, которые в настоящий момент доступны. В частности, на сессии, касающейся витреоретинальной хирургии, в лечении отслойки сетчатки были продемонстрированы как общеизвестные методики, так и новые, позволяющие достигать высоких результатов. На конференции присутствуют не только хирурги, но также и те врачи, от которых зависит, куда будет направлен пациент на хирургическое лечение. Информированность о разнообразных хирургических технологиях позволяет более рационально определить, куда направить пациента для дальнейшего лечения. Подобный формат проведения сессии позволил ее участникам получить более полное представление о возможностях, которыми сегодня обладают хирурги. Были продемонстрированы различные диагностические принципы и приемы. Интересным было коллегиальное обсуждение проблемы ямки диска зрительного нерва.

— С какими докладами Вы приехали на конференцию? Когда я слушаю Ваши доклады, я всегда поражаюсь фундаментальностью подхода и превосходному иллюстративному материалу. На мой взгляд, анатомию глаза так никто не представляет, как это делаете Вы.

— Спасибо за комплимент. Первый доклад касался, казалось бы, банальной темы — использования лазеркоагуляции в хирургическом лечении отслойки сетчатки. Подходы и алгоритмы действий, производимые хирургом во время операции, к сожалению, не сформированы окончательно. Информация была подана с позиции, что лазеркоагуляция — это есть один из травмирующих и перспективно опасных компонентов; и основной посыл заключается в том, что проведение лазеркоагуляции в наименьшем необходимом объеме позволяет достигать лучших результатов; и наоборот — излишняя лазекоагуляция может снижать результат лечения.

Второй доклад касался отчасти анатомических вопросов, а именно: интересного и уникального случая обнаружения эмульгированного силикона под эпиретинальной мембраной, образовавшейся через 4 года после того, как силикон был удален из витреальной полости пациента. Этот клинический случай — косвенное подтверждение результатов исследований, о которых я докладывал раньше, а именно: стекловидное тело непрерывно себя воспроизводит.

— От Ваших коллег я неоднократно слышала, что Вы — блестящий хирург. Сколько раз в неделю Вы оперируете, и хватает ли Вам времени заниматься наукой? Когда можно ждать защиты докторской диссертации?

— Как хирург я сам себя не оцениваю, но за комплимент спасибо. Операционных дней у меня в среднем 2 в неделю, но хочется больше времени уделять исследовательской работе, однако «чистой» наукой без хирургии, на мой взгляд, заниматься недостаточно. Меня интересует научная работа, сопряженная именно с хирургией, которая направлена решение конкретных проблем, существующих сегодня в аспекте повышения качества хирургии либо обеспечения «суперкачества». Мы научились восстанавливать анатомию при любой среднестатистической отслойке сетчатки, а что с ней приходит дальше — остается ли она в нормальном анатомическом положении или нет — этот вопрос остается без окончательного ответа. На мой взгляд, получение стабильного, качественного и практически 100% анатомического результата в отдаленном послеоперационном периоде — одна из проблем сегодняшнего дня, и она меня очень интересует.

— Когда может состояться защита?

— Боюсь загадывать, хочется поскорее.

— Будем ждать. Последний вопрос: в каком направлении в будущем будет развиваться витреоретинальная хирургия?

— Если бы в моем распоряжении был небольшой научно-исследовательский институт, я бы возможно более определенно ответил на этот вопрос *(смеется)*. Полагаю, это — технологическое, направление: создание все более совершенных приборов, позволяющих более качественно производить хирургические манипуляции. Перспективным, на мой взгляд, является исследование стекловидного тела. К сожалению, существует недостаток знаний о реальной анатомии стекловидного тела именно в аспекте хирургических вмешательств. Вы практически не встретите материалов, касающихся подробной анатомии стекловидного тела не только в российских, но и в зарубежных учебниках. С огромным трудом можно найти какие-то отдельные фрагменты. Сведения, которыми мы располагаем по общей анатомии стекловидного тела, носят отрывочный, несистематизированный характер. Что касается анатомии стекловидного тела в аспекте практической хирургии, эта тема вообще отсутствует, она просто не раскрыта. Уточнение анатомии и обменных процессов в стекловидном теле — одно из направлений развития, которое позволит повысить эффективность лечебных вмешательств. Еще одним из активно развивающихся направлений является интравитреальное введение различных лекарственных препаратов. Могу предположить, что технологические возможности близки к своему пику. Полагаю, что будут созданы приборы, позволяющие получать интраоперационное изображение с более высоким увеличением и разрешением, что позволит сделать еще один шаг в направлении повышения качества хирургии.

— Благодарю Вас за интервью!

Витреоретинальная хирургия — это творчество

А.Д. Чупров, директор Оренбургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», доктор медицинских наук, профессор

— Александр Дмитриевич, поделитесь, пожалуйста, своими впечатлениями о конференции.

— Первое и основное впечатление — новый формат конференции: в Сочи, на берегу моря в прекрасной гостинице. Антураж имеет огромное значение. Очень радует то, что мы способны провести конференцию международного уровня на курорте мирового уровня. На мой взгляд, это свидетельствует о росте нашей страны в целом.

— Не могли бы Вы дать оценку уровню развития витреальной хирургии в стране?

— Я считаю, что широкое внедрение витреальной хирургии (именно этот процесс мы сейчас наблюдаем) — это следующий шаг в развитии отечественной офтальмологии, и это не может не радовать. Хирургию катаракты, в том числе и с фемто-сопровождением, мы уже освоили, и сейчас в широком масштабе осваивается витреоретинальная хирургия, о чем свидетельствует количество участников конференции, почти 1000 человек. Молодые врачи хотят уже не только катаракту оперировать, они горят желанием заниматься более интересной, творческой, нестандартной работой, чем и привлекательна витреоретинальная хирургия. Это отрадно еще и потому, что если совсем недавно пациенты были обречены на слепоту, сейчас после наших вмешательств они не просто видят, а хорошо видят.

Примерно 10-15 лет назад всех витреальных хирургов в России можно было пересчитать по пальцам. Сейчас — это достаточно многочисленный, сложившийся клуб хирургов, которые проводят свои мероприятия, где проходит обмен мнениями и т.д.

Совсем недавно я принимал участие в работе Retina Meeting в городе Левене (Бельгия) и убедился в том, что профессиональный уровень отечественных хирургов и западных коллег сравнялся. Мы научились делать то, что делают они, и на их фоне выглядим, по меньшей мере, не хуже. Если 10-20 лет назад мы ездили в Европу, Америку и ощущали себя учениками, сейчас все изменилось. Разницы в подходах, в результатах практически нет.

— Вы сказали, что витреоретинальная хирургия — это творчество...

— Прелесть витреоретинальной хирургии в ее многовариантности. Мы спорим, у каждого хирурга может быть свой взгляд на функционал оборудования, на хирургические подходы. Витреоретинальная хирургия — это, действительно, творчество, причем с известной долей импровизации, когда решение иногда надо принимать на ходу, быстро. Ты планировал одно, но что-то пошло не так, и необходимо мгновенно менять план операции, чтобы достойно выйти из сложных ситуаций. В этих случаях хирург имеет возможность проявить все свои знания и, если хотите, отвагу. Более того, порой в абсолютно безнадежных ситуациях пациент вдруг (или не вдруг) начинает видеть, это приносит ни с чем несравнимое удовлетворение.

В хирургии катаракты исход операции запрограммирован: пациент будет видеть, и крайне редко случается обратный эффект, а исход витреальной хирургии совсем не очевиден.

— Каким Вы видите последующее развитие витреальной хирургии?

— Возможно, лет через 20 появятся четкие стандарты. Сейчас намечаются тенденции к роботизации, автоматизации. Это — правильный подход. Думаю, к концу десятилетия хирург будет выступать не в роли манипулятора, а в роли оператора.

Следующим шагом в развитии витреоретинального направления, я думаю, станет постепенное появление нашего отечественного оборудования. На заре витреальной хирургии оно было, потом все, к сожалению, умерло. Сейчас, по мере того, как мы начинаем ощущать себя достойно, у нас должно появиться свое высокотехнологичное оборудование, все предпосылки для этого есть. «Каждому овощу — свое время», и настал момент, когда мы перестали ощущать себя периферией, а осознали цивилизованной страной. Это заметно практически во всех сферах, что бы там ни говорили. А недостатки, проблемы? А где их нет?

— Благодарю Вас, Александр Дмитриевич, за Ваш оптимистичный взгляд!

То, что на Западе считается технически сложным, в России стало почти рутинным

В.Н. Казайкин, заведующий витреоретинальным хирургическим отделением Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», доктор медицинских наук

— Виктор Николаевич, Вам понравилась идея организовать «выездную» конференцию на черноморском курорте?

— Прекрасная идея — провести конференцию в Сочи. Приехало много людей. К Москве уже привыкли, а в Сочи — интересно. Наверное, приехала вся Сибирь: я видел докторов из Иркутска, Новосибирска.

Хотя, честно говоря, мне больше нравятся встречи «клубного» формата, когда собираются коллеги узким кругом. У нас в России насчитывается около 80 членов клуба витреальных хирургов. В последний раз мы собирались в Питере.

— Вы участвовали в сессии «живой хирургии», в которой, помимо российских хирургов, приняли участие иностранные коллеги. Что Вы можете сказать об уровне хирургического мастерства отечественных и зарубежных хирургов?

— Могу сказать, что уровень мастерства наших хирургов ничуть не ниже, чем у ведущих европейских хирургов, в том числе Петера Стальманса, который также принял участие в этой сессии. Недавно на офтальмологической конференции в Бельгии мы присутствовали на «живой хирургии» и наблюдали операцию в его исполнении при не самом сложном диабете. Это вмешательство было представлено как технически сложное, но в России подобные операции проводятся во многих клиниках и являются почти рутинными.

— Как Вы считаете, у витреальной хирургии появится когда-нибудь свой «золотой стандарт», как в хирургии катаракты или глаукомы?

— Все технологии стандартизируются, операции по отслойке сетчатки даже на самых сложных глазах уже стандартизированы. Сейчас, наверное, уже нет таких отслоек, которые было бы нельзя расправить и адаптировать на место. Тяжелый диабет также оперируется по стандарту. Когда хирургия «основного массива» — макулярного разрыва, отслойки сетчатки, диабета — стандартизирована, можно переходить к более сложным технологиям, к примеру, эндовитреальное удаление меланомы, которое продемонстрировал И.М. Горшков.

— В какой области, по-Вашему, можно ожидать прорыва?

— Я пока не вижу, где может произойти прорыв. Пока идет накопление новой информации, чему способствуют подобные мероприятия. Даже, на первый взгляд, мелочи могут пригодиться в клинической практике.

— В каком направлении идут научные исследования в России, в мире?

— Наиболее «продвинутые» научные исследования мы наблюдаем в Европе и США. Например, технологии создания бионического глаза. Операция может проводиться при некоторых заболеваниях сетчатки и заключается в создании искусственной зрительной системы, которая позволяет слепому человеку видеть. Стоит такое вмешательство, если я не ошибаюсь, 100 тысяч евро. О широком применении этой технологии речь пока не идет. Активно развивается направление по созданию новейших анти-VEGF препаратов. Если бы препараты производились в России, это привело бы к снижению их стоимости. Больных, нуждающихся в этих препаратах в России, — сотни тысяч.

Где мог бы произойти прорыв в отношении хирургического оборудования, сказать не могу. Производители конкурируют между собой, в чем-то приборы одной фирмы опережают приборы другой, в чем-то другом — уступают.

— Как Вы считаете, можем ли мы в обозримом будущем рассчитывать на появление конкурентоспособного отечественного оборудования?

— Почему бы и нет? Производим же мы перфторуглероды; в свое время отечественное силиконовое масло, пожалуй, было лучшим в мире. Сейчас мы вынуждены закупать его за границей, так как производство давно прекращено. Силиконовое масло еще много лет не потеряет актуальности. Инструмент у нас также делается неплохой. Например, канюли 25G производятся в Екатеринбурге. Только эти «трубочки» толстостенные, а для эффективной работы они должны быть тонкостенными. Мы долго искали производителя металла соответствующей толщины, нашли в Германии, но трубочки оказались чересчур гибкими. Единственный производитель подходящего металла оказался в Америке. В проекте «бионический глаз» участвует много стран, как и в производстве высокотехнологичного оборудования. Поэтому, на мой взгляд, в России современное оборудование может производиться на основе совместных проектов.

…Таким образом, реальное движение вперед мы можем наблюдать пока в области создания новых анти-VEGF препаратов.

— Но эти препараты не способны заменить витреальную хирургию?

— Они способны оказывать хорошую помощь хирургу. Например, я вчера оперировал глаз, но если бы пациенту накануне ввели анти-VEGF препарат, оперировать было бы гораздо легче.

— Спасибо Вам большое за интервью!

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету

«ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов»

Подписной индекс: **15392**

и на журнал

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ГЛАУКОМА»

по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать

в любом отделении связи.

Подписной индекс: **37353**

Конференция, безусловно, удалась

Е.К. Педанова, научный сотрудник отдела лазерной хирургии сетчатки МНТК «Микрохирургия глаза», кандидат медицинских наук *(Москва)*

— Елена Константиновна, Ваши впечатления о конференции?

— Конференция, безусловно, удалась. «Выездной» формат себя полностью оправдал, о чем свидетельствует количество участников. Программа составлена таким образом, чтобы максимально были учтены интересы врачей, с одной стороны, работающих в одном направлении — витреоретинальной патологии, но представляющих различные области: лазерные хирурги, витреальные хирурги, специалисты в области диагностики, педиатры, занимающиеся витреоретинальной патологией и ретинопатией недоношенных, терапевты, практикующие консервативные методы лечения.

— Только что завершилась интерактивная сессия, посвященная сложным вопросам диагностики и лечения витреоретинальной патологии, модератором которой выступили Вы. Расскажите о ней подробнее.

— Симпозиум собрал специалистов различных профилей: хирургов, лазерщиков, терапевтов. Мы рассмотрели довольно сложные случаи, предполагающие различные диагностические подходы, в лечении которых пока не выработано одной, определенной, тактики. Это, например, ямки зрительного нерва, осложненные отслойкой нейроэпителия; участники обсуждали различные лазерные подходы, а также такой вариант, как наблюдение. При этом заболевании существует вероятность благополучного исхода заболевания без вмешательства врача. Была рассмотрена такая популярная тема, как макулярные телеангиэктазии 2-го типа, лечение которой также предполагает различные подходы, и выступившие эксперты указывали на преимущества «своего» метода. Мы обсудили также клапанные разрывы с отслойкой сетчатки и высоким зрением, в лечении которых может применяться весь арсенал существующих средств: лазерные вмешательства, различные хирургические подходы.

На мой взгляд, формат мероприятий, который собирает вместе разных специалистов, весьма интересен.

— Какие секции лично Вам показались наиболее интересными?

— Что касается прошедших секций, хочется отметить, что новейшее диагностическое оборудование, которое мы получили за последнее время, задало тон в построении докладов: новые методы диагностики, такие как ОКТ-ангиография, послужили основой большинства докладов секции «Диагностика и терапия возрастной макулярной дегенерации и другой витреоретинальной патологии». На секции были рассмотрены ВМД, тромбозы и другие заболевания. Оборудование последнего поколения открывает новые диагностические подходы в понимании заболевания и способствует развитию самых современных методов лечения или хорошо забытых старых методов. Вчера и сегодня, например, большое внимание в докладах было уделено фотодинамической терапии, методу, который после некоторого периода забвения, с появлением новых препаратов и оборудования, постепенно возвращается в нашу практику. Большой интерес вызвала секция, посвященная центральной серозной хориоретинопатии; широко обсуждались как диагностические, так и лечебные подходы.

— Где, на Ваш взгляд, можно ожидать прорыва в лечении витреоретинальной патологии?

— Мне сложно говорить о хирургической области, так как я — лазерный хирург. Что касается терапевтических подходов, в настоящее время ведутся разработка и клинические исследования новых препаратов для интравитреального введения. Практически каждый год мы узнаем о новинках, и фармкомпании делают на них большие ставки. Однако последнюю точку над «i» ставят мультицентровые рандомизированные исследования, по результатам которых принимается окончательное решение о внедрении препарата в практику. Так что будем ждать.

— Спасибо Вам большое!

Материал подготовили
Лариса Тумар** и **Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара и из архива газеты «Поле зрения»

«Весна начинается здесь!»

Итоги XVI Всероссийской Школы офтальмолога

16-19 марта 2017 года, «Снегири», Подмосковье

В круговороте многочисленных научных конференций, сменяющих друг друга, есть мероприятия, без которых невозможно представить ежегодный «календарь офтальмолога». К таким событиям относится Всероссийская Школа офтальмолога, вот уже 16-й год подряд с успехом проводимая в ближнем Подмосковье. В числе научных руководителей Школы: профессор Е.А. Егоров; академик РАН, профессор Л.К. Мошетова; академик РАН, профессор С.Э Аветисов. Сложно не согласиться с утверждением профессора Л.К. Мошетовой о том, что «…офтальмологическая весна начинается именно здесь, в «Снегирях»!..» Традиционно данный форум собирает офтальмологов со всех уголков нашей страны и отличается широким спектром обсуждаемых тем, солидным лекторским составом, своеобразным подведением итогов прошедшего года, удивительной атмосферой тепла и уюта. XVI Школа офтальмолога не стала исключением, подтвердив свой статус значимого события в мире российской офтальмологии, что отметил в своем приветственном слове профессор С.Э Аветисов.

Важной составляющей мероприятия в последние годы стало вручение ежегодных грантов Российского глаукомного общества. Компетентная комиссия, состоящая из членов Экспертного совета по проблемам глаукомы, рассмотрев представленные работы, постановила вручить ценные подарки и дипломы следующим номинантам: в категории «Фундаментальные исследования и патогенез глаукомы» — В.В. Черных, Ю.И. Бородину, Н.П. Богатовой, А.Н. Трунову, Н.С. Ходжаеву, С.Р. Ноговициной, А.В. Ереминой, В.И. Коненкову (Новосибирск, Москва) за цикл исследований и публикаций на тему «Структурные элементы лимфатических путей оттока внутриглазной жидкости в хориоидее глаза человека в норме и при глаукоме»; в категории «Клиническая диагностика и динамическое наблюдение за пациентами с глаукомой» — В.Н. Алексееву, И.Б. Литвин, В.М. Хоканен, Т.С. Хинтуба, А.С. Парахуда, З.А. Алиевой, Ф.Б. Аливердиевой, Ж.Т. Каримзаде (Санкт-Петербург) за исследования и публикации на тему «Взаимосвязь пахиметрических показателей и уровня офтальмотонуса у здоровых пациентов и больных первичной открытоугольной глаукомой»; в категории «Медикаментозное, лазерное и хирургическое лечение пациентов с глаукомой» — А.Е. Егорову, М.А. Гукасян (Москва) за исследования и публикации на тему «Сравнительное исследование информативности методик оценки эффективности лечения глаукомной оптической нейропатии».

Актовая речь в исполнении президента Российского глаукомного общества, профессора Е.А. Егорова была посвящена итогам работы кафедры офтальмологии им. академика А.П. Нестерова лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова за 40-летний период. Присутствующие по достоинству оценили вклад представителей кафедры в развитие отечественной офтальмологической школы.

Первый день Школы по традиции был посвящен актуальным проблемам глаукомы. Результаты исследования о влиянии фистулизирующих операций на биомеханические свойства фиброзной оболочки глаза представил от группы авторов А.А. Антонов (Москва). Продолжением темы стал доклад Л.Л. Арутюнян (Москва), изучавшей роль аналогов простагландинов в изменении биомеханических свойств корнеосклеральной оболочки глаза.

А.Ю. Брежнев (Курск) осветил проблемные вопросы псевдоэксфолиативной глаукомы, своеобразный 100-летний «юбилей» изучения которой наступил в текущем году. Профессор А.Е. Егоров (Москва) представил обзор препаратов первого выбора в лечении глаукомы. Серьезный интерес присутствующих вызвал доклад профессора А.В. Куроедова «Ранние и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с глаукомой», обобщивший данные масштабного мультицентрового исследования, в котором приняли участие 49 ученых — членов Российского и Межнационального Экспертных советов по глаукоме из 8 стран.

Целая серия докладов в исполнении профессора В.В. Страхова (Ярославль), профессора В.П. Еричева (Москва), С.Ю. Петрова (Москва) была посвящена актуальной теме ретинопротекции при глаукоме. Авторы представили структурно-функциональное и экспериментально-клиническое обоснование и современные возможности данной стратегии лечения.

Нюансы медикаментозной терапии, сочетание глаукомы и синдрома «сухого глаза», возможности хирургического лечения вторичной глаукомы и фармакологического сопровождения катарактальной хирургии у больных глаукомой были представлены в сообщениях профессора И.Б. Алексеева (Москва), И.А. Лоскутова (Москва), С.В. Яненко (Краснодар), А.П. Ермолаева (Москва), С.Ю. Голубева (Москва).

Не менее интересным и представительным было заседание по вопросам заболеваний переднего отдела глаза и новых подходов к их лечению. Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург) охарактеризовал современные возможности профилактики и лечения роговично-конъюнктивального ксероза у больных глаукомой, профессор Г.Б. Егорова (Москва) остановилась на возможностях снижения токсического воздействия бензалкония хлорида на клетки эпителия роговицы. Клинические симптомы и принципы терапии офтальмоаллергии были представлены профессором Д.Ю. Майчуком (Москва). Современные подходы к лечению роговичных осложнений у носителей контактных линз были наглядно продемонстрированы профессором Ю.Б. Слонимским (Москва), а дискуссионные вопросы терапии инфекционно-воспалительных заболеваний глаз подняты в докладе профессора Е.Э. Луцевич (Москва).

Заключительное заседание Школы было посвящено вопросам клиники и терапии заболеваний заднего отдела глаза. В докладе группы авторов под руководством академика Л.К. Мошетовой (Москва) были обозначены возрастные аспекты анатомии орбиты. Профессор Е.Е. Гришина представила точку зрения на воспалительные заболевания век с позиций офтальмо-онколога, И.М. Мосин (Москва) поделился собственным опытом диагностики и лечения инфантильных гемангиом орбиты и периорбитальной области.

Оживленную дискуссию вызвало сообщение М.В. Скулачева о данных доклинических и клинических исследований офтальмологических препаратов на основе ионов Скулачева. Вопросы клиники, диагностики и лечения возрастной макулярной дегенерации нашли отражение в докладе М.В. Будзинской (Москва). Е.А. Клещева (Москва) представила некоторые аспекты диагностики и лечения рецидивирующих увеитов.

Подводя итоги конференции, научные руководители XVI Всероссийской Школы офтальмолога — академик Л.К. Мошетова и профессор Е.А. Егоров — отметили высокий научно-образовательный уровень мероприятия и, конечно, теплую и дружественную атмосферу, давно ставшую визитной карточкой ВШО.

Материал подготовил
А.Ю. Брежнев,
доцент кафедры офтальмологии КГМУ

Международный конгресс Итальянской Ассоциации по изучению глаукомы (AISG)

16-18 марта 2017 года, Рим

С 16 по 18 марта в Риме прошел I Международный конгресс Итальянской Ассоциации по изучению глаукомы (AISG). Место проведения конгресса — вилла Миами, расположенная на высоком холме с видом на Рим и Ватикан. Все заседания в течение трех дней проходили в одном большом зале на 500 человек.

Конгресс был посвящен консолидации новейших разработок по глаукоме и их освещению для практических офтальмологов Италии и других европейских стран. Поскольку Итальянское глаукомное общество является одним из лидеров в области исследований патогенеза, диагностики и лечения глаукомы, то обзор последних достижений итальянских глаукоматологов представляет очень важное значение как для практикующих офтальмологов, так и для научных работников и исследователей в Европе и за ее пределами. Это явилось основанием для I Международного конгресса, инициаторами которого явились ведущие глаукоматологи мира: профессор Миглиор, профессор Траверзо, профессор Карасса и профессор Розетти.

Участие в конгрессе приняли 500 офтальмологов, главным образом, из разных регионов Италии. Для докладов были приглашены ведущие эксперты-глаукоматологи мира: профессор Вайнрэб (США), профессор Бургиньон (США), профессор Кордейро (Великобритания), профессор Гарвэрт Хэт (Великобритания), профессор Киллер (Швейцария). Российскую Федерацию представляла профессор Н.И. Курышева.

В работе конгресса акцент был сделан на новейшие технологии и перспективы в лечении и диагностике глаукомы. Большое внимание уделено проблемам нейропротекции, в разработке которой Итальянское глаукомное общество имеет лидирующие позиции.

Выставка оборудования была представлена несколькими оптическими когерентными томографами, больше внимания было уделено лекарственным препаратам, включая пищевые добавки для лечения глаукомы (разработки итальянских фармкомпаний).

Первый день заседания был посвящен диагностике и мониторингу глаукомы.

Особого внимания заслуживает доклад профессора Гарвэя Хэта (Великобритания), в котором автор осветил результаты британского исследования — первого в мире тройного плацебо-контролируемого рандомизированного изучения латанопроста (UKGTS). Главной его ценностью явилось то, что были получены ответы на целый ряд важных вопросов в мониторинге глаукомы. Впервые исследование планировалось столь тщательно, что только на отбор больных ушло два года. Условия исследования были максимально стандартизированы. Впервые для оценки прогрессирования глаукомы применялись не только периметрия, но и методы визуализации (ретинальная томография на приборе HRT и TD-OCT). Были использованы разные методы тонометрии, из которых наиболее достоверные результаты были получены на анализаторе биомеханических свойств глаза (ORA). Учитывалось также суточное АД, и анализировались факторы риска прогрессирования глаукомы. Результаты показали достоверное снижение этого риска у пациентов, применявших латанопрост, по сравнению с теми, кто получал плацебо.

Профессор Н.И. Курышева

Однако это становилось заметным только через 12 месяцев после начала лечения. Примечательно, что снижение риска прогрессирования глаукомы было заметно только по данным периметрии, но не в результате анализа ДЗН методами визуализации. По этому поводу возникла дискуссия. Автор подчеркнул, что приоритет структурных или функциональных методов диагностики в мониторинге глаукомы зависит от стадии заболевания. Однозначно, что методы визуализации весьма полезны и несут больше информации, чем офтальмоскопия с фотографированием глазного дна (именно этот метод применялся ранее во всех многоцентровых исследованиях). Важно, что в будущем для оценки прогрессирования глаукомы методы визуализации будут применяться в комплексе с периметрией.

Любопытными оказались выводы о выявлении факторов риска прогрессирования ГОН. Среди них оказались ВГД, факт назначения латанопроста (или его отсутствия), наличие геморраги на ДЗН и курение. Примечательно, что курение достоверно снижало риск прогрессирования глаукомы, что трудно объяснимо. Ни АД (в том числе диастолическое), ни толщина роговицы, ни флуктуации ВГД не ассоциировались с прогрессированием заболевания. Докладчику было задано много вопросов, в частности, о возможном влиянии латанопроста на глазной кровоток. Автор ответил, что данный вопрос заслуживает внимания, но пока не изучен, поскольку необходима группа сравнения, например, больных, получавших лечение бета-блокаторами, которой в UKGTS не было предусмотрено.

Анализируя современные Европейские рекомендации по мониторингу больных глаукомой, профессор Розетти подчеркнул, что 86% из них базируются на данных, не подкрепленных серьезными многоцентровыми исследованиями, а потому они должны быть пересмотрены. Рекомендации по назначению лечения, по мнению автора, должны быть регламентированы с учетом скорости прогрессирования расстройства связаны со структурными изменениями, а также дисфункцией ганглиозных клеток на ранних этапах заболевания.

Большой интерес и оживленную дискуссию вызвали доклады профессора Бургиньона (США) и профессора Киллера (Швейцария). Авторы остановились на результатах исследований решетчатой мембраны склеры (РМС), трансламелярного давления и состояния канала и межоболочечного пространства зрительного нерва. Профессор Бургиньон впервые сформулировал теорию о том, что в совокупности силы, воздействующие на зрительный нерв в области РМС, значительно превосходят градиент трансламинарного давления. С усилением градиента давления РМС силы, воздействующие на нервные волокна, значительно возрастают, нарушая аксональный транспорт. По мнению профессора Бургиньона, при глаукоме происходит не только утолщение РМС за счет прогиба ее задних слоев наружу, но и смещение зоны «вставления» в сторону мягкой мозговой оболочки. Смещения и растяжения РМС влекут за собой также серьезное повреждение хориоикапилляров, питающих зрительный нерв.

В работах профессоров Йонаса и Ванга методом МРТ впервые было определено достоверное сужение субарахноидального пространства зрительного нерва при глаукоме, особенно ее нормотензивной форме. Профессор Киллер и профессор Фламмер впервые установили, что при этом нарушается обмен жидкости между интракраниальным пространством (базальной цистерной) и супрахориоидальным пространством (при МРТ в нем оказалось снижение количества контрастного вещества). Так впервые было сформулировано положение о стазе цереброспинальной жидкости как причине нейротоксического поражения зрительного нерва при глаукоме. Профессор Киллер (Швейцария) продемонстрировал в видеоматериалах нарушенный ток цереброспинальной жидкости, что делает описанную им теорию глаукомного поражения особенно убедительной. По мнению докладчика, в настоящее время необходимо идентифицировать те вещества спинномозговой жидкости, которые могут оказывать токсическое влияние и неблагоприятно сказываться на состоянии нервной ткани и глии.

Большой интерес слушателей вызвал доклад профессора Вайнрэба (США), который впервые представил результаты недавних (еще неопубликованных) исследований по ОКТ-ангиографии переднего отрезка глаза, позволившие сделать несколько важных открытий в области хирургии глаукомы. Прежде всего докладчик сделал сенсационное заявление от том, что шлеммов канал (ШК) — вовсе не канал в привычном смысле слова. Все дело в том, что функция этого циркулярно расположенного в лимбе образования — транспортировать внутриглазную жидкость в склеральные коллекторы — тесно связана с активным функционированием последних. Оказалось, что жидкость «проходит сквозь канал» отнюдь не на всем его протяжении. Наиболее активна назальная часть ШК. Однако это не всегда так. Более того, у одного и того же больного может встречаться существенная асимметрия между глазами. Практическое значение этих исследований состоит в том, что выполненное в «неправильном» месте антиглаукомное вмешательство (речь шла о современной хирургии глаукомы, так называемой «микроинвазивной ангулярной хирургии») не даст желаемого гипотензивного эффекта. Этим обстоятельством автор объяснил собственные неудачи при имплантации «I-sten», которые он отмечает в половине случаев. Как альтернатива этим вмешательствам, по мнению автора, должны быть хирургические манипуляции, направленные на активизацию увеосклерального оттока, например, циклодиализ. Эти воздействия идут «в обход» ШК и мало зависят от его функций. С применением ОКТА стало известно, что в молодом возрасте увеосклеральный отток активен в 50% случаев. По мнению профессора Вайнреба, перспективным направлением хирургии глаукомы станет ее персонализация, когда ОКТ-ангиография будет проводиться в операционной и поможет выбрать правильную локализацию вмешательства. Автор заключил, что название «микроинвазивная хирургия глаукомы» не должно стать синонимом «микроэффективная антиглаукомная хирургия».

Среди других докладов, посвященных хирургии глаукомы, были представлены видеозаписи основных хирургических технологий, среди которых доминировала классическая синустрабекулэктомия (СТЭК). Председатель конгресса, профессор Миглиор, прокомментировал этапы СТЭК в собственном исполнении, акцентировав внимание аудитории на моментах, обеспечивающих безопасность операции (его доклад назывался «Безопасная СТЭК»). В продолжение этого сообщения выступили другие докладчики. Все они подчеркивали необходимость малой травматизации конъюнктивы, стремления минимизировать коагуляцию сосудов, проводить парацентез и поддерживать стабильным состояние передней камеры, достаточно плотно герметизировать рану (количество склеральных швов варьировало от 4 до 6 с возможностью их удаления в послеоперационном периоде), назначение кортикостериоидов и мидриатиков в конце операции. Все эти рекомендации не являются новыми. Тем не менее акцентирование внимания на них подчеркивает очевидную неудовлетворенность результатами современных технологий микроинвазивной хирургии. СТЭК остается операцией выбора во многих ситуациях, и правильное ее выполнение позволяет достигнуть длительного гипотензивного эффекта.

Следует, однако, отметить, что несколько докладов было посвящено каналостомии (как ab interno, так и ab externo). Обсуждались детали вмешательства, в частности, степень затягивания узла и герметизации раны.

Два доклада были посвящены имплантации гелевого дренажа XEN45. Авторы подчеркивали преимущества данной технологии: поскольку она выполняется ab interna, не возникает проблем с рубцеванием фильтрационной подушки. Важно, что данная операция, которая всегда выполняется одновременно с ФЭК, восстанавливает отток жидкости из передней камеры под конъюнктиву. Результаты 3-летнего многоцентрового исследования показали достаточно выраженный гипотензивный эффект операции. Практически во всех случаях возникает необходимость нидлинга в послеоперационном периоде, который неизменно, как подчеркивал профессор Брузини, должен сопровождаться введением кортикостероидов. Все авторы пришли к единому мнению, что хирургия глаукомы должна проводиться с применением цитостатиков (митомицин С) и наблюдением за больными в течение первого месяца после операции (при этом она, как правило, выполняется амбулаторно, и через два часа больной уже покидает клинику).

В дискуссии был затронут вопрос о необходимости удаления дренажа Ex-Press (такая необходимость возникает в ряде случаев). Профессор Траверзо подчеркнул, что данный дренаж, хотя и работает в том же аспекте, что и СТЭК, однако не способен регулировать отток внутриглазной жидкости, подобно другим дренажам. При замене дренажа новый должен имплантироваться в другое место.

В докладе профессора Карамелло обсуждались результаты многоцентрового исследования ультразвуковой циклокоагуляции при рефрактерной глаукоме. Новое устройство, применяемое для этой цели, за 4-8 секунд лечения (устройство центрируется на роговице и автоматически воздействует ультразвуком на отростки цилиарного тела) позволяет снизить ВГД на 30% от исходного, причем на длительный период (сроки наблюдения составили до года). Обсуждался вопрос об экспозиции и об обезболивании. Автор отметил, что при обычной анестезии пациент не ощущает боли, а разницы между 4 сек. или 8 сек. воздействия отмечено не было. Механизм действия — снижение продукции внутриглазной жидкости и активизация увеосклерального оттока — весьма перспективные направления лечения рефрактерной глаукомы.

Оживленная дискуссия возникла по поводу последовательности и выполнения СТЭК и ФЭК. Следует заметить, что это вопрос носит многолетний характер, тем не менее убедительных многоцентровых исследований по этому поводу проведено не было. Результаты Итальянского многоцентрового исследования, доложенные доктором Ривой, показали, что СТЭК, выполненная на факичном глазу дает более стойкий гипотензивный эффект при условии, что ФЭК выполняется не ранее, чем через 6-8 мес. Все эксперты поддержали это мнение. Профессор Траверзо подчеркнул, что воспаление после СТЭК на афакичном глазу всегда более выражено, что снижает эффективность антиглаукомной операции. Профессор Миглиор согласился с этим мнением и подчеркнул необходимость проспективного исследования данной проблемы с продолжительным наблюдением (не менее 7-10 лет).

Отдельное заседание было посвящено проблемам офтальмогипертензии после интравитреальных инъекций кортикостероидов. В докладе профессора Гони были даны четкие рекомендации по этому поводу. Автор остановился на проблеме лечения диабетического макулярного отека (введение импланта с кортикостероидом ILUVIEN в ряде случаев приводит к повышению ВГД). Было подчеркнуто, что в случаях повышения офтальмотонуса в глазах, где раньше не было ни офтальмогипертензии, ни глаукомы, возможно ограничиться тонометрией в динамике (до 3 мес.). При наличии офтальмогипертензии необходимо проведение в динамике периметрии и ОКТ для оценки состояния зрительного нерва. Наличие глаукомы является относительным противопоказанием к данному методу лечения. Профессор Гони неоднократно подчеркивал, что в случаях, если все-таки она выполняется, полезным бывает проведение СЛТ, поскольку есть наблюдения, что именно при стероидной глаукоме данный вид лазерного вмешательства наиболее эффективен.

Заслуживает внимания симпозиум, посвященный проблемам синдрома пигментной дисперсии и пигментной глаукомы. Отдельно обсуждался вопрос о том, насколько целесообразно при синдроме пигментной дисперсии (СПД) выполнять лазерную иридотомию (ЛИТ). Все докладчики подчеркивали, что по данной проблеме было проведено только два клинических исследования. В работе профессора Гандольфи по 10-летнему наблюдению за больными после ЛИТ был сделан вывод о том, что данная процедура снижает риск перехода СПД в пигментную глаукому, но, главным образом, у молодых пациентов (до 40 лет). В другой работе, опубликованной профессором Scott в 2011 г. (авторы наблюдали больных 3 года), не было получено доказательств пользы проведения ЛИТ пациентам с СПД. Было рекомендовано ограничиться назначением для них миотиков при физических упражнениях (по этому поводу также были проведены исследования). Далее возникла дискуссии о безопасности длительного применения миотиков молодыми пациентами с синдромом, у которых еще нет глаукомы. Многие участники дискуссии подчеркивали возможность отслойки сетчатки как осложнения от применения миотиков у миопов (СПД чаще поражает молодых мужчин с миопической рефракцией). Профессор Траверзо обратил внимание присутствующих на целесообразность раннего назначения таким пациентам аналогов простагландинов, но при условии обязательного предупреждения о побочных действиях (потемнения радужки), поскольку речь идет о молодых пациентах.

Профессор Гарвэй Хэт отстаивал точку зрения о нецелесообразности проведения ЛИТ пациентам с СПД. Действительно, исследования, проведенные ранее на 1644 пациентах, не дали убедительных результатов, указывающих на ее необходимость. Как часто синдром переходит в пигментную глаукому? Результаты очень неоднозначны: от 4% до 35%. Таким образом, непросто определиться, насколько велик риск повышения ВГД у пациентов с СПД. С этой целью рекомендуется проведение УБМ и пробы с мидриатиками. Интересно, что синдром часто сочетается с псевдоэксфолиациями и вызывается мутацией нескольких генов. Докладчик подчеркнул, что вопрос о том, надо ли делать эту лазерную операцию с целью предотвращения развития пигментной глаукомы, должен быть перефразирован в вопрос: «Надо ли делать ЛИТ, чтобы освободить пациентов от необходимости постоянного закапывания капель?» С этой целью очень важно проведение новых многоцентровых исследований.

Авторы докладов подчеркивали низкую эффективность СЛТ больным с пигментной глаукомой. Возникла дискуссия о виде хирургического вмешательства: должна ли это быть непроникающая операция (профессор Брузини) или СТЭК? Профессор Траверзо настоятельно рекомендовал выполнение СТЭК больным с развитой пигментной глаукомой, учитывая их молодой возраст и необходимость стойкого и длительного снижения ВГД.

Следует отметить, что большое внимание на конгрессе было уделено проблемам нейропротекторного лечения глаукомы. В Италии широко проводятся многоцентровые исследования в этом направлении, и препараты в виде пищевых добавок часто назначаются больным глаукомой. Достаточно привести пример с одним из наиболее активно обсуждаемых сегодня препаратов — цитиколином, который впервые был исследован при данном заболевании именно итальянскими офтальмологами несколько лет назад. В своем докладе профессор Париси подчеркнул, что в области нейропротекции остается много неясных вопросов. Цитиколин, безусловно, положительно зарекомендовал себя, существенно улучшая зрительные функции (исследовались зрительные вызванные потенциалы) через полгода после начала лечения. Однако впоследствии при отмене лечения они резко ухудшались. Вопрос о «терапевтическом окне» остается одним из ключевых. Механизм действия препарата продолжают изучать на экспериментальных животных. По всей вероятности, он многообразен и имеет точкой приложения клеточные мембраны (их фосфолипиды), существенно повышая энергетическую активность нейронов, в том числе ГКС. Профессор Париси предложил впервые использовать цитиколин в виде глазных капель. Однако его назначение внутрь или в виде инъекций более оправдано, так как препарат обладает нейропротекторными свойствами и в отношении нейронов головного мозга, повышая когнитивные функции. Важной особенностью является практически отсутствие побочных действий препарата.

Среди других вариантов нейропротекторов при глаукоме обсуждались коэнзим Q10, комплекс витаминов В, в частности В3, и жирные кислоты (омега-3, 6), которые весьма активны в лечении нейровоспаления (этой проблеме был посвящен отдельный доклад). Все авторы, имея собственный опыт нейропротекторного лечения у больных глаукомой (Нуччи, Тарриацци, Фрезотти), подчеркивали резкое ухудшение течения глаукомы после отмены нейропротекторного лечения.

Одним из почетных докладчиков на конгрессе была профессор Кордейро, которая подробно остановилась на общности глаукомы с другими нейродегенеративными заболеваниями. Докладчик подчеркнула, что на сегодня многие из них (в частности, болезнь Паркинсона) ранее всего могут быть диагностированы методом ОКТ, поскольку именно нервные волокна сетчатки — наиболее доступный объект исследования. Вместе с тем докладчик подчеркнула, что в июне 2017 г. закончится вторая фаза клинических испытаний технологии DARC (прижизненное исследование функции ГКС), что позволит ускорить проведение нейропротекторных исследований. Это — чрезвычайно важный аспект, поскольку только точное исследование непосредственно нейронов (ГКС) может дать ответ на вопрос об эффективности того или иного кандидата-нейропротектора. Если говорить о клинических исследованиях, то целесообразно проведение тонких функциональных методов, в частности, ЭФИ (паттерн-ЭРГ и ЗВП).

Автор отдельно остановилась на бримонидине, поскольку о нейропротекторных свойствах этого препарата неоднократно поднимался вопрос на конгрессе. Принимая во внимание положительные результаты его исследования на группе больных нормотензивной глаукомой, Кордейро подчеркнула, что препарат может оказаться полезным при других нейродегенеративных заболеваниях, в частности, при болезни Альцгеймера (уже доказано, что бримонидин снижает выработку прекурсора амилоида-бета). Насколько перспективно это лечение, предстоит выяснить.

Другими направлениями нейропротекторного лечения являются применение стволовых клеток и генная терапия. Так, профессор Сакка привел данные по исследованию гена, ответственного за выработку антиоксиданта глутатиона. Было обнаружено существенное повреждение его выработки в трабекулярной ткани глаза, что ассоциировалось с более тяжелым течением заболевания. По мнению профессора Кордейро, генная терапия — наиболее перспективное направление в этом плане.

В ряде докладов были освещены вопросы патогенеза глаукомной оптиконейропатии. В частности, авторы остановились на повреждениях в системе аутофагии. Аутофагия — это процесс, в ходе которого цитоплазматические компоненты клетки транспортируются внутрь лизосом и в них подвергаются деградации. Это — сложноорганизованный процесс, необходимый для нормальной жизнедеятельности любой эукариотической клетки. Нейроны являются одними из наиболее чувствительных к дисфункции аутофагии клеток. Нарушение аутофагии на различных ее этапах приводит к возникновению широкого спектра нейродегенеративных заболеваний. Изучается возможность использования различных терапевтических стратегий модуляции аутофагии для терапии нейродегенеративных заболеваний, в том числе глаукомы.

Практически каждый доклад сопровождался оживленной дискуссией, что сделало работу конгресса весьма плодотворной и интересной. Данный конгресс планируется проводить ежегодно в марте — во время Всемирной недели борьбы с глаукомой. В будущем году он будет проходить в Милане.

Материал подготовила профессор ***Н.И. Курышева***

Национальная премия оптической индустрии «Золотой лорнет – 2017»

III Церемония награждения

15 февраля в МВЦ «Крокус Экспо» состоялась III Церемония награждения лауреатов Национальной премии оптической индустрии «Золотой лорнет – 2017».

Организатором премии выступили дирекция выставки MIOF и агентство «Маркет Ассистант Груп» при поддержке Министерства здравоохранения России.

В ресторане «Backstage», в МВЦ «Крокус Экспо», собрались представители компаний-номинантов, участники и гости выставки, представители оптовых и розничных компаний из России, Белоруссии, Германии, Италии, Кореи, Турции, США и Франции, более 20 журналистов и фотокорреспондентов.

Вечер начался с показа художественного короткометражного фильма «Чистый взгляд» производства компании «Аввита», одного из спонсоров этого торжества.

Церемонию награждения открыли представители организаторов премии: С.А. Егорычев, директор департамента специальных выставочных проектов МВЦ «Крокус Экспо», и Е.Н. Якутина, генеральный директор компании «Маркет Ассистант Груп». С приветственным словом к участникам обратился торговый Советник и глава Представительства по торговле и инвестициям Посольства Франции в РФ (Business France Russie) Пьеррик Боннар и ответственный за спецпроекты Представительства по торговле и инвестициям Посольства Франции А. Мирюк.

Определить лучших из лучших на рынке оптических товаров и услуг, оборудования и расходных материалов, очковых и контактных линз, дистрибьюторских и розничных сетей было нелегко. В конкурсе приняли участие 47 компаний из всех регионов России, в 12 категориях был номинирован 21 проект.

По результатам Экспертного совета были объявлены победители в следующих номинациях:

«Специальный приз жюри Экспертного совета»

Призер — Медико-технический колледж (Санкт-Петербург). Приз старейшему в России образовательному заведению, выпускающему квалифицированных оптометристов, вручил председатель Экспертного совета премии, генеральный директор группы компаний «Окей Вижен», директор «Академии медицинской оптики и оптометрии», профессор А.В. Мягков.

«Дебют года» *(выход на рынок новой компании)*

Победитель — «Первое ателье ювелирных оправ Сергей Тарасов» (Москва). Премию производителю оправ для очков из золота вручила Т.А. Аксенова, компания «Оптик-центр» (Челябинск).

«Инновация года»

Победитель — компания «Окей Вижн Ритейл» (Москва) с проектом «Мягкая контактная линза с управляемым дефокусом для контроля миопии». Приз вручила В.В. Жильцова, генеральный директор компании «Оптик Маркет плюс», которая уже в третий раз стала партнером церемонии.

«Рекламная кампания года»

Победитель — сеть магазинов оптики «Тамара» (Новосибирск) с видеожурналом «Салон «Тамара», наглядно и доходчиво презентующим деятельность компании. Приз вручила генеральный директор компании «Аввита» Е.В. Ковалева.

«Сеть года» *(федеральная)*

Победитель — компания «Оптика МИО». Приз «Золотой лорнет» и сертификат на обучение в «Академии медицинской оптики и оптометрии» вручил директор учебного заведения, профессор А.В. Мягков.

«Сеть года» *(локальная)*

Победитель — сеть салонов оптики «Точка зрения» (Пермь). Приз и сертификат на получение светодиодного проектора знаков HCP-7000 от Huvitz вручил М.С. Баев, руководитель отдела офтальмологии компании «Stormoff Group of Companies», крупнейшей торгово-производственной организации на рынке медицинского оборудования России и постоянного партнера премии. С ответным словом выступила С.Э. Хайруллина, директор сети, которая заметила, что считает свою работу социальным проектом, так как, кроме обеспечения людей в крупных и малых городах Пермского края очками, они, развивая оптики, предоставляют работу почти 200 семьям.

«Частная торговая марка»

Победитель — компания «Дизайн-лаборатория Сергея Махнев». Приз вручили генеральный директор Издательского дома «Оптический MAGAZINE» О.Н. Мошеева и руководитель интернет-портала FashionEducation.ru и Школы fashion журналистики И.Ю. Каримова.

«Маркетинговый проект года»

В номинации «Маркетинговый проект года» вручается два приза — для оптовых компаний и для розничных. В конкурсе для оптовых компаний победителем стал проект двух фирм — «Альстима» и «Виста Оптикал» — в поддержку «Российского межрегионального общества помощи и поддержки анаридийных больных». Приз И.А. Кошкиной, генеральному директору «Виста Оптикал», вручила директор по маркетингу компании «Stormoff Group of Companies» Ю. Арефьева.

В конкурсе маркетинговых проектов для розничных компаний победила сеть магазинов «КОРД Оптика» из Казани с проектом «Флеш-моб в День защиты детей». Поздравила победителя, в лице руководителя отдела маркетинга Ж. Талаковой, Н. Моржова, руководитель проекта «Исследование рынка оптики», заместитель руководителя департамента Consumer Choices, GfK Рус.

«Образовательный проект года»

Победитель — проект компании «Аввита» «Академия Rodenstock» (Москва). Цели этого проекта — повышение квалификации оптометристов и оптиков-консультантов, помощь начинающим оптикам и владельцам салонов, а также повышение лояльности клиентов к товару и бренду — достигнуты через проведение вебинаров, индивидуальных лекций и мастер-классов. Премию вручила дважды обладатель «Золотого лорнета», генеральный директор компании «Оптикстайл» (Владимир) Е.В. Титова.

Председатель жюри премии, генеральный директор группы компаний «Окей Вижен», директор «Академии медицинской оптики и оптометрии», профессор А.В. Мягков

«Инновация года». «Окей Вижен Ритейл» (Москва). Проект «Мягкая контактная линза с управляемым дефокусом для контроля миопии»

«Дебют года». «Первое ателье ювелирных оправ Сергей Тарасов» (Москва)

«Образовательный проект года». Проект компании «Аввита» «Академия Rodenstock» (Москва). Генеральный директор Елена Ковалева

Специальный приз жюри Экспертного совета. Медико-технологический колледж (Санкт-Петербург)

«Сеть года» (федеральная). Вячеслав Валынкин, компания «Оптика МИО»

«Рекламная кампания года». Татьяна Проскурина, сеть магазинов оптики «Тамара» (Новосибирск)

Приз «Партнер года». Елена Якутина, «Маркет Ассистант Груп»

«Сеть года» (локальная). Светлана Хайрулина, сеть салонов оптики «Точка зрения» (Пермь)

«Персона года. Признание» *(личные заслуги в развитии оптической индустрии)*

Приз в этой номинации был вручен Марии Александровне Трубилиной, к.м.н., доценту кафедры офтальмологии Института повышения квалификации ФМБА России. Приз вручили доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник МНИИ ГБ им. Гельмгольца О.В. Проскурина и директор Санкт-Петербургского медико-технического колледжа М.М. Власова.

Награждение специальными призами от имени МВЦ «Крокус Экспо» провел директор департамента специальных выставочных проектов С.А. Егорычев.

Приз **«Партнер года»** был вручен директору компании «Маркет Ассистант Груп» Е.Н. Якутиной за многолетний вклад в развитие выставки MIOF и премии «Золотой лорнет».

«Лучший стенд MIOF 2017»

Решением дирекции выставки MIOF, в лице директора С.А. Егорычева, приз в данной номинации был присужден стенду компании «OPTIC DIAS» (Москва), генеральный директор М.П. Солдатов. Компания «OPTIC DIAS» работает на российском оптическом рынке с 1996 года и эксклюзивно представляет коллекции оправ и солнцезащитных очков Adidas, Andy Wolf, Silhouette, (Австрия), Cazal, OWP, Mexx (Германия), Orgreen (Дания), TAG Heuer (Франция) и другие.

Ведущей вечера была актриса Анна Орис. Одежду ведущей и ее помощницам предоставила студия певицы и дизайнера Вики Цыгановой, официального дизайнера церемонии.

Для участников и гостей церемонии была подготовлена концертная программа с участием артистов разных жанров. Праздничное настроение было задано музыкальным номером, который исполнили чемпионы России по аргентинскому танго, многократные финалисты Чемпионата Европы Александр и Мария Фроловы. Танец продолжили Александр Фролов и Татьяна Александровна Аксенова, заместитель директора по коммерции сети «Оптик-центр» из Челябинска. Певица и композитор Асет, участница международных музыкальных фестивалей и проектов «Большой джаз», «Голос-2» и «Главная сцена», порадовала собравшихся прекрасной авторской джазовой композицией. Редким тембром голоса заворожила публику и другая участница проекта «Голос-2», лауреат и обладательница Гран-при всероссийских и международных конкурсов — Лилит. Каждый поворот в номере человека-оркестра Александра Варнаева вызывал изумление и восторг, а просто «песни на русском языке», как определяет жанр своего творчества Денис Харламов, стали прекрасным завершением церемонии.

IV Церемония награждения Национальной премии оптической индустрии «Золотой лорнет» пройдет в феврале 2018 года.

Материал и фотографии предоставлены Оргкомитетом

«Персона года. Признание» (за личные заслуги в развитии оптической индустрии). Приз вручен М.А. Трубилиной

«Маркетинговый проект года» (розница). «КОРД Оптика» (Казань)

Лауреаты премии «Золотой лорнет»

Проблемы профессиональной подготовки и взаимодействия офтальмолога и оптометриста

Важнейшим пунктом программы XII офтальмологической/оптометрической конференции «Рефракция – 2016», проходившей в Самаре 25-26 ноября 2016 года, стал круглый стол на тему «Проблемы профессиональной подготовки и взаимодействия офтальмолога и оптометриста».

> стр. 1

часть нагрузки, лежащей в настоящее время на офтальмологах. Чего хотят оптометристы? Оптометристы, имеющие среднее медицинское образование (повышенный уровень) и считающие себя некоей «белой костью», не имеющие так называемого «клинического мышления», но имеют большие амбиции и хотят взять на себя часть функций врача и не разделять при этом их ответственности. Такая на сегодня сложилась ситуация. В США с 1907 года офтальмология и оптометрия разделены. Американцы прошли довольно долгий путь, прежде чем у них сложилась система взаимоотношений «офтальмология — оптометрия». Надо отметить, что их система также не идеальна, в ней существуют свои «провалы».

Безусловно, у нас будут ошибки, мы будем наступать на одни и те же грабли, но если попытаться объективно или субъективно оценить имеющуюся ситуацию, мы поймем, что в России на данный момент нет СТРАТЕГИИ развития или устройства оптометрической службы. Существуют же другие службы, например, родовспоможения, простая и понятная, служба скорой помощи. С оптометрией, к сожалению, этого не происходит.

Что мы вынуждены делать? Некие указания нам спускаются «сверху», и на основании этих документов мы готовим «неких» специалистов в области оптометрии, и я бы не согласилась с мнением, которое мы услышали сегодня утром, что мы готовим специалистов «мирового уровня». В настоящий момент уровень подготовки оптометристов в России существенно ниже, чем уровень подготовки таких специалистов за рубежом. Для этого, конечно, существуют объективные причины, в том числе связанные с недостаточным количеством педагогических кадров, с недостаточным уровнем их квалификации. Этим специалистам просто неоткуда взяться: отрасль достаточно молодая.

Конечно, функции врача и функции оптометриста должны быть разведены. Хорошо, что в настоящее время пишутся профстандарты и что они готовятся людьми, которые в какой-то мере имеют отношение к оптометрии. Я подробно не изучала профстандарты, но беглый взгляд показал, что документ составлен неграмотно и некоторые формулировки, например, «проверка бинокулярности», вызывают недоумение. Конечно, он требует очень серьезной доработки.

Как я представляю дальнейшее развитие оптометрии: безусловно, должна быть разработана (еще раз повторю, может быть это — утопия, но без этого мы дальше не двинемся) какая-то стратегия развития оптометрии в Российской Федерации, которая будет учитывать: интересы практического здравоохранения; интересы пациентов и лишь в последнюю очередь интересы бизнеса. Конечно, нам следует учитывать иностранный опыт в подготовке специалистов, возможно, адаптировать и применить их программы с вопросами, с тестами, отбросив плохое, оставив только хорошее. Подготовка оптометристов должна быть многоуровневой. Возможно, должна быть градация оптометристов на специалистов младшего, среднего звена, высшей квалификации — бакалавры, магистры, из которых будут формировать педагогические и научные кадры.

Безусловно, усилий энтузиастов от оптометрии в решении этих проблем будет недостаточно. Нам надо найти те двери, в которые будем стучаться, чтобы нам могли помочь в этом деле специалисты в области организации здравоохранения, образования, причем самого высокого уровня».

Д.м.н. А.В. Золотарев (Самара)

Г.П. Мищенко (Пятигорск)

В.В. Самойленко (Санкт-Петербург)

Проф. Ю.Б. Слонимский (Москва)

Профессор А.В. Мягков (Москва)

И.А. Шевич (Москва)

О.Н. Купцова (Самара)

М.А. Трубилина (Москва)

И.В. Лобанова (Москва)

И.А. Ананьева (Самара)

Алекс Лоок (Германия)

Т.Д. Абугова (Москва)

Профессор Ю.Б. Слонимский *(Российская медицинская академия последипломного образования (РМАПО), Москва):*

— Мой вопрос касается законодательной стороны обсуждаемой проблемы. Я знаю, что в каждой поликлинике должен быть один или два окулиста в зависимости от количества населения. Я знаю, сколько должно быть врачей в глазном отделении больницы, исходя из количества коек. Существуют ли приказы Минздрава или Мосгорздрава, или Департамента здравоохранения Самарской области, которые регламентировали бы, на какое количество населения должен быть один оптометрист? Или таких документов нет? Если нет, зачем мы здесь собрались? Необходимо идти в министерство, писать от Общества офтальмологов России соответствующие документы и требовать (не просить, а именно требовать), чтобы это было регламентировано.

О.В. Проскурина:

— Мы подготовили документ в Министерство здравоохранения об организации кабинетов коррекции зрения, в котором регламентировано количество оптометристов в зависимости от количества населения. Он должен выйти в качестве дополнения к приказу № 902 «О порядке оказания офтальмологической помощи…» Сейчас документ находится на согласовании в Минюсте.

О.Н. Купцова *(Самара):*

— В условиях недостатка финансирования медицинской помощи вообще и офтальмологической в частности, каким образом поликлиники организуют кабинеты простой и сложной коррекции зрения?

О.В. Проскурина:

— К сожалению, я не являюсь специалистом в области организации здравоохранения, поэтому не могу ответить на Ваш вопрос.

А.В. Золотарев:

— Одна из проблем заключается в том, что подготовленные приказы не во всех аспектах имеют прочный фундамент. С сожалением я должен констатировать, что мы с сегодняшним круглым столом припозднились лет на пять. Многие вещи уже сделаны, и нам в определенной степени придется догонять, но «лучше поздно, чем никогда».

Профессор А.В. Мягков *(Москва):*

— А насколько необходим в каждой поликлинике кабинет сложной коррекции зрения? В поликлинике должен быть оптометрист либо врач-офтальмолог. В СССР были кабинеты сложной коррекции, они назывались «лаборатории», и все было хорошо. Нет необходимости в том, чтобы «повесить» на бюджет кабинеты сложной коррекции. Работают же стоматологи на «внебюджете» и прекрасно работают. И мы выживем. Если кто-то хочет вкладывать свои деньги в кабинет сложной коррекции, пожалуйста, занимайтесь этим. Я думаю, связывать бюджет и поликлинику не стоит.

Совместный доклад **В.В. Самойленко** *(ФГБПОУ «Санкт-Петербургский медико-технический колледж ФМБА России»)* **«Образовательные стандарты в подготовке оптометристов», Г.Н. Мищенко** *(Оптическая ассоциация, Пятигорск)* **«Профессиональный стандарт оптометриста»** *(проект)*

В.В. Самойленко:

— Перед вами представитель той «отсталой системы образования, которая не в состоянии подготовить современных оптометристов» и представитель того самого бизнеса, интересы которого надо учитывать в последнюю очередь. Правда, это стоило бы называть не «бизнесом», а отраслью, которая включает и бизнес, и небизнес. Коллеги, мне хотелось бы задать один вопрос, прежде чем я приступлю к презентации. Сегодня мы говорим о взаимодействии офтальмологов и оптометристов, но чтобы понимать, с кем мы разговариваем, хотелось бы задать вопрос, кто из присутствующих в зале — офтальмолог, кто — оптометрист? *(Участники круглого стола поднимают руки)*. Соотношение — примерно 3:1 в пользу оптометристов, т.е. обсуждать взаимоотношения пришли оптометристы. Еще один комментарий, который мне приходится сделать сверх того, что мы планировали. Надеюсь, что вы все были сегодня на пленарном заседании и слышали наше первое выступление и обратили внимание на слайд, на котором представлено определение понятия «оптометрист» (позиция международного сообщества). Помимо всего прочего, там присутствовало понятие «автономная специальность». Уровень подготовки оптометриста — 4 года. С того момента, когда Россия вошла в систему Болонского соглашения, 4 года соответствует уровню бакалавриата. Россия столкнулась с тупиковой ситуацией, когда фактически бакалавров готовят в системе среднего профобразования. Разрешить эту ситуацию напрямую Россия не смогла (это касается многих отраслей, не только здравоохранения), поэтому сейчас в Министерстве образования лежит документ, который предписывает введение в России двух видов бакалавриата, как было сделано в некоторых странах: бакалавриат, преподающийся в ВУЗах, и бакалавриат прикладной, преподающийся в колледжах, в системе среднего профобразования. Поэтому никоим образом нельзя принижать оптометриста как человека с «недообразованием», без клинического мышления. Это не совсем так. Рядом с нами находится один из наших преподавателей, человек, прошедший обучение минимум в четырех странах (это я тайны выдаю, простите), и только на этот месяц запланировано две зарубежные стажировки. Это — преподаватель, поэтому я бы не стал утверждать, что «некому вести»… Однако, к делу. Мы должны говорить о профстандарте и об образовательном стандарте. Первое, что я хочу сказать: «Советский Союз кончился». Вся система профессиональной подготовки изменена кардинально. В двух словах — в чем она изменена. Старшее поколение, которое училось в советское время, как мы готовили студентов? Минздрав принимал решения, чему учить специалиста, мы четко следовали программе, потом специалист приходил к вам в клинику, и вы думали, что с ним делать. Сегодня все кардинально изменилось. Существуют два основополагающих документа: профстандарт и образовательный стандарт. Образовательный стандарт является производным профессионального стандарта. Тот профессиональный стандарт, который будет утвержден профессиональным сообществом, в данном случае вами и теми тысячами людей, которые стоят за вашей спиной, будет реализован в образовательной системе так, как он будет записан. Это является главным. Образовательный стандарт, в соответствии с законом об образовании, представляет собой совокупность обязательных требований к образованию определенного уровня, т.е. включает перечисление умений, навыков и формирование определенных профессиональных компетенций. Методические указания, установленные Министерством образования, требуют от нас кардинальной переработки образовательных стандартов по факту выхода профессионального стандарта. Иными словами, образовательный стандарт на 4 года подготовки на сегодняшний день существует. Колледж, который я представляю, ведет подготовку оптометристов с 1990-х годов по сегодняшний день. Как только будет принят профстандарт, группа специалистов перепишет федеральный образовательный стандарт под требования, которые будут содержаться в профстандарте. То есть то, что вы сейчас скажете, мы будем реализовывать, как только министр труда подпишет документ.

Г.Н. Мищенко:

— Профстандарт — это единый документ, в котором прописаны трудовые функции, действия, знания и умения. Профстандарт решает проблемы, которые возникли в разрыве между образованием и требованиями рынка. Я буду говорить о рынке, т.к. на сегодняшний день оптометрическая помощь — вне бюджета. Согласовывают требования квалификации сфера труда и сфера образования, т.е. у нас нет современных профессиональных стандартов, их необходимо подготовить. На сегодняшний день у нас не существует системы правового регулирования взаимодействия профессионального образования и рынка труда. Необходимо обеспечить рост производительности труда за счет повышения качества образования. Меня радует повышение уровня активности профессиональных сообществ в обсуждении вопроса профессионального стандарта.

Применение профстандарта повышает эффективность взаимодействия сферы труда и системы образования; ведет к созданию единых требований (стандартизации процессов) в вопросах содержания и качества профессиональной деятельности. За счет применения профстандарта работодатели могут решить ряд кадровых вопросов: оценки, мотивации и т.д.

Задачу Оптической ассоциации я вижу в том, что она должна разработать профессиональный стандарт с учетом современных требований к медицинскому оптику и медицинскому оптику-оптометристу и с учетом мнения большинства членов оптического сообщества; способствовать корректировке образовательного стандарта; способствовать внедрению профессионального стандарта и тем самым повышать уровень качества услуг, оказываемых населению.

Профстандарт для специалиста в области медицинской оптики — это «сборный» профстандарт, который должен обеспечить преемственность образования, т.е. человек в своем образовании может остановиться на первой ступени, на второй ступени, получить соответствующую профессию; студенты, которые «тянут», соответствуют уровню требований, предъявляемых к медицинскому оптику и медицинскому оптику-оптометристу, продолжат свой путь в медицине.

Что собой представляет профессиональный стандарт? На третьем квалификационном уровне — профессиональное обучение, в результате которого будет подготовлен продавец оптики, который, помимо прочего, будет заниматься подбором оправ и линз по индивидуальному заказу; формирование товарно-денежного отчета и пр., т.е. будет делать все то, что делает продавец в оптике. И в дальнейшем все «трудовые функции» более подробно расписаны в «трудовых действиях», из которых вытекают «знания и умения». Изготовление контактных линз соответствует 4-му квалификационному уровню. Оказание медицинской помощи в области медицинской оптики — 5-й уровень. Обучение длится 3 года; специальность — «медицинская оптика». После трех лет обучения специалист может подбирать очки и контактные линзы. Мы оставляем подбор очков различной сложности, оказание доврачебной помощи, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, оформление медицинской документации. Это должен знать медицинский оптик. 6-й уровень — 4 года подготовки: оказание медицинской помощи в области оптометрии (обобщенная трудовая функция); основные трудовые функции: диагностика и лечение заболеваний; подбор контактных линз; подбор очков детям; оказание первичной медико-санитарной помощи; проведение профилактических мероприятий; проведение медико-социальной реабилитации. Оптометрист, который работает в оптике, выполняет все эти функции, ведет медицинскую документацию.

В.В. Самойленко:

— Хотел бы сделать комментарий: то, что вы видите на экране, называется «макет профессионального стандарта». Это — документ, с которым надо научиться работать. Два профстандарта у вас уже есть; еще два профстандарта в той или иной форме вам будут представлены. Поэтому понятия «обобщенные трудовые функции», «трудовые действия» необходимо понять сейчас. Для вас — это возможность, во-первых, сформулировать штатное расписание; во вторых, принять на работу человека, понимая, что он умеет делать, что не умеет. Этот профстандарт будет являться основой для контроля и удобства профессиональной деятельности: чтобы специалист мог получить сертификат специалиста, в ближайшем будущем получить аккредитацию, он будет проходить какое-то испытание, при этом контроль за подготовкой специалиста будет проводиться по профессиональному стандарту. Поэтому прошу вас проявить к этому должный интерес.

Итак, есть обобщенная трудовая функция, по ней мы определяем, в каких областях работает специалист; обобщенная трудовая функция делится на конкретные трудовые функции (что он конкретно будет делать). Если в профстандарте записано 25 трудовых функций, это не значит, что вы должны выполнять все эти 25 трудовых функций. Это не значит, что вы обязаны внедрить в свое оптике все, что здесь указано. Это значит, что вы имеете на это право. Простой пример: подбор очков и контактной коррекции — допустимы для вас, но будете ли вы проводить подбор контактной коррекции в своей оптике, решаете вы. Профстандарт дает вам это право. Дальнейшая детализация предусматривает разделение каждого трудового действия до необходимых умений и необходимых знаний. Для нас с вами — это составление штатного расписания и список вопросов для приема на работу; для системы образования — это, по сути, учебный план и список контрольных заданий, которые мы будем давать при аккредитации специалиста.

Можно бесконечно спорить о формулировках. Работа над отзывами о проектах профстандартов идет постоянно, и отзывы в части формулировок идут разные. Поймите, формулировки можно «шлифовать». На последнем этапе можно пригласить ведущего специалиста, который «отшлифует» все формулировки. Главное — в содержании. Все существующие формулировки были предложены далеко не последними специалистами в этой отрасли. Что введено там? Поймите, это — кусочки. Под каждое трудовое действие расписано примерно по странице «умений» и «знаний». Вы можете найти в интернете действующий на сегодняшний день проект, прочесть его от начала до конца (несколько десятков страниц), а главное — включиться в работу. Вы можете направить в Ассоциацию свой отзыв, отзыв от своего коллектива,

внести свои коррективы. Организаторы будут рады. Очень много людей критикуют, и мало тех, кто вносит конструктивные предложения.

Рассмотрим пример. Если мы хотим подготовить специалиста по продажам оптических средств коррекции зрения, на уровне теоретических занятий мы рассказываем все то, что писала Жилина, затем приводим будущего специалиста в лабораторию и учим его всему тому, что написано в «необходимых умениях». Следующий шаг: выводим его на практику, где студент учится применять свои умения; выдаем диплом и передаем вам, на рынок. Коллеги, почему-то все боятся слова «рынок». Рынок — это не то место, где торгуют с лотков дешевой «паленой» продукцией. Рынок — это не тот бизнес, который заинтересован исключительно в получении прибыли, невзирая на интересы пациента. Коль скоро нас с вами 20 с лишним лет назад перевели в условия рыночной экономики, под рынком мы понимаем всю систему, в которую входят и государственные, и негосударственные предприятия — от самого маленького салона оптики в самом маленьком городе страны до ведущих клиник и НИИ. Все это представляет собой единую систему профессиональной отрасли.

Итак, «продажи оптических средств». Специалист должен знать номенклатуру и требования стандартов, должен уметь определять недостатки оправ, линз, солнцезащитных очков. Сперва расскажем, затем возьмем 20, 100, 200 оправ, нанесем какие-то повреждения и будем требовать с него умения определять дефекты. «Изготовление оправ для корригирующих очков, линз». Специалист должен знать конструктивные требования к оправам, типы оправ. При появлении нового типа оправ меняется образовательная программа. В этом году мы ввели тему, касающуюся обработки новых, поступивших на рынок оправ. Специалист должен уметь: идет полный перечень того, что он должен уметь. Еще раз повторю: перечень дополняется, корректируется. «Оказание медицинской помощи в сфере оптики». Специалист должен знать особенности подбора очков различным возрастным группам; алгоритм обследования пациентов при подборе очков — это базис; принцип работы измерительных приборов — теория, это необходимо только знать. На базе теории формулируются умения определять параметры очков; умения выполнять алгоритм, изученный на теоретических занятиях; умения выявлять жалобы пациентов на непереносимость. Далее следует огромный список конкретных действий, в формулировках которых наши специалисты, к сожалению, не могут прийти к общему знаменателю. Но главное — определить, какой это будет перечень, а мы этому научим, для того мы и существуем, а вы будете использовать этого специалиста в своей организации. «Оптометрия» — это тот раздел, который вызывает самые большие споры. Самые острые споры вызывает эта строка: «Знания и соответствующие им умения» — проводить осмотр, давать оценку, работать на приборах, давать оценку состояния всех отделов глаза, лечить заболевания переднего и заднего отделов глаза». Коллеги, в цивилизованном мире, с того момента, когда в 1991 году канадский университет «МакМастер» ввел понятие «доказательная медицина», мы сегодня имеем мировые стандарты лечения. Я не имею в виду стандарты, утвержденные Минздравом, но клинические рекомендации по каждому заболеванию. Не помню, кто из выступавших ранее говорил о национальных подходах и национальной системе. В этом случае я всегда цитирую гениальную фразу автора, которого до сих пор не нашел: «Не может быть национальной медицины, так же как не может быть национальной таблицы умножения». Существует доказательная медицина, рекомендации, подходы. Скажите честно, может ли в салон оптики прийти человек с конъюнктивитом? Что должен сделать оптометрист? Отправить к врачу — замечательно, я ждал этого ответа. Еще один вопрос: когда пациент, отправленный оптометристом к врачу, попадет к врачу? *(Голоса в зале: «По законодательству должен сразу»; «Если в оптике нет офтальмолога, есть скорая помощь…»)* Замечательно, именно так. Когда я 2000 году начинал работать с образовательными стандартами, первая фраза, которую я услышал от своего уже покойного руководителя, была такая: «Вы из Петербурга, Вы привыкли к мегаполису». У нас в городе есть круглосуточно дежурящие офтальмологи, специализированные глазные больницы. Сегодня прозвучала фраза, которая подтверждает существующее среди офтальмологов мнение о том, что 40% обращений к офтальмологу не требуют врачебного образования. Это — неминуемо, так же как и то, что (я продолжу свою ассоциацию), значительное количество функций переходит от врача-терапевта к фельдшеру. Вопрос не в том, будет это или не будет, вопрос в том, на каком объеме. Приведу понятный всем пример специалиста «всех специальностей». При назначении лечения при ОРВИ врачебного образования не нужно. Там — три стандартных назначения всем. Возможно, такие области есть и в сфере офтальмологии, а возможно и нет. Но в любом случае мы обучаем специалиста 4 года. Если на другом факультете за 4 года мы можем научить специалиста лечить заболевания всех систем, возможно, при наличии профстандарта мы сможем научить первичной (именно первичной) помощи в области офтальмологии. Нужно это или не нужно — решать вам. Еще раз подчеркну: система образования, как таковая, не более чем обслуживает интересы профессионального сообщества.

Г.Н. Мищенко:

— Я бы хотела добавить пару слов по поводу того, что профстандарт разрабатывают специалисты. Моя задача заключается в том, чтобы организовать работу этих специалистов. У меня есть предложение от Ставропольской клинической больницы включить в профстандарт ортоптию.

Профессор Ю.Б. Слонимский:

— Сколько сегодня в Санкт-Петербурге работает оптометристов, и где они получили образование?

В.В. Самойленко:

— Цифру не назову, но если считать, что подготовка ведется около 20 лет и в год выпускается 50-70 человек, цифру можно получить. Другой вопрос — я не скажу, где они работают, т.к. мы обучаем ребят со всей страны, и я не знаю в Петербурге они или нет. В Петербурге — одна школа, в этом году поступили около 100 человек; в Москве — то же самое.

А.В. Золотарев:

— У меня складывается такое впечатление, что аудитория, офтальмологи и оптометристы, под термином «оптометрист» понимают несколько разные вещи. Эта точка зрения родилась на основе моей практической деятельности. Я как организатор здравоохранения должен решать задачи повышения доступности именно медицинской помощи. Вы как специалист, отвечающий за подготовку оптометристов, должны готовить специалистов для бизнеса. Я не соглашусь, что бизнес должен занимать 3-е место, не стоит ему уделять высшее или низшее ранговое место. Идеальный вариант — достичь «симфонии» в этом вопросе. Здесь можно и нужно попытаться использовать возможности коммерческой оптометрии в интересах здравоохранения и попытаться, если получится, оптимизировать работу общественного здравоохранения, желательно без дополнительных расходов. С этой точки зрения я бы хотел, чтобы Вы пояснили для аудитории следующий момент. Вы говорите, что в Ассоциацию можно направлять комментарии и предложения по профстандарту. Скажите конкретно, в какую ассоциацию, и кто из присутствующих в зале может считаться уполномоченными в написании стандарта, и кто не может считаться. Можно подумать о том, чтобы офтальмологи занялись подготовкой стандарта, более подходящего для офтальмологов. У нас здесь могут быть большие расхождения.

В.В. Самойленко:

— Я понял смысл вопроса. Я представляю систему среднего специального образования, Галина Николаевна Мищенко — ту ассоциацию, которую мы заявляем от первого до последнего слайда — Оптическую ассоциацию. Далее — кто уполномочен? Чтобы разбираться в этих вопросах, необходима некая азбука, азы. На самом деле уполномочивать никто никого не будет. Если вы посчитаете нужным написать альтернативный стандарт оптометриста, вы имеете право от имени любой организации: клинической, общественной, образовательной — обратиться в Минтруда и заявить себя в качестве разработчика профессионального стандарта. Это — заявительная процедура. Дальше вам придется обучить экспертов, обучить разработчиков и представить после всех согласований стандарт на утверждение.

Г.П. Мищенко:

— Я являюсь членом Координационного совета Оптической ассоциации, на общем собрании которой было принято решение разработать профстандарт. Меня назначили руководителем этого процесса, поскольку у меня два хороших технических и два хороших управленческих образования, у меня развито логическое мышление, и я могу работать с людьми. В каждую группу по разработке профстандарта входят 10-12 организаций, представляющих образовательную деятельность, профессиональную деятельность, компании, давно работающие на рынке. Если несколько компаний или организаций хотят разработать профессиональный стандарт, эти организации должны быть объединены. На сегодняшний день Оптическая ассоциация заявлена. Если будет заявлена еще одна группа, ее объединяют с Ассоциацией, и мы вместе с вами работаем над профстандартом.

Профессор А.В. Мягков *(директор НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии», Москва):*

— У меня есть своя точка зрения на обсуждаемые вопросы. Я одновременно являюсь руководителем образовательного учреждения, владелец бизнеса и доктор-офтальмолог, и оптометрист. Я понимаю, что такое требования рынка, его очень сложно оценить и недооценить, потому что рынок формирует спрос населения, и спрос, в свою очередь, формирует рынок, и мы должны на это реагировать. Сегодня прозвучала фраза о том, что офтальмологи сопротивляются оптометристам. Поверьте, я готовлю оптометристов 10 лет, и никогда офтальмологи совершенно не сопротивлялись появлению оптометристов. Это было в 1990-е годы, когда они пытались друг у друга отобрать хлеб в кабинете контактной коррекции. Сейчас уже давно все прошло. Более того, есть четкий симбиоз между офтальмологами и оптометристами. В нашей клинике если врач-офтальмолог принял пациента, и ему необходимо назначить пациенту то или иное средство коррекции, он отправляет его к оптометристу. Это объясняется тем, что время офтальмолога стоит дороже — выше уровень подготовки и т.д. Еще один важный момент — уважительное отношение к оптометристам. На лекциях я часто им говорю, что они знают рефракцию иногда лучше, чем офтальмологи. Когда готовят врачей-офтальмологов, в интернатуре не уделяется столько внимания вопросам рефракции по сравнению с подготовкой оптометристов в системе СПО или дополнительного профессионального образования. Однако необходимо понимать, что должна быть преемственность оказания медицинской помощи. Если оптометристы будут лечить что угодно и как угодно и оказывать медицинскую помощь «просто так, потому что», тогда эти пациенты придут к врачу уже на пересадку роговицы или в детскую клинику.

Что касается стандарта, я очень благодарен Ассоциации и Галине Николаевне за то, что она взяла на себя этот труд, а сейчас все пытаемся критиковать. На самом деле это правильно. Я как руководитель бизнеса также считаю, что стандарты являются основанием, на котором будет строиться порядок оказания медицинской помощи, включающий стандарт оснащения кабинета оптометрии. Позвольте мне зачитать этот стандарт, взятый мной на сайте Ассоциации. Что должен делать оптометрист: проводить дифференциальную диагностику между вирусным и герпетическим кератитом. Нормально? Дальше: оптометрист должен делать тонографию и интерпретировать данные тонографии. Вы, офтальмологи, все можете это сделать? Не все. Вы знаете, что такое «отток — приток жидкости» и коэффициент Беккера? Я думаю, что фраза, прозвучавшая в конце предыдущего доклада о том, что «мы на последнем этапе пригласим экспертов, которые все «причешут»… Может быть сделать наоборот? В самом начале пригласить экспертов с медицинским образованием, которые понимают в очковой, контактной коррекции. Я согласен с мнением О.В. Проскуриной и другими офтальмологами о том, что оптометрист не может подбирать очки детям. В этом случае нужно расширить зрачок, закапать капли, сделать циклоплегию. Но не должен и не может оптометрист делать циклоплегию, нигде в мире этого, поверьте, нет. А если у детей симптомы дезадаптации, косоглазие, амблиопия. В этом случае, очевидно, необходим комплексный подход к коррекции. Существует термин «оптическая реабилитация» — на самом деле коррекция зрения — это не только назначение очков или контактных линз; это — комплекс мероприятий, который должен сопровождаться и клиническим эффектом, и оптическим эффектом.

В проекте профстандарта прозвучал термин «оптометрические нарушения» — что это? Термин явно неудачный. Оптометристы должны выполнять функциональные обязанности в четко определенных рамках. Я проходил стажировки во многих университетах мира, и в этих странах обязанности оптометристов четко определены. Например, в Италии оптометрист диагностировал кератоконус, но он не имеет право назначить пациенту жесткие контактные линзы, хотя он является специалистом по жестким контактным линзам. Оптометрист обязан отправить пациента к офтальмологу, офтальмолог принимает решение о дальнейшей тактике ведения этого пациента. Это могут быть и жесткие контактные линзы, и склеральные линзы или иные. Затем пациент возвращается к оптометристу, и тот подбирает назначенные офтальмологом линзы.

Я думаю, нам не стоит «изобретать велосипед». Последнее, что касается бизнеса и рынка. В профстандарте есть понятие «определение воздействия контактной линзы на оптические среды глаза». Как я это понимаю? В оптике надо поставить ОКТ, пахиметр, эндотелиоскоп? Думаю, не следует заниматься гигантоманией и сократить перечень функций оптометриста и только потом разрабатывать стандарт. Мы, прежде всего, должны понять, что должен делать оптометрист и потом разрабатывать стандарт.

Профессор Ю.Б. Слонимский:

— Сколько в Москве оптометристов?

Профессор А.В. Мягков:

— Могу примерно сказать не только в Москве. В Российской Федерации, по нашим подсчетам, примерно 10 тыс. оптометристов. В Москве, Санкт-Петербурге — их тысячи, по количеству оптических салонов, умноженному на «2» или на «3».

Вопрос:

— В проекте стандартов указано, что обучение будет продолжаться 4 года. Как быть с теми, у кого уже есть среднее медицинское образование по специальности «лечебное дело» или «сестринское дело»?

А.В. Мягков:

— В.В. Самойленко говорил о том, что фельдшер может лечить различные заболевания, а медицинская сестра, проучившаяся 3 года, прошла год переподготовки, и по 83-му приказу, который вышел в феврале 2016 года, не может работать в должности оптометриста. В этом случае необходимо либо менять законодательство, либо предпринимать еще какие-то действия.

И.А. Шевич *(директор ЧУ ДПО «Институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки «Опти-класс», Москва)* **«Обучение: задачи, методы, результаты»**:

— Позволю себе немного рассказать о себе, почему я нескромно называю себя «преподаватель оптометрии», той самой специальности, которой у нас, по сути, не существует. В оптической отрасли я работаю более 20 лет, в 1994 году я прошла курс медицинских сестер офтальмологического центра в Алма-Ате. Когда я переехала в Москву, я окончила курсы повышения квалификации и переподготовки под руководством Ю.З. Розенблюма в МНИИ ГБ им. Гельмгольца. В 1999 году я получила диплом о профессиональной переподготовке в Петербургском колледже. Так или иначе, я давно занимаюсь этой проблемой и предлагаю рассмотреть ее под другим углом.

Мы говорим о том, что к нам приходят из ВУЗов и колледжей специалисты, которых нужно доучивать на месте. На самом деле, по мнению специалистов, занимающихся развитием общества и образования, эта проблема надуманна. Необходимо разделять понятия «образование» и «обучение», которые у нас часто подменяются одно другим.

Что происходит на самом деле? «Образование» — это изучение дисциплины, предмета; «обучение» — это изучение конкретной технологии. Когда человек оканчивает ВУЗ или техникум, он должен не только владеть набором конкретных навыков, но и иметь определенный уровень мышления, культуры, что и подразумевает образование, знание дисциплины. С учетом того, что скорость изменений в обществе нарастает — от аграрной революции до индустриальной прошло 8 тыс. лет, а далее для появления лампочки накаливания понадобилось всего 120 лет; через 90 лет человек высадился на Луну; очень скоро после этого появился компьютер, и через 9 лет расшифровали геном Ньютона. Таким образом, технологии меняются быстро, а теоретические знания изменяются с меньшей скоростью. Поэтому в ВУЗах, техникумах должны изучать биологию, химию, и человек, пришедший работать в поликлинику или оптику, должен иметь это базовое образование, чтобы понимать, как справляться с изменяющимися технологиями. Каждые 3 месяца появляется новый оптический продукт, и когда мы обучаем на местах продавцов, консультантов, оптометристов новому продукту, слушатели без твердых теоретических знаний не знают, как с ним справиться.

В наше время на первое место выходит способность перепрофилироваться и получить необходимые навыки для выполнения определенной деятельности. Я занимаюсь обучением технологии, алгоритму оптометрического исследования, учу оптометристов выполнять работу в определенной последовательности. Это — технология, объединяющая различные методики, их существует довольно большое количество. Для определения только одной аккомодации существует более 50 методов.

В 2008 году три крупнейшие корпорации Microsoft, Cisco и Intel обратились к правительствам шести стран с предложением разработать новый проект образования. Руководитель этого проекта Патрик Гриффин в прошлом году был в Москве на форуме открытых инноваций. Сейчас в проекте участвуют более 20 стран. В чем смысл проекта? В индустриальную эпоху человеку было необходимо иметь определенный набор трудовых навыков: уметь читать, считать, писать, нажимать на кнопки для работы на конвейере. В современную эпоху на первое место выходят такие навыки, как критическое мышление, коммуникативные способности, умение договариваться, решать сложные задачи.

В настоящее время медицинские работники, оканчивающие ВУЗ, техникум или колледж, получают сертификат медицинского специалиста, что является подтверждением того, что человек достиг определенного уровня теоретических знаний, навыков и умений. Сейчас мы идем в направлении аккредитации, для чего создаются профессиональные стандарты. Считается, что профессиональные стандарты более гибкие по сравнению с квалификационными справочниками и со временем должны их заменить. Профстандарт — это характеристика квалификации, необходимой работнику для выполнения определенной трудовой функции. То есть — уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы. У профстандарта существует определенная форма написания, требования. Мы должны понимать, что именно профстандарт в будущем будет служить основой для аккредитации специалиста. И от нас с вами сейчас зависит, что будет написано в профстандарте.

Что у нас есть? В Едином квалификационном справочнике, принятом приказом Минздрава, есть должность «медицинский оптик-оптометрист». Специальности «оптометрия» нет, есть специальность «медицинская оптика»; человек учится 3 года. Для всех стало неожиданностью, когда в феврале 2016 года была удалена строка о профессиональной переподготовке для медицинского оптика, т.к., по мнению составителей справочника, для человека, окончившего углубленный трехлетний курс, переподготовка не нужна, и он может занимать должность «медицинский оптик-оптометрист». В таком случае получается, что такую же должность может занимать и медицинская сестра, которая также училась 3 года, которая имеет даже больше знаний в медицинской области. Исторически, и Ольга Владимировна об этом говорила, начиналось все с медицинских сестер и фельдшеров, из которых в 1983 году по приказу Минздрава СССР начали готовить оптометристов. Никто не станет спорить, что оптометрист — это именно медицинская специальность. Инженеры и техники могут быть медицинскими оптиками, но не могут быть оптометристами. Мастера-сборщики не идут учиться оптометрии, т.к. в ее основе должно быть медицинское образование.

Мое предложение заключается в следующем: ввести должности «медицинская сестра-оптометрист» и «врач-оптометрист». Должность «врач-оптометрист» соответствует уровню специалитета. После 4-х лет обучения он получает диплом врача, но не имеет право работать на должностях, которые соответствуют уровню специалиста с высшим образованием. Такой врач будет иметь возможность пройти курс профессиональной переподготовки по оптометрии. Таким образом, на мой взгляд, оптометристом может быть человек, имеющий среднее профессиональное образование по медицинской оптике, среднее профессиональное медицинское образование, высшее медицинское образование по специальности «специалитет», который будет иметь должность «врач-оптометрист». Однако неясным остается вопрос, если врач в дальнейшем пройдет интернатуру, а затем ординатуру по оптометрии или офтальмологии. Наверное, нам предстоит решать вопрос, нужна ли нам ординатура по оптометрии. Я согласна с мнением А.В. Мягкова, что врач-оптометрист не может заниматься коррекцией зрения детей, заниматься ортокератологией. Я, имея университетское образование, много лет занимаясь оптометрией, отправляю детей к офтальмологу. Так что лечение — это, конечно, врач-офтальмолог. Что касается общего образования, хотелось бы, чтобы специалист, оканчивающий университет или колледж, прошел бы качественную, контролируемую учебную практику. Мне повезло в том, что когда я училась в школе Ю.З. Розенблюма и в Алма-Ате, мы проходили практику в поликлинике, в стационаре, в скорой помощи и в хирургическом отделении.

О.С. Лобанова *(СОКОБ им Т.И. Ерошевского, Самара)* **«Новые возможности. Расширение функциональных обязанностей медицинской сестры с сертификатом «Сестринское дело»**:

— Сегодня проблемы существуют не только в оптиках, но и в поликлиниках, на первом этапе оказания медицинской помощи. Мы наблюдаем дисбаланс между врачами города и села; мы наблюдаем несоответствие показателя «Соотношение врачей и среднего медицинского персонала» рекомендуемым нормативам — в Европе это 1:3, у нас от 1:2 до 1:6; мы наблюдаем старение медицинского персонала: в Самаре средний возраст врачей — старше 45 лет. Существует дефицит медицинских кадров, оказывающих первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь, педиатрической службы и по отдельным профилям социально-значимых направлений. С одной стороны, есть переизбыток врачей-офтальмологов, но недостаток среднего персонала. Эти проблемы существуют как в Самарской области, так и в других регионах России. В условиях возросшей заболеваемости органа зрения это приводит к большим очередям и, соответственно, к снижению доступности первичной медико-санитарной помощи населению и ухудшению ее качества. «Сегодня, как отметила министр

здравоохранения РФ В.И. Скворцова, назрела необходимость внедрения новых технологий в деятельность среднего медицинского персонала с дифференцированным расширением его функций на разных уровнях оказания медицинской помощи. Совершенствование профессиональной деятельности среднего медицинского персонала определено министерством как одно из ключевых направлений кадровой политики в отрасли».

На сегодняшний день утвержден план мероприятий по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием. Цель — повысить роль медицинских сестер в современной системе здравоохранения, наделить специалистов со средним образованием большими полномочиями; пересмотреть их функциональные обязанности — распределить обязанности между сестрой и врачом; сформировать новую организационно-правовую модель деятельности. На сегодняшний день перспектива развития первичной медико-санитарной помощи в Самарской области такова: с целью ликвидации кадрового дефицита, наряду с мерами социальной поддержки, реализуется пилотный проект по расширению функций медицинских сестер, в котором участвует Самарский медицинский колледж имени Н. Ляпиной. Была сформирована программа «Сестринское дело в офтальмологии и основы медицинской оптики» для цикла переподготовки для специалистов со средним медицинским образованием. Цель цикла — получение компетенций, необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности. Задачи цикла: ознакомить слушателей с основными симптомами, методами диагностики и лечением глазных заболеваний; овладеть навыками, позволяющими проводить профилактику заболеваний и травм органа зрения; научить слушателей оказывать первичную медицинскую помощь при неотложной глазной патологии; изучить организацию офтальмологической помощи взрослому и детскому населению; освоить методы профилактики глазных осложнений, принципы коррекции и подбора контактных линз. Слушатель должен знать: анатомию и физиологию; функции зрительного анализатора, посиндромный принцип диагностики острого снижения зрения и болевого синдрома; методы исследования зрительных функций; клиническую рефракцию и аккомодацию глаза; врожденную патологию; причины клинических проявлений, принципы лечения и профилактики глазных болезней; фармакотерапию; стандарты выполнения необходимых диагностических мероприятий. Слушатель должен уметь: осмотреть глазное яблоко и придаточный аппарат глаза; исследовать зрительные функции и оценить результаты исследования; оказать первичную медицинскую помощь при неотложной глазной патологии; проводить профилактические мероприятия по снижению глазного травматизма и предупреждению глазных заболеваний; проводить консультации по вопросам режима зрения для населения; участвовать в консультационной деятельности при подборе и реализации средств коррекции; оказывать помощь офтальмологу и оптику-оптометристу при исследовании зрительных функций; работать на современной диагностической аппаратуре. Новые профессиональные компетенции: выявлять основные признаки заболеваний органа зрения; оказывать неотложную медицинскую помощь при острых заболеваниях и повреждениях; исследовать основные зрительные функции пациента с использованием современной аппаратуры.

В первой группе цикла «Сестринское дело в офтальмологии» было 12 слушателей из городских и районных поликлиник; средний возраст — 27 лет, со стажем работы медицинской сестрой до 7 лет; 14% слушателей имели опыт самостоятельной работы; 8% имели высшую категорию; без категории — 41%. Учебный план включал 504 часа; лекционная часть — 79 часов; практические занятия — 241 час; 62 часа — самостоятельная подготовка и семинары. Со стороны СОКОБ им. Т.И. Ерошевского в проведении занятий участвовали заведующий глаукомным отделением, диабетическим центром, 1-м терапевтическим отделением, оптометрическим отделением; В.К. Степанов (проблемы глазной поверхности, синдром «красного глаза», конъюнктивиты), главная медсестра клиники. После окончания курса были проведены экзамены, на которых слушатели защищали дипломные работы. Сестринский персонал должен обладать компетентностью для принятия самостоятельных клинических и управленческих решений; анализировать варианты вмешательств в случаях экстренных ситуаций; обладать соответствующими знаниями, навыками аналитического и критического мышления. Современная медсестра — специалист, обладающий клиническим мышлением, знающий современные методы исследований и диагностики; специалист, на которого можно возложить новые функциональные обязанности, а именно осуществлять доврачебный скрининг и диагностику, тем самым разгрузить врача-офтальмолога. Слушатели получили диплом профессиональной переподготовки; в настоящий момент они работают самостоятельно в лечебных учреждениях, которые делегировали их на наш курс.

Профессор Ю.Б. Слонимский:
— Это первый выпуск?

А.В. Золотарев:
— Это был первый набор. Проблемы, с которыми мы столкнулись, подвигли нас организовать эту дискуссию. Мы будем и дальше набирать слушателей, но для начала хотим определиться с непонятными вопросами, которые возникли по ходу дела. Например, диплом о профессиональной переподготовке не даст возможность в оптике лицензироваться. То есть для оптик не подходит, для поликлиник — мы вновь сталкиваемся с одной проблемой, связанной с двумя различными пониманиями оптометриста: оптометрист с точки медицины и оптометрист с точки зрения салона оптики и торговли. Я предлагаю по ходу дела сформулировать эти вопросы.

О.Н. Купцова *(главный врач Центра коррекции зрения «Октопус»)* **«Профстандарт оптометриста с точки зрения офтальмологической практики»**:

— По материалам диссертации доктора Никитиной, в Петербурге в оптиках работают 25% оптометристов и 75% врачей. На амбулаторно-поликлиническом приеме их укомплектованность составляет 50%, как и в Самаре. Видимо, для пациента статус врача имеет большее значение. Кроме того, я столкнулась с ситуацией, когда пациент нормально реагирует на специалиста, у которого должность «медицинский оптик-оптометрист» и хуже на медсестру-оптометриста, т.е. «нам медсестра не нужна, нам нужен врач». Врачи сами неоднозначно отвечают на вопрос «можно ли доверить оптометристу самостоятельный прием». Позвольте представить ответы врачей-офтальмологов амбулаторно-поликлинического звена Санкт-Петербурга по вопросу целесообразности введения оптометрии как самостоятельной медицинской специальности: для средних медработников — 56%; введение специальности «оптометрия» для врачей — 16,3%; введение специальности «оптометрия» нецелесообразно — 27%. Распределение ответов врачей-офтальмологов по вопросу кадрового обеспечения для организации оптимального амбулаторно-офтальмологического приема пациентов: раздельный прием врача и оптометриста с высшим образованием — 8,9%; врач и медсестра-оптометрист — 36,7%; врач и две медсестры с подготовкой по офтальмологии — 42,2%; врач и медсестра с подготовкой по офтальмологии — 11,1%; только врач-офтальмолог — 1,1%.

В Центре зрения «Октопус», где я работаю, врачи в 100% случаев доверили бы оптометристу самостоятельно проводить подбор контактных линз, подбор очков простых и сложных, в том числе и прогрессивных, профилактический осмотр и все диагностические аппаратные процедуры. Однако эти врачи участвовали в подготовке оптометристов из медицинских оптиков и медицинских сестер в виде наставников. Как главный врач хочу сказать, что ошибок при выписке рецептов у оптометристов практически нет: за последние 3 года мне ни разу не принесли на разбор историю оптометриста. Врачи, работающие оптометристами, иногда не разбирают досконально рефракционный анамнез. Имея опыт подготовки оптометристов для наших центров и оптик, я могу доверить оптометристу часть врачебной нагрузки именно для самостоятельной работы и самостоятельного решения.

Когда медицинских оптиков переобучали в оптометристов, они легко усваивали технические стороны: транспозицию цилиндров и т.д., медсестры-оптометристы лучше понимали логику приема пациентов: какие процедуры, в какой последовательности следует проводить.

Стандарт, который мы с вами обсуждаем, если не принимать во внимание терминологические неточности, очень подробно расписан по манипуляциям, но я там не увидела методы определения объективной рефракции, они специально не выделены, ретиноскопия, скиаскопия, вы считаете, что эти методы не нужны оптометристам? Они нужны; если оптометрист самостоятельно работает, он должен контролировать рефракцию объективными методами. Я, правда, не поняла, как оптик-оптометрист будет вести прием, если он заточен на техническую сторону: характеристика оправ, очковых линз и т.д. Но оптика-оптометриста необходимо иметь в штате, т.к. они хорошо разбираются в инновационных продуктах, быстро их усваивают, имея базовое образование по медицинской оптике; хорошо разбираются в каталогах.

Реплика:
— Я — оптометрист со средним специальным образованием, повышала квалификацию в Санкт-Петербургском колледже, и я не согласна назначать лечение.

О.Н. Купцова:
— Если поток пациентов большой, оптометристы и офтальмологи, как правило, работают параллельно: оптометристы подбирают очки и контактные линзы, но для лечения отправляют пациента к офтальмологу.

М.А. Трубилина *(ФГБОУ ДПО «Институт повышение квалификации ФМБА России»)* **«Оптометрическое образование в мире. Какую модель мы берем за основу?»**:

— То, что я вижу вокруг себя, мне напоминает ажиотаж вокруг оптометрического образования. Начался он не так давно. С чего все начиналось? Молодому поколению хочу рассказать, почему столько внимания мы сегодня уделяем оптометрическому образованию. В 2005 году одна международная компания, исследуя рынок, приходит к выводу, что для того чтобы хорошо продавалась ее продукция, персонал необходимо учить. Этим никто не занимался: ни медуниверситет, ни питерский колледж. Была подготовлена профессиональная поддержка, которая стала ездить по всей стране и в меру своих возможностей преподавать. Далее к этой компании присоединилась другая, третья компании; затем эти компании покинули профессиональные поддержки, стали организовывать свои частные компании. Некоторые поняли, что рынку можно делать хорошие коммерческие предложения, т.к. потребность в подготовке оптометристов на рынке существует; они стали приглашать профессиональных консультантов в свои частные образовательные центры, открылись курсы переподготовки, и начался ажиотаж. Какие изменения произошли с 2005 года? В оптиках работало более 95% офтальмологов; медсестер было мало, они сидели на приеме и занимались подбором средств оптической коррекции. Сейчас ситуация коренным образом изменилась: мы видим резкий отток офтальмологов из оптик, что объясняется следующими причинами. Первое: офтальмолог — более дорогая рабочая сила; второе: руководитель, сопоставляя выгоду в продажах между офтальмологом и оптометристом, делает выбор в пользу оптометриста как наиболее подготовленного кадра.

В аудитории, наверное, нет человека, который бы пролетел всю Россию — от Владивостока до южных регионов. По градации А.В. Золотарева, я беру оптометристов немедицинского звена как работников оптик. Что я встречаю в своей практике? Приезжаю в конкретный оптический салон, чтобы поработать с персоналом, начинаешь изучать людей — кто где учился и т.д. «Вы кто? — Оптметрист — Вы что оканчивали? — Почтовый техникум — Почему вы считаете себя оптометристом? — В 1976 году я окончила фельдшерское училище — Почему все-таки оптометрист? — Я подбираю очки, кто же я еще?» В этом случае вопросы, очевидно, надо задавать руководству. Я двумя руками «за» те правовые урегулирования, которые сейчас пытаются провести в рамках Оптической ассоциации. С другой стороны — массовые случаи судебных исков по причине медицинских назначений, сделанных оптометристами. Связаны иски, прежде всего, с воспалительными заболеваниями роговицы после назначения контактной линзы, когда оптометрист не понимает и не видит, что это эрозия, назначаются стероидные препараты — появляется язва роговицы. К чему я это подвожу? Делая анализ общего среза специалистов, которые сейчас работают в оптиках, надо, к сожалению, признать, что ни наши уважаемые медицинские учреждения, университеты, ни оптометрические колледжи, ни курсы переподготовки не ставят на место готового специалиста. Готового специалиста готовят на местах. Кто готовит? Профессиональная поддержка компаний; специалисты, долгое время работающие в оптиках. Но повторю: готовых специалистов нет. Что мы хотим изменить? Первое, мы должны поменять саму систему образования. Я внимательно слушала доклад Г.Н. Мищенко, которая сказала, что, скорее всего та модель, которая будет предлагаться, в своей основе больше напоминает британскую модель подготовки оптометристов. Наверное, это так. Но обратите внимание: после четырех лет обучения в британском университете по оптометрии выпускник не имеет право даже назначить очки. Только годичная практика после четырех лет образования под контролем руководителя; ежеквартальные экзамены; государственный экзамен; государственная система аккредитации такого специалиста. Только после этого специалист получает право назначить очки.

Давайте смотреть, что мы можем сделать с реорганизацией системы образования. Думаю, нам еще рано приводить в качестве определения оптометриста то определение, которое дали в первой части круглого стола мои коллеги. Это определение соответствует западному оптометристу, окончившему западную школу, который прошел не один год профессионального становления. Я взяла определение оптометрии из Википедии: «Оптометрия — медицинская специальность, изучающая вопросы нарушения зрения, зрительных функций и зрительного восприятия». Все. Второе. Оптометрия, наряду с офтальмологией, является отраслью медицины, связанной с оказанием помощи населению в вопросах оптической коррекции зрения. Разделим это определение на два понятия. Оптометрист, прежде всего, должен хорошо знать и уметь назначать средства оптической коррекции и прекрасно владеть теми инструментами, которые находятся в его арсенале. Встает вопрос, кто будет готовить этого оптометриста? При всем моем уважении к Веронике Брониславовне *(Батраковой, Санкт-Петербургский медико-технический колледж — прим. ред.)* ее на всю страну не хватит. Первый вопрос, который возникает, — подготовка преподавательских кадров. В этом отношении очень хорошей была программа, начатая в 2007 году, под названием «Учить учителей», когда за рубеж вывозились ведущие специалисты для приобретения опыта в области оптометрии. Что я предлагаю? Конечно, подобную программу можно организовать только при хорошей финансовой поддержке, и почему бы Оптической ассоциации не обратиться с предложением к производителем оказать помощь на начальном этапе? Любой производитель знает, что его продукция будет продаваться только тогда, когда на местах будет работать грамотный специалист. Если мы не подготовим преподавательский состав, мы не сможем подготовить грамотных специалистов на месте. Второе. Вы можете представить кабинет оптической коррекции зрения в хорошо развитой европейской стране, где пробный набор линз, кривая оправа и нет поляризационных тестов для близи для регулирования бинокулярных нарушений? У нас единичные кабинеты оснащены фороптером, и я нигде не видела в стране поло-тесты для близи, их просто нет. Поэтому я предлагаю в стандартах пересмотреть вопрос оснащения медицинского кабинета. Последнее. Во втором определении оптометриста указано, что оптометрист и офтальмолог работают в тандеме; можно сказать, что оптометрист — «младшая сестра» офтальмолога, и если мы не будем менять образовательные программы в медицинских университетах, мы никогда не сможем создать тандем «офтальмолог — оптометрист». Поэтому необходимо, насколько возможно, оказывать содействие в подготовке офтальмологов: способствовать увеличению количества часов по клинической рефракции; ориентировать ведущих офтальмологов на правильную оптическую коррекцию, на что уже переориентировались школы подготовки кадров. Только в этом случае возможен тандем между оптометристом и офтальмологом.

И.А. Ананьева *(директор центра «Роскошное зрение»)*:

— Я, честно говоря, в шоке, у нас прекрасно оборудованы кабинеты, у нас все есть! А вы говорите о стеклах и кривых оправах.

М.А. Трубилина:
— Я очень рада, что все это у вас есть, но я говорю не только о глубинке, я говорю про Москву, про другие крупные города; вы, Ирина Анатольевна, одна их немногих, у кого имеются тесты для близи.

А.В. Золотарев:
— Мы завершили фиксированную программу круглого стола, но мы также исчерпали все время, однако мы можем продолжить обсуждение складывающейся ситуации в оптометрии столько, сколько необходимо. Коллеги, напоминаю, если бы не было сложностей, с которыми мы столкнулись в нашей практической работе, не было бы и такого обсуждения. Заранее прошу прощения у тех коллег, которые могут почувствовать себя в чем-то ущемленными, но пока мы не определимся с проблемными вопросами, мы не сможем понять, в какую сторону нам надо двигаться. Есть несколько позиций, сторонники которых считают, что надо делать именно так, а никак иначе, а истина, как всегда, где-то посередине.

О.В. Проскурина:
— Никак не могу угомониться по поводу раздела профстандарта «диагностика и лечение глазных заболеваний». Сильно смахивает на профстандарт врача-офтальмолога. Я благодарна коллеге-оптометристу, которая сказала, что она не готова взять на себя обязанности лечить глазные заболевания. Правильно! Если в профстандарте останется эта колонка, оптометрист будет в ответе, если что-то произойдет. Поэтому, на мой взгляд, делать этого не нужно. Еще у меня вопрос к О.Н. Купцовой по поводу медсестер-оптометристов. Я только «за», чтобы такие специалисты были. Они, конечно, необходимы для практического здравоохранения. Где вы их берете, и как они работают? Какое существует для этого законное основание?

О.Н. Купцова:
— Когда мы подготовили оптометристов из среднего звена, мы им повесили бэйджики «медицинская сестра-оптометрист». То есть это были переподготовленные медицинские сестры. Они прошли переподготовку по медицинской оптике в Москве на базе Академии медицинской оптики и оптометрии, ездили переучиваться в Питер. То есть они прошли переподготовку. А теперь — нельзя. Вот в чем проблема. А тем, кто окончил курсы по медицинской оптике и прошли переподготовку по специальности «оптометрия», мы повесили бэйджики «медицинский оптик-оптометрист». И те, и другие, проработав под руководством врача, хорошо знающего оптометрию, сейчас работают самостоятельно одинаково хорошо. У одних, я говорила, лучше логика приема, у других — технические стороны.

Реплика:
— При разделе присутствующих в зале на офтальмологов и оптометристов я «прошла мимо», я отношусь к бизнесу, к поставщикам. Но у всех душа болит, однако в первую очередь следует разобраться между собой. Вы часто говорите об одном и том же, и цель у всех одна и та же, но только не хватает чего-то, чтобы обсуждение и поиск решения шли в унисон. Необходимо, чтобы кто-то взял на себя функции переговорщика. Видимо, это должна быть Оптическая ассоциация.

О.Н. Купцова:
— Это же нонсенс, когда из медработника, имеющего медицинскую специальность, мы не можем подготовить оптометриста.

Профессор Ю.Б. Слонимский:
— Здесь говорили много умных, профессиональных вещей, я впервые присутствую на подобном мероприятии. Мне кажется, что все говорят о сути, но забыли о бюрократии и различных организационных моментах. На мой взгляд, не следует забывать о том, что необходимо «пробить» приказ министерства. О.В. Проскурина говорила о том, что приказ готовился. Кто занимается тем, чтобы приказ прошел? У меня предложение: необходимо подготовить резолюцию по сегодняшнему собранию, переправить ее председателю Общества офтальмологов России Б.Э. Малюгину, и чтобы он «пробивал» через ООР в Минздраве соответствующий приказ, и чтобы кто-то отвечал за этот приказ. Пока в приказе Минздрава не будет оговорено, что в поликлинике, которая обслуживает столько-то тысяч человек, должно быть, к примеру, один-два оптометриста; в больнице, где в отделении лечатся столько-то больных должно быть по штатному расписанию столько-то оптометристов и т.д., пока не выйдет этот приказ, наши с вами разговоры будут носить характер «междусобойчика». Нам нужен конкретный результат, и без Министерства здравоохранения ничего не будет.

А.В. Золотарев:
— Если мы сразу обратимся в министерство, то они напишут в приказе далеко не то, что нам нужно.

В.И. Пилягин:
— Как человек практического действия из сегодняшнего разговора я понял, что никто пока не определился с формулировкой «кто такой оптометрист». Такое впечатление, что все говорят о разном. Одна коллега говорит, что она, как оптометрист, не согласна выполнять какие-то функции. Для начала надо определиться с терминами. Согласен с мнением М.А. Трубилиной о необходимости готовить преподавателей. Если говорить о стандарте, он разрабатывается уже не один год; после его принятия еще 4 года мы будем готовить первый выпуск оптометристов; вопрос, сколько пройдет лет, прежде чем мы получим первых оптометристов? Сейчас мы говорим, что обеспеченность офтальмологами — 40%, откуда мы их возьмем? Или откуда мы возьмем оптометристов? Я согласен с тем, что необходимо стандарты готовить и готовить на самом высоком уровне. И пусть они появятся через 10 лет, но это будут нормальные стандарты. Однако сейчас надо что-то делать. Поэтому это могут быть какие-то временные положения, компромиссные решения, но узаконенные. Сейчас мы вынуждены каким-то образом работать, несмотря на то что многие вещи не разрешены. Вы говорили, что оптометрист не может выполнять определенные функции, а офтальмолог может, но «офтальмолог» и «оптометрист» — это не фамилии. Если оптометриста обучить должным образом, если он пройдет надлежащую практику, он будет эти функции выполнять, так же как офтальмолог. У нас порой такие встречаются офтальмологи, что «мама не горюй», и оптометристы намного лучше справляются со своими обязанностями. Так что это — вопрос подготовки, контроля.

И.А. Ананьева:
— Во всем поддерживаю В.И. Пилягина. Здесь, в Самаре, будет организована активная группа офтальмологов и оптометристов во главе с А.В. Золотаревым; к нам присоединятся юристы, и мы не оставим этот вопрос. Сейчас надо продолжать работать, оптометристы, прошедшие четырехлетнюю подготовку, пока еще не выстроились к нам в очередь с просьбой взять на работу. Давайте исходить из реальности. Подготовка у нас достаточно сильная, в чем нам помогают партнеры, врачи-офтальмологи. Мне не совсем понятен один вопрос: оптики-консультанты также должны обучаться целый год? Учиться обязательно? Без этого невозможно лицензирование оптики? Потому, что вы перечислили в обучении, я не совсем представляю, как сотрудники наших салонов, имеющие высокий уровень образования, будут там учиться. У нас высокий уровень обучения, мы имеем свой учебный центр, где работают опытные педагоги; наши сотрудники проходят обучение за границей. То есть курсы подготовки — это необходимо? Я должна платить за это деньги?

Г.А. Мищенко:
— На сегодняшний день профессию оптометриста можно получить через год, если человек имеет базовое образование «медицинская оптика». Далее. На базе среднего медицинского образования, по моим расчетам, это подтверждает и Петербургский колледж, профессию «оптометрист» можно получить через 1,5 года.

Вопрос:
— Те, что уже прошли обучение, легитимны сейчас?

Г.А. Мищенко:
— Нет. Люди, под которых вы никогда не получите лицензию, могут у вас работать. Существует приказ 66-Н, в котором говорится, что если на должности (я перевожу на оптометриста) человек проработал 10 лет, ему достаточно пройти курс повышения квалификации вне зависимости от базового образования. От 5 до 10 лет — необходима переподготовка; менее 5 лет — человек обязан получить образование. В приказе есть пункт, предусматривающий возможность руководителю провести аттестацию и оставить сотрудника на должности с условием дальнейшего обучения.

И.А. Ананьева:
— Таким образом, в соответствии с этим приказом, если у специалиста нет соответствующего образования и он проработал менее 10 лет, этим салонам надо закрыться, чтобы через 3 года открыться?

Г.А. Мищенко:
— Мы с вами в одинаковой ситуации. Я также руковожу оптическими салонами, и у меня работают специалисты, которые были подготовлены по-старому. Но у меня есть сотрудники, которые отработали более 10 лет, более 5 лет, но все остальные должны получить необходимое образование. Конечно, вы можете продолжать работать, но только до первой проверки.

Профессор А.В. Мягков:
— Я хочу сказать о лицензировании, о законности и незаконности. Нужно понимать, что такое процесс лицензирования. Мы не лицензируем каждого своего сотрудника, мы лицензируем одного человека, ответственного за качество оказания медицинской помощи по этой специальности. На самом деле никакой проблемы не существует. К примеру, у нас много оптик и есть один специалист, имеющий необходимое образование, которого мы подали на лицензирование как ответственного за качество оказания медицинской помощи по специальности «медицинская оптика». Все остальные сотрудники, которые прошли обучение до вступления в силу приказа 83, имеют право работать и выполнять свои функциональные обязанности. Проблем никаких нет. Оптика нигде не лицензируется, и ваши продавцы могут спокойно работать.

И.А. Ананьева:
— У меня с этим нет проблем. Просто когда возникнет вопрос обучения, возникнет дефицит кадров, соответственно поднимется стоимость специалистов в данной области. Я говорю, как будет. С этой проблемой столкнутся и медицинские учреждения, т.к. начнется борьба за определенные кадры.

Г.А. Мищенко:
— Поэтому сейчас есть возможность за 1,5 года получить специалиста с базовым дипломом «медицинский оптик-оптометрист».

И.А. Ананьева:
— Думаю, мы оставим за собой возможность еще раз вернуться к этому вопросу.

И.А. Шевич:
— Я бы хотела внести некоторую ясность в вопрос о подготовке профессионального стандарта. Сложность для нас с вами заключается в том, что мы должны определить обобщенную трудовую функцию оптометриста. Тот профстандарт, который сейчас был выведен на экран, это не тот профстандарт, который лежит на сайте Оптической ассоциации. Хочу обратить внимание, что профстандарт, который озвучила Г.Н. Мищенко, я видела раньше и была категорически против. Непонятно, что мы обсуждаем, вокруг чего поднимается шум, и что в результате будет принято, и что будет лежать в основе этого профстандарта. Хочу обратить ваше внимание на обобщенную трудовую функцию оптометриста, что должен будет делать оптометрист? Я сама попробую ответить: оптометрист должен проводить диагностику органа зрения и его функции; подбирать средства коррекции; консультативная деятельность. То, что оптометрист должен знать и уметь, относится к другим разделам профстандарта. Что мы видим в профстандарте сейчас? В качестве обобщенной трудовой функции ему вменяется продажа средств коррекции. Совсем недавно был принят профстандарт продавца оптики. Ответьте, пожалуйста, на вопрос: оптометрист — это продавец оптики? Нет. Но почему в таком случае ему предписаны эти функции? Никакой логики нет, однако первым блоком профстандарта оптометиста указана трудовая функция продавца оптики с подробным описанием всех необходимых для этого знаний и умений. Это раз. Второе. Должен ли оптометрист точить очковые и контактные линзы? Конечно, нет. Мы давно все покупаем и оправы в том числе, но в проекте профстандарта это пункт указан. С какой стати? Я опубликовала этот проект профстандарта на свое страничке в Facebook, если интересно, можете почитать. Я считаю, что нам необходимо договориться по поводу этих обобщенных функций.

А.В. Золотарев:
— Позволю себе напомнить слова, сказанные В.И. Пилягиным о том, что прежде чем писать стандарты и министерские приказы, необходимо определиться, какого специалиста мы подразумеваем под термином «оптометрист».

Г.А. Мищенко:
— Давайте не будем забывать, что в соответствии с профстандартом оптометристом называется «специалист в области медицинской оптики». Мы не пишем профстандарт оптометриста. У нас есть продавец, специалист по изготовлению, медицинский оптик и медицинский оптик-оптометрист. Именно это мы и описываем в профстандарте. То есть это — не работа оптометриста, он не должен это уметь, но это тот человек, который также работает в оптике, как и оптометрист. Все, что касается медицинского оптика и медицинского оптика-оптометриста, относится к 5-му и 6-му уровням; это именно то, что мы должны рассматривать. Предыдущие позиции уже обсуждались и приняты. А называется профстандарт «специалист в области медицинской оптики».

Т.Д. Абугова *(главный врач группы компаний «Оптик Сити», Москва):*
— Здесь собралось много грамотных, болеющих за дело, интересных людей; и каждый из нас шел своим путем в подготовке специалистов, с которыми мы сегодня работаем. При этом мы с вами обсуждаем только одно: мы берем сегодняшнее состояние этого «винегрета», в котором работают совершенно разные специалисты. И одну категорию специалистов мы вообще забыли. Я, как и многие другие коллеги — офтальмолог, но мы всю жизнь работаем в оптометрии. Таких специалистов много, которые считают себя офтальмологами и при этом оптометристами. У нас оптометристы тоже разные. У нас есть оптометристы с прекрасным техническим образованием, с медицинской базой. Но все оптометристы — это медсестры, и они отстают от врачей по клиническому мышлению. Мы учим своих оптометристов столько лет, сколько я работаю в фирме. У меня 20 лет только преподавательского стажа по контактной коррекции в институте им. Гельмгольца, и столько же лет мы готовим свои кадры в нашей фирме. Мы учим и врачей, потому что их уровень знаний по оптометрии не соответствует требованиям; специалистов со средним образованием. Мы с вами сегодня именно это и «перевариваем». На самом деле нам с вами надо говорить о другом: каких оптометристов нам с вами надо создать. Мы с вами — промежуточное звено. Сначала были одни врачи, а в конце мы хотим создать оптимальную, идеальную оптометрию. Нам надо отвлечься от наших сегодняшних проблем и написать план, какого идеального оптометриста мы хотим создать. А создать мы хотим оптометриста, который даже в отличие от врача с дипломом имеет техническую подготовку. Он должен знать оптику, основы физики. А мы с вами, врачи, этого не имеем. Кроме того, он должен быть хотя бы частично врачом. К этому он должен прекрасно разбираться в оптометрии, которой мы с вами сейчас учимся. Мы с вами должны сегодня построить эту модель. Грядет другая специализация. Лет через 40 придут совершенно другие специалисты, и наша с вами задача — создать в нашей стране идеальную оптометрию, и все что я сегодня слышала — это путь ее создания.

А.В. Золотарев:
— Коллеги, давайте кратко подведем промежуточные итоги. Окончательного решения для Минздрава мы сегодня не примем.

А.Я. Свердлик *(ГАОУ ДПО НО «Центр повышения квалификации специалистов здравоохранения», Нижний Новгород):*
— Я говорю своим консультантам, что сегодня в оптике работает не врач, а специалист по подбору очков и контактных линз, заметьте, ни медсестра, ни фельдшер. Этим все сказано. Знаете, чему я удивилась? Так неожиданно получилось, что в оптометрию я пришла после офтальмохирургии. Я обратила внимание на то, что оптометристы органам здравоохранения вообще не нужны. Никому не интересно знать, кто они такие, чем занимаются. Еще один момент. Мы говорим оптометристам, что необходимо красить роговицу, поверхность глаза, чтобы выявить заболевание, но никто не анализирует, сколько выявлено осложнений. Я выступаю против этого приказа. Я начала преподавать оптометрию около 6 лет назад и занималась переподготовкой медицинских сестер. Медицинские сестры — это очень серьезные и ответственные люди, многие приходят из реанимации, скорой помощи. То есть они обладают значительным опытом и высоким уровнем ответственности. И мне кажется неправильным приказ, запрещающий переподготовку медицинских сестер. Я против этого приказа.

Алекс Лоок *(Университет прикладных наук им. Эрнста Аббе, Йена, Германия):*
— Я очень рад находиться здесь с вами, слышать разные мнения. Мне это очень напоминает ситуацию в Германии 20 лет назад. Но у вас большое преимущество в том, что вы, оптометристы и офтальмологи, сели за один стол. В этом ваше преимущество по сравнению с Германией 20 лет назад. У меня только один совет: не забудьте, пожалуйста, пациента. Это важно, потому что в недавнем прошлом в Германии офтальмологи ругали оптометристов и наоборот, а крайним всегда оставался пациент. Важно, как уже здесь было сказано, чтобы вы сели на тандем и работали вместе. На мой взгляд, разницу между оптометристом и офтальмологом найти легко: в Германии оптометристы работают со здоровыми пациентами, офтальмологи — с больными. Мы, оптометристы, также проводим скрининг, исследуем глазное дно и можем поставить диагноз, но только обязательно с подозрением. Это очень важно. Если я вижу, что у пациента развивается болезнь, я сразу отправляю его к офтальмологу. Часто бывает, что офтальмолог, проведя обследование пациента, отправляет его к нам для подбора очковой или контактной коррекции. Важно, чтобы офтальмологи и оптометристы работали вместе, что будет только служить на благо пациентам. Я желаю всего доброго и удачи вам и хочу, чтобы наши отличные профессии развивались, и вы нашли лучшее решение в обсуждаемом сегодня вопросе!

И.В. Лобанова *(РНИМУ им. Н.И. Пирогова):*
— Постараюсь кратко подвести итог. Наша страна большая: Москва, Санкт-Петербург, Самара, но есть Магадан, Чукотка, Владивосток и много других регионов. Я занимаюсь преподавательской деятельностью, готовлю оптометристов разных уровней, у меня даже были курсанты с острова Новая Земля. Когда мы говорим об оснащенности кабинетов, я согласна с М.А. Трубилиной, что оснащенность оборудованием совершенно разная. Просьба — включить эти моменты и не забудьте щелевую лампу. Я не выступаю за то, чтобы оптометристы лечили, но проводить первичную диагностику они могут. Второе. Хочу напомнить, что наша ассоциация называется «Ассоциация специалистов по контактной коррекции зрения»; мы специально не разделяем офтальмологов и оптометристов, т.к. в нашей стране «разрезать» это, на мой взгляд, невозможно. Мы пытаемся немного развести полномочия, но пока «режем по живому». Предлагаю еще раз спокойно, без эмоций обсудить этот вопрос. Это очень серьезно, и не забывайте, что страна большая, и по этим стандартам будут работать специалисты не только в Самаре, Санкт-Петербурге и Москве, а по всей стране. Давайте еще раз встретимся, поговорим и решим, что необходимо разместить на сайте, коль скоро было столько замечаний.

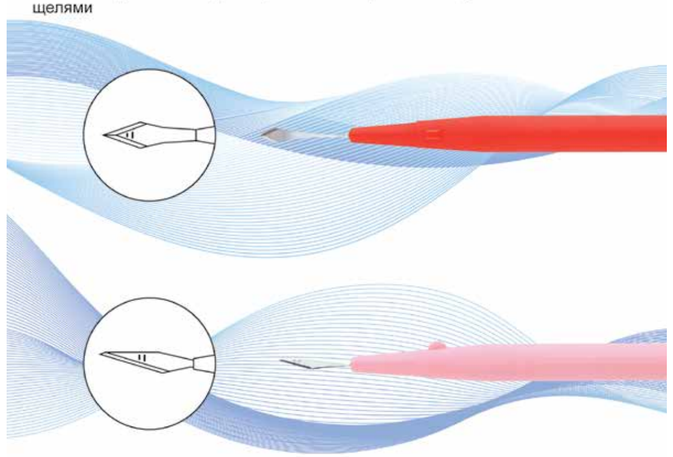
А.В. Золотарев:
— Коллеги, я вынужден, к сожалению, прекратить наше обсуждение. Мы сидим уже почти 2,5 часа, и то, что почти никто не покинул зал, говорит о том, что тема животрепещущая, требует большого внимания. На правах председательствующего позволю себе небольшую ремарку. У меня складывается вольно или невольно впечатление, что мы запрягли телегу впереди лошади, и, не определившись с местом оптометрии, ее концепцией, целью, основными понятиями, мы начали писать стандарты. Наверное, их надо было писать, потому что в некоторых областях нашей деятельности необходимость в стандартах уже просто назрела, от нас требуют регламентации. Но просто получилось так, что основную цель и основную концепцию мы не разработали, а решать проблемы уже начали. Я думаю, что мы привлечем интернет-ресурсы; надеюсь, что сможем открыть некую дискуссионную площадку на страницах газеты «Поле зрения». Но процессы уже начались, мы находимся на этапе шлифовки и доработки стандартов по деятельности, как вы правильно сказали, «специалиста в области медицинской оптики», но не оптометриста. Давайте подумаем, может быть оптометрист — это будет другой специалист, возможно, врач-оптометрист или медсестра-оптометрист, фельдшер-оптометрист, медицинский техник-оптометрист, не знаю, трудно сказать. Но надо более четко определиться с концепцией, с направлением, куда мы собираемся двигаться, а потом уже выбирать средства передвижения. Надеюсь, совместными усилиями нам удастся решить озвученные сегодня проблемы. Огромное спасибо всем участникам!

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

СУХОСТЬ ГЛАЗ
Мы учимся, наблюдая за природой
Теалоз
Трегалоза 3%

Естественная защита
Théa
Driving innovation
Théa
ООО «Теа Фарма»
115280, Россия, г. Москва,
ул. Ленинская Слобода, д. 26, стр. 28, офис 202
Тел: +7 495 787 75 35
Регистрационное удостоверение РЗН 2013/1031 от 18.09.2013

Диабетическая ретинопатия
Bruno Lumbroso
Marco Rispoli
Maria Cristina Savastano
Русскоязычное издание «Diabetic Retinopathy» под редакцией д.м.н., профессора **В.В. Нероева**
Научный редактор: к.м.н. **О.В. Зайцева**
Перевод: к.м.н. **А.Е. Дугина**
Руководство «Диабетическая ретинопатия» содержит множество рисунков, снимков флюоресцентной ангиографии, фронтальных и сагиттальных томографических срезов сетчатки, а также результатов новейшего диагностического метода ОКТ-ангиографии. В первой части представлена базовая информация, касающаяся эпидемиологии, патогенеза и классификации диабетической ретинопатии. Во второй части приведены принципы анализа и интерпретации данных флюоресцентной ангиографии, классической ОКТ (поперечный срез и «en face»), ОКТ-ангиографии, помогающие диагностировать те или иные изменения, характерные для непролиферативной, препролиферативной и пролиферативной диабетической ретинопатии. Таблицы и графики позволят сориентироваться в сложных вопросах диагностики.
Настоящее руководство предлагает логичный и простой метод анализа и интерпретации изображений при диабетической ретинопатии.
Издание на русском языке подготовлено и отпечатано по заказу и при участии ЗАО «Трейдомед Инвест» — эксклюзивного дистрибьютора фирмы «Optovue» (США) в России и странах СНГ, совместно с ООО «Издательство «АПРЕЛЬ».
ISBN 978-5-905212-66-6
Издательство Апрель

MANI®
Офтальмологические ножи с лазерными насечками для безупречно точных разрезов
- Инновационная технология лазерной насечки для определения максимально точной глубины и ширины разреза
- Усовершенствованы все популярные модели ножей
- Новые модели ножей для пациентов с энофтальмом и узкими глазными щелями

R-OPTICS
Официальный представитель в России
MANI Inc (Япония) компания ООО «Эр Оптикс»
123458, Россия, г. Москва, ул. Твардовского, 8
тел. +7 495 780 92 55
www.r-optics.ru

ISBN 978-5-905212-60-4 ©

Клиническая периметрия в диагностике и мониторинге глаукомы

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

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

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

Предлагаем вашему вниманию главы из книги.

Стратегии периметрических исследований

Кинетическая периметрия основана на перемещении объекта тестирования от дальней периферии к точке фиксации вдоль меридианов со скоростью примерно 5°/сек для местоположений за пределами 30° от центра и 2°/сек для местоположений внутри 30°. Стимул перемещается из области, где он не виден, в зону, где он может быть обнаружен. Для определенного размера и яркости объекта точки обнаружения стимула, соединенные вместе, образуют области одинаковой чувствительности, или изоптеры. При использовании комбинации различных размеров и яркостей стимулов серия изоптер может давать контур трехмерного профиля чувствительности глаза (холма зрения). Области пониженной чувствительности (более низкой, чем окружающие районы) называются скотомами. Их исследуют путем размещения соответствующего стимула (равный или более яркий, чем для соседних областей) в центре этой зоны и движения цели в радиальном направлении по нескольким меридианам (обычно в 8 направлениях с интервалом 45°), чтобы очертить границы скотомы. При использовании нескольких целей различного размера и яркости можно получить информацию о глубине, форме и размере скотомы. В большинстве случаев кинетическая периметрия выполняется вручную исследователем, хотя в настоящее время некоторые автоматизированные периметры (например, Octopus 900) имеют опцию автоматического проведения кинетической периметрии. Кинетическая периметрия является очень интерактивным исследованием и требует индивидуальной стратегии тестирования в зависимости от клинической ситуации.

Рис. 32. Оценка холма зрения при кинетической и статической периметрии

Статическая периметрия включает в себя предъявление диагностических объектов в определенных, фиксированных местах в поле зрения. Порог определяется путем изменения яркости стимула до тех пор, пока минимальное увеличение не приведет к регистрации объекта. Эта стратегия является менее сложной с точки зрения алгоритма тестирования, чем кинетическая периметрия, ее легче было адаптировать для автоматизированного исследования поля зрения. Оценивая пороговую световую чувствительность в различных точках по всему полю зрения, можно оценить профиль чувствительности (зрительный холм). На *рис. 32* представлена схема исследования профиля световой чувствительности поля зрения (холма зрения) с помощью кинетической и статической периметрии.

Надпороговая статическая периметрия основана на предъявлении объектов, которые человек с нормальной чувствительностью должен видеть, для того чтобы определить, есть ли области, в которых чувствительность снижена (скотома). Надпороговые исследования статической периметрии позволяют выполнить быструю скрининговую оценку для выявления нормальных и патологических областей поля зрения, для того чтобы определить выраженность дефекта и выбрать программу для оценки относительной глубины потери чувствительности. Известно небольшое количество тестов, проводимых с помощью надпороговой статической периметрии. Скрининговый надпороговый тест по технологии удвоения частоты может быть выполнен за 20-30 сек для нормального глаза и менее чем за 1-1,5 мин для глаза с патологией.

Существуют различные алгоритмы исследования порога светочувствительности при оценке поля зрения. В самых первых тестах использовали метод увеличения предела, в котором яркость стимула повышалась до тех пор, пока испытуемый не увидит объект. Также можно проводить исследование по обратному алгоритму, снижая яркость тестовой метки до ее исчезновения. Эти методы были впоследствии заменены на ступенчатое тестирование (брекетинг), в котором яркость увеличивается с определенным шагом, пока стимул не виден, и затем уменьшается, пока не исчезнет снова. Каждый раз, когда происходит переход через порог чувствительности (изменение ответов испытуемого «вижу – не вижу»), размер интервала брекетинга (шаг изменения яркости) уменьшается. Порог светочувствительности выявляется после нескольких таких исследований.

В последнее время разработаны новые методы выявления порога светочувствительности с целью повышения точности и эффективности тестирования поля зрения. Модифицированный двоичный поиск (Modified Binary Search, MOBS) аналогичен процедуре ступенчатого тестирования за исключением того, что интервал корректировки яркости при изменении ответов испытуемого зависит от полученных ранее данных и имеет больше вариаций. Кроме того, модифицированный двоичный поиск снижает количество последовательных одинаковых положительных ответов. Исследования ряда авторов показали, что эта методика является точной и эффективной, и она была реализована в некоторых автоматизированных периметрах.

Динамическая стратегия похожа на модифицированный двоичный поиск за исключением того, что шаг увеличения или уменьшения яркости меняется в зависимости от чувствительности в конкретном месте поля зрения (т.е. в зонах с низким уровнем чувствительности тестирование проводится с большим шагом, а в областях высокой чувствительности — с меньшим). Исследования также показали, что этот метод является более точным и эффективным, чем ступенчатое тестирование.

Tendency Oriented Perimetry (TOP) представляет собой пространственный метод усреднения, при котором чувствительность в соседних точках поля зрения используется для выявления порога чувствительности в исследуемой точке. Несмотря на то что эта методика демонстрирует более высокую точность и эффективность, чем ступенчатое тестирование, она менее эффективна для обнаружения небольших скотом и может уменьшать глубину дефекта, определяя для него более пологий профиль светочувствительности.

В последнее время предложен ряд стратегий тестирования, которые основаны на Байесовских статистических методах. Одна из таких процедур известна как Swedish Interactive Threshold Algorithm (SITA), а другая называется Zippy Estimation of Sequential Thresholds (ZEST). Обе эти стратегии основаны на прогнозировании и улучшают точность и эффективность исследования светочувствительности при пороговых тестах. SITA и ZEST используются в рутинных клинических автоматизированных периметрах. Каждая из этих стратегий внедрялась в клиническую практику на основе серии психофизических исследований.

Следует отметить, что все описанные стратегии используют логарифмическую шкалу для увеличения яркости стимула, которая соответствует оценке светочувствительности в децибелах. Однако недавние исследования установили, что линейная шкала изменения яркости может улучшить способность выявлять ранние периметрические дефекты и структурно-функциональные корреляции (взаимосвязи снижения результатов периметрии и повреждения структур диска зрительного нерва и слоя нервных волокон сетчатки).

Методы проведения статической периметрии

Исследование полей зрения является важным офтальмологическим тестом для диагностики различной патологии. Периметрия субъективна, и очень важно внимательно относиться как к проведению исследования, так и анализу результатов. Для достижения качественных результатов необходимо соблюдать рекомендации и использовать все технологические особенности современных приборов.

Выбор правильного теста

Компьютерные периметры обладают широкими возможностями, позволяющими использовать их для изучения как центральных, так и периферических отделов поля зрения. Выбор программы и стратегии исследования в каждом конкретном случае определяется диагностической задачей. Она может быть скрининговой, т.е. ориентировочной; и пороговой, позволяющей получить максимально полную информацию о глубине и площади поражения, что особенно важно для того, чтобы со временем при повторных исследованиях судить о динамике процесса.

Скрининговые исследования

Скрининговое исследование проводят при первичном обследовании больного на глаукому, при необходимости быстрой оценки состояния всего поля зрения (с целью выявления т.н. зон интереса), для выявления грубых изменений в поле зрения при продвинутых стадиях глаукомы; возможен и квантитативный скрининг, позволяющий при необходимости перейти к пороговому тестированию.

Скрининговые периметрические программы предусмотрены как в достаточно простых (Ocuplot, Peritest), так и в сложных автоматизированных периметрах (HFA, Octopus), причем возможно осуществление их по двухзонной или трехзонной стратегии. При выполнении скрининга исследование проводят стимулом надпороговой яркости. Индивидуальное пороговое значение определяется предварительным исследованием, при котором необходимая яркость тест-объекта выявляется в 4 парацентральных точках или выбирается исходя из возраста пациента. После этого автоматически корректируются индивидуальные нормативы для всех остальных проверяемых точек с поправкой на эксцентриситет, возраст, прозрачность сред, ширину зрачка. В соответствии с выбранной программой в каждой точке предъявляется тест-объект с уровнем яркости на 6 дБ выше ожидаемого порога.

По двухзонной методике, если пациент не видит объект, тестирование в этой точке повторяют, чтобы избежать ошибки (шаг 1). В случае, если объект пропущен во второй раз (шаг 2), анализатор регистрирует пропуск и продолжает исследование дальше *(рис. 33)*.

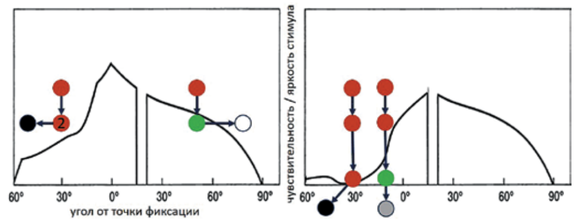


Рис. 33. Алгоритм двух- и трехзонной стратегии скрининга (красным обозначены стимулы, которые пациент не видит, зеленым — видимые; результаты тестирования: белый — норма, серый — относительная скотома, черный — абсолютная скотома)

Таблица 4

Параметры обзорных тестов периметров HFA

Параметры обзорного теста	Настройки параметров	Описание
Методика тестирования	**Двухзонная**	Каждая точка тестового образца имеет стимул, яркость которого на 6 дБ превышает яркость ожидаемого острова зрения. На распечатках круги (O) обозначают увиденные стимулы, а квадраты (■) – неувиденные стимулы. Поскольку в обзорном тесте используется яркость, на 6 дБ превышающая ожидаемое пороговое значение, неувиденные точки имеют минимальную глубину 6 дБ.
	Трехзонная	Аналогична двухзонной методике, за исключением того, что каждая неувиденная точка еще раз измеряется при максимальной яркости 10 000 апостильб (0 дБ), чтобы определить, является ли данный дефект абсолютным. На распечатках круги (O) обозначают увиденные стимулы, знаки «X» – относительные дефекты, а квадраты (■) – абсолютные дефекты.
	Оценка глубины дефектов	Аналогична двухзонной методике, за исключением того, что чувствительность в каждой неувиденной точке измеряется относительно ожидаемого порогового значения. На распечатках круги (O) обозначают увиденные стимулы, а цифры (значения, выраженные в децибелах) указывают на глубину дефектов. Чем больше значение, тем ниже чувствительность сетчатки (и тем больше глубина дефекта).
Скорость тестирования	**Нормальная**	Доступны две скорости предъявления стимула. Вы можете изменять скорость непосредственно во время тестирования для того, чтобы предоставить пациенту больше времени для ответной реакции.
	Низкая	

Примечание: заводские настройки по умолчанию выделены **жирным** шрифтом

При трехзонной стратегии в тех точках, где избранный надпороговый стимул не различается (шаги 1-2), автоматически подается самый яркий из имеющихся в приборе стимулов. Если и он не различается, скотому обозначают как абсолютную, если различается — как относительную (третий уровень чувствительности) (шаг 3). Вокруг каждой из точек, где стимул не воспринимается, целесообразно выполнить дополнительные тесты для оценки размеров скотомы *(табл. 4)*.

Скрининговые программы могут использоваться для тестирования всего поля зрения или отдельных частей и зон. Наиболее удобными для клинического применения являются скрининг всего поля зрения по 120 точкам (FF-120) в периметрах HFA и ST программы приборов Octopus, включающие 59 точек в зоне 0-30° и 26 точек на периферии (30-60°). Исследование, как правило, длится менее 10 минут и дает общее представление о состоянии поля зрения *(рис. 34)*.

Пороговые исследования

Пороговая стратегия позволяет получить максимально полную и объективную информацию о состоянии поля зрения. Она выполняется при подозрении на глаукому, при необходимости уточнить глубину дефекта, выявленного при скрининге, при диагностике начальных стадий глаукомы и мониторинге (при высоких показателях центрального зрения).

Осуществление периметрии по пороговой стратегии является гораздо более трудоемким, но и чрезвычайно точным исследованием. Пороговая периметрия, соответственно выбранной программе, позволяет в каждой изучаемой точке поля зрения определить светочувствительность сетчатки и обозначить ее в децибеллах. Следовательно, врачу предоставляется возможность не только топографически выявить наличие скотом, но и судить о глубине локального поражения зрительной функции.

Пороговая стратегия стандартной автоматической периметрии строится по алгоритму «лестницы или вилки» *(рис. 35)*.

Если исследование начинают с предъявления стимула, который чуть ярче порогового (шаг 1 слева на *рис. 35*), следующий шаг делают в сторону ослабления яркости стимула: на 4 ступеньки (дБ) «вниз» (шаг 2, слева). Если ослабленный стимул становится невидимым, яркость его повышают, но лишь на две ступеньки (2 дБ). И далее, по необходимости, шагают по «лестнице» вверх, но только по 2 ступеньки. Первый же замечаемый при такой тактике стимул расценивают как пороговый для данной точки поля зрения (шаг 3, слева). Если уже первый из предъявляемых стимулов не виден (шаг 1, справа), то по 4 ступеньки идут вверх (шаг 2, справа), а после первого улавливаемого стимула (шаг 3, справа) опускаются на две ступеньки. Последний из видимых стимулов обозначают как пороговый (шаг 4, справа). В соответствии с задачами порогового исследования в заранее обусловленных выбранной программой точках поля зрения неоднократно предъявляются стимулы различной яркости. Однако световые объекты во время теста проецируются в хаотичном порядке, не позволяя пациенту заранее угадать место их появления, что повышает достоверность полученных данных. Результаты исследования регистрируются либо на основе серо-черной шкалы (чем ниже светочувствительность, тем темнее отметка), либо цифровым кодом в децибелах (дБ).

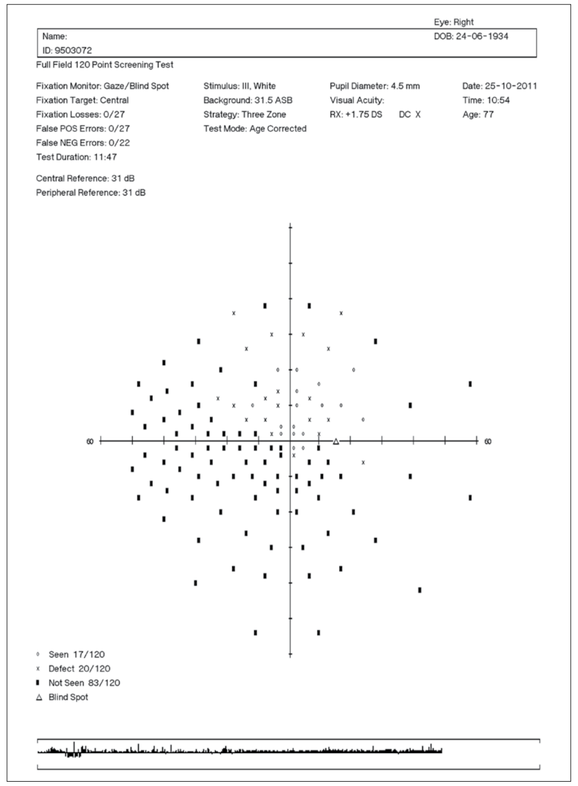


Рис. 34. Результат исследования с помощью скрининговой стратегии по трехзонной методике (количество нормальных точек — 17, относительных скотом — 20, абсолютных — 83)

При обследовании пациентов с глаукомой основными являются тесты для исследования чувствительности в центральной зоне, это 30-2 и 24-2 в периметрах HFA и 32 и G-Program в приборах Octopus, так как большая часть ганглиозных клеток сетчатки находится в зоне 30° от точки фиксации.

Частое использование теста 24-2 как метода выбора при глаукоме связано с коротким временем исследования и меньшим влиянием корректирующего стекла и верхнего века на результаты (в сравнении с тестом 30-2). Исследование 24-2 включает 54 точки, которые расположены аналогично 72 точкам теста 30-2, за исключением наиболее периферических точек во всех меридианах, кроме носового. Тестовые локусы расположены на расстоянии 6° друг от друга и распределены относительно средней линии, что упрощает выявление дефектов при глаукоме.

Swedish Interactive Thresholding Algorithm (SITA) стандарт стимулом размером III для теста 30-2 (или 24-2) является методикой выбора при обследовании пациентов с подозрением на глаукому и неврологическую патологию с помощью периметров Humphrey Field Analyzer. Некоторые исследователи считают, что SITA Fast — это более простой тест, занимающий меньше времени для пациентов, которым сложно выполнить SITA Standard или полную пороговую стратегию. Однако это неверный подход, поскольку SITA Fast требует большего внимания и опыта, поэтому подходит для повторных исследований и молодых пациентов.

Рис. 35. Алгоритм пороговогой стратегии

Проведение исследования по программе 32 с помощью периметра Octopus аналогично тестированию 30-2. При этом может быть использована стратегия Dynamic, которая эффективно сокращает время процедуры без потери диагностической ценности. Однако следует отдавать предпочтение тестированию по схеме G-Program, которая имеет анатомическое расположение локусов исследования (в соответствии с ходом нервных волокон) и дает результаты, упрощающие проведение структурно-функциональной корреляции. Помимо полного исследования порога (Normal или Full Threshold strategy), доступны стратегии, ускоряющие обследование: Dynamic (Threshold Fast strategy), которая полностью заменяет полный тест, и TOP (Tendency Oriented Perimetry), применимая у опытных внимательных пациентов с возможностью исследования одного глаза менее чем за 4 минуты.

Изменение методики исследования

Стимул размером III предназначен для исследований при остроте зрения пациента более 0,1. При более низком зрении возможно увеличение стимула до размера V, однако необходимо учитывать, что нормативная база периметра HFA, SITA Standard

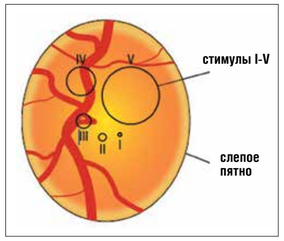


Рис. 36. Примерное соотношение размеров периметрических стимулов и слепого пятна (схема)

и автоматический анализ прогрессии в этой ситуации станут неприменимы *(рис. 36)*. Это замечание не касается приборов Octopus, в которых предусмотрены специальные программы для обследования пациентов со сниженным зрением (Low Vision). В рамках данного обследования возможно выполнение центрального и периферического тестов с выявлением порога чувствительности и полноценным анализом результата в программе EyeSuite.

Также в случае снижения зрения из-за макулярной патологии или при центральных скотомах рекомендуется использовать нестандартные варианты фиксации взгляда: 4 парацентральные точки (diamond) или полукружности.

При выраженном дефекте на фоне далеко зашедшей глаукомы возможно использование теста зоны 10° от точки фиксации для более аккуратного исследования остаточного поля зрения.

Состояние центральной зоны при ранней глаукоме

Макулярная зона занимает зону примерно 8° от точки фиксации, это малая часть всего поля зрения, однако она имеет наибольшую плотность ганглиозных клеток (содержит до 30% от их общего количества) и поэтому является важной зоной интереса при обследовании на глаукому. Выявление патологии ганглиозных клеток в данной области с помощью электрофизиологических методов возможно еще до появления периметрических дефектов. Поэтому макулярная зона может быть мишенью исследования при периметрии, однако стандартные стимулы являются слишком крупными в сравнении с размерами рецептивных полей данной зоны сетчатки. Создание специальных тестов для такого исследования является предметом современных исследований. Однако в настоящее время при проведении периметрии следует уделять достаточное внимание выявлению дефектов в макулярной области, это возможно при использовании программы G периметров Octopus (12 точек исследования в центральной зоне) и уточняющих программ для зоны 10° от точки фиксации. При обследовании с помощью тестов 24-2 и 30-2 в эту зону предъявляются всего 4 стимула, поскольку они предназначены для выявления дефектов по типу назальной ступеньки и дугообразной скотомы. При выявлении хоть одного дефекта в центральной зоне при выполнении 24-2 и 30-2 их необходимо дополнить тестом 10-2 для выявления ранних изменений, которые коррелируют с повреждением нижневисочного сектора RNFL. Его 35° зона называется «макулярной зоной уязвимости» (англ. “macular vulnerability zone”). Также макулярный дефект может быть диффузным.

Роль исследователя

Для получения качественного результата периметрии исследователь должен заинтересовать и мотивировать пациента. Следует объяснять пациенту задачу исследования, его роль в диагностике и мониторинге заболевания и подчеркивать важность каждого нового результата.

Исследователь, непосредственно выполняющий периметрию, должен подробно объяснить пациенту его задачи. Для более точного описания рекомендуется выполнение теста самому диагносту. Все время исследования необходимо находиться рядом с пациентом, чтобы корректировать выполнение процедуры, давать обучающие и поощряющие комментарии. Невыполнение этих рекомендаций ведет к нарушению комплаенса, взаимодействия врача и пациента.

Выявление и уменьшение артефактов

Периферические точки при тесте 30-2 подвержены изменениям, не связанным с состоянием светочувствительности сетчатки. Неправильное расположение корректирующего стекла (trial lens) обычно приводит к появлению выраженной депрессии периферических точек кольцевидной формы. Появление таких дефектов более характерно для коррекции средней или высокой гиперметропии и применения двух стекол, например, при астигматизме. Для уменьшения вероятности таких артефактов необходимо располагать линзу максимально близко к глазу (около 12 мм) и использовать сфероэквивалент до 2 дптр для коррекции астигматизма.

Размер зрачка менее 2 и более 6 мм может приводить к артефактам при периметрии. Если при исследовании применяется мидриатик из-за выраженного миоза, то в протоколе и при последующих тестах на это необходимо обратить внимание. В случае перекрытия части поля зрения верхним веком при птозе и дерматохалязисе можно использовать пластырь для фиксации на время исследования (аналогично это должно быть отражено в протоколе и повторено при последующих исследованиях).

Контроль фиксации

Одним из несомненных достоинств современных периметров, особенно при выполнении сложных стратегий статических вариантов исследования поля зрения, является наличие в них специальных программ, обеспечивающих контроль за правильностью выполнения теста. Адекватный инструктаж пациента, удобное положение, четкая фиксация его взора способствуют повышению достоверности периметрии. В ряде автоматических периметров, кроме непосредственного наблюдения оператора за положением глаз пациента на телевизионном экране и механической подстройки фиксационной метки, имеется система периодической подачи сигналов в зону слепого пятна (методика Хейджл – Кракау). Если пациент при этом «отвечает», регистрируется потеря фиксации взора. Чем ниже уровень потери фиксации, тем надежней результат периметрии. Если положение слепого пятна было правильно определено в начале исследования и потери фиксации составляют более 20-30%, то тест в целом недостоверен *(рис. 37-39)*.

В периметрах Octopus для слежения за фиксацией взора используется функция Fixation Control. Происходит непрерывная регистрация зрачка пациента. При нарушении фиксации, движениях глаз или моргании программа автоматически делает паузы в исследовании.

С помощью слайдера *(рис. 40, 41)* на экране можно выбрать уровень контроля фиксации:

Max: задействованы алгоритмы определения зрачка и контроля взора, регистрация моргания, бокового смещения и контакта с подголовником;

Med: отключен контроль взора;

Min: отключен контроль взора и контакта с подголовником;

Off: отключены все алгоритмы.

Контроль ошибок исследования

Еще одним способом контроля является система подачи в точку с уже определенным порогом светочувствительности заведомо более яркого стимула. Если пациент не отвечает, регистрируется ложноотрицательный ответ (ложноотрицательная ошибка), который может свидетельствовать об утомляемости и невнимательности пациента. В то же время такие ответы могут быть объяснены наличием краткосрочных флюктуаций во время исследования.

Ложноположительные ответы (или ошибки) фиксируются при имитации аппаратом предъявления стимула, то есть когда пациент слышит жужжание, щелканье, гудение периметра, обычно сопровождающее предъявление светового стимула, и нажимает кнопку ответа, в то время как на самом деле тест-объект не возникает. Ложноотрицательные ответы могут изменить картину зрения в худшую сторону, чем это есть на самом деле. Излишне старательные пациенты допускают большое число ложноположительных ответов, и поле зрения у них кажется лучше, чем есть на самом деле. Этот критерий наиболее чувствителен для определения корректности исследования. Достоверность исследования сомнительна при количестве ложнопозитивных ответов более 20%.

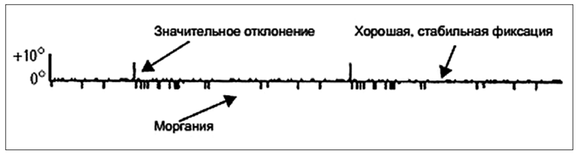


Рис. 37. Диаграмма фиксации взора

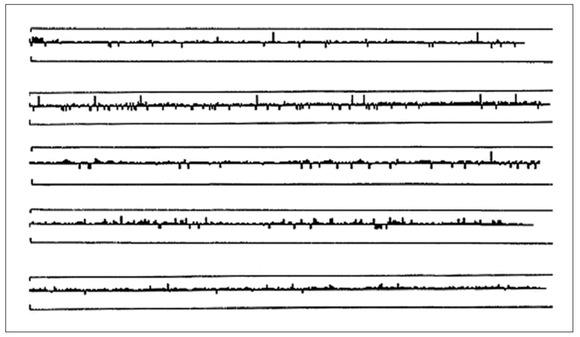


Рис. 38. Примеры диаграммы фиксации взора: хорошая фиксация

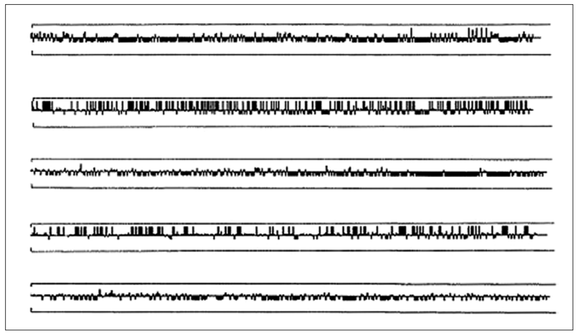


Рис. 39. Примеры диаграммы фиксации взора: плохая фиксация

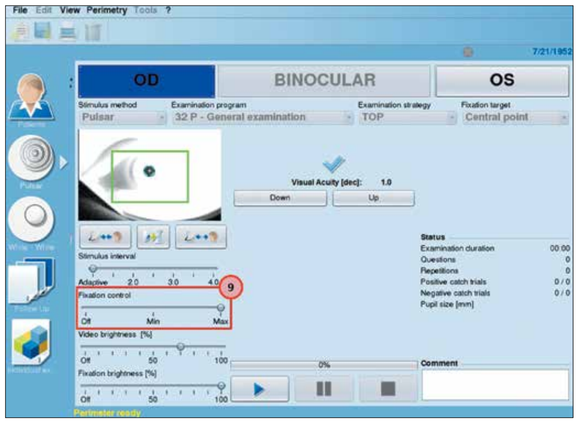


Рис. 40. Окно программы с рамкой контроля фиксации (зеленого цвета) и слайдером регулировки уровня контроля (выделен красным)

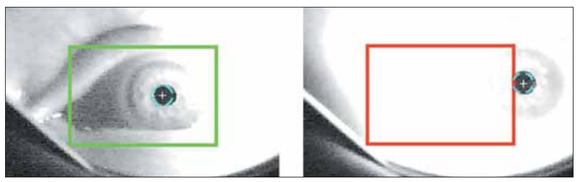


Рис. 41. Положение зрачка в рамке контроля фиксации: зеленая рамка — правильное (оптимальное); красная — неправильное

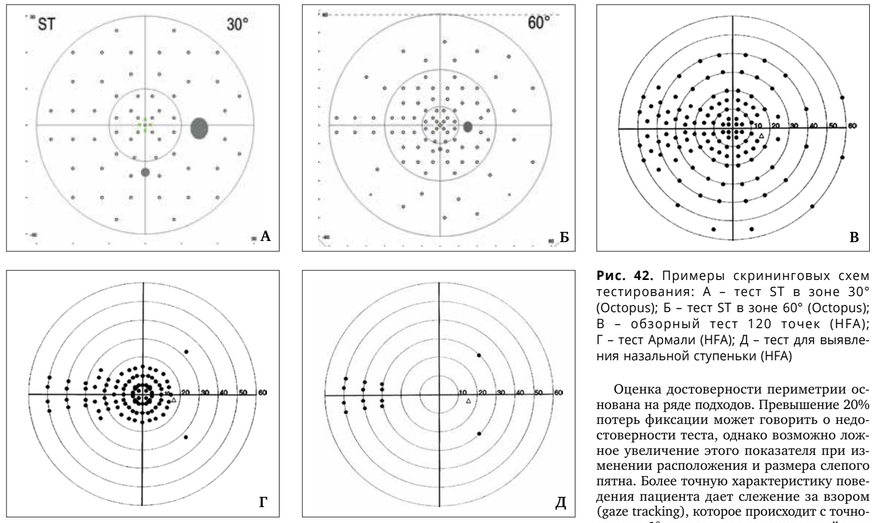


Рис. 42. Примеры скрининговых схем тестирования: А – тест ST в зоне 30° (Octopus); Б – тест ST в зоне 60° (Octopus); В – обзорный тест 120 точек (HFA); Г – тест Армали (HFA); Д – тест для выявления назальной ступеньки (HFA)

Оценка достоверности периметрии основана на ряде подходов. Превышение 20% потерь фиксации может говорить о недостоверности теста, однако возможно ложное увеличение этого показателя при изменении расположения и размера слепого пятна. Более точную характеристику поведения пациента дает слежение за взором (gaze tracking), которое происходит с точностью до 1°, при том что традиционный контроль фиксации чувствителен к отклонению на 3° (половина размера слепого пятна).

Количество ложноположительных ошибок — это ключевой индекс достоверности периметрии. Нетерпеливые и легкомысленные пациенты могут нажимать на кнопку в отсутствие стимула. Такие ошибки важны, когда есть дефекты в поле зрения. Тесты с индексом 15% и более недостоверны и должны быть переделаны, но даже при уровне 5-10% необходимо внимательно оценить результат и при сомнении повторить исследование. Результаты с высоким уровнем ложноположительных ошибок автоматически исключаются из анализа прогрессирования Guided Progression Analysis (GPA).

Ложноотрицательные ошибки указывают на изменчивость в ответах пациента и приводят к углублению дефекта светочувствительности в сравнении с реальной картиной. Значение 10-15% или более наводит на мысль о невнимательности пациента без значительного дефекта поля зрения. У пациентов с глаукомой и выраженным снижением светочувствительности ложноотрицательные ошибки могут быть игнорированы, если тест выглядит правдоподобно.

Очень важно влияние возраста пациента на результаты анализа тестирования. База данных прибора Humphrey использует нормы, сгруппированные по возрасту в 10-летних интервалах. Поэтому может происходить мнимое улучшение результатов при переходе в другую возрастную категорию. Например, исследование одного пациента в 59 и 60 лет будет сравниваться с разными нормативными данными. В периметрах Octopus для формирования возрастной нормы используется ежегодный тренд снижения чувствительности по точкам. Неверно указанная дата рождения пациента может привести к неправильной трактовке результатов исследования и диагностической ошибке.

Повышение точности исследования

Необходимо отметить, что в целом улучшение фиксации взора пациента, правильности проведения периметрии и снижение вышеуказанных показателей при повторном тестировании свидетельствуют о немаловажном значении фактора обучения при проведении исследования. Следовательно, оценивать достоверность полученных результатов следует после проведения дублирующих процедур, что особенно важно при базовом исследовании.

Текущий мониторинг полученных данных увеличивает точность и достоверность исследования, однако при оценке его результатов возможны ошибки, которые следует по возможности правильно уметь интерпретировать.

Так, выраженные надбровные дуги, слишком глубокое расположение глазного яблока в глазнице, высокая переносица, птоз, дерматохалязис могут приводить к сужениям верхних или боковых границ поля зрения.

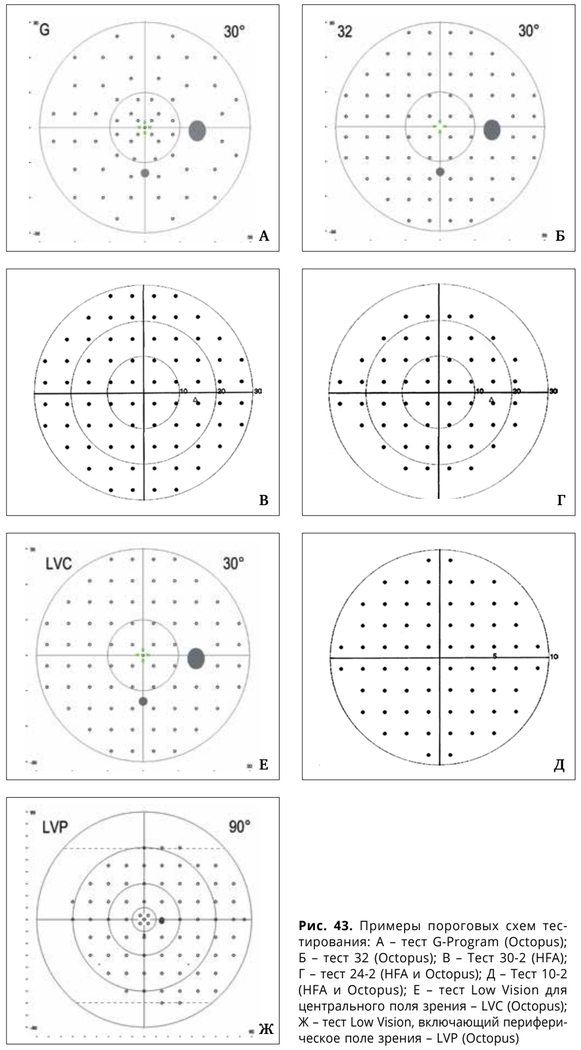


Рис. 43. Примеры пороговых схем тестирования: А – тест G-Program (Octopus); Б – тест 32 (Octopus); В – Тест 30-2 (HFA); Г – тест 24-2 (HFA и Octopus); Д – Тест 10-2 (HFA и Octopus); Е – тест Low Vision для центрального поля зрения – LVC (Octopus); Ж – тест Low Vision, включающий периферическое поле зрения – LVP (Octopus)

Помутнение оптических сред (роговицы, хрусталика и стекловидного тела), помимо диффузного снижения светочувствительности сетчатки, приводит к тому, что пациент не видит объекты во время исследования. Для решения этой проблемы можно использовать более крупные и яркие объекты.

Лицам старше 40 лет, пациентам с афакией и артифакией исследование следует проводить с оптимальной оптической коррекцией для близи. Наличие астигматизма более 1 дптр и децентрация корригирующих линз могут быть причиной появления рефракционных периферических скотом, а очковая коррекция афакии — сужения поля зрения до 50% (кольцевидная скотома), так же как и ободок линзы при небольшом размере ее оптической части. Переднекамерные интраокулярные линзы также могут незначительно сужать поле зрения.

Для периметрии идеальным является размер зрачка 3,5-4 мм. Проведение исследования при очень узком или очень широком зрачке может приводить соответственно к снижению или повышению чувствительности периферических отделов и увеличивать вариабельность этого показателя в центральной зоне в норме и при глаукоме, т.е. к ошибкам диагностики и неправильной оценке прогрессирования заболевания.

Схемы предъявления стимулов при статической периметрии

Оптимальной является двухэтапная методика периметрических исследований, включающая скрининговую стратегию для выявления проблемных зон, а затем проведение порогового тестирования для уточнения глубины и локализации дефектов, позволяющего судить о более тонких нарушениях зрительной функции и в последующем осуществлять контроль за прогрессированием заболевания. Чувствительность периметрии определяется плотностью расположения исследуемых точек. Однако чем больше их исследуется, тем длительнее и утомительнее процедура проверки. Поэтому с практической точки зрения целесообразно опираться на существующие представления о наиболее ранимых при глаукоме зонах поля зрения, что позволяет повысить специфичность результатов исследования. Для сокращения времени исследования компьютерные периметры оснащены набором программ, позволяющих осуществлять скрининговые и пороговые исследования локально в значимых для глаукомы отделах: центральная зона в 20-30° от точки фиксации (включая зону Бьеррума) и носовая область вдоль горизонтального шва (зона «назальной ступеньки»).

Появление автоматизированных компьютерных программ обусловило качественно новый этап периметрии, а наличие статистических методов обработки результатов тестирования значительно сократило время на его проведение. В современных периметрах предусмотрены тесты для оценки как периферических, так и центральных отделов поля зрения, а также ряд специализированных методик, направленных на исследование проблемных зон при различных заболеваниях *(рис. 42, 43, табл. 5)*. Это возможно при выделении областей, в которых выявление изменений светочувствительности наиболее вероятно при той или иной офтальмопатологии. Поэтому на практике во внимание принимают существующие представления о наиболее ранимых при глаукоме зонах поля зрения и тем самым повышают специфичность результатов исследования.

Локализация наиболее чувствительных участков (фокальных дефектов) при глаукоме обусловлена поражением отдельных пучков нервных волокон на глазном дне. Аксоны ганглиозных клеток сетчатки в зрительном нерве группируются в пучки, каждый из которых выходит из глаза через отдельный канал в решетчатой пластинке склеры. Поражение одного или нескольких таких пучков проводит к образованию скотом в поле зрения. При глаукоме наиболее уязвимы дуговые волокна, идущие к зрительному нерву от парацентральных отделов сетчатки. Они начинаются от горизонтального шва сетчатки в ее височной половине, огибают макулярную зону и формируют группу пучков нервных волокон в верхне- и нижневисочных отделах диска зрительного нерва. По форме дуговые волокна напоминают веер, широкая часть которого находится у горизонтального шва сетчатки, а узкая — у диска зрительного нерва *(рис. 44)*.

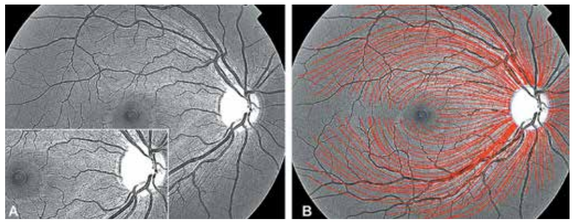


Рис. 44. Ход пучков нервных волокон сетчатки. А – фотография, выполненная в бескрасном свете (крупно дана папилломакулярная зона); В – схематическое изображение

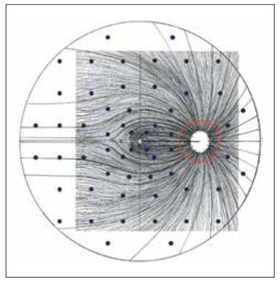


Рис. 45. Схема расположения стимулов программы G-Program периметра Octopus и хода нервных волокон

Представление о расположение волокон легло в основу схемы предъявления стимулов при периметрии в приборах компании «Haag-Streit». Изучение чувствительности в зонах, связанных с теми или иными пучками, упрощает исследование структурно-функциональной корреляции дефектов *(рис. 45)*.

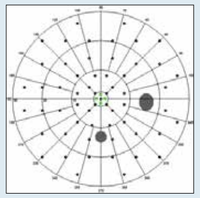
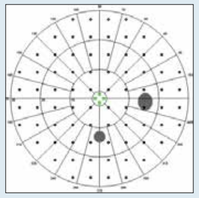
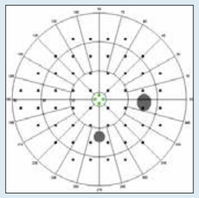
На уровне головки зрительного нерва 1/3 ее объема занимает папилломакулярный пучок, который смещает дуговые нервные волокна к верхнему и нижнему полюсам диска зрительного нерва. В медиальной (носовой) части диска собираются аксоны от ганглиозных клеток, расположенных в соответствующей, т.е. носовой, части сетчатки, а в латеральной (височной) части — представлены аксоны ганглиозных клеток височной части сетчатки, включая и макулярную область. По вертикали также существует строгое разделение топографии: в верхневисочной части диска зрительного нерва собираются аксоны от ганглиозных клеток, расположенных выше горизонтальной линии (как на периферии, так и в парацентральной зоне глазного дна), а в нижневисочной части — от ганглиозных клеток, находящихся в той же височной половине, но ниже горизонтальной линии.

Участок поля зрения, соответствующий дуговым волокнам сетчатки в 10-20° от точки фиксации, получил название «зоны Бьеррума». Поражение части этих волокон приводит к формированию скотомы дугообразной формы.

Глаукомная нейропатия верхнего или нижнего дуговых пучков образует скотому в форме кометы с широким хвостом, ограниченным горизонтальным меридианом, и узким противоположным концом, сливающимся со слепым пятном. Одновременное поражение верхнего и нижнего пучков приводит к образованию кольцевой скотомы. Существенно и то, что аксоны, идущие от клеток, которые расположены в парацентральной зоне сетчатки (в 10-15° от центральной ямки), в диске зрительного нерва совершают перекрест и сближаются с аксонами от крайней периферии соответствующей стороны. Таким образом и те, и другие аксоны проходят через склеральный канал по соседству и вблизи его стенок. Поэтому их повреждение при глаукоме приводит к возникновению дефектов поля зрения одновременно в далеко отстоящих участках — на крайней носовой периферии и в парацентральной зоне. ■

Таблица 5

Сравнение пороговых тестов, применяемых для диагностики глаукомы

	**G-Program** • Физиологический принцип расположения стимулов, по ходу нервных волокон; • Зона тестирования – 30°; • Короткая программа – всего 59 точек; • Внимание к центральной зоне: 5 точек в фовеоле (3°), 17 точек в макулярной зоне (10°); • Не исследуется зона слепого пятна.
	**30-2 (Humphrey) /32 (Octopus)** • Прямоугольная сетка, математический принцип расположения стимулов; • Зона тестирования – 30°; • Средняя программа – 76 точек; • Центральная зона исследуется наравне с другими: 0 точек в фовеоле (3°), 12 точек в макуле (10°).
	**24-2 (Humphrey)** • Прямоугольная сетка, математический принцип расположения стимулов; • Зона тестирования – 24°; • Короткая программа – 56 точек; • Центральная зона исследуется наравне с другими: 0 точек в фовеоле (3°), 12 точек в макуле (10°); • 2 дополнительные точки с носовой стороны.

Энуклеация правого глаза по поводу увеальной меланомы с одномоментной сквозной аутокератопластикой на левом глазу (клиническое наблюдение)

А.Ю. Слонимский

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

Больная Б., 75 лет, находилась на стационарном лечении в I офтальмологическом отделении ГБУЗ ОКБ Департамента здравоохранения г. Москвы с 12.11.2013 г. по 18.11.2013 г. (сейчас — Филиал № 1 ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина).

Диагноз: OD — меланома хориоидеи T3N0M0 (прогрессирование с 2012 г.), гемофтальм, артифакия, открытоугольная IIIа глаукома; OS — помутнение сквозного роговичного трансплантата, артифакия, оперированная открытоугольная IIIа глаукома, ВМД (сухая форма).

История болезни. Образование хориоидеи OD выявлено в 2006 г. (h — 1,29 мм, d — 5,70 мм), лечение не проводили, так как любое вмешательство привело бы к снижению зрения на единственном видящем глазу. С 2006 по 2012 гг. образование хориоидеи находилось в стационарном состоянии (Vis OD=0,2), с 2012 г. — отмечен рост образования. Динамика роста меланомы хориодеи по данным эхографического исследования представлена на *рис. 1-3*.

При поступлении: Vis OD=0 (ноль), Vis OS = светоощущение с правильной проекцией света. Биомикроскопически: OD — смешанная инъекция, расширение эпикслеральных сосудов на 8 часах, субконъюнктивально пигментированный очаг 2х3 мм с четкими границами на 7.30 часах в 5 мм от лимба. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка субатрофична, на ее поверхности по всей окружности дополнительных образований нет *(рис. 4-5)*. Зрачок круглый, реакция на свет отсутствует, заднекамерная ИОЛ в капсульном мешке, центрирована, в стекловидном теле — кровь, рефлекса нет, глазное дно не просматривается. Эхография OD от 12.11.2013 г.: «+» ткань H max = 8,29 мм, D=21,77 мм, гемофтальм.

На OS в 2008 г. была проведена операция — сквозная субтотальная кератопластика по поводу псевдофакической буллезной кератопатии на глазу с открытоугольной оперированной IIIа глаукомой. Трансплантат сохранял прозрачность около 2 лет с остротой зрения около 0,04. В дальнейшем отмечалось постепенное помутнение трансплантата с его васкуляризацией и снижением остроты зрения OS до светоощущения с правильной проекцией *(рис. 6)*.

Проведена совместная консультация академика РАН А.Ф. Бровкиной и профессора А.Ю. Слонимского: учитывая расположение опухоли у нашей пациентки в задних отделах глаза, крайне низкий риск имплантационных очагов на неизмененной роговице, а также низкую вероятность отторжения и помутнения аутотрансплантатов, решено провести энуклеацию правого слепого глаза с меланомой хориоидеи с предварительной коагуляционной блокировкой зоны выхода в преэкваториальной зоне и одномоментную сквозную аутотрансплантацию роговицы с OD на OS. Цель аутокератопластики — попытка улучшения функций единственного левого глаза с остаточными зрительными функциями (Vis OS = светоощущение с правильной проекцией) с васкуляризированным мутным трансплантатом, оперированной компенсированной далеко зашедшей глаукомой, артифакией и ВМД. Необходимо отметить, что при подобной васкуляризации мутного роговичного трансплантата *(рис. 7)* прогноз в плане прозрачного приживления при проведении сквозной рекератопластики донорской роговицей плохой.

Рис. 1-3. Динамика роста меланомы хориоидеи по данным эхографического исследования

Рис. 4-5. Состояние переднего отрезка правого глаза с увеальной меланомой. Планируется использовать роговицу после энуклеации для аутокератопластики на левом глазу

Рис. 6. Мутный роговичный трансплантат левого глаза

Рис. 7. Васкуляризация мутного роговичного трансплантата OS. При подобной глубокой васкуляризации прогноз в отношении прозрачного приживления трансплантата при проведении рекератопластики с использованием донорской роговицы плохой

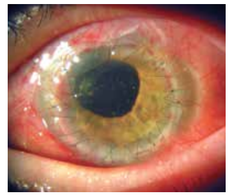


Рис. 8. Состояние роговичного аутотрансплантата на 1 день после операции

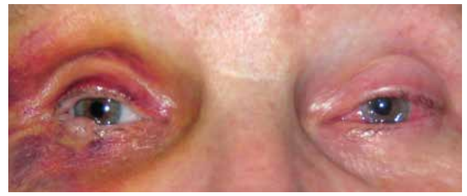


Рис. 9. Фото при выписке больной из стационара. Справа — легкий послеоперационный отек и гематома век, анофтальм, полость чистая, протезирована. OS — прозрачный роговичный трансплантат. Острота зрения OS равна 0,01 (трубочное поле зрения)

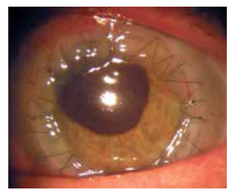


Рис. 10. Состояние роговичного трансплантата OS через неделю после выписки. Острота зрения OS = 0,02 (трубочное поле зрения)

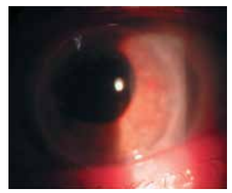


Рис. 11. Прозрачный роговичный трансплантат через 12 месяцев после операции. Все швы сняты

13.11.2013 г. проведена операция: энуклеация OD с одномоментной сквозной аутоторансплантацией роговицы OD на OS (хирурги: доцент О.Ю. Яценко и профессор А.Ю. Слонимский). Операция протекала без осложнений. При выкраивании трансплантата на обоих глазах использован трепан дм 8,0 мм. Трансплантат фиксирован 8 узловыми и 1 непрерывным швом 10/0 — нейлон.

При осмотре на первый послеоперационный день *(рис. 8)*: Vis OS = счет пальцев на расстоянии 20 см, Tensio OS — N (пальпаторно). OS — глаз умеренно раздражен, отделяемого нет, сквозной роговичный трансплантат прозрачен, имеются единичные складки десцеметовой оболочки, роговичные швы чистые, адаптация трансплантата хорошая, передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. Зрачок несколько неправильной формы, около 3,5 мм, базальная колобома радужки на 12 часах, заднекамерная ИОЛ находится в стабильном, правильном положении, на глазном дне — ДЗН с серым оттенком, глаукоматозная экскавация 0,9; в центральной зоне сетчатки — сухие дистрофические очаги. Справа — легкий послеоперационный отек и гематома век, анофтальм, отделяемого практически нет, конъюнктивальная полость чистая. 15.11.2013 г. полость протезирована.

Заключение гистологического исследования: постэкваториальная пигментированная грибовидной формы меланома хориоидеи веретеноклеточная типа В. Прорастание вдоль заднего эмиссария почти на всю толщу склеры.

Состояние глаза после антиглаукоматозной операции. Артифакия. Вторичная отслойка сетчатки. В просмотренных срезах выхода опухоли за пределы фиброзной капсулы глаза не выявлено. На склере, где клинически был заподозрен «выход» опухоли — обнаружено кровоизлияние в тканях и полнокровные сосуды.

При выписке 18.11.2013 г. *(рис. 9)*. Vis OS = 0,01 (трубочное поле зрения); Tensio OS — N (пальпаторно). OS — глаз практически спокоен, роговичный трансплантат прозрачен, эпителизация полная, швы чистые, передняя камера нормальной, средней глубины, влага передней камеры прозрачная, заднекамерная ИОЛ — в стабильном положении, в остальном Status idem. Правая конъюнктивальная полость чистая, протезирована. Больная передвигается сама, без посторонней помощи, рекомендации по закапыванию назначенных капель выполняет.

Через неделю острота зрения повысилась до 0,02 с трубочным полем зрения, левый глаз практически спокоен, трансплантат прозрачен *(рис. 10)*. Через 12 месяцев после операции трансплантат сохранял прозрачность *(рис. 11)*.

Анализ и обсуждение клинического случая

Оптическая часть роговицы является авасскулярной. Однако при патогистологическом исследовании удаленных по поводу увеальной меланомы глаз в ряде случаев встречается диссеминация опухолевых клеток, в том числе и с формированием имплантационных очагов на роговице. По данным литературы, это встречается крайне редко. При анализе 402 энуклеированных в ОКБ по поводу увеальной меланомы глаз за период с 2003 по 2013 гг. только на 4 глазах имплантационные очаги встретились в передних отделах глазного яблока (0,99%), а имплантационный очаг на роговице отмечен только у 1 пациента с меланомой, прорастающей плоскую часть цилиарного тела (0,25%).

До широкого внедрения в клиническую практику идеи академика В.П. Филатова использовать для трансплантации кадаверную роговицу человека основным источником донорского материала были энуклеированные слепые глаза, а в редких случаях — глаза близких родственников. Надо отметить, что во всем мире существуют жесткие ограничения для использования роговицы доноров для кератопластики. Так, при наличии любого онкологического заболевания, глаза доноров считаются непригодными для кератопластики. Учитывая серьезные сложности в получении донорского материала в последние годы, офтальмохирург должен всегда обращать внимание на состояние парного глаза. При полной слепоте парного глаза с наличием здоровой роговицы необходимо оценивать и возможность аутокератопластики. В своей практике мы проводили аутокератопластику дважды: в одном случае, используя прозрачную роговицу со слепого глаукомного глаза и в одном случае — при рубцующем пемфигоиде. В случае рубцующего пемфигоида мы провели донорскую кератопластику для слепого глаза (с целью сохранения глаза как органа) и пересадку роговицы со слепого глаза на функционально сохранный с мутной роговицей. Прозрачное приживление было достигнуто в обоих случаях.

Заключение

Анализируя вышеописанный клинический случай, мы хотели показать, что при наличии опухоли заднего отрезка глаза без прорастания в передний отдел и при помутнении роговицы парного глаза (васкуляризированный мутный трансплантат) существует редкая возможность провести аутокератопластику с практически гарантированным прозрачным приживлением трансплантата и улучшением зрительных функций.

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

Ферментативный трабекулоклининг с факоэмульсификацией — новая комбинированная операция для лечения глаукомы на глазах с катарактой

А.В. Лапочкин

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

В настоящее время одной из основных причин слабовидения, приводящих к инвалидности по зрению, продолжает оставаться сочетание глаукомы и катаракты. По данным различных авторов, комбинация этих заболеваний наблюдается в 17-76% случаев [1], и такой разброс представляется довольно существенным. Наши клинические наблюдения показывают, что от 10 до 20% пациентов в возрасте старше 60 лет, идущих на операцию по удалению катаракты, в качестве сопутствующего заболевания имеют различные формы глаукомы.

На сегодняшний день выбор тактики лечения при сочетании катаракты и глаукомы сложен и определяется каждым хирургом индивидуально, исходя из своего личного опыта. Однако наиболее частым способом хирургического лечения таких больных в настоящее время являются комбинированные операции, сочетающие в себе удаление катаракты, имплантацию искусственной линзы и антиглаукомное вмешательство [2-4].

Ряд авторов отдает предпочтение удалению катаракты на глазах с глаукомой, считая ее достаточной для стабилизации глаукомного процесса [5, 6].

Третий тактический подход к лечению таких пациентов заключается в разделении во времени антиглаукомной операции и экстракции катаракты, выводя на первый план нормализацию внутриглазного давления [7].

Эффективной альтернативой комбинированным вмешательствам становятся операции, сочетающие в себе факоэмульсификацию катаракты с антиглаукомным компонентом ab interno [8-10]. Очевидным преимуществом операций ab interno является отсутствие дополнительного операционного доступа и разрезов конъюнктивы и склеры, вызывающих дополнительную операционную травму [9].

В связи с вышеизложенным целью настоящей работы явилась разработка и оценка клинической эффективности нового способа лечения глаукомы на глазах с катарактой на основе факоэмульсификации, сочетанной с ферментативным трабекулоклинингом в качестве антиглаукомного компонента ab interno.

Таблица 1

Гидродинамические показатели глаз до операции и в послеоперационном периоде*

Гидродинамические показатели	До операции	После операции					
		1 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	18 мес.	24 мес.
P_o	23.66±1.06	13.03±0.80	13.23±0.70	13.43±0.70	13.80±0.71	14.37±0.71	15.37±0.76
C	0.14±0.01	0.25±0.02	0.26±0.02	0.25±0.01	0.24±0.01	0.23±0.01	0.21±0.01
Коэф. Беккера	166±20.13	56±5.85	53±5.06	54±4.65	58±4.90	63±4.76	75±5.99

*при p<0,05

Таблица 2

Острота зрения до операции и в послеоперационном периоде

	До операции	После операции			
		3 мес.	12 мес.	18 мес.	24 мес.
Средняя острота зрения	0,154±0,04	0,82±0,06	0,81±0,06	0,78±0,06	0,74±0,08

Материалы и методы

В данное исследование были включены 90 пациентов (90 глаз) с медикаментозно компенсированной и субкомпенсированной глаукомой I-II стадий, сочетанной с катарактой различной степени зрелости. Возраст пациентов составлял в среднем 72,2±1,73 года, колеблясь от 57 до 84 лет. Женщин было 64 (71,11% пациентов), мужчин — 26 (28,89% пациентов). Никто из пациентов не имел в анамнезе лазерных либо полостных операций по поводу глаукомы.

Внутриглазное давление колебалось в пределах 16-31 мм рт.ст (по Гольдману) и составляло в среднем 23,66±1,06 мм рт.ст (на максимальном медикаментозном режиме). Острота зрения до операции составляла 0,137±0,07, варьируя от 0,5 до pr.l.certa. Средняя плотность эндотелиальных клеток роговицы — 2150±142,6 кл./мм².

I (начальная) стадия глаукомы выявлена у 32 пациентов (35,5%), II (развитая) — у 58 пациентов (64,5%). Основное количество больных (74%) имело незрелую катаракту, у оставшихся 26% — катаракта имела зрелую форму. Согласно анамнезу и данным амбулаторных карт пациентов, срок течения заболевания составлял от 6 месяцев до 5 лет. С целью снижения внутриглазного давления пациенты использовали от 1 до 3 гипотензивных препаратов различного механизма действия.

Программа обследования больных включала общепринятые офтальмологические методы исследования: определение остроты зрения и поля зрения, тонометрию, тонографию, осмотр глазного дна, определение КЧСМ, определение плотности эндотелиальных клеток роговицы.

Особое внимание уделялось гониоскопическому исследованию, при котором угол передней камеры глаза оценивался на всем его протяжении в 360°. Отмечалась степень открытия угла и пигментации дренажной зоны (по классификации А.П. Нестерова), наличие псевдоэксфолиативного материала в УПК. Не менее важным критерием гониоскопического исследования служило обнаружение оголенных собственных сосудов радужки или новообразованных сосудов в области УПК, что предполагало более острожные манипуляции во время ирригационно-аспирационной очистки трабекулы (трабекулоклининг). Помимо этого, гониоскопия позволяла исключить новообразования корня радужки и циклодиализ.

Техника операции. Проводили факоэмульсификацию катаракты по стандартной методике под местной анестезией, с последующей имплантацией в капсульный мешок гибкой ИОЛ. Затем с целью натяжения радужки и трабекулярного аппарата в переднюю камеру вводили препарат миотического действия (ацетилхолин или миохол) и применяли оригинальные (различные по диаметру) аспирационно-ирригационные наконечники, предназначенные для гидродинамической очистки трабекулы (трабекулоклининга).

Ирригационный наконечник имел диаметр 0,8 мм и единственное отверстие на конце. Это позволяло получить мощный и направленный поток воды на трабекулярную область, особенно при близком подведении наконечника к структурам УПК во всех 4 сегментах. Аспирационный наконечник диаметром 0,6 мм имел скос 30° на конце и отверстие на скосе, что давало возможность эффективно осуществлять аспирацию, а также практически избегать формирования грубых складок роговицы при активной манипуляции наконечником. Проводилась аспирационно-ирригационная очистка трабекулы во всех 4 сегментах УПК с поперменной сменой положения наконечников в парацентезах. По завершении аспирационно-ирригационного воздействия (трабекулоклининга) в переднюю камеру вводился фермент гемаза (в дозировке 500 МЕ) для ферментативной очистки трабекулы. Операция заканчивалась введением под конъюнктиву раствора дексаметазона и гентамицина и наложением на глаз стерильной повязки.

Результаты и обсуждение

Интраоперационных осложнений нами отмечено не было. Спустя 6-8 часов после операции примерно у 40% пациентов наблюдался умеренный отек эпителия роговицы на фоне реактивного повышения офтальмотонуса, что связано с послеоперационным отеком трабекулы и снижением коэффициента легкости оттока. Через сутки после операции мы наблюдали практически прозрачную роговицу оперированного глаза и нормальное внутриглазное давление. Главным результатом проведенного оперативного лечения стало значительное улучшение гидродинамических показателей глаз и остроты зрения по сравнению с предоперационными значениями в течение всего срока наблюдения *(табл. 1, 2)*.

Обязательным условием обследования пациентов была эндотелиальная биомикроскопия роговицы, которая выявила, что в среднем послеоперационная потеря эндотелиальных клеток не превышала 7-8%. Данные цифры согласуются с потерей клеток эндотелия роговицы после обычной факоэмульсификации.

Очень важным клиническим критерием эффективности проведенной операции было снижение степени пигментации трабекулы в послеоперационном периоде, что также объясняло улучшение коэффициента легкости оттока. Средняя степень пигментации трабекулы до операции была 2,54±0,22, через год после операции — 1,4±0,14, через 2 года — 1,78±0,14. Также мы отмечали увеличение степени открытия угла передней камеры (средняя степень открытия УПК до операции — 2,75±0,31, после операции — 3,8±0,17).

Клинический пример

Больной Б. *(рис. 1)*.

Предложенная нами операция (приоритетная справка на выдачу патента на изобретение № 2010129972 от 20.07.2010), включающая в себя факоэмульсификацию с имплантацией ИОЛ и ферментативный трабекулоклининг, является современным, безопасным и технически простым в исполнении методом лечения глаз с сочетанной глаукомой I-II стадий и катарактой различной степени зрелости. Выполнение интраоперационного миоза позволяло нам максимально открыть доступ к дренажной зоне угла передней камеры. Затем с помощью приспособленных аспирационного и ирригационного наконечников происходила целенаправленная и эффективная очистка трабекулы от пигментных и псевдоэксфолиативных отложений, фибронектина. Параллельно осуществлялась максимальная эвакуация остатков вискоэластика, мельчайших хрусталиковых масс, эритроцитов и пигментных клеток, слущенных с задней поверхности радужной оболочки ирригационными потоками в ходе факоэмульсификации. Вышеописанные манипуляции являлись гидромеханической составляющей трабекулоклининга.

Для выполнения медикаментозного воздействия на трабекулярный аппарат мы остановили свой выбор на ферментном препарате «Гемаза», который официально разрешен Минздравом РФ для внутриглазного введения в дозе 500 МЕ и прошел все клинические испытания в ведущих офтальмологических клиниках России. Препарат рекомбинантной проуроканиназы — гемаза — катализирует превращение плазминогена в плазмин — сериновую протеазу, способную лизировать фибриновые сгустки. Помимо этого, препарат способен оказывать деструктивное действие на гликопротеин внеклеточного матрикса — фибронектин, играющий очень важную роль в механической обструкции межтрабекулярных пространств при глаукоме [11-16].

Введение на заключительном этапе в переднюю камеру фермента гемазы в дозировке 500 МЕ предполагало ферментативное деструктивное воздействие на фибронектин и другие адгезивные белки, отложения которых присутствуют в трабекулярном фильтре. Стоит также отметить, что введение гемазы снижало воспалительную реакцию посредством воздействия на послеоперационное выпадение фибрина и скорейшее рассасывание остаточных элементов крови в области УПК.

Выводы

Разработан и внедрен в клиническую практику новый способ лечения глаукомы на глазах с катарактой — ферментативный трабекулоклининг в ходе факоэмульсификации. Принципиально важным явилось интраокулярное использование ферментов в хирургическом лечении глаукомы, где в сочетании с гидромеханическим компонентом очистки трабекулы использовалось введение гемазы в дозе 500 МЕ в переднюю камеру. Результатом новой операции явилось повышение остроты зрения и стойкая нормализация внутриглазного давления и показателей оттока внутриглазной жидкости.

Литература

1. Азнабаев М.Т., Азнабаев Б.М., Алимбекова З.Ф. Комбинированные методы хирургического лечения катаракт при первичной открытоугольной глаукоме: Метод. рекомендации. – Уфа, 1998. – С. 1-9.

2. Федоров С.Н., Малюгин Б.Э., Джндоян Г.Т. Результаты одномоментной факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ и непроникающей тоннельной склерэктомии // Съезд офтальмологов России, 7-й: Тез. докл. – М., 2000. – Ч. 1. – С. 560.

3. Салем М.А. Результаты применения новой комбинированной операции при сочетании глаукомы и катаракты: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – 1994. – 25 с.

4. Лукашко В.А., Лукашко Н.К. Результаты экстракции катаракты с интраокулярной коррекцией у больных с первичной открытоугольной глаукомой // Съезд офтальмологов России, 7-й: Тез. докл. – М., 2000. – Ч. 1. – С. 560.

5. Правосудова М.М., Балашевич Л.И., Сомов Е.Е. Факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ у больных с закрытоугольной глаукомой // Офтальмохирургия. – 2005. – № 2. – С. 18-20.

6. Иошин И.Э., Лысенко С.В. Внутриглазное давление до и после экстракции катаракты у больных с псевдоэксфолиативным синдромом // Современные технологии хирургии катаракты: Сб. тезисов. – М., 2002. – С. 120-127.

7. Ефимова М.Н. Патология оптических сред глаза: Сб. науч. работ. – М., 1989. – С. 45-47.

8. Малюгин Б.Э., Тимошкина Н.Т., Джндоян Г.Т., Верзин А.А. Результаты использования факотрабекуласпирации для профилактики послеоперационной гипертензии после факоэмульсификации с имплантацией ИОЛ на глазах с псевдоэксфолиативным синдромом // Глаукома. – 2004. – № 3. – С. 21-24.

9. Монгуш А.Х. Клинико-морфологическое обоснование операции экстракции катаракты в комбинации с циклодиализом ab interno: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М, 2000. – 13 с.

10. Тауфик Салех М. Дайбан. Факоэмульсификация катаракты с циклодиализом «ab interno» у больных с первичной открытоугольной глаукомой: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2008. – 23 с.

11. Алябьева Ж.Ю., Матвеев М.Ю., Евграфов В.Ю. и др. Фармакокинетика глазной формы рекомбинантной проуроканиназы // Вестн. офтальмологии. – 1998. – № 1. – С. 38-41.

12. Алябьева Ж.Ю., Егоров Е.А. Применение препарата гемаза для лечения внутриглазных кровоизлияний и послеоперационного фибриноидного синдрома // Русский Медицинский Журнал. – 2002. – Т. 3. – № 3. – С. 114-116.

13. Uemura A., Nakamura M., Kachi S. Effect of plasmin on laminin and fibronectin during plasmin assisted vitrectomy // Arch. Ophthalmol. – 2005. – Vol. 123. – No. 2. – P. 209-213.

14. Gandofer A., Rohleder M., Sethi C. Posterior vitreous detachment induced by microplasmin // Invest. Ophthalmol. – 2004. – Vol. 45. – P. 641-647.

15. Сосновский В.В. Изучение возможностей использования фибринолитических средств в эндовитреальной хирургии: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2008. – С. 4.

16. Бродская М.В. Изучение фибронектина в трабекулярном аппарате глаза при старении, у больных первичной открытоугольной глаукомой и после лазерной трабекулопластики: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 1989. – 16 с.

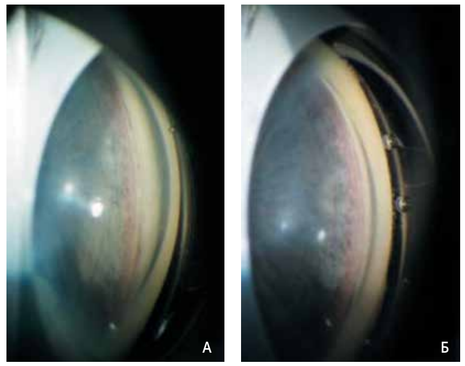


Рис. 1. а) OS — УПК до операци; **б)** OS — УПК после операции

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

Судебно-медицинская экспертиза повреждений орбиты

А.В. Андрианова

Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

Экспертиза механической травмы всегда занимала значительное место в практической работе судебных медиков, особенно в последние десятилетия. Общий рост травматизма в РФ за 2000-2005 гг. составил 3,8% [1].

По сводным отчетным данным Государственных судебно-медицинских экспертных учреждений РФ, доля транспортной травмы в структуре механической травмы составила в 2003 г. 33,2%, в 2007 г. — 38,1%, в 2012 г. — 38,5%. Постоянное увеличение числа пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях привело в последние годы к закономерному росту производства судебно-медицинских экспертиз и исследований.

Судебно-медицинская оценка тяжести вреда здоровью при травмах орбиты представляет собой непростую задачу для эксперта. Анатомическая сложность и концентрация жизненно и функционально важных органов в этой области требует привлечения врачей разных специальностей [2, 3].

В доступной современной литературе публикации, посвященные комплексной оценке травм глазницы с учетом переломов ее костных стенок, повреждений мягких тканей, зрительного нерва в ретробульбарной и внутриканальной частях, практически не встречаются.

Вышесказанное определило цель нашего исследования — оценить состояние судебно-медицинской диагностики травм орбиты на современном этапе.

Материал и методы

Для достижения цели исследования требовалось оценить удельный вес, причины, динамику, клинические особенности и состояние (особенности) судебно-медицинской экспертизы травм орбиты по данным архивных судебно-медицинских экспертиз, выполненных в ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» г. Москвы. Были изучены порядка 35000 заключений за период 1999-2008 гг., из которых выделены 133 случая травмы глазницы, сочетавшейся с ЧМТ (89%) и изолированной (11%).

Результаты и обсуждение

Возраст пострадавших на момент травмы варьировал от 13 до 66 лет, из них детей (до 18 лет включительно) — 9; 105 лиц мужского пола и 38 — женского.

Удар твердым тупым предметом (62%) являлся домирующим среди механизмов повреждения. На втором месте (31%) зарегистрированы дорожно-транспортные повреждения. В единичных случаях наблюдались выстрел (3%), падение с высоты (2%), взрывная травма (2%).

Очные осмотры (обследования) пострадавших врачами — судебно-медицинскими экспертами проводились в 47 (33%) случаях, в остальных случаях СМЭ проводилась на основании данных медицинских документов (подлинников).

Как известно, ключевую роль в диагностике объема травм орбиты играют клинико-инструментальные методы обследования пострадавших. Однако среди всех экспертных заключений описание консультации офтальмолога присутствовало только в 70% экспертиз. Осмотр включал в себя выяснение жалоб, определение остроты зрения (65%), биомикроскопию (67%), офтальмоскопию (78%), тонометрию (16%), периметрию (13%) и ультразвуковую диагностику (7%).

В процессе судебно-медицинской экспертизы травмы орбиты эксперт может пользоваться тремя группами квалифицирующих признаков тяжести вреда здоровью.

В отношении тяжкого вреда здоровью «водоразделом» служит определение повреждений (состояний), опасных для жизни человека. Согласно медицинским критериям, переломы верхней стенки глазницы, решетчатой, клиновидной, височной костей, за исключением изолированных трещин наружной костной пластинки свода черепа и переломов нижней стенки глазницы, слезной, скуловой костей и верхней челюсти, соответствуют опасному для жизни вреду здоровья.

Второй группой признаков является стойкая утрата общей трудоспособности. И наконец, третья группа признаков связана с продолжительностью расстройства здоровья (с клинической точки зрения — временной нетрудоспособностью).

В анализируемой группе (133 наблюдения) тяжкий вред здоровью установлен у 59 человек (44%), средний — у 62 человек (47%) и легкий — у 12 человек (9%).

При анализе случаев, когда был установлен тяжкий вред здоровью, экспертами были использованы следующие медицинские критерии: опасность для жизни, потеря органа и утрата органом его функции, утрата общей трудоспособности. Во всех случаях медицинские критерии были применены корректно, но в одном случае тяжесть вреда здоровью была определена на основании квалифицирующего признака без должного обоснования.

При оценке средней тяжести и легкого вреда здоровью использовались следующие критерии: утрата общей трудоспособности и длительность расстройства здоровья.

Для реализации нашей основной задачи мы провели анализ этих случаев (63) с разделением на три группы по степени возможных недостатков проведения СМЭ.

В первой группе (40%) были выявлены следующие недостатки:

1) недостатки медицинской документации (включая отсутствие осмотра окулиста);

2) проведение комиссионной экспертизы без участия окулиста;

3) недооценка тяжести вреда здоровью при экспертизе исходов травм орбиты, несмотря на участие окулиста в комиссии.

Во второй группе заключений сомнения в правильности проведения экспертизы носили дискуссионный характер и были связаны с неопределенностью исхода тяжести вреда здоровью в результате орбитальной травмы (25% заключений).

И наконец, в третьей, значительной группе (47%) нами не было выявлено претензий к качеству проведения СМЭ с точки зрения наличия и полноценности данных клинического офтальмологического исследования, правильности оценки последствий травм орбиты.

Выводы

Судебно-медицинский эксперт в своей работе в большинстве случаев опирается на данные медицинских документов (истории болезни, амбулаторные карты, заключения инструментальных исследований и проч.). От полноты и достоверности представляемой в них информации зависит правильность выводов судебно-медицинского заключения.

Медицинский критерий длительности расстройства здоровья является наиболее уязвимым, т.к. не учитывает возможные функциональные исходы. В этих случаях существует потенциальная опасность некорректной судебно-медицинской экспертизы как в сторону недооценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью, так и в сторону переоценки такового.

Вследствие того, что травмы орбиты сопровождаются чаще всего офтальмологическими осложнениями, для объективного решения вопроса о сущности причиненного вреда здоровью и уточнения объема травмы в состав экспертной комиссии необходимо включать клинических специалистов (офтальмологов).

Литература

1. Андреева Т.М., Огрызко Е.В., Редько И.А. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия // Вестник травматологии и ортопедии. – 2007. – № 2. – С. 59-63.

2. Бровкина А.Ф. Болезни орбиты: руководство для врачей. – 2-е изд. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008.

3. Клиническая нейроофтальмология. Нейрохирургические аспекты / Под ред. проф. Н.К. Серовой. – Тверь: Триада, 2011.

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

Маркетинг оптического предприятия — составляющие успеха

Редакция газеты «Поле зрения» и компания «Маркет Ассистант Груп» продолжает цикл публикаций для управленцев оптического предприятия. В цикле мы рассматриваем технологии увеличения клиентского потока в клинику или магазин оптики и, как следствие, рост прибыльности предприятия. Для достижения этой цели мы вспоминаем и структурируем постулаты маркетинга, применительно к оптическому рынку, и разбираем конкретные примеры из современной российской действительности.

Е.Н. Якутина

Генеральный директор ООО «Маркет Ассистант Груп», доцент МосГУ

Продолжение, начало см. в №№ 4, 5, 6/2016, 1/2017

Управление маркетингом

В самом простом понимании управление маркетингом — это процесс воздействия на спрос. Некоторые говорят о том, что это набор (система) мер воздействия на технологию продажи и покупателя, обеспечивающие увеличение скорости обмена товара на деньги. Данное определение тоже верно, но, поскольку наш цикл статей пишется для руководителей оптических предприятий, заметим, что любое управление — это не набор схем, а все-таки процесс, осуществляемый менеджером. И для такой ситуации управление маркетингом — это воздействие ответственного лица на персонал, в работе которого происходит изменение. В частности, на оптиков-консультантов, на мастеров, на врачей, на закупщиков ассортимента. И опосредованно, через средства массовой информации или при личных контактах персонала с клиентами, руководитель воздействует на потребительскую аудиторию.

Спрос — количество товара, которое может быть продано (или продается, или уже продано) в единицу времени.

В сегодняшней публикации мы будем последовательно разбирать теоретические, базовые, понятия темы «Управление маркетингом» и в каждом из пунктов сразу давать практические рекомендации, и если вы проделаете несложную операцию по исключению теории из текста, у вас останется план управления маркетингом, который вы сможете немедленно начинать воплощать в вашем бизнесе.

Процесс управления маркетингом

Анализ рыночных возможностей
↓
Отбор целевых рынков
↓
Разработка комплекса маркетинга
↓
Претворение в жизнь разработанных мер

В случае магазина оптики мы имеем дело как с продажей товара (очки, оправы, линзы, другие сопутствующие товары), так и с продажей услуги (проверка зрения, изготовление очков). В клинике продается услуга практически в чистом виде. Под продуктом мы понимаем товар или услугу, или комплект товара и услуги.

Целью управления маркетингом выступает скорость обмена продукта на деньги. Продажи могут увеличиться и ускориться, если:

1. Покупатель приходит в магазин оптики чаще: не один раз в пять лет, а хотя бы два раза в год, и давайте к этому стремиться.

2. Покупает более дорогой товар: потому что этот товар более качественный и технологически продвинутый.

3. Покупает несколько продуктов в одном чеке: как обязательное требование к продавцу — предлагать товары в комплекте (например, при желании посетителя купить контактные линзы, обязательно предложите посмотреть солнцезащитные очки).

Существуют различные виды спроса

1. Отрицательный спрос (например, жесткие контактные линзы). В случае негативного отношения клиентов и необходимости продажи данного товара магазин оптики должен выявить причины такой реакции покупателя и устранить их.

2. Отсутствие спроса (например, высоко индексные линзы). Оптиков-консультантов ждет кропотливая работа по разъяснению преимуществ такого типа линз для целевой аудитории.

3. Скрытый спрос (например, прогрессивные линзы). Возможность продать нужный пожилым людям продукт, о котором большинство из них ничего не знает, но может удовлетворить их потребности.

4. Полноценный спрос, когда он равен предложению — идеальный товар или идеальный комплекс маркетинга (например, оптические линзы).

5. Нерегулярный спрос — колебания уровня спроса во времени (например, солнцезащитные очки). Перед маркетингом стоит задача сгладить колебания спроса.

6. Падающий спрос — уменьшение уровня спроса во времени (например, стеклянные линзы или солнцезащитные очки после сезона). Потери от падения спроса можно минимизировать снижением цены, увеличением объема рекламы.

7. Чрезмерный спрос — превышение спроса над предложением (например, при распродаже в магазине не хватает определенного типа товара, который вы уже не сможете возобновить в силу ограниченности сезонной коллекции). Снизить спрос можно, если повысить цену или увеличить предложение аналогичного товара.

8. Нерациональный спрос — на товары, вредные для здоровья (стеклянные линзы). Задачей маркетинга становится: сделать товар менее опасным (например, не продавать детям), предупреждать покупателя о возможной опасности.

Основные принципы маркетинга

Напомню, что главной целью маркетинга является создание конкурентных преимуществ, без которых не важны будут ваши связи с потребителем и ваше умение удовлетворять их потребности. Поэтому на все принципы, которыми вы руководствуетесь при управлении бизнесом, нужно смотреть всегда, анализируя процесс: ведет ли он к созданию конкурентного преимущества? Сможет ли кто-то повторить мою уникальность? Когда догоняющие смогут скопировать мой продукт или предложить мою услугу? Когда продукт смогут модифицировать и обогнать меня? Возможно ли повторить мое ценообразование? И так далее.

Итак, принципы:

1. Продавать только то, что нужно потребителю.

2. Решать проблемы потребителя, предлагая товары и услуги.

3. Организовывать производство после исследования потребностей и определения спроса.

4. Использовать комплексный подход (весь комплекс маркетинга, *см. предыдущую публикацию в «Поле зрения» за январь 2017 г.*) для удовлетворения запросов потребителей.

Сеть оптик «Мио» — самый грамотный маркетинговый проект 2016 года (на фото магазин в г. Калуга)

Концепции маркетинга

- Ориентированные на систему «производитель — потребитель»
  - Производственная
  - Товарная
  - Продажи
  - Традиционный маркетинг
- Ориентированные на систему «производитель — потребитель — общество»
  - Социально-этичный маркетинг

Постоянный клиент в салонах «Мио» Роза Сябитова

5. Постоянно следить за изменениями рынка и менять комплекс маркетинга, одновременно активно воздействовать на рынок, меняя комплекс маркетинга.

6. Строить бизнес, исходя из приоритета долгосрочной перспективы, эффективных коммуникаций на основе стратегического планирования и прогнозирования изменений на рынке, в экономике, природе и обществе.

7. Учитывать социальные и экономические факторы при производстве и распределении.

8. Координировать деятельность в рамках отрасли и взаимодействовать в ее рамках.

9. Стремительно и наступательно формировать конкурентные преимущества.

Процесс управления маркетингом включает:

1. Анализ рыночных возможностей: сбор информации о рынке, анализ состояния рынка и спроса, анализ собственных возможностей. И как итог анализа необходимо сформулировать цель, обозначить проблемы и основную идею, что в целом будет так называемым «замыслом маркетинга предприятия».

2. Отбор целевых рынков: сегментирование рынка, выбор целевых сегментов, позиционирование товара (услуги) на рынке или в рамках целевого сегмента, замеры объемов спроса. Речь идет о том, что нельзя продать все всем. Особенно если ваше предприятие находится в высоко конкурентной среде. Отбирая ниши, вы можете показать ваши конкурентные преимущества (например, детский ассортимент или коллекция, которую вы эксклюзивно представляете в вашем городе; или уникальные операции на оборудовании, которого нет больше ни у кого в регионе; или опытные доктора), вы тем самым подбираете себе сегмент, в котором необходимо работать и который (желательно) свободен от конкуренции, и который может принести вам больше дохода, потому что вы не вступаете в ценовые войны. Замеры объемов спроса — тема отдельной публикации, ждет нас впереди.

3. Разработка комплекса маркетинга: разработка продукта (ассортимента для магазина оптики, комплекса услуг для магазина и для клиники), установление цен на товары и услуги, определение способа эффективного распространения продукта (тип витрин, выкладка, продажи в торговом зале и на выездных ярмарках и т.д.), разработка рекламы и других методов стимулирования сбыта.

4. Претворение в жизнь маркетинговых мероприятий с точки зрения управления предприятием: определение стратегии деятельности фирмы, планирование работы, контроль реализации плана. Сюда же отнесем рекламное продвижение (размещение рекламно-информационных материалов в средствах массовой информации, в местах, где живут, отдыхают, работают ваши потребители).

Практика

1. Анализ: для магазина в Новокосино, спальном районе, расположенном за Московской кольцевой автодорогой, рынком сбыта является только этот район. При этом в магазин приходят жители, которые не ездят на работу в будние дни в Москву и не уезжают развлекаться по выходным в близлежащие крупные торговые центры. То есть мамы с маленькими детьми, пенсионеры и небольшая часть людей, которые трудятся в Новокосине (врачи, продавцы небольших магазинов и кафе, воспитательницы детских садов, работники ЖКХ и т.п.). Собственные возможности магазина: выкупленная квартира на первом этаже многоквартирного дома, два узких зала, есть проверка зрения, нет мастерской. Витрины нет, вывеска ограничена по размерам. Цель: создать лояльных потребителей среди жителей района, создать покупателей среди тех, кто уезжает на работу и отдых в Москву. Идея: «свой» магазин оптики, «свой» врач-оптометрист.

2. Спрос низкий, замеры показывают, что магазин не вызывает доверия своим экстерьером. Поскольку существующие клиенты (мамы и пенсионеры) в магазин приходят регулярно, необходимо сосредоточиться на новой целевой аудитории (далее ЦА): все проживающие рядом с магазином и уезжающие в Москву на работу и отдых. Конкуренция в районе низкая (на весь район один магазин и один пункт продажи готовых очков в небольшом торговом центре), поэтому для выбранной ЦА мы можем выбрать средний и выше среднего сегмент товаров для оптики и на нем построить рекламную кампанию, например, «твои очки рядом с домом», «домашний доктор проверит зрение», «покупку очков совершить очень просто: рядом с домом», «модные очки рядом с домом».

3. Поменять вывеску магазина, разместить недалеко от магазина билборды как указатели к месту продаж, на которых изобразить привлекательные лица людей среднего возраста в модных солнцезащитных очках и медицинских оправах узнаваемых торговых марок.

В качестве главной рекламной кампании использовать сарафанное радио: привлечь постоянных посетителей — мам и пенсионеров — к распространению карт лояльности и/или листовок. Основная идея: использованный промокод начисляет дополнительные баллы на личный счет постоянного посетителя, раздавшего листовки.

Продолжение следует

Возможно, исторический обзор концепций управления маркетингом подтолкнет вас к творческим идеям в ваших собственных разработках.

- Концепция совершенствования производства (1860-1920 гг.): снижение затрат производства и, как следствие, цены товара. Низкая цена и высокая доступность товара дают большой объем сбыта и большую массу прибыли. (Так, в Японии изобретение Тойотой ткацкого станка с автоматической остановкой при обрыве нитки или Генри Фордом конвейерного способа сборки дали колоссальный эффект и масштабирование производства). Для оптического рынка примером сегодняшнего дня является развитие сети «Айкрафт оптика», 450 магазинов оптики, для которых куплен робот для производства заказных рецептурных линз.

- Концепция совершенствования товара (1920-1930 гг.): постоянное улучшение потребительских свойств товара и его качества (компьютеры, бытовая аппаратура, автомобили, метод особенно был развит в Японии). Для оптики сегодня можно применить — улучшение качества сборки очков, отбор все более совершенных товаров для продажи.

- Концепция интенсификации коммерческих усилий (1930-1950 гг.): интенсификация сбыта и стимулирования сбыта, агрессивная продажа (дубленки на Ленинском 6, акции МММ, реклама строительных пирамид, реклама пива). Для оптики сегодня — раздача листовок на улицах, обзвон потерявшихся покупателей.

- Концепция традиционного маркетинга (1950-1980 гг.): отыщи потребности и удовлетвори их, люби клиента, а не товар (японские автомобили, рестораны Макдоналдс). Для оптики сегодня — тренинги эмоциональных продаж.

- Концепция социально-этичного маркетинга (1980-1995 гг.): добавляется ориентация не только на нужды покупателя, но и всего общества (автомобили с катализатором, напитки в стеклянной таре или бумажных пакетах). Для оптики — использование идеи охраны здоровья зрения населения, экологичных материалов, из которых сделаны оправы.

- Концепция маркетинга взаимодействия (с 1995 года): произвожу то, что удовлетворяет потребителя, партнеров, государство и общество в процессе их коммерческого и некоммерческого взаимодействия (управление монетами общения и взаимодействия с потребителями (семейный частный доктор — друг семьи, персональный адвокат — друг семьи, совместный выбор одежды с профессиональным «шопером», партнерские отношения продавца и покупателя — потребительский кооператив). Придуманный нами замысел маркетинга в разделе «Практика» как раз отражает последнюю и наиболее востребованную концепцию маркетинга взаимодействия.

Форма и содержание

Registered Nurse, *или Записки американской медсестры*

Елена Филатова

Ура, дорогие читатели, весна наконец наступила, с чем вас и поздравляю! Моя рубрика, прямо как весна, долго-долго не появлялась в газете, но стоило снегу сойти — и она снова цветёт ароматной фиалкой на залитом солнцем поле (зрения ☺). К весне косвенно имеет отношение и сегодняшняя тема нашей беседы: май традиционно считается месяцем медсестры, а 12 мая — день рождения Флоренс Найтингейл — отмечается как Международный день медсестры.

Ну а что такое праздник? Кроме генеральной уборки и скатерти-самобранки на столе, мы обычно стараемся принарядиться: надеть что-то новое и по мере сил и средств сногсшибательное, или уж в самом крайнем случае всё погладить-почистить-подшить. Вот и поговорим мы сегодня об одежде, в которую сначала традиция, затем необходимость, а потом и мода наряжали медсестёр.

Начнём издалека — века были так себе, средние (не удержалась от каламбура, простите). В то непросвещённое время больные обычно попадали в заботливые (или не очень) руки медсестры тремя путями. Если у них была семья, то именно родственники, в основном женщины, брали на себя уход за больным. Действовали они инстинктивно, полагаясь на собственный опыт и советы старших. Естественно, никакой особенной спецодежды в этом случае не предполагалось: в чём варили суп, работали в поле и кормили скотину, в том и меняли перевязки — увы, в большинстве случаев с соответствующим исходом. Если у несчастного заболевшего не было родственников, то его могли поместить в муниципальную больницу, которые встречались редко и в основном только в больших городах. В то время это было равносильно короткой и мучительной остановке по пути на кладбище. В больницах за больными ухаживали буквально отбросы общества: осуждённые преступники и проститутки, которые, если и были профессионалами, то явно не в сестринском деле, а уж искусством dress for success не владели и подавно.

Пожалуй, в самом хорошем случае больной отправлялся в больницу при монастыре, мужском или женском. В России при монастырях традиционно существовали богадельни, и первое летописное упоминание о женщинах, ухаживающих за больными (и не просто за больными, а за прокажёнными), относится к 1551 году[1]. В начале XVII века во Франции был основан специальный орден Дочерей милосердия, куда поступали монахини и послушницы, призванные ухаживать за больными и ранеными. Их называли «серыми сёстрами», и цвет их облачений и накрахмаленный головной убор стали отправной точкой для многих деталей медсестринской формы, которые стойко пережили и время, и здравый смысл. В это же время в России при Троицком монастыре в Сергиевом Посаде строится первая больница, в которой врачи лечат, а монахи ухаживают за больными. И точно так же, как и в католической Европе, монашеское облачение постепенно сращивается с образом медсестры и надолго остаётся основой её форменной одежды. Даже само название профессии свидетельствует о её религиозных корнях.

«Сёстры Милосердия». Художник Кароль Тихий

«Сестра милосердия». Н.А. Ярошенко

Так дело и шло, пока не грянула Крымская война (1853-1856 гг.) и не дала мощный толчок развитию профессионального сестринского дела. С английской стороны на мировую сцену выходит Флоренс Найтингейл с единомышленниками, а в России открывается Крестовоздвиженская община сестёр милосердия. Не буду утомлять вас рассказами о том, кто кого и почему победил в этой войне, и кто был лучше — их Найтингейл или наша Бакунина, но обращу ваше внимание на редкую фотографию медсестры, сделанную буквально на передовой в 1855 г. Это некая миссис Роджерс — одна из соратниц мисс Найтингейл. Что я как практикующая медсестра хочу отметить, так это её по-деловому засученные рукава и несомненно светский характер остального облика. Оно и понятно: не до глупостей вроде чепчиков было... война, снаряды, страшные раны, кровь ручьём. Свежий фартук повязала — и снова бегом к пациентам. Мне её просто хочется обнять или хотя бы руку пожать!

Миссис Роджерс. 1855 г.

Агата Кристи в 1916 г.

Крымская, а за ней и русско-турецкая войны отгремели, и внешний вид медсестры снова принимает явный монашеский оттенок. Ну что я могу сказать... придумали и упорно воплощали этот образ в жизнь, конечно, люди, далёкие от практической медсестринской деятельности. Вот одна из картин Ярошенко — «Сестра милосердия» (1886 г.). Я избавлю вас от моих дилетантских искусствоведческих наблюдений (а ведь похожа на «Камеристку» Рубенса, правда?), но буду откровенна: работать в таком наряде невозможно. Даже если оставить в стороне обязательный корсет, хочу указать обличающим перстом на длину рукава и форменную косынку. В таком виде хорошо только утирать с чела страждущих хладный пот и писать под диктовку письма выздоравливающих. И всё же картина эта относится к числу так называемых «знаковых»: она свидетельствует о том, что к облику медсестры прибавилась одна важная деталь. Догадались, какая? Правильно — красный крест. Крестовоздвиженская община, о которой речь шла выше, в 1876 году расширяется, принимает к сведению решения первой Женевской конвенции об улучшении участи больных и раненых и переименовывается в «Российское общество Красного Креста». С тех пор красный крест становится и непременным атрибутом спецодежды «милосердных сестёр» и узнаваемым и уважаемым символом.

Описание внешности медсестры во время русско-японской войны, не замедлившей последовать за предыдущими, оставил И. Бунин в рассказе «Антигона»: «...высокая, статная красавица в сером холстинковом платье, в белом переднике и белой косынке...» Как видите, косынка и передник прочно вошли в сестринскую спецодежду. Кстати, если вы этот рассказ не помните или не читали — советую прочесть. Описание форменной одежды на этом и заканчивается, но образ медсестры открывается с несколько неожиданной стороны.

После краткой передышки — начало Первой мировой, которую современники называли Великой войной. Хочу показать вам фотографию медсестры, прекрасно известной всему миру, правда, в ином профессиональном качестве. Это, граждане, никто иной как Агата Кристи в свою бытность медсестрой в военном госпитале родного города Торки. Работала она бесплатно и поэтому с радостью ухватилась за возможность повысить квалификацию и стать провизором в том же госпитале — за это ей платили 16 фунтов в месяц. А если обратить внимание на изменения костюма, то сразу бросается в глаза отсутствие косынки. Скорее всего, под влиянием грубой

1960-е годы

Медсёстры детской больницы в Галифаксе. 1950 г.

[1] http://yamedsestra.ru

Фотография Альфреда Эйзенштедта «Поцелуй на Таймс-сквер». 1945 г.

действительности она трансформировалась в шапочку. И хотя рукава всё ещё длинные и узкие, их закрывают сменные манжеты, которые легко стирать. Напоминаю, что в те дальние годы всё стирали, крахмалили и гладили вручную.

В таком виде медсестринская форма останется почти без изменений до 1950-х годов. Пожалуй, только юбки и рукава станут короче в соответствии с модой и меняющимся темпом жизни, а форменная крахмальная шапочка не поддастся ветру перемен ещё долго. Исключение составляет, пожалуй, только знаменитая фотография, сделанная в День победы на Таймс-Сквер — видно, шапочка не выдержала матросского напора.

Любопытно, что в 1960-е годы — время головокружительных социальных изменений и «сексуальной революции» — внешний вид медсестры продолжает оставаться очень консервативным. Передник исчез, но с головы до ног превалирует всё тот же совершенно непрактичный белый цвет — даже чулки белые. Заметьте, что и дурацкие шапочки продолжают цепляться за головы бедных медсестёр с упорством летучих мышей-альбиносов.

70-е годы останутся в благодарной коллективной памяти медсестёр как время появления брюк в их профессиональном гардеробе. Наконец-то возобладала практическая сторона дела, наряду с требованиями как экономики, так и экономии. Во-первых, больницы стали слишком белыми (не в расовом плане ☺): халаты врачей, форма медсестёр, стены в сочетании с безжалостным светом — всё было в прямом смысле ослепительным и резало глаз. Одновременно шла Вьетнамская война (опять война!) — которая снова, и на этот раз в прямом смысле, призвала медсестёр на передовую. Там, естественно, было не до накрахмаленных белоснежных одежд, и поэтому были введены в строй зелёные хирургические пижамы, которые хорошо всем знакомы и не нуждаются в описании. В моей больнице до сих пор в операционных используются только они. А если нужно представительствовать — накинь сверху белый халат или жакет, и получается вполне профессиональный вид. Где-то в эти годы исчезла и крахмальная шапочка, и туда ей и дорога, на мой взгляд. Сегодня некоторые колледжи по-прежнему выдают такие шапочки своим выпускникам в виде сувениров, но в моём случае — видимо, я поспела к шапочному разбору ☺ — вместо них нам были положены значки, вроде тех, которые в приснопамятные советские времена прилагались к диплому.

Раз надев брюки, медсёстры отказались их снимать, и вскоре наряд, получивший название scrubs (от английского to scrub — чистить, тереть, надраивать), был одобрен в качестве официального дресс-кода как профессиональными организациями медсестёр, так и отдельными больницами. Сначала преобладала форма пастельных тонов, а потом, как из рога изобилия, посыпались самые разнообразные цветовые решения и их сочетания. Тут же началась и ещё одна, но, слава Богу, бескровная война: компании-производители бросились завоёвывать рынок и соблазнять покупателей новшествами. Сегодня только ленивый не найдёт себе форму по сердцу и фигуре. Кто-то любит, чтобы материал был с примесью лайкры или ещё чего-то тянучего — и действительно, иногда нам на работе поневоле такую йогу приходится устраивать, что любо-дорого глядеть. Молодёжь хочет выглядеть стильно в любых условиях, и многие бренды работают именно на эту целевую аудиторию. Работающие в педиатрии часто одеваются в что-нибудь пёстренькое, чтобы в случае необходимости вести заградительный огонь мишками, собачками и обезьянками. Лично я люблю качественный плотный хлопок, в котором не жарко и не холодно. И универсальная истина, применимая ко всем медсёстрам: карманов много не бывает!

Казалось бы, что ещё можно придумать? Но развитие, как ему и полагается, идёт по спирали, как доказал эксперимент, проведённый в 2010 году в одном из отделений Медицинского центра им. Джона Ф. Кеннеди во Флориде[2]. Оказалось, что пациенты и их семьи неоднократно высказывали недовольство тем, что медсестёр было невозможно отличить от санитаров, физиотерапевтов, уборщиц, механиков, садовников и так далее. Я-то думаю, что сами медсёстры тихо радовались такой мимикрии, но их начальница решила подойти к делу творчески: закупила всем белые шапочки и платья, и в один прекрасный день всё отделение преобразилось. Шуму было много, и в основном положительного. Больные были счастливы, да и врачи очень обрадовались, что легко найти тех, кому надо дать по шапке! Интересно, что и сами медсёстры с энтузиазмом отнеслись к этой затее «назад в будущее», правда, не знаю, надолго ли их хватило. Вся эта белизна несовместима с нашей подчас очень грязной работой и сегодня воспринимается как маскарадный костюм. Но видимо, есть что-то такое в белом крахмальном облике, что подсознательно внушает народу доверие.

В моей больнице неоднократно предпринимались робкие попытки разделить и раскрасить медсестёр по отделениям: нашей реанимации предлагался сиреневый цвет, чему я даже радовалась, так как люблю его носить. Но эта идея вызвала бурю протеста, и от нас отстали. В Канаде, напротив, медсёстры в больницах ходят зимой и летом одним цветом (как раз сиреневым или синим), и никто не жалуется. В России, насколько я знаю, по-прежнему популярны (или обязательны?) белые халаты и колпаки — всё-таки шапочка так и норовит вернуться в гардероб медсестры. А уж что будет дальше — не стану и загадывать. Будущее покажет!

Ваша покорная слуга с коллегами
(судя по моей причёске — в конце смены)

Ну и наконец хочу поздравить всех медсестёр с их профессиональным праздником и крепко их расцеловать! Что бы вы ни надели, вы у нас всегда красавицы, умницы и труженицы. Позвольте проститься с вами словами русского поэта и драматурга Ф.И. Богдановича (1778 г.):

Во всех ты, Душенька, нарядах хороша:
По образу ль какой царицы ты одета,
Пастушкою ль сидишь ты возле шалаша,
Во всех ты чудо света.

[2] http://www.medscape.com

Комплексный подход в терапии
СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА

ПРИ ССГ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ
Артелак® Всплеск
БЫСТРЫЙ ЭФФЕКТ + ЕСТЕСТВЕННОЕ УВЛАЖНЕНИЕ
Гиалуроновая кислота 0,24% (флакон 10 мл) – максимальная концентрация среди капельных форм мультидоз на рынке РФ
Не содержит консервантов
Можно закапывать без снятия линз
30 одноразовых тюбиков-капельниц по 0,5 мл
Флакон 10 мл
Медицинское изделие. Перед применением ознакомьтесь с ИПМ 2013.1.2014 и ИОЗ.2013

ПРИ ССГ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
Артелак® Баланс
ДЛИТЕЛЬНОЕ УВЛАЖНЕНИЕ + АНТИОКСИДАНТНЫЕ И ТРОФИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА
Гиалуроновая кислота 0,15%
Витамин B12: участвует в процессах метаболизма тканей
Стабилизатор Оксиз: распадается на NaCl, O_2, H_2O при закапывании
Компонент Протектор: пролонгирует действие раствора
Можно закапывать без снятия линз
30 одноразовых тюбиков-капельниц по 0,5 мл
Флакон 10 мл
Медицинское изделие. Перед применением ознакомьтесь с ИПМ 2013.1.1.1.2014 и ИОЗ.2013

ПРИ ПЕРВЫХ ПРИЗНАКАХ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ[1]
декспантенол 5%
Корнерегель
гель глазной 5 и 10 г
Декспантенол 5% (максимальная концентрация среди глазных форм на рынке РФ): заживляет, оказывает локальный противовоспалительный эффект[1]
Карбомер (гелевая форма): увлажняет, облегчает неприятные ощущения, пролонгирует контакт действующего вещества с роговицей
Рег. уд. № 99/10466/01 от 14.04.2006.

Увлажнение
Регенерация

1. Егорова Е.Б. Корнеопротекция при применении контактных линз. Вестник офтальмологии №2, 2014.
2. Бржеский В.В., Егорова Е.Б., Егоров Е.А. Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности. Клиника, диагностика, лечение. М. ГЭОТАР-Медиа, 2016, С. 360, 368

Реклама.
ОРНТНА-0129-RU-802

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ
Полную информацию Вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ»: Россия, 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел.: +7 495 510 2879.
VALEANT BAUSCH+LOMB

Дорога к Храму

С конца восьмидесятых годов при Санкт-Петербургской государственной библиотеке для слепых и слабовидящих действует читательский православный клуб «Азы духовной культуры». Корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с создателем и руководителем клуба, заведующей тифлологическим отделом библиотеки Л.А. Высоцкой, а также многолетними участниками общественного объединения. Каким образом религия может способствовать делу реабилитации инвалидов по зрению? Нужно ли специализированным учреждениям, созданным для помощи незрячим и слабовидящим людям, обращаться к теме духовной жизни? Ответы на эти и многие другие вопросы мы постарались найти в стенах библиотеки.

Илья Бруштейн

Л.А. Высоцкая с тактильной иконой Божией Матери «Умиление»

Заседание клуба «Азы духовной культуры»

Постоянный лектор клуба, литературовед И.М. Ольшанская

Активный участник клуба Илья Гаврилов

Незрячий гусляр Михаил Носов. Выступление на приходском празднике

Особые отношения с читателями

Любовь Алексеевна Высоцкая работает в библиотеке для слепых и слабовидящих с 1977 года. «В нашей организации действуют восемь филиалов, расположенных в различных районах Санкт-Петербурга, а также в Лужском, Волховском и Гатчинском районах Ленинградской области, — рассказывает Любовь Алексеевна во время нашей беседы за чашкой чая. — Для каждого библиотекаря, если он хочет достойно выполнять свою работу, важно поддерживать тесный, интенсивный контакт с читателями, быть для них другом и советчиком. Но именно в специализированных библиотеках часто возникают особые отношения между сотрудниками и читателями. Мы являемся не только культурно-просветительским, но и реабилитационным учреждением».

Л.А. Высоцкая с 1977 года по 1987 год возглавляла филиал учреждения на Учебно-производственном предприятии (УПП) № 5 Всероссийского общества слепых (ВОС). «В советское время предприятия ВОС были более крупными. Они давали работу гораздо большему числу инвалидов по зрению… Но и сегодня у нас функционируют филиалы, расположенные непосредственно в производственных корпусах. Такого «сервиса» нет на обычных фирмах, фабриках и заводах, но наша библиотека и Общество слепых его предоставляют», — отмечает Л.А. Высоцкая.

Любовь Алексеевна считает большой удачей, что первые десять лет в библиотеке ей довелось поработать именно в производственном филиале: «Мои читатели одновременно были моими коллегами и товарищами. С некоторыми из них мы виделись практически каждый день. Люди приходили в библиотеку и во время обеденного перерыва, и после работы… У нас действовало литературное объединение. Конечно, мы обсуждали не только прочитанные книги, но и производственную жизнь предприятия, и частные вопросы».

Моя собеседница говорит, что тесный контакт с незрячими и слабовидящими людьми способствовал и ее собственному духовному становлению: «Меня восхищало мужество, стойкость наших читателей, стремление работать, несмотря на тяжелый недуг».

Духовная поддержка читателей — одна из задач библиотеки

В 1987 году Л.А. Высоцкой предложили продолжить работу в центральном здании библиотеки, расположенном по адресу: улица Шамшева, дом 8. Перед ней была поставлена задача создать тифлологический отдел. Именно в этом подразделении хранятся редкие, имеющие особую историческую ценность, книги, в том числе изданные в девятнадцатом веке. Также тифлологический отдел отвечает за взаимодействие с учеными и другими специалистами, занимающимися реабилитацией инвалидов по зрению.

Наряду с работой в тифлологическом отделе энергичный библиотекарь стала задумываться о создании православного читательского объединения. «Это было советское время, но вместе с тем отношение государства к религии уже начало меняться. В 1988 году страна торжественно отметила Тысячелетие Крещения Руси. В нашей библиотеке имелась духовная литература, в том числе и напечатанная рельефно-точечным шрифтом, хотя ее и было недостаточно…» — делится воспоминаниями Л.А. Высоцкая.

Любовь Алексеевна считает, что оказание духовной поддержки читателям является одной из задач специализированной библиотеки для инвалидов по зрению. «Разумеется, наша библиотека — это светское учреждение. И она в любом случае должна сохранять свой светский характер, — подчеркивает хранительница книжных богатств. — Но с другой стороны, мы не должны забывать о духовных запросах наших читателей».

Л.А. Высоцкая убеждена в том, что обращение к Православной Вере может помочь людям справиться с тяжелой жизненной ситуацией, обусловленной слепотой и слабовидением. Клуб «Азы духовной культуры» обращен не только к православным: «История России, история русской культуры, русской литературы неотделимы от истории Православной Церкви. Поэтому знакомство с основами православной культуры может быть интересно и полезно для людей всех национальностей и вероисповеданий, живущих в нашей стране и стремящихся глубже ее понять».

Любовь Алексеевна достает из шкафа рельефно-точечную книгу: «Это «Евангелие от Иоанна», переписанное под диктовку в восьмидесятые годы одним из наших незрячих читателей… В конце восьмидесятых годов для меня стало очевидно, что значительная часть наших читателей тянется к духовным текстам, интересуется жизнью православной общины. Поэтому мы и создали в библиотеке православный читательский клуб, чтобы помогать друг другу в деле духовного просвещения».

Зажги в себе свечу!

В активе клуба «Азы духовной культуры» более ста незрячих и слабовидящих читателей библиотеки. Есть здесь и люди, не имеющие проблем со зрением. Обычно члены клуба собираются два раза в месяц. Почти на каждую встречу приглашаются гости — священнослужители и миряне Русской Православной Церкви. «У нас сложились добрые отношения со многими священнослужителями Санкт-Петербургской митрополии. Нельзя, например, не рассказать о встречах членов клуба с удивительным человеком — протоиереем, о. Сергием (Филимоновым). Он является не только авторитетным священнослужителем, но и врачом-отоларингологом, доктором медицинских наук, профессором Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.П. Павлова. Отец Сергий также возглавляет Общество православных врачей Санкт-Петербурга. Он способен каждому человеку показать путь и к физическому, и к духовному здоровью».

Еще одна яркая встреча — посещение библиотеки историком и писателем, человеком легендарной судьбы И.Д. Ильиным. Будучи мальчишкой, он пережил блокаду Ленинграда, в качестве «сына полка» принимал участие в боях за освобождение родного города. Иван Дмитриевич не только представил читателям свою автобиографическую книгу «Дорога, длиною в жизнь», но и прочел лекцию о жизни и подвигах Святого благоверного князя Александра Невского.

Зная, что предстоит встреча с инвалидами по зрению, Иван Дмитриевич решил принести с собой особые «реквизиты», иллюстрирующие эпоху, в которой жил русский князь, причисленный к лику святых. Члены клуба с помощью кончиков пальцев смогли познакомиться с княжеской кольчугой, латами, шлемом, щитом, мечом… Разумеется, это были не подлинные средневековые предметы, а муляжи, созданные в наше время, но они доставили огромную радость незрячим и слабовидящим читателям.

Цикл занятий об иконописи для членов клуба провел ученый-богослов и художник, автор многочисленных книг на эту тему, преподаватель иконологии Санкт-Петербургских епархиально-богословских курсов Сергей Владимирович Алексеев. Этот человек регулярно выступает на христианском радио «Мария» и православном радио «Град Петров». Он также читает лекции по иконописи для студентов отделения древнерусского певческого искусства Санкт-Петербургской государственной консерватории и во многих других аудиториях.

«Господь послал нам Сергея Владимировича, чтобы он познакомил с иконописью людей, многие из которых икон никогда не видели и не смогут их увидеть, — рассказывает Л.А. Высоцкая. — Он блестяще справился с этой задачей! Значительная часть икон недоступна для восприятия инвалидами по зрению, но, как и всем верующим, им важно понять значение и место иконы в православном храме».

Впрочем, нельзя сказать, что для незрячих людей полностью недоступен мир иконописи. Все заседания клуба сопровождают тактильные иконы. Они были подарены библиотеке. И эти дары поистине бесценны для верующих людей! В Санкт-Петербурге действует творческая мастерская «Наследие», которую возглавляет художник-иконописец Александр Софинский. Там создаются рельефные иконы из дерева. Кроме того, представлены глиняные иконы нижегородского мастера Романа Батурина.

«Многие заседания клуба надолго остаются в памяти у всех участников, — рассказывает Л.А. Высоцкая. — Я с радостью вспоминаю трогательное выступление в библиотеке детского хора петербургского Князь-Владимирского собора. Когда чистые детские голоса славят Господа — это особое событие! Невозможно забыть общение с иеромонахом Александра-Невской лавры о. Иннокентием (Виноградовым). Он долгие годы опекал наш клуб, будучи семинаристом. У многих членов клуба врезалось в память выступление православного поэта из города Тосно Ленинградской области, секретаря правления Союза писателей России Николая Дмитриевича Рачкова. Его стихи трудно забыть, например, такие строки: «И в небесах гремят грома, // И я одно шепчу: // Бог — это свет. // Да сгинет тьма! // Зажги в себе свечу!»

У Бога в огороде

Мне довелось побывать на одном из мероприятий клуба. Кинодокументалист Дарья Завьялова представляла свой фильм «У Бога в огороде». Этот фильм петербурженка создала в содружестве со своим коллегой Алексеем Сизовым. Их работа была показана на федеральном православном телеканале «Союз». Фильм состоит из восьми частей, семь из них повествуют о семи православных приходах, расположенных в деревнях и районных центрах Ярославской области, а восьмая часть — обзорная. В ней своими мыслями делятся со зрителем сами кинодокументалисты.

Одна из «глав» документального киноповествования посвящена человеку, более десяти лет назад полностью потерявшему зрение. Речь идет об о. Владимире Сереброве из ярославского районного центра Данилова. Ему 83 года, из них 57 лет он пребывает в духовном сане, являясь одним из старейших священнослужителей Ярославской митрополии. В течение многих лет отец Владимир был настоятелем Храма Вознесения Господня в Данилове. В настоящее время из-за преклонного возраста он находится на покое, но продолжает принимать активное участие в жизни родного прихода.

Седовласый священник старается не пропускать ни одной службы, он продолжает участвовать в проведении богослужений, выступает с проповедями с алтаря… Фильм показывает с каким мужеством, мудростью и смирением ярославский батюшка принял обрушившуюся на него слепоту. Он рассказал создателям фильма, что после потери телесного зрения у него обострилось зрение духовное, он еще сильнее почувствовал Милость Божью.

В фильме о. Владимир цитирует слова апостола Павла: «За все благодарите Бога, и за нездоровье благодарите». Он размышляет о христианском понимании скорбей, бед и несчастий… Слова священника не оставили равнодушными сердца зрителей. После окончания просмотра мне довелось поговорить с некоторыми из них.

Дмитрию Веселову 28 лет. Он инвалид первой группы по зрению (с небольшим остатком зрительных функций). В 2012 году молодой человек успешно окончил факультет прикладной математики и процессов управления Санкт-Петербургского государственного университета. Но работу по специальности ему пока найти не удается. Некоторое время он был сотрудником страховой компании, в настоящее время находится в поисках нового места работы.

«Меня восхитило то обстоятельство, что отец Владимир, несмотря на полную слепоту, смог продолжить священническое служение! — отмечает Дмитрий. — Этот пример является актуальным для всех читателей библиотеки и лично для меня. У таких людей можно учиться жизненной стойкости… Фильм «У Бога в огороде» не только представляет деятельность провинциальных церковных приходов, но и показывает жизнь в русской глубинке. Это меня тоже заинтересовало!»

Еще одна из частей документального фильма связана с темой инвалидности и поэтому была особенно близка членам клуба «Азы духовной культуры». Дарья Завьялова и Алексей Сизов побывали в селе Давыдово Борисоглебского района Ярославской области, где настоятель Храма Владимирской иконы Божьей матери о. Владимир Климзо каждый год организует летний лагерь для подростков и молодых людей с инвалидностью. В православный молодежный лагерь приезжают парни и девушки с ДЦП, синдромом Дауна, аутизмом, шизофренией и другими заболеваниями, связанными с поражениями головного мозга.

Бытовые условия в лагере довольно «спартанские»: воспитанники живут в строительных вагончиках-бытовках различной вместимости. Для волонтеров, которые приезжают, чтобы помочь людям с инвалидностью, обустраивают мужскую и женскую палатку по 12 человек, с деревянными полами и двухъярусными кроватями.

Из-за тяжелого физического состояния многих воспитанников в лагерь они приезжают не одни, а вместе со своими родителями. Впрочем, значительную часть дня дети и родители проводят раздельно. С молодыми людьми занимаются волонтеры, а их папы и мамы в это время могут отдохнуть и насладиться красотами ярославской природы. Это тоже одна из задач лагеря: освободить родителей от ежедневного, ежечасного ухода за своими сыновьями и дочерями и, по возможности, привить парням и девушкам с тяжелыми формами инвалидности немного самостоятельности.

В фильме показана ежедневная жизнь православного лагеря: музыкальные и спортивные занятия с детьми, прогулки в лес, посильное участие в сельскохозяйственных и бытовых работах, а также в богослужениях, проводимых в храме. «Конечно, незрячим и слабовидящим обычно не требуется такая интенсивная помощь, как людям с синдромом Дауна или с тяжелыми формами ДЦП… Но меня киносюжет о лагере в Давыдово тронул до глубины души, — делится своими впечатлениями Дмитрий Веселов. — Он показывает, как православная община и настоятель храма на деле помогают людям с ограниченными возможностями здоровья».

Бог — это Любовь!

Л.А. Высоцкая посоветовала мне познакомиться с одним из наиболее активных членов клуба «Азы духовной культуры» И.Б. Гавриловым: «Илья Борисович не только с огромным воодушевлением посещает наши заседания, а также регулярно приходит в библиотеку по другим вопросам, но и оказывает большую помощь в организации различных мероприятий… Он получил духовное образование, обладает глубокими знаниями православной культуры, а также талантом миссионера, просветителя. Любой читатель библиотеки всегда может обратиться к Гаврилову за консультацией и помощью, найти у него утешение в своих бедах».

Тактильная икона «Христос Вседержитель»

«Евангелие от Иоанна», написанное по Брайлю

Тактильная икона «Блаженная Матрона Московская»

Так же как и Дмитрий Веселов, Илья Гаврилов — инвалид первой группы по зрению с небольшим остатком зрительных функций. Он родился в Ленинграде в 1975 году. Учился в Санкт-Петербургской специальной (коррекционной) школе для слепых и слабовидящих детей им. К.К. Грота. В 2000 году окончил Санкт-Петербургскую духовную семинарию.

— Илья Борисович, как Вы считаете, должна ли специализированная библиотека для слепых и слабовидящих заниматься духовно-нравственным, религиозным просвещением?

— Мой ответ: да. Такой работой занимается не только петербургская специализированная библиотека, но аналогичные библиотеки в других российских регионах. Ведь библиотека для слепых и слабовидящих — это не только место, где можно получить аудиокниги и книги, напечатанные рельефно-точечным шрифтом. Это также клуб по интересам, место встречи единомышленников. Здесь проходят мероприятия самой разной направленности. И каждый человек может найти что-то интересное и важное для себя!

Православный клуб «Азы духовной культуры» — это только одно из многочисленных направлений работы библиотеки. Но это направление является очень важным. Бог — это Любовь! Обретая духовные знания, человек одновременно начинает все сильнее чувствовать Любовь и Милость Господа к каждому из нас… А значит, жить становится легче и радостнее, легче переносить те ограничения, которые налагают слепота и слабовидение.

— Когда Вы пришли к Вере? Как это произошло?

— Все происходит по Воле Господа. Господь привел меня к Вере, когда мне было шестнадцать лет. Это произошло уже в сознательном возрасте. Я понял, что служение Господу — это дело моей жизни. Поэтому и возникло желание поступить учиться в Санкт-Петербургскую духовную семинарию.

— Могут ли православные общины оказать помощь инвалидам по зрению? Участвуют ли члены клуба «Азы духовной культуры» в жизни петербургских церковных приходов?

— Большинство наших братьев и сестер, которые приходят на духовно-просветительские встречи в стены библиотеки, также становятся активными членами городских приходов. Помощь со стороны священнослужителей и мирян может быть весьма разнообразной. Но самое главное, что в церковной общине всегда найдутся люди, способные выслушать и услышать… Православное община — сообщество неравнодушных, сопереживающих людей.

— Как сложилась Ваша жизнь после окончания семинарии?

— В течение многих лет я работал преподавателем духовных дисциплин и церковнославянского языка в «Школе народного искусства Императрицы Александры Федоровны», расположенной на Витебской улице в Санкт-Петербурге. Это одна из нескольких негосударственных православных общеобразовательных школ, действующих в настоящее время в Санкт-Петербурге.

Дети в этой школе изучают те же предметы, что и в обычных государственных школах. После окончания курса обучения они сдают ЕГЭ. Также им преподаются духовные дисциплины, традиционные народные ремесла и т.д. Они воспитываются в православном духе.

В настоящее время я преподаю в воскресной школе, действующей при Храме во имя Святых Иоанна Кронштадского и Марии Магдалины, расположенной на проспекте Косыгина. В этом же храме выполняю функции алтарника. Настоятелем храма является протоиерей Петр Мухин, один из авторитетнейших священнослужителей нашего города. Он является благочинным Красногвардейского округа Санкт-Петербургской епархии и благочинным вузовских храмов Северной столицы.

Я познакомился с Петром Алексеевичем 7 октября 2012 года. Этот день я запомню на всю жизнь. Отец Петр стал моим духовным наставником. Он предложил мне преподавать в воскресной школе и быть алтарником в храме. Кроме того, в настоящее время я продолжаю свое духовное образование: учусь в магистратуре Санкт-Петербургской православной духовной академии, готовлю диссертацию на соискание ученой степени «магистра богословия».

— Не мешает ли инвалидность по зрению Вашей учебе и церковной работе?

— Я не единственный студент духовного вуза, имеющий инвалидность по зрению. И среди священнослужителей есть такие люди. Так же как и при обучении в светском вузе, мы можем использовать специальные компьютерные программы озвучивания, рельефно-точечные дисплеи и принтеры и т.д. Но самое главное — это духовное зрение. Оно не связано с физическими недостатками.

— Какие мероприятия, проводимые клубом «Азы духовной культуры», Вам особенно запомнились?

— Запомнились встречи с литературоведом Ириной Михайловной Ольшанской. Она регулярно становится гостем клуба и рассказывает о духовных исканиях русских литераторов. Меня заинтересовал ее доклад о православных мотивах в поэзии Блока. Также вспоминаю вечер, посвященный Святому благоверному князю Александру Невскому, на котором мне тоже довелось делать доклад.

— Илья Борисович, знаю, что участие в приходской жизни Храма во имя Святых Иоанна Кронштадского и Марии Магдалины способствовало и устройству Вашей личной жизни…

— Моей супругой стала Наталья, активная прихожанка нашего храма. Венчание и свадьба состоялись в ноябре 2014 года. Для меня всегда было важно создать семью с духовно близким человеком, но найти родственную душу было нелегко. До 39 лет я не женился. Господь привел меня в Храм во имя Святых Иоанна Кронштадского и Марии Магдалины, где я нашел и своего духовного учителя, и супругу, и друзей…

— Что Вы могли бы пожелать своим товарищам по несчастью — инвалидам по зрению, которые только находятся в духовных поисках?

— В двадцатой главе «Евангелия от Матфея» рассказано о двух слепцах, прозревших Милостью Спасителя: «Иисус же, умилосердившись, прикоснулся к глазам их; и тотчас прозрели глаза их, и они пошли за Ним». Православная Вера несет духовное прозрение. Важно идти за Иисусом, так же как «пошли за Ним» прозревшие евангельские слепцы.

Принять обстоятельства своей жизни

А.Н. Лебедев является участником клуба «Азы духовной культуры» с момента его возникновения. «Я родился в 1957 году полностью незрячим, — рассказывает Александр Николаевич. — Когда мне было два года, мне сделали офтальмологическую операцию, давшую небольшой «кусочек» зрения. В течение всей жизни и до сегодняшнего дня острота зрения составляет у меня два процента. Я инвалид первой группы. В школе учился по системе Брайля. Уже в детстве стал заядлым книгочеем, мир рельефно-точечных книг стал моим миром».

В 1975 году после окончания специальной (коррекционной) школы-интерната для слепых и слабовидящих детей Лебедев стал работать слесарем-сборщиком на Учебно-производственном предприятии (УПП) № 5 Всероссийского общества слепых (ВОС). На УПП Лебедев проработал до 2011 года. В настоящее время главным делом жизни петербуржца стала общественная работа во Всероссийском обществе слепых. Его супруга, Елена Владимировна, является председателем местной организации «Коломна», объединяющей инвалидов по зрению Адмиралтейского района Санкт-Петербурга. Александр Николаевич помогает ей на общественных началах.

«Наша дружба с Л.А. Высоцкой зародилась благодаря литературному объединению, которое она организовала в 1977 году, начав работать на нашем предприятии. Любовь Алексеевна привлекла к работе поэтессу Раису Дмитриевну Вдовину. Я с детства писал стихи и был очень рад творческому взаимодействию с прекрасными, душевными, отзывчивыми женщинами: библиотекарем Л.А. Высоцкой и поэтом Р.Д. Вдовиной, — делится своими воспоминаниями А.Н. Лебедев. — В середине восьмидесятых годов мы стали еще теснее общаться с Любовь Алексеевной, так как оба пришли к Православной Вере. Я очень благодарен ей за создание клуба «Азы духовной культуры».

— Александр Николаевич, не могли бы Вы рассказать о Вашем пути к Вере?

— Духовные вопросы интересовали меня давно. Я долго искал себя… В начале восьмидесятых годов меня привлекал буддизм и другие восточные религиозные течения. Но в 1988 году в Советском Союзе, в том числе и в Ленинграде, отмечалось Тысячелетие Крещения Руси. Это событие стало для многих людей отправной точкой, давшей возможность задуматься о духовных традициях России, о Вере нашего народа.

Клуб «Азы духовной культуры» способствовал моему духовному становлению. Кроме того, в конце восьмидесятых годов я посещал цикл лекций, которые проводил отец Владимир Цветков в петербургском музее Ф.М. Достоевского. В настоящее время он является протоиереем, настоятелем Храма в честь Иверской иконы Божией Матери поселка Софрониева Пустынь Арзамасского района Нижегородской области.

В конце восьмидесятых годов отец Владимир служил в Ленинграде, в Храме преподобного Серафима Саровского на Серафимовском кладбище. К счастью, этот храм в советское время не закрывался, кроме нескольких месяцев во время блокадной зимы 1941-1942 года. Я стал не только ходить на лекции отца Владимира в музее Ф.М. Достоевского, но и посещать его церковные службы. Также стал регулярно бывать в Храме во имя Спаса Нерукотворного Образа в Парголово.

В конце восьмидесятых годов духовенство и миряне Храма Спаса Нерукотворного Образа в Парголово взялись за возрождение расположенного поблизости Храма Петра и Павла в Шуваловском парке. В 1991 году обезображенное церковное здание было официально передано Русской Православной Церкви.

Храм Петра и Павла в Шуваловском парке в начале девяностых годов сыграл особую роль в жизни незрячих и слабовидящих петербуржцев. Его стали посещать многие мои товарищи по несчастью, в том числе группа учащихся, преподавателей и воспитателей специальной (коррекционной) школы для слепых и слабовидящих детей им. К.К. Грота. Община храма оказывала нам поддержку. Энтузиасты-чтецы начитывали для незрячих прихожан религиозные тексты.

— Издается ли в настоящее время православная литература рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом?

— В советское время подобная литература почти не издавалась. Начиная с 1992 года, православную литературу выпускает петербургское издательство «Чтение» — крупнейшее в стране издательство, занимающееся выпуском книг для незрячих читателей. Например, в последние годы «Чтение» порадовало православных читателей книгой митрополита Илларионa (Алфеева) «Творенье Божье: Мир и человек». Вышли в свет «Поучения оптинских старцев», книга А.А. Иконникова-Галицкого «Святые русской земли», книга архиепископа Иоанна (Шаховского) «Апокалипсис мелкого греха», книга протоиерея Андрея Ткачева «Земные ангелы, небесные человецы» и многие другие издания.

— Какие мероприятия в клубе «Азы духовной культуры» Вам особенно запомнились?

— Я бы выделил цикл лекций по истории Ветхого и Нового Завета, который еще в середине девяностых годов прочитал в стенах библиотеки протоиерей Александр Панкратов, священник петербургского Храма Святой Великомученицы Анастасии Узорешительницы. В то время отец Александр имел сан диакона и служил в Храме Святой Великомученицы Екатерины при Академии художеств.

Также я всегда с удовольствием посещаю лекции литературоведа Ирины Михайловны Ольшанской, гармонично соединяющей в своих выступлениях богословские и культурологические темы.

— Как, на Ваш взгляд, может помочь Православная Вера в деле реабилитации инвалидов по зрению?

— Для каждого верующего человека, вне зависимости от наличия или отсутствия физических недостатков, «Евангелие» является путеводной звездой, путеводителем по жизни. Если незрячий или слабовидящий идет за этой звездой, осознает, что хочет от него Творец, то ему будет гораздо легче принять тяжелые, даже трагические обстоятельства своей жизни.

Фотографии автора и из архива Санкт-Петербургской государственной библиотеки для слепых и слабовидящих

iSert®

Предустановленная ИОЛ

HOYA SURGICAL OPTICS

Предустановленная гидрофобная моноблочная ИОЛ для разреза 2.2 мм

Surgix

ophthalmic surgical products

www.surgix.ru
www.hoyasurgicaloptics.com
info@surgix.ru

На правах рекламы

издательство Апрель

Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей. Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Подписной индекс: 15392
www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственности за иллюстративный материал, а также за содержание рекламных, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: апрель 2017. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 115184 Москва, Большой Ордынский переулок, д. 4, строение 3, Офисный центр «Ордынский».

© «Поле зрения», 2017. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ».

Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.