

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№3(29) МАЙ-ИЮНЬ 2015

ISSN 2221-7746

70 ЛЕТ ПОБЕДЫ



Об уроках Великой Победы

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, председатель Комитета Государственной Думы по науке и наукоемким технологиям **В.А. Черешнев**

Прежде всего я хочу сказать, и это можно много раз повторять, огромное спасибо нашим ветеранам, нашим труженикам и фронта, и тыла за эту великолепную Победу, которая вот уже 70 лет нас вдохновляет, окрыляет, возвышает и утверждает в том, что именно советский народ, преодолевая все, проявив все свои лучшие качества, одержал эту грандиозную, мировую Победу и навечно останется народом-победителем!

День Победы, вы знаете, сначала отмечался очень скромно, первые 20 лет после 1945 года

не было торжественного парада. Страна восстанавливала свое хозяйство, а в последние 20 лет этот день окреп и сегодня стал главным праздником, главным торжеством современной России.

И поэтому мне кажется уместным оценить уроки Победы, итоги войны с точки зрения сегодняшнего состояния науки.

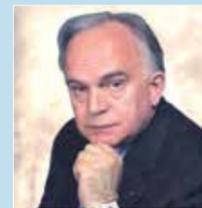
Урок первый. Если государство действительно хочет быть сильным, самодостаточным, самостоятельным и независимым, желает достичь высокого качества жизни своих граждан, без науки и образования не обойтись. С 1930 года,

когда Советский Союз начал индустриализацию, до 1940-го финансирование науки увеличивалось в 25 раз. Параллельно приведу пример: с 1990 по 2000 год финансирование науки тоже изменилось в 25 раз (известно, в какую сторону). В 1930-е годы было создано 50 новых институтов и 73 лаборатории, и к 1941 году страна подошла с мощной, развитой наукой.

Урок второй. Объединение усилий государства и науки дает мощный синергетический эффект. Уже на второй день войны

> стр. 3

70 лет Победы



Академик РАН **В.А. Черешнев**
Академия наук СССР в годы Великой Отечественной войны > стр. 3

Актуальное интервью



Роль личности в истории никто не отменял

Интервью с главным офтальмологом Республики Татарстан, **А.Н. Амировым** > стр. 12

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Офтальмология: итоги и перспективы

Научно-практическая конференция офтальмологов, посвященная 50-летию кафедры глазных болезней медицинского института Российского университета дружбы народов

12 марта 2015 года в Российском университете дружбы народов состоялась научно-практическая конференция офтальмологов с международным участием «Офтальмология: итоги и перспективы», посвященная юбилею кафедры глазных болезней.

Перед открытием конференции ректор РУДН, академик РАО **В.М. Филиппов** принял делегацию ведущих офтальмологов России. **В.М. Филиппов** отметил важность проведения конференции, затронул вопрос проблемы и качества подготовки высококвалифицированных кадров, улучшение работы диссертационных советов.



Открыл работу юбилейной конференции ректор РУДН, академик РАО **В.М. Филиппов**. Он поздравил кафедру глазных болезней с 50-летним юбилеем, подчеркнул, что юбилей кафедры совпадает с 55-летним юбилеем университета. **В.М. Филиппов** отметил, что в 2013 и 2014 годах в Мировом рейтинге вузов QS (Quacquarelli Symonds) РУДН вышел в топ-500 лучших университетов мира. Коллектив РУДН насчитывает сегодня 4500 сотрудников, в том числе более 500 профессоров и докторов наук. В 2014 году в вузе обучались около 27 тысяч студентов,

> стр. 8



Важно любить то, чем занимаешься

Интервью с профессором **Б.М. Азнабаевым** > стр. 29



Индивидуальный подход — ключ к успешной реабилитации инвалидов

Интервью с профессором **М.И. Разумовским** > стр. 30

«Восток–Запад–2015»

VI Научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием

21-22 мая 2015 г. в Уфе состоялась очередная, уже VI по счету, научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием «Восток–Запад–2015».

В этом году конференция проходила в рамках мероприятий, приуроченных к саммиту ШОС и БРИКС, которые состоятся в июле в Уфе. В связи с этим одно из пленарных заседаний конференции было посвящено сообщениям офтальмологов этих стран. Тимари Сокои Мохаммед Сайи из офтальмологической клиники г. Велор (Индия) отметил: «Я думаю, без обмена опытом нет развития в медицине. Сейчас об Уфе в Индии хорошо знают из-за предстоящего визита премьер-министра



Индии **Н. Мори** для встречи лидеров стран БРИКС, потому я решил, что мне стоит приехать и увидеть все самому».

Открыл конференцию младший состав воспитанников Республиканской гимназии-интерната им. Г. Альмухаметова, который представил национальную музыкальную композицию. С приветственным словом к участникам конференции обратился директор Уфимского НИИ глазных болезней, профессор **М.М. Бикбов**, который отметил: «Офтальмология — одна из немногих медицинских наук, которая движется вперед очень быстро. Почти каждый год она рождает новые

> стр. 22

Также в номере:

Офтальмология в лицах > стр. 7

Конференции > стр. 8, 10, 16, 19, 22, 24

Оптометрия > стр. 33, 36

Дискуссионные вопросы > стр. 38

Научные статьи > стр. 40

В помощь практикующему врачу > стр. 42

К незримому солнцу > стр. 45

Записки американской медсестры > стр. 48

В.В. Путин: Целевое распределение выпускников медвузов требует дополнительной доработки

Такое мнение высказал президент РФ Владимир Путин во время посещения Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии, который возглавляет профессор Леонид Рощаль.

«Люди, которые за государственный счет учатся, — это как бы госказаки, поэтому в целом такой подход имеет право на существование, но спешить здесь нельзя», — сказал Путин, заметив, что на проблему необходимо посмотреть со всех сторон.

Рощаль рассказал, что на недавнем съезде Национальной медицинской палаты 90% врачей высказались за введение распределения выпускников, обучающихся за государственный счет.

Профессор вспомнил, как по окончании института он сам был распределен для работы. «И я благодарен тому времени. Я многому научился тогда», — сказал директор института.



Фото Алексея Дружинина РИА Новости

Путин согласился с тем, что кадровая проблема весьма остро стоит сегодня в сфере медицины. «Это я знаю. У нас, к сожалению, есть населенные пункты, где нет ни одного врача, есть населенные

пункты, жители которых даже не знают, к каким медицинским учреждениям они прикреплены и прикреплены ли вообще», — сказал президент.

zdprav.ru

В.И. Скворцова назвала основные достижения в стационарном сегменте

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие во всероссийской конференции «Эффективный стационар».

В своей речи глава министерства отметила, что в настоящее время медицинские стационары фактически являются системообразующей частью здравоохранения. Именно поэтому работа стационаров напрямую влияет на качество и доступность медицинской помощи в целом. «В стационарном сегменте происходит наибольшее число реорганизаций и реформ, 70% всех финансовых расходов на здравоохранение направлены на развитие стационарных структур, половина врачей, две трети медицинских сестер также сконцентрированы в стационарном сегменте», — сказала министр.

Скворцова отметила, что за последние годы в этой области были сделаны принципиальные реформирующие шаги. В частности, был осуществлен переход от 2-уровневой к 3-уровневой системе здравоохранения, были внесены изменения в алгоритм и маршрутизацию больных в стационаре.

Также в 2013 году вместе с аппаратом главных внештатных специалистов Минздрава России была подготовлена модель национальных клинических



Фото Дмитрия Астахова РИА Новости

рекомендаций. Еще одним значительным шагом стал переход экстенсивных способов оплаты медицинской помощи к интенсивным, от койко-дня к законченному случаю госпитализации, т.е. формирование системы клинико-статистических групп.

«Сейчас это основной метод оплаты стационарной помощи во всем мире. КСГ существенно позволяют повышать эффективность расходов и снижать неэффективные расходы. Наш опыт показывает, что за последние 2 года мы снизили продолжительность нахождения пациентов на койке на 10%», — рассказала Вероника Скворцова.

В числе других эффективных инструментов по совершенствованию работы стационарных учреждений Скворцова отметила внедрение «эффективного контракта» и правильное распределение ресурсов.

«Кроме того, очень важно управлять загруженностью тяжелого оборудования, компьютерных томографов и ангиографов. Сегодня есть регионы, где это оборудование обслуживают от двух до пяти пациентов в день при том, что их нагрузка по всем международным критериям должна быть существенно выше — минимум в 4-5 раз», — сообщила министр.

zdprav.ru

О профессиональных стандартах в медицине

Майский номер журнала «Здравоохранение» опубликовал интервью с Т.В. Семеновой, директором Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении. В интервью были затронуты вопросы, касающиеся профессиональных стандартов, внедрение которых в систему здравоохранения предусмотрено на 2015 г. На сегодняшний день, по словам Т.В. Семеновой, разработаны проекты для среднего и младшего медицинского персонала и врачей. В самой высокой степени готовности находится проект базового стандарта специалиста по педиатрии, который определяет набор требований в виде трудовых функций. Он уже получил одобрение Национального совета по профессиональным квалификациям.

Профессиональные стандарты, как и единые квалификационные справочники, больше ориентированы не на медицинскую организацию, а на конкретных работников, отметила чиновник. Однако их внедрение потребует от медицинской организации определенных действий: возможно, пересмотра трудовых договоров и закрепления в них тех или иных трудовых функций.

Профессиональный стандарт не является макетом трудового договора, хотя и содержит трудовые функции специалиста. Он устроен таким образом, чтобы предусмотреть возможности для профессионального роста работника и расширения набора его трудовых функций.

Будущие профессиональные стандарты станут основой для переработки образовательных стандартов. С 1 января 2016 г. произойдет переход на систему стандартов, внедрение которых в систему здравоохранения предусмотрено на 2015 г. На сегодняшний день, по словам Т.В. Семеновой, разработаны проекты для среднего и младшего медицинского персонала и врачей. В самой высокой степени готовности находится проект базового стандарта специалиста по педиатрии, который определяет набор требований в виде трудовых функций. Он уже получил одобрение Национального совета по профессиональным квалификациям.

medvestnik.ru

Более половины россиян высказались против сокращения расходов на медицину и образование

Правительству РФ, в первую очередь, следует выделять деньги на повышение уровня жизни основной массы населения (67%), на улучшение медицинского обслуживания (55%) и поддержку социально незащищенных слоев (52%), считают россияне, опрошенные «Левада-Центром», сообщает Интерфакс.

Не менее важным кажется респондентам финансирование программ по развитию образования и науки (26%), строительству/ремонту дорог (22%), развитию инноваций (14%) и перевооружению/модернизации армии (12%).

Выделять средства на развитие культуры, искусства в РФ призывает 8% респондентов, на поддержание международного авторитета страны и проведение в ней крупных международных мероприятий — 5%, на развитие космических программ — 4%.

О том, что правительство урезает бюджетные расходы этого года по одним статьям и увеличивает финансирование других направлений, известно 30% россиян. Впервые услыхали об этом от социологов 69% участников опроса, проведенного 22-25 мая среди 800 человек в 134 населенных пунктах РФ.

По данным опроса, 60% россиян не поддерживают финансирование каких-либо направлений



за счет сокращения бюджетных расходов на образование и здравоохранение, сообщили «Интерфаксу» в «Левада-Центре».

Между тем часть респондентов готова поддержать урезание этих статей бюджета и перенаправление средств на развитие Крыма и Севастополя (16%) или на развитие Дальневосточного региона (11%). Еще 7% предлагают направить эти средства на оплату кредитов, которые не могут заплатить заемщики по ипотеке, по 5% — на поддержку ядерных исследований и строительство высокоскоростной магистрали Москва-Казань, 3% — на повышение зарплат и пенсий в Абхазии, 2% — на финансовую помощь «Ростеху».

Согласно данным исследования, 73% россиян предпочли бы, чтобы у них и у их детей была возможность получать бесплатные медицинские услуги и бесплатное образование, а 25% — чтобы было достаточно денег для оплаты медицинских и образовательных услуг.

medvestnik.ru

Д.А. Медведев поручил проиндексировать зарплаты врачей

Премьер-министр Дмитрий Медведев поручил Минтруду, Минфину и Минздраву России рассмотреть вопрос о порядке индексации заработной платы и социальных выплат в 2016 году.

Согласно документу, опубликованному на сайте правительства, ведомства совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и с участием регионов должны рассмотреть вопрос об индексации

зарплат, социальных выплат и о порядке предоставления мер социальной поддержки в 2016 году.

Индексация при этом должна проходить с учетом «сохранения базовых подходов к выделению средств федерального бюджета на реализацию соответствующих госпрограмм».

Кроме того, премьер-министр поручил при формировании проектов бюджета проработать возможность использования средств

Фонда национального благосостояния для покрытия дефицита бюджета Пенсионного фонда на будущий год и на плановый период 2017 и 2018 годов.

Соответствующие предложения главам ведомств поручено представить в правительство.

В конце мая глава Минздрава Вероника Скворцова попросила власти в регионах сделать прозрачными схему начисления зарплат медработникам.

vladmedicina.ru

Об уроках Великой Победы

< стр. 1

внеочередное заседание президиума Академии наук СССР постановило немедленно эвакуировать все учреждения АН в пять заранее подготовленных регионов: в Поволжье, на Урал, в Сибирь, Среднюю Азию и Казахстан. В этих регионах за 20 предшествующих лет Советский Союз создал мощную производственную и экономическую базу, а в сочетании с наукой они превратились в гигантские

научно-производственные, образовательные и военные центры, которые стали ковать победу.

Третий урок Великой Победы. Если перед обществом ставятся ясные, четкие задачи, если создается понятная программа, то это мобилизует каждого гражданина на творческую деятельность. выдающийся ученый академик Владимир Иванович Вернадский писал в 1942 году, что мысль человеческая есть явление планетарное и бесценное. И мысль в те годы работала очень

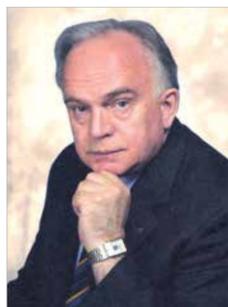
напряженно. Ведь, по сути, с точки зрения сегодняшнего дня во время Великой Отечественной войны произошел крупнейший инновационный прорыв нашей науки. В 1941 году начали сражаться с трехлинейными винтовками и на фанерных самолетах, а через 2(!) года, в 1943-м, воевали с автоматами, на современных самолетах, появились уже «каштоши» и танк Т-34. Т-34 образца 1944 года был признан лучшим танком Второй мировой войны. И если вначале Великую Отечественную

войну называли войной моторов, то к концу — войной интеллектов, и безоговорочно общепризнано, что эту интеллектуальную войну выиграли наши ученые.

И четвертый урок. В тяжелейшие годы войны наука стремительно развивалась. Было создано 6 новых институтов, 5 республиканских академий наук, в 1943 году организована Академия педагогических наук, в 1944-м — Академия медицинских наук. В том же 1944 году исполнилось 220 лет Академии

наук, юбилей торжественно отметили, приехали 123 ученых из 19 стран, и на заключительном заседании в Большом театре лауреат Нобелевской премии американский химик Эрвин Ленгмюр произнес: «Величественна, грандиозна и непобедима та страна, которая имеет такую науку». Сегодня мы, улы, этого сказать не можем. И сегодня от нас с вами зависит и будущее, и настоящее российской науки. Как действовать, куда идти — подсказывает опыт Великой Победы.

Академия наук СССР в годы Великой Отечественной войны



Доктор медицинских наук, профессор, академик РАН В.А. Черешнев

Часть 1. Война интеллектов

Война, подвиг, победа — для меня это очень интересная тема. Во-первых, потому, что я в общем-то ровесник Победы. Во-вторых, нашему поколению тоже выпала радость победы, когда полетел в космос Юрий Алексеевич Гагарин. Наверное, многие помнят тот весенний день и неистовый восторг, который всех охватил. Я учился в девятом классе 1-й школы Соликамска Пермской области. Все уроки прекратились. Идем по

думаете, как долго вообще будут праздновать Победу? До последнего живущего ветерана?»

Когда праздновали 55 лет со дня Победы, было 1,5 миллиона фронтовиков, к 60-летию Победы осталось 800 тысяч. Это значит, все они перешагнули 80-летний рубеж. А представьте, что будет к 70-летию Победы...

О Великой Отечественной войне написано много замечательных произведений, но, проводя исторические параллели, хочу сказать, что главная книга еще не написана, потому что многие архивы еще не открыты, но и главная книга о войне 1812 года была написана только спустя 60 лет Л.Н. Толстым. За свой бессмертный роман «Война и мир» он был удостоен звания сразу члена-корреспондента Академии наук и пять раз, с 1902 по 1906 годы, номинировался на Нобелевскую премию по литературе, а в 1909 году — на Нобелевскую премию мира. Но Лев Николаевич просил снять его с номинации, потому что «лучше — неудобно отказываться, а кроме почета это еще и деньги, а я глубоко убежден, что деньги приносят только зло».

Мне близок и понятен сегодняшний интерес к этой проблеме. Потому что в войну Академия наук СССР вступила в период своей модернизации и реструктуризации.

Эти процессы и сегодня актуальны. О войне пишут всякое. Есть мнение, что это была «схватка двух спившихся между собой диктаторов». Порой слышишь и то, что Великая Отечественная война была войной интеллигентов, и наша наука ее выиграла. Судите сами...

Если обратиться к цифрам финансирования науки в СССР (см. график), то можно наблюдать, что после 1917 года Российская академия наук (с апреля 1925 года — Академия наук СССР), ставшая преемницей Императорской академии наук, практически не финансировалась. И несмотря на терпимое отношение Ленина к академии, государство относилось к ней негативно, что вполне объяснимо: академия в целом не приняла революцию.

Учитывая экономические потрясения, сопровождавшие политические преобразования в стране, и изменения реальной стоимости рубля в процессе этих преобразований, для анализа реальных вливаний в развитие науки в СССР мы использовали относительные значения, где за нулевую точку отсчета было принято финансирование Академии наук в 1931 году.

Несколько возрастает финансирование Академии наук в 1932 году, рост продолжается и в 1933-м,

и в результате к 1934 году оно увеличивается в 2,5 раза, с 1935 по 1937 год — в 7,7 раза. И, наконец, с 1931 по 1939-й — в 25 раз!

Первым избранным президентом Академии наук был Александр Петрович Карпинский, который очень сдержанно относился к провозимому преобразованием. Обратимся к фактам: через год после революции, в 1918 году, в противовес Императорской академии создается Социалистическая общественная академия, в 1925 году создается Академия наук СССР, параллельно Социалистической академии переименованной в Коммунистическую общественную академию и объявляют ее (а не Академию наук СССР) главным научным учреждением нашей страны. Через год, в 1926-м, организуется ВАРНИТКО — Всесоюзная ассоциация работников образования и науки для содействия социалистическому строительству. Нужно признать, что Общественная академия ничего, кроме идеологических лозунгов, дать не могла.

А к 1928 году назрела индустриализация страны, начались первые пятилетки. Именно в этот период руководство страны, Сталин понимают, что и Коммунистическая академия, и ВАРНИТКО не принесут конкретных результатов. А стране нужны конкретные данные разведки

HAAG-STREIT SURGICAL

СОБЕРИ СВОЙ МИКРОСКОП!

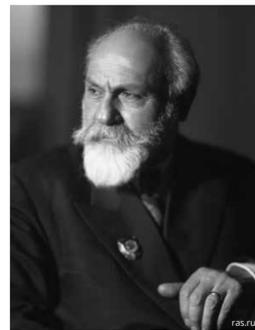
• ВПЕЧАТЛЯЮЩЕЕ КАЧЕСТВО ОПТИКИ HAAG-STREIT • УНИКАЛЬНЫЕ РАЗРАБОТКИ: ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ОКТ, ЗД МИКРОСКОП • ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ

Stormoff®
group of companies

Г. МОСКВА, УЛ. ПАСКОВОЙ 11А; ТЕЛ.: (495) 780 7691; +7 (916) 647-69-35 | OKO@STORMOFF.COM



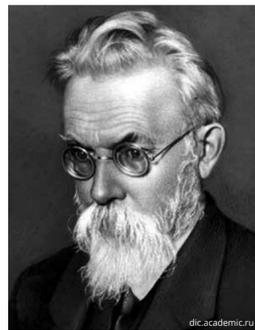
Академик Владимир Леонтьевич Комаров



Академик Леон Абгарович Орбели



Академик Николай Николаевич Бурденко



Академик Владимир Иванович Вернадский

Кузнецкого бассейна, где обнаружены большие запасы угля, стране нужна нефть. Кто может обеспечить топливом развивающуюся промышленность, как реализовать амбициозный проект индустриализации всей страны? И тогда внимание обратилось к научному багажу Академии наук...

республик. Были созданы базы: Кольская им. С.М. Кирова, Северная, Дальневосточная горно-таежная станция им. В.Л. Комарова. Образовано 47 институтов, 76 лабораторий, станций, обсерваторий, обществ.

эвакуация. Было принято трудное решение — эвакуировать всю (!) Академию наук вглубь страны, а это 43 института, 76 лабораторий. Изначально планировали эвакуировать академию в Томск, потом было принято решение переместить ее в Казань и Свердловск.

с тем, что немцы стояли под Москвой. В истории Академии наук это был единственный раз. Сохранение провели в мае 1942 года в Свердловске, и на нем Комаров был вновь переизбран президентом Академии наук.

И началась работа под лозунгом: «Все для фронта, все для победы!».

Нужно напомнить, что 30 институтов рейха встали на войну с Советским Союзом. У них было много разработок, апробированных в предшествующие 2 года военных действий.

Тяжелая обстановка войны заставила по-иному относиться к научным проблемам, более оперативно их решать. Фронт требовал безотлагательного решения неожиданных возникших практических вопросов. Поэтому в период войны приоритетными были прикладные исследования.

Так, Александр Петрович Александров, Владимир Максимович Тучкевич, Игорь Васильевич Курчатов и другие ученые предложили методику размагничивания корпусов кораблей (это делалось для защиты от морских мин). Фашисты применяли так называемую магнитную, или неконтактную, мину, для взрыва которой не требовалось ее непосредственного соприкосновения с корпусом корабля, взрыватель такой мины срабатывает от воздействия магнитного поля корабля.

Во многом благодаря серьезным научным достижениям и прикладным разработкам в 1942-1943 годах начался перелом в Великой Отечественной войне.

В киевском Институте электросварки АН СССР, эвакуированном в Нижний Тагил, директор Евгений Оскарлович Патт и вместе с Василием Петровичем Никитиным разработали новую технологию сварки корпусов под фюзелем. После размещения на Уралвагонзаводе эвакуированного из Харькова танкового завода имени Коминтерна (№ 183) сотрудники Института электросварки начали внедрять первые образцы специального оборудования и новую технологию и впервые в мире решили сложнейшие научные и технические задачи, связанные с автоматической сваркой брони.

В январе 1942 года на двух установках началась сварка бортов корпуса танка Т-34, производство которого было увеличено в 4 раза.

Григорий Самуилович Ландсберг предложил использовать спектроскопический метод исследования металлов. Это было важно для самостроения и танкостроения. На ряде крупных заводов были организованы лаборатории спектрального анализа и подготовлены для них соответствующие кадры, разработаны и внедрены новые спектрально-аналитические методики контроля плавки сталей, легких и цветных сплавов.

Выдающийся металлург академик Николай Тимофеевич Гудков изобрел метод электросварки подкалиберных снарядов, который резко увеличил их бронейность. Валентин Петрович Вологодин предложил изучение электросварки и предложил много ее модификаций.

Михаил Алексеевич Лаврентьев после эвакуации в Уфу продолжил исследования в области взрывов. Предположив, что при высоких температурах материалы ведут себя подобно вязким жидкостям, он разработал гидродинамическую теорию кумуляции (кумулятивный эффект — это усиление пробивной способности снаряда с применением специального устройства, благодаря которому при соударении снаряда с преградой образуется высокоскоростная (кумулятивная) струя из пороховых газов и продуктов разрушения металлической оболочки, прожигающая преграду).

Такой кумулятивный снаряд пробивал броню всех немецких танков в 6 см. После него в 1942 году в Германии заводы Крупна вынуждены были увеличить высоту лобовой брони до 20 см. А это резко снизило подвижность и маневренность немецких танков.



Академик Алексей Алексеевич Ухтомский



Академик Владимир Александрович Фок



Академик Лев Давидович Ландау

до 20 см. А это резко снизило подвижность и маневренность немецких танков.

В это же время член-корреспондент АН Андрей Анатольевич Бочвар создал новый легкий сплав — цинковистый силумин, использование которого для крупносерийного производства авиационных и танковых моторов значительно повысило их технические характеристики. Применение корпусов двигателей из силумина стало одним из новшеств, определивших превосходство советской танковой техники на полях сражений. Наши танки стали легче и маневреннее, в то время как изобретение Лаврентьева вынуждало противника увеличивать высоту брони, что, естественно, снижало маневренность машин.

Воспоминаниях немецкие генералы танк Т-34 называли настоящим «Мерседесом» на поле боя. Он был легким, подвижным, стреляющим. Ни «Тигр», ни «Пантера» в те времена не могли сравниться с нашим Т-34.

Во многом благодаря серьезным научным достижениям и прикладным разработкам в 1942-1943 годах начался перелом в Великой Отечественной войне.

В киевском Институте электросварки АН СССР, эвакуированном в Нижний Тагил, директор Евгений Оскарлович Патт и вместе с Василием Петровичем Никитиным разработали новую технологию сварки корпусов под фюзелем. После размещения на Уралвагонзаводе эвакуированного из Харькова танкового завода имени Коминтерна (№ 183) сотрудники Института электросварки начали внедрять первые образцы специального оборудования и новую технологию и впервые в мире решили сложнейшие научные и технические задачи, связанные с автоматической сваркой брони.

В январе 1942 года на двух установках началась сварка бортов корпуса танка Т-34, производство которого было увеличено в 4 раза.

Григорий Самуилович Ландсберг предложил использовать спектроскопический метод исследования металлов. Это было важно для самостроения и танкостроения. На ряде крупных заводов были организованы лаборатории спектрального анализа и подготовлены для них соответствующие кадры, разработаны и внедрены новые спектрально-аналитические методики контроля плавки сталей, легких и цветных сплавов.

Выдающийся металлург академик Николай Тимофеевич Гудков изобрел метод электросварки подкалиберных снарядов, который резко увеличил их бронейность. Валентин Петрович Вологодин предложил изучение электросварки и предложил много ее модификаций.

Михаил Алексеевич Лаврентьев после эвакуации в Уфу продолжил исследования в области взрывов. Предположив, что при высоких температурах материалы ведут себя подобно вязким жидкостям, он разработал гидродинамическую теорию кумуляции (кумулятивный эффект — это усиление пробивной способности снаряда с применением специального устройства, благодаря которому при соударении снаряда с преградой образуется высокоскоростная (кумулятивная) струя из пороховых газов и продуктов разрушения металлической оболочки, прожигающая преграду).

Такой кумулятивный снаряд пробивал броню всех немецких танков в 6 см. После него в 1942 году в Германии заводы Крупна вынуждены были увеличить высоту лобовой брони до 20 см. А это резко снизило подвижность и маневренность немецких танков.

В это же время член-корреспондент АН Андрей Анатольевич Бочвар создал новый легкий сплав — цинковистый силумин, использование которого для крупносерийного производства авиационных и танковых моторов значительно повысило их технические характеристики. Применение корпусов двигателей из силумина стало одним из новшеств, определивших превосходство советской танковой техники на полях сражений. Наши танки стали легче и маневреннее, в то время как изобретение Лаврентьева вынуждало противника увеличивать высоту брони, что, естественно, снижало маневренность машин.

Трифимук, в будущем один из основателей Сибирского отделения АН СССР, настоял на начале бурения скважин в Башкирии, в Карлинско-Кинзебулатовской зоне брахиантиклинальных складок. Причем интересно, что ни первая, ни вторая попытка бурения скважин не принесли желаемого результата — нефти не было.

Многие видные геологи настаивали на прекращении бурения. Однако А.А. Трофимук обосновал наличие коллекторов трещинного типа в пермских отложениях. И только из четвертой скважины грянул фонтан высотой 40 м. Новое месторождение дало 6 тысяч т в сутки! (До этого рекордом было 500 т в сутки.) В 1943 году Андрей Алексеевич Трофимук в возрасте 33 лет первым среди геологов был удостоен звания Героя Социалистического Труда.

Выдающееся достижение геологов героического военного времени показало, что Волго-Уральская нефтьгазоносная провинция является одной из крупнейших в мире. Эти открытия позволили резко увеличить добычу нефти, столь необходимой для страны в суровые годы войны, и обеспечить наши танки и авиацию нефтепродуктами для победоносных операций Советской армии.

Наряду с исследованиями, направленными на решение конкретных практических задач, поставленных войной, Академия наук продолжала проводить фундаментальные исследования.

Так, Владимир Иосифович Векслер в 1944 году сформулировал принцип автофазирования заряженных частиц, на основе которого предложил ряд ускорителей совершенно нового типа. Была создана целая серия различных ускорителей заряженных частиц — фазотроны, синхротроны, синхрофазотроны. После войны, в 1947 году, под его непосредственным руководством был построен первый советский синхротрон, а в 1957 году — самый мощный в то время ускоритель протонов — синхрофазотрон на 10 ГэВ в Дубне. В 1960 году на этом ускорителе он вместе со своими помощниками и коллегами открыл новую элементарную частицу — анти-сигма-минус-гиперон и второстепенно изучил процессы рождения странных частиц, вызываемые π-мезонами.

Академик Евгений Константинович Завойский открыл новое фундаментальное явление — электронный парамагнитный резонанс и ядерный магнитный резонанс. Широко распространенный ныне в медицине метод томографического исследования является одним из практических аспектов применения великого открытия Е.К. Завойского. Безусловно, это открытие было достойно присуждения Нобелевской премии.

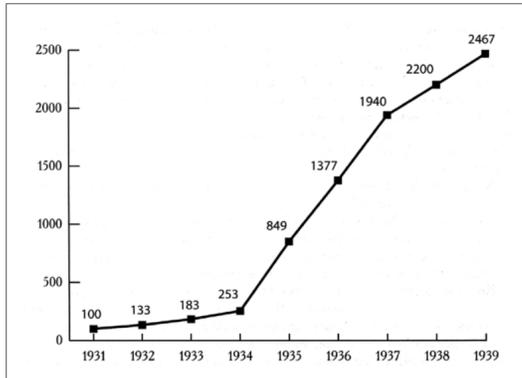
В разгар войны, в 1942-1943 годах, Владимир Иванович Вернадский вместе с учениками закончил работу над концепцией ноосферы, ставшей основой теории ноосферы. Согласно этой концепции ноосфера — новое эволюционное

состояние биосферы, при котором существенным фактором становится разумная деятельность человека. Теория Вернадского — один из важнейших принципов решения проблемы окружающей среды. Оценивая эту концепцию в выступлении на общем собрании академии в 1942 году, Леон Абгарович Орбели образно сказал, что есть вещи в жизни, которые нельзя откладывать, и таким неотложным вещам относится научная мысль.

Члены Химической комиссии — Николай Дмитриевич Зелинский, Алексей Александрович Баландин, Борис Александрович Казанский, Сергей Семенович Наметкин — напряженно работали над важнейшими проблемами обеспечения военной техники горюче-смазочными материалами. Изучались также

состав и свойства образцов трюфельных топлив и смазочных масел. В результате были разработаны смазки, которые не замерзают при температуре -40°C, при этом снижается расход бензина.

В этой связи весьма интересна сохранившаяся записка С.С. Наметкина «Некоторые итоги и уроки зимней кампании 1941-1942 годов», где он писал: «Итак, анализ состава и свойств моторного топлива, смазочных масел, применяемых в германской армии, приводит к выводу, что в деле обеспечения своей армии надежным топливом и маслами германским штабом были допущены серьезные упущения, просчеты... Немцы проглядели приближающуюся зиму и своевременно не обеспечили свои парки зимним моторным топливом».



Финансирование науки в СССР в предвоенные годы (в условных единицах)

Последнее направление было связано с вероятностью захвата противником нефтеносных областей страны.

Стремительное продвижение вражеских войск по территории СССР в первые месяцы войны поставило под угрозу уничтожения главные научные силы страны. В связи с этим совершенно неожиданно встала новая задача —

– мобилизация сырьевых ресурсов страны, замены дефицитных материалов местным сырьем.

После эвакуации начали создаваться комиссии. Первая, Комиссия по мобилизации ресурсов Урала, Западной Сибири и Казахстана, была организована уже в октябре 1941 года. В ее состав вошли наши выдающиеся ученые: Владимир Афанасьевич Обручев, Владимир Леонтьевич Комаров, Вячеслав Петрович Волгин (он был бессменным секретарем до 1942 года), Иван Павлович Бардин, Георгий Александрович Соколов и Эргард Викторович Брицке.

Нужно отметить особую значимость того, что Академию наук в тот период возглавлял Владимир Леонтьевич Комаров. Он был избран на эту должность в 1936 году, и в декабре 1941-го должно было состояться отчетно-выборное собрание, но его перенесли в связи

с тем, что немцы стояли под Москвой. В истории Академии наук это был единственный раз. Сохранение провели в мае 1942 года в Свердловске, и на нем Комаров был вновь переизбран президентом Академии наук.

Во многом благодаря серьезным научным достижениям и прикладным разработкам в 1942-1943 годах начался перелом в Великой Отечественной войне.

В киевском Институте электросварки АН СССР, эвакуированном в Нижний Тагил, директор Евгений Оскарлович Патт и вместе с Василием Петровичем Никитиным разработали новую технологию сварки корпусов под фюзелем. После размещения на Уралвагонзаводе эвакуированного из Харькова танкового завода имени Коминтерна (№ 183) сотрудники Института электросварки начали внедрять первые образцы специального оборудования и новую технологию и впервые в мире решили сложнейшие научные и технические задачи, связанные с автоматической сваркой брони.

В январе 1942 года на двух установках началась сварка бортов корпуса танка Т-34, производство которого было увеличено в 4 раза.

Григорий Самуилович Ландсберг предложил использовать спектроскопический метод исследования металлов. Это было важно для самостроения и танкостроения. На ряде крупных заводов были организованы лаборатории спектрального анализа и подготовлены для них соответствующие кадры, разработаны и внедрены новые спектрально-аналитические методики контроля плавки сталей, легких и цветных сплавов.

Выдающийся металлург академик Николай Тимофеевич Гудков изобрел метод электросварки подкалиберных снарядов, который резко увеличил их бронейность. Валентин Петрович Вологодин предложил изучение электросварки и предложил много ее модификаций. Михаил Алексеевич Лаврентьев после эвакуации в Уфу продолжил исследования в области взрывов. Предположив, что при высоких температурах материалы ведут себя подобно вязким жидкостям, он разработал гидродинамическую теорию кумуляции (кумулятивный эффект — это усиление пробивной способности снаряда с применением специального устройства, благодаря которому при соударении снаряда с преградой образуется высокоскоростная (кумулятивная) струя из пороховых газов и продуктов разрушения металлической оболочки, прожигающая преграду).

декспантенол 5% Корнерезель



- ✓ Оказывает ЗАЖИВЛЯЮЩЕЕ и местное ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ действие благодаря декспантенолу^{1,2}
- ✓ Обеспечивает «мягкое» заживление БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ РУБЦА на фоне снижения воспаления тканей³
- ✓ Гелевая основа (карбомер) обеспечивает УВЛАЖНЕНИЕ, облегчает неприятные ощущения и пролонгирует контакт действующего вещества с роговицей^{1,2}

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Корнерезель 2. Корнерезель при применении контактных линз. Г.Б. Егорова, Т.С. Митина, А.Р. Шамудинова, Вестник офтальмологии № 2, 2014 3. Клинические аспекты использования препарата Корнерезель, И.А. Лоскутов, И.Л. Эфременко, Фармацевтический журнал № 1, 2012

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников ООО «ВАЛЕАНТ», 115162, Россия, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел./факс +7 495 510 2879 www.valaent.com



Офтальмология: итоги и перспективы

Научно-практическая конференция офтальмологов, посвященная 50-летию юбилею кафедры глазных болезней медицинского института Российского университета дружбы народов

> стр. 1

аспирантов, ординаторов и стажеров из 152 стран мира. Сегодня РУДН — это не просто университет, это огромный мир с 9 институтами, 8 основными факультетами, 33 научно-образовательными центрами, более 150 лабораториями, 6 филиалами в разных городах России, подведомственными учреждениями здравоохранения, землячествами, студенческим городком, командой КВН, детским оздоровительным лагерем, собственным телевидением, газетой, журналами, а самое главное — выпускниками, работающими по всему миру. Также ректор РУДН рассказал об этапах развития кафедры глазных болезней и подчеркнул важную роль кафедры в развитии университета. Академик РАО В.М. Филиппов рассказал о планируемом открытии офтальмологического центра РУДН с высокотехнологичным оборудованием. Ректор поблагодарил работников кафедры за проведение консультативной и научно-практической работы, за регулярное участие в международных конференциях, симпозиумах, съездах.

Директор медицинского института РУДН А.Ю. Абрамов поздравил кафедру глазных болезней с 50-летним юбилеем и поблагодарил кафедру за подготовку высококвалифицированных кадров, за разработки новых методов лечения в офтальмологии, результаты которых широко используются в практическом здравоохранении и входят в программы обучения студентов, ординаторов и аспирантов, а также слушателей ФПК МР. Директор медицинского института подчеркнул важный вклад, внесенный сотрудниками кафедры в развитие и осуществление научно-исследовательской деятельности с привлечением к работе студентов, аспирантов и молодых ученых.

Заведующий кафедрой глазных болезней медицинского института РУДН, доктор медицинских наук, профессор М.А. Фролов выступил с докладом об истории создания, научных направлениях и достижениях кафедры: «История кафедры глазных болезней медицинского института РУДН начинается с 1965 г. Основателем кафедры, тогда еще курса глазных болезней, была доцент, кандидат медицинских наук Левит Валентина Николаевна. С 1966 г. по 1996 г. кафедрой

Дорогие друзья!

Редакция газеты «Поле зрения» и издательство «Апрель» поздравляют сотрудников кафедры глазных болезней медицинского института Российского университета дружбы народов с 50-летним юбилеем. Ваша кафедра заложила замечательные традиции, которые сегодня достойно продолжает коллектив высококлассных специалистов. Вы стремитесь идти в ногу со временем, постоянно совершенствуете свою работу. На протяжении многих лет выполняете важную миссию — открываете молодые таланты. Сотрудники кафедры глазных болезней медицинского института Российского университета дружбы народов пользуются заслуженным авторитетом у коллег-офтальмологов.

Желаем вам новых творческих успехов, здоровья, всего самого доброго!



Российский университет дружбы народов



Профессор Владимир Сергеевич Беляев

возглавлял доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации Беляев Владимир Сергеевич, который внес огромный вклад по пластической хирургии роговицы в офтальмологическую науку.

С 1996 г. по 2008 г. кафедрой заведовал Душин Николай Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, который продолжил изучение клинических возможностей межслойной пересадки роговой оболочки.

М.А. Фролов указал, что на сегодняшний день в планах кафедры продолжать поиск новых научных идей, оригинальных хирургических и терапевтических методов лечения органа зрения, продолжать подготовку высококвалифицированных специалистов, укреплять материально-техническую базу кафедры, сохраняя лучшие традиции РУДН.

Далее академик РАН, профессор С.Э. Аветисов от имени коллектива ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней» поздравил профессора М.А. Фролова

и кафедру глазных болезней с юбилеем, отметил многолетнюю дружбу, сотрудничество и взаимопомощь ФГБНУ «НИИГБ» и кафедры глазных болезней РУДН и пожелал больших успехов в профессиональной жизни.

От имени коллектива и лично от генерального директора ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессора А.М. Чухраева, профессор Б.Э. Малюгин поздравил кафедру глазных болезней с юбилеем. Профессор Б.Э. Малюгин отметил регулярное участие кафедры глазных болезней РУДН в конференциях, симпозиумах и съездах, на которых участники кафедры зачастую занимают первые места.

Поздравил кафедру глазных болезней главный врач городской клинической больницы № 12 А.В. Саликов и отметил, что кафедра глазных болезней РУДН работает со дня основания городской клинической больницы № 12 (до 2006 г. — «МСЧ № 1 АМО ЗИЛ»). В то же время был создан клинико-научный центр, где работники кафедры и

в лице профессора И.Б. Алексеева прозвучало поздравление и пожелание кафедре дальнейшего развития и новых научных идей.

В адрес юбиляра прозвучали слова кандидата медицинских наук Э.Л. Усубова от имени коллектива и директора ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан», профессора М.М. Бикбова.

С поздравлениями также выступили: руководитель Центра офтальмологии ФМБА России, заведующий кафедрой офтальмологии ФГБОУ ДПО ИГК ФМБА России, профессор В.Н. Трубилин, главный врач и руководитель клиники «Сфера», профессор Э.Н. Эскина, заведующий кафедрой офтальмологии Ярославской государственной медицинской академии, профессор В.В. Страхов, заведующая кафедрой офтальмологии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, профессор М.А. Ковалевская, заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, профессор В.В. Бржецкий, заведующая детским отделением Самарской областной клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ершовского, профессор О.В. Жуковский, профессор О.В. Жуковой, от имени коллектива клиники «Доктор Линз» — кандидата медицинских наук А.Р. Хураи.

В рамках конференции состоялось заседание Президиума правления Общества офтальмологов России, на котором обсуждались вопросы предстоящего X Съезда офтальмологов.

В день работы конференции состоялось 3 секционные заседания. Утреннее заседание «Офтальмология. Итоги и перспективы» прошло под председательством профессора И.Б. Алексеева (Москва), профессора В.П. Еричева (Москва), профессора Б.Э. Малюгина (Москва), профессора А.А. Рябцева (Москва), профессора В.Н. Трубилина (Москва), профессора М.А. Фролова (Москва).

Профессор Б.Э. Малюгин представил доклад на тему «Современные подходы и перспективные направления дальнейшей развития медицинской академии последипломного образования», академика РАН, профессора Л.К. Мошговой и от имени коллектива кафедры



Выступление ректора РУДН, академика РАО В.М. Филиппова



Выступление директора медицинского института РУДН А.Ю. Абрамова



Зав. кафедрой глазных болезней медицинского института РУДН, профессор М.А. Фролов



Академик РАН, профессор С.Э. Аветисов



Профессор Б.Э. Малюгин



Главный врач городской клинической больницы № 12 А.В. Саликов



Профессор И.Б. Алексеев



Выступление профессора Е.Ю. Марковой



Профессор В.Н. Трубилин



Профессор А.А. Рябцева

Кандидат медицинских наук Э.Л. Усубов от имени директора ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан», профессора М.М. Бикбова, выступил с докладом на тему «Интрастромальная кератопластика с применением сегментов и колец», где затронул проблему частоты и причины экплантации интрастромальных роговичных сегментов и колец при кератозклатических заболеваниях роговицы.

Профессор В.М. Шелудченко в своем докладе «Современные подходы фоторефракционной коррекции аметропии» остановился на наиболее значимых способах исправления аномалий рефракции, а также описал возможные методы коррекции различных видов аметропии с помощью рефракционной фотохирургии.

От группы авторов с докладом «Тактика лечения больных с катарактой в сочетании с ВМД» выступил профессор В.Н. Трубилин (Москва). Докладчик представил обоснование эффективных методов лечения больных с катарактой в сочетании с ВМД на основе анализа литературных источников и собственного клинического опыта. По данным результатов доклада были сделаны следующие выводы: катаракта и ВМД нередко с глаукомой являются основными причинами слепоты и славовидения; фактомусификация катаракты у пациентов с ВМД позволяет в большинстве случаев повысить остроту зрения; для снижения риска прогрессирования ВМД в ходе хирургии катаракты необходимо: проводить медикаментозную профилактику, минимизировать время операции и операционную травму, использовать профилактику фототоксического действия света в ходе операции и в послеоперационном периоде; проведение анти-VEGF-терапии не является противопоказанием к хирургии катаракты и может осуществляться как до операции, так и во время и после нее.

Также был заслушан доклад профессора О.В. Жуковой на тему «Офтальмохламидиоз у детей», в котором автор затронула проблему хламидийной инфекции, а также современные подходы к лечению данной патологии. Кандидат медицинских наук, доцент И.В. Лобанова (Москва) выступила с докладом на тему «Факторы, влияющие на эффективность

Дневное секционное заседание «Детская офтальмология» прошло под председательством профессора В.В. Бржецкого (Санкт-Петербург), профессора М.Р. Гусевой, профессора О.В. Жуковой (Самара), профессора Л.А. Катаргиной, профессора Т.Б. Кругловой (Москва), к.м.н. Л.В. Коголевой (Москва), профессора Е.Ю. Марковой (Москва).

Профессор В.В. Бржецкий выступил с докладом «Проблема «сухого глаза», современные подходы», где затронул проблему лечения и профилактики развития синдрома «сухого глаза».

С большим интересом был заслушан доклад профессора Е.Ю. Марковой (Москва) от группы авторов на тему «Глазные проявления общих заболеваний у детей». Профессор Е.Ю. Маркова рассказала об актуальности проблемы воспаления сетчатки и сосудистой оболочки глаза, которые являются симптомом проявления общих детских болезней. На примере пациентки с диагнозом «острая узловатая эритема, нейроретинит, осложненный плоской отслойкой нейроретиниума макулярной зоны» Е.Ю. Маркова рассказала об особенностях течения и результатах лечения данного заболевания. Выводы: пациенты с впервые выявленной узловатой эритемой требуют обязательной консультации офтальмолога с использованием современных методов функциональной диагностики. Своевременно начатое лечение благоприятно влияет на исход заболевания, снижает процент слепоты и слабовидения у детей.

Также на утреннем заседании был заслушан доклад профессора И.Б. Алексеева на тему «Подготовка больных к антиглаукомной хирургии», где автор отразил проблему подготовки пациентов к хирургическому лечению глаукомы, а также о современных способах лечения глаукомы в пред- и послеоперационном периоде.

Кандидат медицинских наук, доцент И.В. Лобанова (Москва) выступила с докладом на тему «Применение антиоксидантов у пациентов,

страдающих возрастной макулярной дегенерацией». По словам докладчика, применение препарата нутрофотал у пациентов с сухой формой ВМД обосновано. Непрерывный прием данного препарата в течение 3 месяцев привел к улучшению остроты зрения вдаль и вблизи, увеличению оптической плотности макулярного пигмента, устойчивости к ослеплению и улучшению показателя пространственной контрастной чувствительности.

На вечернем заседании также был заслушан доклад к.м.н. А.Р. Хураи от группы авторов на тему «Морфофункциональные характеристики эпителии роговицы: факторы успеха и риска при ортокератологии», где авторы проанализировали данные литературы и результаты собственных исследований, эффективность и осложнения ортокератологии. В результате ортокератотерапии способствует замедлению прогрессирования миопии, обеспечивает требуемую коррекцию зрения, обеспечивает полную свободу для любых видов активности в дневное время, а частота возникновения микробных кератитов составляет 0,04-0,09% случаев в год.

Профессор А.А. Рябцева в своем докладе «Реальный взгляд на лечение глаукомы» подробно рассказала о современных методах консервативной терапии глаукомы.

С большим интересом был заслушан доклад профессора В.В. Страхова на тему «К вопросу о давлении на ВГД», где автор подробно остановился на современном взгляде развития патогенеза глаукомного процесса. Профессор И.А. Филатов прочитала доклад на тему «Энуклеация и эвисцерация, техника, выбор метода», в котором оценила эффективность различных методов удаления глаза при посттравматической патологии.

На закрытии конференции заведующий кафедрой глазных болезней медицинского института РУДН, доктор медицинских наук, профессор М.А. Фролов выступил с благодарственным словом к участникам конференции, гостям и всем присутствующим и отметил, что прочитанные доклады отражали новые стратегии, направления и достижения в области офтальмологии и объявил о закрытии конференции.

Материал подготовил профессор М.А. Фролов (заведующий кафедрой глазных болезней медицинского института РУДН, Москва) Фото предоставлены организаторами конференции



Прием у ректора РУДН, академика РАО В.М. Филиппова



Профессор В.П. Еричев, профессор М.А. Фролов, академик РАН, профессор С.Э. Аветисов

Казанская офтальмология, апрельская конференция и новые технологии

17 и 18 апреля Казань принимала на своей земле ведущих офтальмологов из разных уголков Татарстана, России и стран СНГ. ГТРК «КОРСТОН» распахнул свои двери для участников ежегодной научно-практической конференции «Новые технологии в офтальмологии», организованной ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ») и Обществом офтальмологов Республики Татарстан при информационной поддержке газеты «Поле зрения», издательства «АПРЕЛЬ» и сайта www.aprilpublish.ru, портала www.organum-visus.com, «Российская офтальмология онлайн» www.eyerpress.ru и сайта www.eyenews.ru.

«Сколько бы ты ни жил, всю жизнь следует учиться»
Сенека Луций Анней (младший)

Всего несколько лет назад республиканская офтальмологическая конференция собирала порядка 500 специалистов, преимущественно из районов республики и соседней по Поволжью. В этом году событие значительно расширило свою географию и стало центром сосредоточения более 800 врачей-офтальмологов, заведующих отделениями, главных врачей, профессоров и заведующих кафедрами из Краснодарского края, Ростова-на-Дону, Владивостока, Новосибирска, Санкт-Петербурга, Москвы, Перми, Нижнего Новгорода, Саратова, Уфы, Челябинска, Самары, Ульяновска, а также Ташкента и иностранных представителей.



Президиум конференции — слева направо: профессор А.Н. Самойлов (Казань), И.Ю. Малышева (представитель МЗ РТ), А.Н. Амиров (Казань), профессор Е.А. Егоров (Москва), профессор В.У. Галимова (Уфа)



Профессор В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург), С.Ю. Голубев (Москва)

Традиционно старт двухдневному научному марафону дал председатель президиума пленарного заседания, главный внештатный офтальмолог Минздрава Республики Татарстан, главный врач ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ», заведующий кафедрой офтальмологии ГБОУ ДПО КГМА МЗ РФ, к.м.н. Айдар Наилевич Амиров. С приветственным словом к собравшимся обратились и почетные гости конференции, сопредседатели президиума, академик РАЕН, РАМТН, президент Российского глаукомного общества, заведующий кафедрой офтальмологии им. А.П. Нестерова лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, профессор Евгений Алексеевич Егоров, главный офтальмолог ПФО, первый заместитель генерального директора ФГБУ «Всероссийский Центр глазной и пластической хирургии», заведующая учебной частью кафедры глазной и пластической хирургии ГБОУ ВПО БГМУ, профессор Венера Узбековна Галимова и заведующий кафедрой офтальмологии ГБОУ ВПО КГМУ, профессор Александр Николаевич Самойлов.

Начав пленарное заседание в зале «Бальный» отчетами об итогах работы офтальмологической службы РТ за 2014 год и ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» за 2012-2014 годы, хозяйка, в лице главного врача ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» А.Н. Амирова и заместителя главного врача ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ», доцента кафедры офтальмологии ГБОУ ДПО КГМА, к.м.н. Э.А. Абдулаевой, передали правление бала гостям конференции. Доклады представили: профессор Е.А. Егоров, главный врач ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», к.м.н. Н.П. Соболев, профессор кафедры офтальмологии СамГМУ М.В. Шевченко, главный офтальмолог Челябинской



Докладывает профессор В.У. Галимова (Уфа)



Докладывает Н.П. Соболев (Москва)



Участники конференции



На торжественном ужине — профессор В.У. Галимова (Уфа), С.Ю. Голубев (Москва), профессор И.Е. Панова (Челябинск), И.В. Ковеленова (Ульяновск), В.Н. Сундукдова (Казань), Наталья Орлова (Казань)

области, к.м.н. И.В. Ковеленова и, безусловно, казанские доктора. Темы выступлений касались вопросов рефракционной хирургии с использованием фемтосекундных технологий, диагностики и терапии глаукомы, синдрома «сухого глаза», заболеваний слезных желез, роговицы, сетчатки, сочетанных патологий, медикаментозного лечения гемангиом, рациональных аспектов фармакотерапии.

Секция по хирургии традиционно вызвала большой интерес у участников, ведь многие оперирующие офтальмологи приезжают целенаправленно для участия в данном разделе конференции. «Хирургия» была насыщена как именами докладчиков, так и их научными представлениями. Председатель президиума, профессор А.Н. Самойлов доложил о развитии витреоретинальной хирургии



Д.Г. Арсютов, профессор Н.П. Паштаев (Чебоксары)



Слева И.В. Зольникова (Москва)



Участники конференции



Участники конференции



в Республике Татарстан, продолжили заседание профессор В.У. Галимова, а также главный врач БУ «РКОБ МЗ РЧ», к.м.н. Д.Г. Арсютов. Особого внимания заслуживает активное участие большого количества докладчиков из Казани и городов Татарстана на секции. Доктора делились личным опытом хирургического лечения патологии века, сочетанной глазной патологии, применения лазерных методик при нарушениях рефракции и глаукомы, большую долю занимали витреоретинальные методы хирургии заднего отрезка глаза.

Введенная два года назад секция по опметрии уже прочно занимает свое место в программе, приняв большое количество оптометристов и специалистов в области рефракции и аккомодации. Модераторами секции выступили сотрудники кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО КГМУ, к.м.н., доцент А.М. Нугуманова, ГБОУ ДПО КГМА, к.м.н., ассистент Л.П. Волгова, профессор Ф.Р. Сайфуллина. В рамках секции проведен мастер-класс членами Экспертного Совета по аккомодации и рефракции (ЭСАР) — профессором В.В. Бржецким, к.м.н. Т.Н. Воронцовой, к.м.н. С.Ю. Голубевым, которые рассматривали отношение миопии к нарушению аккомодации, целесообразность применения атропина, иллюстрировали нарушения аккомодации на клинических примерах. Членами ЭСАР приветствовались и «неудобные» вопросы по окончании мастер-класса, что, несомненно, говорит о важности проблемы и готовности развезать непонимания в этом неурютином вопросе.

Живой интерес участников вызвал мастер-класс «Диагностические красители в практике врача-офтальмолога», который привез в Казань заведующий лечебно-диагностическим отделением Новосибирского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» П.Г. Нагорский. В течение первого дня конференции шло голосование на секции «Молодые ученые», ознакомиться с трудами и поддержать

продемонстрировали к.м.н. Н.П. Соболев, профессор К.Б. Першин (глазная клиника «Эксимер», Москва), заведующая отделением микрохирургии № 1 ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» Г.Р. Анисимова, хирурги клиники «Глазная хирургия Расческов» — О.Ф. Зиятдинова, Л.Н. Сафуллина. Пилотным проектом в рамках конференции проведен семинар «Сестринское дело в офтальмохирургии», который, к приятному удивлению организаторов, собрал в зале около 90 слушателей, что, несомненно, указывало на востребованность направления. Заседание посетили главные и старшие медицинские сестры учреждений,

эпидемиологи, врачи-офтальмологи, а также специалисты санитарно-эпидемиологической службы. Председателем секции была приглашена директор медицинского колледжа, профессор З.А. Хисамутдинова, сопредседатели — главная медицинская сестра ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» И.В. Иванова, доцент кафедры эпидемиологии ГБОУ ДПО КГМА, к.м.н. Ф.Н. Сабаева. Как можно видеть, нынешняя конференция претерпела не только количественные, но и качественные изменения. Активный интерес целевой аудитории, требовательность в отборе предоставляемых докладов, высокий профессионализм

и богатый опыт приглашенных гостей в совокупности помогает в качественной организации мероприятия. Мы надеемся и будем непрерывно работать над тем, чтобы ежегодная апрельская конференция «Новые технологии в офтальмологии» стала традиционным и знаковым событием, заслуженно вызывающим интерес офтальмологов России, а также позволит как минимум раз в год испытать на себе известное казанское гостеприимство.

Автор очерка — ассистент кафедры офтальмологии ГБОУ ДПО «КГМА» МЗ РТ Н.И. Давлетшина
Фото предоставлены оргкомитетом конференции

Ксалатамакс
БЫСТРЫЙ И ДЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ
Латанопрол 0,005% 2,5 мл

- Эффективно снижает уровень ВГД* на 32%!
- Поддерживает нормальный уровень ВГД в течение длительного времени!
- Европейское качество производства по стандарту GMP**

Просто видеть

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.
ООО «Зейсбург Лаборафарма», 125171, Москва, Ленинградское шоссе, дом 16А, строение 1, бизнес-центр «Метрополис», телефон: (495) 258-42-80, факс: (495) 258-42-81, www.abbott-russia.ru

Abbott
A Promise for Life



Роль личности в истории никто не отменял

Интервью с главным офтальмологом Республики Татарстан, главным врачом Республиканской клинической офтальмологической больницы, кандидатом медицинских наук

Айдаром Наилевичем Амировым

Айдар Наилевич Амиров — человек новой формации, образован, материально обеспечен. Умеет думать масштабно и, что особенно важно, самостоятельно. Открыто передает свои знания и опыт коллегам-единомышленникам, которые помогают внедрить их в жизнь. Владеет новым мышлением, что, безусловно, делает его лидером.

Мы встретились в Казани на теплоходе «Хирург Разумовский» в первый день образовательного проекта «День зрения». Айдар Наилевич без уговоров согласился на интервью. Беседа получилась разноплановой и интересной.

— **Лариса Тумар (Л.Т.): Айдар Наилевич, мы, к сожалению, не смогли присутствовать на прошедшей в Казани научно-практической конференции «Новые технологии в офтальмологии» и хотим, чтобы Вы в начале беседы поведали ее итоги. Что удалось сделать, что не совсем получилось?**

— Второй год наша конференция проходит с аншлагом, который мы не совсем ожидали. Если помните, в сентябре 2013 г. мы проводили конгресс «Глаукома на рубеже веков». Это мероприятие готовили полтора года, пригласили большое количество гостей. Что касается двух последующих конференций, мы рассчитывали, что проведем их «по-домашнему», камерно. Однако второй год количество участников растет в геометрической прогрессии: в этом году к нам приехали 800 человек. Для региональной конференции это много. Видимо, коллегам интересно то, что мы делаем.

— **Л.Т. : По тематике это была моноконференция?**

— Нет. Основная тема, как всегда, — новые технологии. Мы стараемся знакомить участников конференции с самыми последними мировыми достижениями. Кроме того, мы включаем в программу темы, которые могут заинтересовать и средний медицинский персонал. Например, в этом году много внимания мы уделили вопросам оптометрии. Если 2 года назад, на сессии, посвященной этой теме, присутствовали 50 человек, то в этом году — уже 150, что свидетельствует о значительном интересе к данной проблематике. Мы приступили к подготовке цикла «Оптометрия». Безусловно, мы и дальше будем развивать эту специальность.

К слову, в мае этого года я с удовольствием принял предложение участвовать в образовательном проекте «День зрения» на теплоходе «Хирург Разумовский», организованном Академией медицинской оптики и оптометрией (маршрут теплохода начинался в Казани — прим. ред.).

Впервые в этом году мы провели секцию по сестринскому делу. В обучении операционных медицинских сестер существуют серьезные проблемы. Мы собираем из разных районов республики операционных сестер для обучения в помощь участникам программы

«Phaco Development». Вы понимаете, что в крупной клинике внедрить новую технологию или методику несложно — есть специалисты, кафедр. Другое дело — районные больницы в небольших городах, с населением 50-70 тыс. жителей, где работает один врач, уровень знаний которого необходимо довести до идеального состояния. По этой программе мы курируем врача до тех пор, пока он в совершенстве не овладеет новейшими методиками, например, методикой имплантации ИОЛ премиум-класса. Хирурги мы учим, а медсестры за ними не успевают.

Мы организуем командировки медсестер в клинику на рабочее место, где они постигают все тонкости процесса: учим их правильно заправлять линзу в cartridge, чтобы она не повралась, обрабатывать инструменты и т.д.

Возвращаясь к программе конференции, в этом году пленарное заседание мы разделили на хирургию и терапию. Практика показывает, что хирургам бывает скучно слушать, скажем, лекции о консервативном лечении глаукомы, а поликлиническим врачам — о тонкостях витреоретинальной хирургии. На пленарное заседание по терапии пришли заинтересованные доктора, которые задавали много вопросов по существу. На сессии по хирургии был полный зал, чего мы совсем не ожидали.

Особенно популярен второй день конференции, когда проводится сессия «живой хирургии». В прошлом году «живая хирургия» была посвящена витреоретинальной патологии. Этот вид хирургического вмешательства благодаря профессору Александру Николаевичу Самойлову находится в Республике Татарстан на достаточно высоком уровне. На сегодняшний день мы являемся лидерами по количеству амбулаторных витреоретинальных операций с учетом статистики по частным клиникам. Практически 50% таких операций проводятся в амбулаторных условиях.

— **Сергей Тумар (С.Т.): Наверное, было непростое это сделать.**

— В первую очередь, необходимо изменить сознание врачей, а если врач убежден в своей правоте, он сумеет убедить и пациента. Мы методично разъясняли докторам, что витреохirurgия может проводиться не только в условиях стационара.

— **С.Т.: Мы немного отвлелись, вернемся к программе конференции...**

— Трансляция виртуальных операций из частной и государственной клиник велась одним залом, параллельно во втором зале демонстрировалась фемтохирургия. В республике за последний год появилось 3 фемтолазера: для фемтокатаракты и фемтоЛасики. Больше того, программа конференции включала мастер-классы по фемтохирургии, где любой желающий мог бесплатно пройти тренинг на фемтолазере. Программа была построена следующим образом: сначала шли короткие вступительные

лекции, затем под присмотром инструкторов и опытных хирургов каждый участник в течение 5 минут работал с фемтолазером на тестовых глазах. К нам ради такой возможности приехали даже хирурги из Владивостока. За рубежом на конференциях эта практика существует довольно давно. А где в России можно потренироваться на фемтолазере? Прежде чем его купить, надо попробовать, а на апробиацию не овладеет новейшими методиками, например, методикой имплантации ИОЛ премиум-класса. Хирурги мы учим, а медсестры за ними не успевают.

Мы организуем командировки медсестер в клинику на рабочее место, где они постигают все тонкости процесса: учим их правильно заправлять линзу в cartridge, чтобы она не повралась, обрабатывать инструменты и т.д.

Возвращаясь к программе конференции, в этом году пленарное заседание мы разделили на хирургию и терапию. Практика показывает, что хирургам бывает скучно слушать, скажем, лекции о консервативном лечении глаукомы, а поликлиническим врачам — о тонкостях витреоретинальной хирургии. На пленарное заседание по терапии пришли заинтересованные доктора, которые задавали много вопросов по существу. На сессии по хирургии был полный зал, чего мы совсем не ожидали.

Особенно популярен второй день конференции, когда проводится сессия «живой хирургии». В прошлом году «живая хирургия» была посвящена витреоретинальной патологии. Этот вид хирургического вмешательства благодаря профессору Александру Николаевичу Самойлову находится в Республике Татарстан на достаточно высоком уровне. На сегодняшний день мы являемся лидерами по количеству амбулаторных витреоретинальных операций с учетом статистики по частным клиникам. Практически 50% таких операций проводятся в амбулаторных условиях.

— **С.Т.: Есть ли какие-либо подвижки в Вашей республике?**

— Сейчас мы создаем программу 2-недельного цикла совершенствования для врачей и для медицинских сестер. Единственное, что нам удалось внедрить, это обучение ординаторов-интернов. Если раньше мы ставили оптометрию в программу больше в качестве материала для ознакомления, то сейчас этот курс мы читаем на очень приличном уровне. Даже если ребята и не свяжут свою профессию с оптометрией, они хотя бы будут в ней разбираться и поймут, что это — серьезное направление.

— **Л.Т.: Айдар Наилевич, позовольте задать Вам несколько вопросов как главному офтальмологу Республики Татарстан. По каким направлениям идет развитие новейшей технологии в регионе? Вы уже упомянули о появлении трех фемтолазеров...**

— Фемтотехнологии за последний год явились самым прорывным направлением. Кроме того, каждый год мы внедряем технологию факоэмульсификации в новом регионе. В прошлом году — в Альметьевской центральной районной больнице, в этом году 9 мая я открывал новую амбулаторию в Мамадышском районе. Это сравнительно небольшой район, где проживают 30 тыс. человек, находится в отдалении от крупных центров, между Казанью и Набережными Челнами, 150 км в обе стороны. С прилегающими районами там проживают около 70 тыс. человек, которым надо

было постоянно куда-то ездить в поликлинику и говорить, что здание новое падает. В прямом смысле слова мы выводили людей из здания, полтрещал, одна из стен просела на 20 см. Слава богу, никто не пострадал. Еще 2 недели я вывозил оборудование, которое в огромном количестве осталось внутри. С помощью друга знали, каждый где лежали вместе. Я был искренне удивлен, когда впервые столкнулся с этим явлением. У нас есть два проекта за пределами лечебной помощи — это санаторий «Ливадия», где в рамках социальной реабилитации пациентам проводится данный вид лечения. Главный врач санатория — врач-офтальмолог, доцент нашей кафедры, организовал в санатории офтальмологический кабинет. Всех поступающих пациентов он осматривает на предмет хронических офтальмологических заболеваний — глаукома, ВМД, амблиопия — и в случае необходимости назначает лечение. Таким образом, мы не загружаем стационары, все желающие могут пройти курс лечения в санатории «Ливадия». Кроме того, при мечети в Казани создан реабилитационный центр «Ирдэм», где занимаются слабодвижными пациентами. Проект финансируется духовенством, для пациентов лечение и пребывание в центре абсолютно бесплатно. Там учат пациентов правильно обращаться с линзами, слепые пациенты осваивают таблицу Брайля. Люди приезжают со всех концов страны, есть даже приезжие из Владивостока, дорогу им также оплатил центр. Инициатива создания реабилитационного центра принадлежала духовенству, и мы ее полностью поддержали.

Теперь о влажной форме ВМД. С этим ситуация выглядит сложнее, поскольку программы по закупке линз у нас нет. В рамках региональной ВМП выделяются просто смешные деньги: на этот год порядка 80 ампул, но у меня есть договоренности с федеральными клиниками, в прошлом году это были Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, офтальмологическое отделение при «Клинической больнице Управления делами Президента РФ» (Москва) и «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» в Уфе. Все договоренности были достигнуты исключительно на личном контакте. В этом году у меня квоты открыты во «Всероссийском центре глазной и пластической хирургии» и в Оренбургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.

— **Л.Т.: Хотелось бы вернуться немного назад, к проблеме ВМД. У нас в последнее время сложилось впечатление (возможно, оно обманчиво), что идет массированная атака на лущентис. Во всяком случае, на одной из последних конференций докладчики подвергли довольно жесткой критике этот препарат, отметили, что он не дает ожидаемого эффекта, регистрируется значительное число осложнений.**

— Возможно, это происходит, когда препарат бесплатно буквально «лется рекой», его колот всем подряд, когда он показан и не показан. Мы не сталкивались с подобной проблемой, так как у нас, в отличие от других регионов, лущентис не применяли в массовом порядке. Поскольку препарат дорогой и 90% его количества использовалось на платной основе, пациент за каждую процедуру спрашивает с врача. Мы вводили его очень осторожно, поэтому процент пациентов, кому препарат не помог, практически равен нулю. Должен сказать, что мы пошли по пути углубления диагностики. Раньше у нас стоял томограф фирмы Zeiss, но с приобретением Heidelberg мы стали видеть больше слоев, более четкую картинку. Соответственно мы получили возможность ставить более объективный диагноз и точнее прогнозировать результат лечения. А если препарат бесплатный, доктора могли назначать инъекции лущентиса и при диагнозе «ВМД под вопросом». Поскольку я в государственную медицину пришел из частной клиники, для меня всегда важна была грань

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

— **С.Т.: Айдар Наилевич, учителя ли в медицинских ВУЗах республики студенты-целевики, то есть ребята из глубинки, поступающие на льготных условиях в ВУЗ, которые обязаны после получения диплома врача возвратиться к себе на «малую родину»?**

— Да, такие студенты есть. Но для начала хотел бы разделить систему обучения на высшую школу и на последипломное образование. Если говорить о студентах, существуют целевые наборы из соседних республик, где нет медицинских институтов, например, Республика Марий Эл, которой выделяется определенная квота на обучение. Что касается внутриреспубликанского целевого обучения, глава района, где нет офтальмолога, может обратиться с просьбой подготовить студента, который приехал учиться из этого района, по специальности «офтальмология». Я по роду своей работы сталкиваюсь с целевой ординатурой и интернатурой. В одних случаях за обучение ординаторов и интернов платят главные врачи клиник, для которых мы готовим докторов. Я езжу по районам, договариваюсь с главными врачами о подготовке специалистов. Хорошо, если главный врач заплатит за обучение интерна, в таком случае он уже не отпустит

численности врачей поликлинического звена. Мы подняли материальную базу, то есть в этом направлении мы работаем и есть хорошие подвижки. Правда, в федеральных рейтингах по аттестованности мы пока в самом низу. Это связано исключительно с молодым возрастом многих докторов. У нас идет колоссальное обновление врачебного состава. Я уже заметил некую закономерность: некоторые процессы, происходящие в нашей республике сегодня, через 3 года повторяются в других регионах страны.

— **Л.Т.: Хотелось бы вернуться немного назад, к проблеме ВМД. У нас в последнее время сложилось впечатление (возможно, оно обманчиво), что идет массированная атака на лущентис. Во всяком случае, на одной из последних конференций докладчики подвергли довольно жесткой критике этот препарат, отметили, что он не дает ожидаемого эффекта, регистрируется значительное число осложнений.**

— Возможно, это происходит, когда препарат бесплатно буквально «лется рекой», его колот всем подряд, когда он показан и не показан. Мы не сталкивались с подобной проблемой, так как у нас, в отличие от других регионов, лущентис не применяли в массовом порядке. Поскольку препарат дорогой и 90% его количества использовалось на платной основе, пациент за каждую процедуру спрашивает с врача. Мы вводили его очень осторожно, поэтому процент пациентов, кому препарат не помог, практически равен нулю. Должен сказать, что мы пошли по пути углубления диагностики. Раньше у нас стоял томограф фирмы Zeiss, но с приобретением Heidelberg мы стали видеть больше слоев, более четкую картинку. Соответственно мы получили возможность ставить более объективный диагноз и точнее прогнозировать результат лечения. А если препарат бесплатный, доктора могли назначать инъекции лущентиса и при диагнозе «ВМД под вопросом». Поскольку я в государственную медицину пришел из частной клиники, для меня всегда важна была грань

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

на другие виды помощи. Да, было социальное напряжение, но теперь мы не испытываем проблем: привыкли врачи, привыкли пациенты. Раньше они в больницу приходили, как в санаторий. Доходило до того, что пациенты договаривались между собой и поступали группами, где все друг друга знали, каждый где лежали вместе. Я был искренне удивлен, когда впервые столкнулся с этим явлением. У нас есть два проекта за пределами лечебной помощи — это санаторий «Ливадия», где в рамках социальной реабилитации пациентам проводится данный вид лечения. Главный врач санатория — врач-офтальмолог, доцент нашей кафедры, организовал в санатории офтальмологический кабинет. Всех поступающих пациентов он осматривает на предмет хронических офтальмологических заболеваний — глаукома, ВМД, амблиопия — и в случае необходимости назначает лечение. Таким образом, мы не загружаем стационары, все желающие могут пройти курс лечения в санатории «Ливадия». Кроме того, при мечети в Казани создан реабилитационный центр «Ирдэм», где занимаются слабодвижными пациентами. Проект финансируется духовенством, для пациентов лечение и пребывание в центре абсолютно бесплатно. Там учат пациентов правильно обращаться с линзами, слепые пациенты осваивают таблицу Брайля. Люди приезжают со всех концов страны, есть даже приезжие из Владивостока, дорогу им также оплатил центр. Инициатива создания реабилитационного центра принадлежала духовенству, и мы ее полностью поддержали.

Теперь о влажной форме ВМД. С этим ситуация выглядит сложнее, поскольку программы по закупке линз у нас нет. В рамках региональной ВМП выделяются просто смешные деньги: на этот год порядка 80 ампул, но у меня есть договоренности с федеральными клиниками, в прошлом году это были Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, офтальмологическое отделение при «Клинической больнице Управления делами Президента РФ» (Москва) и «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» в Уфе. Все договоренности были достигнуты исключительно на личном контакте. В этом году у меня квоты открыты во «Всероссийском центре глазной и пластической хирургии» и в Оренбургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.

— **Л.Т.: Хотелось бы вернуться немного назад, к проблеме ВМД. У нас в последнее время сложилось впечатление (возможно, оно обманчиво), что идет массированная атака на лущентис. Во всяком случае, на одной из последних конференций докладчики подвергли довольно жесткой критике этот препарат, отметили, что он не дает ожидаемого эффекта, регистрируется значительное число осложнений.**

— Возможно, это происходит, когда препарат бесплатно буквально «лется рекой», его колот всем подряд, когда он показан и не показан. Мы не сталкивались с подобной проблемой, так как у нас, в отличие от других регионов, лущентис не применяли в массовом порядке. Поскольку препарат дорогой и 90% его количества использовалось на платной основе, пациент за каждую процедуру спрашивает с врача. Мы вводили его очень осторожно, поэтому процент пациентов, кому препарат не помог, практически равен нулю. Должен сказать, что мы пошли по пути углубления диагностики. Раньше у нас стоял томограф фирмы Zeiss, но с приобретением Heidelberg мы стали видеть больше слоев, более четкую картинку. Соответственно мы получили возможность ставить более объективный диагноз и точнее прогнозировать результат лечения. А если препарат бесплатный, доктора могли назначать инъекции лущентиса и при диагнозе «ВМД под вопросом». Поскольку я в государственную медицину пришел из частной клиники, для меня всегда важна была грань

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

— **Л.Т.: Хотелось бы вернуться немного назад, к проблеме ВМД. У нас в последнее время сложилось впечатление (возможно, оно обманчиво), что идет массированная атака на лущентис. Во всяком случае, на одной из последних конференций докладчики подвергли довольно жесткой критике этот препарат, отметили, что он не дает ожидаемого эффекта, регистрируется значительное число осложнений.**

— Возможно, это происходит, когда препарат бесплатно буквально «лется рекой», его колот всем подряд, когда он показан и не показан. Мы не сталкивались с подобной проблемой, так как у нас, в отличие от других регионов, лущентис не применяли в массовом порядке. Поскольку препарат дорогой и 90% его количества использовалось на платной основе, пациент за каждую процедуру спрашивает с врача. Мы вводили его очень осторожно, поэтому процент пациентов, кому препарат не помог, практически равен нулю. Должен сказать, что мы пошли по пути углубления диагностики. Раньше у нас стоял томограф фирмы Zeiss, но с приобретением Heidelberg мы стали видеть больше слоев, более четкую картинку. Соответственно мы получили возможность ставить более объективный диагноз и точнее прогнозировать результат лечения. А если препарат бесплатный, доктора могли назначать инъекции лущентиса и при диагнозе «ВМД под вопросом». Поскольку я в государственную медицину пришел из частной клиники, для меня всегда важна была грань

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

— **С.Т.: Айдар Наилевич, учителя ли в медицинских ВУЗах республики студенты-целевики, то есть ребята из глубинки, поступающие на льготных условиях в ВУЗ, которые обязаны после получения диплома врача возвратиться к себе на «малую родину»?**

— Да, такие студенты есть. Но для начала хотел бы разделить систему обучения на высшую школу и на последипломное образование. Если говорить о студентах, существуют целевые наборы из соседних республик, где нет медицинских институтов, например, Республика Марий Эл, которой выделяется определенная квота на обучение. Что касается внутриреспубликанского целевого обучения, глава района, где нет офтальмолога, может обратиться с просьбой подготовить студента, который приехал учиться из этого района, по специальности «офтальмология». Я по роду своей работы сталкиваюсь с целевой ординатурой и интернатурой. В одних случаях за обучение ординаторов и интернов платят главные врачи клиник, для которых мы готовим докторов. Я езжу по районам, договариваюсь с главными врачами о подготовке специалистов. Хорошо, если главный врач заплатит за обучение интерна, в таком случае он уже не отпустит

численности врачей поликлинического звена. Мы подняли материальную базу, то есть в этом направлении мы работаем и есть хорошие подвижки. Правда, в федеральных рейтингах по аттестованности мы пока в самом низу. Это связано исключительно с молодым возрастом многих докторов. У нас идет колоссальное обновление врачебного состава. Я уже заметил некую закономерность: некоторые процессы, происходящие в нашей республике сегодня, через 3 года повторяются в других регионах страны.

— **Л.Т.: Хотелось бы вернуться немного назад, к проблеме ВМД. У нас в последнее время сложилось впечатление (возможно, оно обманчиво), что идет массированная атака на лущентис. Во всяком случае, на одной из последних конференций докладчики подвергли довольно жесткой критике этот препарат, отметили, что он не дает ожидаемого эффекта, регистрируется значительное число осложнений.**

— Возможно, это происходит, когда препарат бесплатно буквально «лется рекой», его колот всем подряд, когда он показан и не показан. Мы не сталкивались с подобной проблемой, так как у нас, в отличие от других регионов, лущентис не применяли в массовом порядке. Поскольку препарат дорогой и 90% его количества использовалось на платной основе, пациент за каждую процедуру спрашивает с врача. Мы вводили его очень осторожно, поэтому процент пациентов, кому препарат не помог, практически равен нулю. Должен сказать, что мы пошли по пути углубления диагностики. Раньше у нас стоял томограф фирмы Zeiss, но с приобретением Heidelberg мы стали видеть больше слоев, более четкую картинку. Соответственно мы получили возможность ставить более объективный диагноз и точнее прогнозировать результат лечения. А если препарат бесплатный, доктора могли назначать инъекции лущентиса и при диагнозе «ВМД под вопросом». Поскольку я в государственную медицину пришел из частной клиники, для меня всегда важна была грань

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

— **Л.Т.: Хотелось бы вернуться немного назад, к проблеме ВМД. У нас в последнее время сложилось впечатление (возможно, оно обманчиво), что идет массированная атака на лущентис. Во всяком случае, на одной из последних конференций докладчики подвергли довольно жесткой критике этот препарат, отметили, что он не дает ожидаемого эффекта, регистрируется значительное число осложнений.**

— Возможно, это происходит, когда препарат бесплатно буквально «лется рекой», его колот всем подряд, когда он показан и не показан. Мы не сталкивались с подобной проблемой, так как у нас, в отличие от других регионов, лущентис не применяли в массовом порядке. Поскольку препарат дорогой и 90% его количества использовалось на платной основе, пациент за каждую процедуру спрашивает с врача. Мы вводили его очень осторожно, поэтому процент пациентов, кому препарат не помог, практически равен нулю. Должен сказать, что мы пошли по пути углубления диагностики. Раньше у нас стоял томограф фирмы Zeiss, но с приобретением Heidelberg мы стали видеть больше слоев, более четкую картинку. Соответственно мы получили возможность ставить более объективный диагноз и точнее прогнозировать результат лечения. А если препарат бесплатный, доктора могли назначать инъекции лущентиса и при диагнозе «ВМД под вопросом». Поскольку я в государственную медицину пришел из частной клиники, для меня всегда важна была грань

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

— **Л.Т.: Айдар Наилевич, если бы Вы были всемогущи, что бы Вы сделали прежде всего для своей республики?**

— Если бы представилась возможность, я бы... По большому счету я ничего нового не придумал. Придя в больницу, я начал восстанавливать советскую систему дистансеризации, мы возвращаемся на круги своя. У нашей системы были недостатки, как и в любой системе обучения на высшую школу и на последипломное образование. Если говорить о студентах, существуют целевые наборы из соседних республик, где нет медицинских институтов, например, Республика Марий Эл, которой выделяется определенная квота на обучение. Что касается внутриреспубликанского целевого обучения, глава района, где нет офтальмолога, может обратиться с просьбой подготовить студента, который приехал учиться из этого района, по специальности «офтальмология». Я по роду своей работы сталкиваюсь с целевой ординатурой и интернатурой. В одних случаях за обучение ординаторов и интернов платят главные врачи клиник, для которых мы готовим докторов. Я езжу по районам, договариваюсь с главными врачами о подготовке специалистов. Хорошо, если главный врач заплатит за обучение интерна, в таком случае он уже не отпустит

численности врачей поликлинического звена. Мы подняли материальную базу, то есть в этом направлении мы работаем и есть хорошие подвижки. Правда, в федеральных рейтингах по аттестованности мы пока в самом низу. Это связано исключительно с молодым возрастом многих докторов. У нас идет колоссальное обновление врачебного состава. Я уже заметил некую закономерность: некоторые процессы, происходящие в нашей республике сегодня, через 3 года повторяются в других регионах страны.

— **Л.Т.: Хотелось бы вернуться немного назад, к проблеме ВМД. У нас в последнее время сложилось впечатление (возможно, оно обманчиво), что идет массированная атака на лущентис. Во всяком случае, на одной из последних конференций докладчики подвергли довольно жесткой критике этот препарат, отметили, что он не дает ожидаемого эффекта, регистрируется значительное число осложнений.**

— Возможно, это происходит, когда препарат бесплатно буквально «лется рекой», его колот всем подряд, когда он показан и не показан. Мы не сталкивались с подобной проблемой, так как у нас, в отличие от других регионов, лущентис не применяли в массовом порядке. Поскольку препарат дорогой и 90% его количества использовалось на платной основе, пациент за каждую процедуру спрашивает с врача. Мы вводили его очень осторожно, поэтому процент пациентов, кому препарат не помог, практически равен нулю. Должен сказать, что мы пошли по пути углубления диагностики. Раньше у нас стоял томограф фирмы Zeiss, но с приобретением Heidelberg мы стали видеть больше слоев, более четкую картинку. Соответственно мы получили возможность ставить более объективный диагноз и точнее прогнозировать результат лечения. А если препарат бесплатный, доктора могли назначать инъекции лущентиса и при диагнозе «ВМД под вопросом». Поскольку я в государственную медицину пришел из частной клиники, для меня всегда важна была грань

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

между понятиями «заработать» и «оказать помощь». Я на дух не переносил врачей, которые оперируют пациентов, когда операция им не показана. За такие вещи я караю «огнем и мечом». Это касается как нашей клиники, так и других учреждений республики.

АНТИКРИЗИСНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ: мы сохранили ЦЕНЫ 2014 года!

Расходные материалы для факоэмульсификации

ИНТРАОКУЛЯРНЫЕ АКРИЛЛОВЫЕ ЛИНЗЫ - гидрофильные, гидрофобные СИСТЕМЫ ИМПЛАНТАЦИИ ИОЛ ВИСКОЭЛАСТИК ТРИПАНОВЫЙ СИНИЙ СКАЛЬПЕЛИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ

Микрохирургическое оборудование

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА для микрохирургии переднего и заднего сегмента глаза ОПТИМЕД «ПРОФИ»

КОМПАКТНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА для микрохирургии ОПТИМЕД «МАСТЕР»

ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»: тел./факс: +7 (347) 223-44-33, 277-61-61 market@optimed-ufa.ru www.optimed-ufa.ru

видно) необходимо все объяснить по порядку, «с чувством, с толком, с расстановкой». Мы своим врачам читали курсы, как определить психотип человека по его внешнему виду, по тому, как он зашел в кабинет, поступался или пинком открыл дверь, как поздоровался и т.д. От психотипа пациента зависит то, каким образом врач сможет мотивировать его на необходимое лечение. Пятнадцать человек обучились этой методике, эффект был просто колоссальный.

— **Л.Т. : Когда Вы едете за границу в командировки, на что Вы прежде всего обращаете внимание?**

— Я как главный врач стараюсь больше внимания уделять вопросам маркетинга, заглядывать в будущее. Еще во время первых поездок за рубеж я вывел для себя такую тенденцию: новые технологии, как правило, появляются в Америке, через год они приходят в Европу, еще через год — в Москву, еще через год — в регионы. Бывая в Америке, я фактически перескакивал через эти временные ступеньки. К моменту регистрации того или иного препарата или оборудования я все про него знал, знал, нужно ли нам оно или нет. К этому времени начинал готовить наших врачей, поскольку врач по своей природе консервативен. Нам на курсах часто говорили, что самое сложное — это переучить врача. Такова специфика нашей профессии.

Еще одно новое направление, которое мы у себя успешно развиваем — клинические испытания. Пять лет назад мы получили

аккредитацию, в настоящее время у нас проводится 8 клинических испытаний. У нас появилась возможность оценить возможность препарата до того, как он появился на рынке. Сейчас полным ходом идет исследование нового препарата компании Вауег, и к моменту его регистрации в России мы уже будем знать, как он работает, в чем его принципиальное отличие от существующих аналогов. Одно дело — услышать от представителя фирмы (они красиво говорят, но у них одна задача — продать), другое — собственный опыт. Никто не учится на чужих ошибках, учатся только на своих. Задача — максимально снизить цену собственных ошибок. Клинические испытания дают такую возможность.

— **Л.Т. : 17 июня пройдет съезд Общества офтальмологов России. Что Вы ждете от этого мероприятия?**

— Прежде всего, конечно, выборы нового председателя. У нас два — в регионах. Бывая в Америке, я фактически перескакивал через эти временные ступеньки. К моменту регистрации того или иного препарата или оборудования я все про него знал, знал, нужно ли нам оно или нет. К этому времени начинал готовить наших врачей, поскольку врач по своей природе консервативен. Нам на курсах часто говорили, что самое сложное — это переучить врача. Такова специфика нашей профессии.

так, поскольку медицина существует не только в пределах Садового кольца. Надеемся, что сможем влиять на ситуацию, хотим, чтобы и на нас обращали внимание и с нами считались.

— **Л.Т. : От председателя Общества офтальмологов России как личности многое зависит, как Вы считаете?**

— Роль личности в истории еще никто не отменял. Твердо знаю одно: если не будет личности, решительных изменений ждать не приходится. По федеральному закону аттестация должна войти в компетенцию общественных организаций, и если мы не собираемся нарушать законодательство, необходимо готовиться к проведению работы в сфере аттестации и аккредитации.

В нашей стране есть традиционно сильные общества, например, Российская диабетическая ассоциация. Почему не сделать сильным и Ассоциацию офтальмологов, и Общество офтальмологов? Понятно, что профессор Владимир Владимирович Нероев отстаивает интересы сообщества, мы это видим, но один в поле не воин. Будет гораздо проще, если у него появится общественная поддержка, скажем в принятии стандартов, которые до сих пор фактически не работают.

Готовясь к докладу на конференции, я анализировал систему ОМС и ограничился пока Приволжским федеральным округом. Вывел разные тарифы и разложил их на составляющие. Каждый регион играет по своим правилам, порой встречаешь вопиющие перекосы. С точки зрения клиники мы все

понимаем, что нельзя катаракту лечить по-разному. Методика фактолизиса одна, могут различаться линзы, но суть операции от этого не меняется. Унификация в федеральном законодательстве, о которой было заявлено правительством, не произошла. Более простой пример, не связанный с выделением средств: закон о трансплантации. На сегодняшний день трансплантация ткани фактически приравнена к трансплантации органов. Необходимо разделить эти понятия, а это — законодательная процедура в чистом виде. Кто-то должен выносить на законодательный уровень подобные предложения. По отчету за прошлый год количество кератопластик снизилось на 30% — просто катастрофа. У нас есть все возможности для проведения этого вида вмешательства: кадровые, технические — но из-за дурацких бюрократических процедур мы не в состоянии это сделать.

— **Л.Т. : Председатель должен быть вхож и в высокие кабинеты...**

— Иногда должность дает такую возможность. В свое время благодаря депутатской должности я смог «пробить» строительство новой больницы.

— **Л.Т. : С Вашего позволения, Айдар Наилевич, несколько частных вопросов. Что Вы больше всего цените в людях?**

— Порядочность.

— **Л.Т. : Что Вы никогда не сможете простить ни друзьям, ни коллегам?**

— Ненавижу вранье, хотя и оно бывает во благо. Но когда святыми понятиями прикрываются ради мелких бытовых целей, мне это неприятно. Есть один армянский мультик «Ух ты, говорящая рыба», основную мысль которого я принял для себя на все жизни: «Делай добро и бросай его в воду». Люди часто делают другим что-то хорошее в корыстных целях, по принципу «Ты — мне, я — тебе». Я не жду от людей благодарности. В этом отношении я, возможно, рассуждаю как идеалист, у меня все вроде есть, и я ничего не требую от людей. Но если у меня есть возможность помочь, я всегда помогу. В жизни мне приходилось сталкиваться с ситуациями, когда мне помогали совсем незнакомые люди. Однажды мне помог один человек, которого я даже не знал. Спрашиваю его, зачем он ввязался в эту историю. Он мне ответил, что лет 10 назад я его принял, отнесся по-человечески... А я, конечно, уже забыл о существовании этого человека, мне и в голову не приходило что-то у него просить... Мне было очень приятно, я понял, что добро необходимо людям. Особенно ценю в людях желание делать добро бескорыстно.

— **С.Т. : Есть ли в Вашей жизни реальный человек или литературный герой, на которого Вы хотели бы походить?**

— Кумир для меня — мой отец, мой родители, я их очень ценю. Считаю, что они дали мне великодушное образование (кроме медицинского, у меня еще юридическое образование), воспитали меня именно таким, какой я есть. С 14 лет начал работать, хотя и вырос в обеспеченной семье, но привык сам зарабатывать себе на жизнь. Мои родители — врачи, врачами были бабушки, дедушки, тети... Мама была офтальмологом. Я сначала пошел в общую хирургию (по образованию я — хирург), умею ушивать желудок, вырезать аппендицит, но не смогу прооперировать катаракту — в душе я остался в большой хирургии, она мне более близка.

— **С.Т. : Вопрос выбора профессии перед Вами не стоял?**

— Были юношеские поползновения поступить на философский факультет. Зачитывался Ницше,

Кантом. Однажды папа меня спрашивает, кем я, молодой выпускник-философ, буду работать? На этом все мои порывы закончились. Всю жизнь меня родители мягко, ненавязчиво вели по жизни. А с медицинской мне все было понятно: с 5 лет я знал, что такое лимфогранулематоз и как его можно лечить. Умение руководить также мне перешло по наследству от родителей, дедушек.

Дедушка по папиной линии был хирургом, возглавлял кафедру анатомии в Казанском медицинском институте. Дедушка по маминной линии свою карьеру завершил ректором Казанского ГИДУВа, работал много лет за границей, после войны возглавлял госпиталь в Тегеране. В детстве я буквально заслушивался его интересными рассказами. Помню, мне было лет пять, я сидел дома, болел. Дедушка пришел с работы, спросил, кем я хочу быть. Я ответил, что хочу быть как он, хирургом. Тогда он мне посоветовал разрабатывать моторику пальцев и научил меня вязать. Дядя мой, военный гинеколог, прожил полжизни за границей, служил в Испании, потом 12 лет работал на Кубе, принимал роды у жены Фиделя Кастро. Мне всегда было, что послушать. Интерес к профессии мне привили с самого детства.

— **Л.Т. : Вы — «мальчик-мажор», сын высокопоставленных родителей. Вам это мешало или помогало?**

— И то, и другое. Учиться было сложно, потому что все относилось с пристрастием: сын ректора — кто-то гнобил, кто-то прощал. Я старался никогда не афишировать свое положение, и у меня это получалось. Отца я ни о чем не просил, сам пошел в интернатуру, через знакомых договорился и устроился работать в самую обычную клинику, где «неотложка» 3 раза в неделю. Какие я только операции не делал! Был у меня курьезный случай: доцент кафедры почему-то меня сразу полюбил и брал с собой ассистировать. Периодически он рассказывал о своем учителе. После очередного рассказа я понял, что это мой дед, но доцент об этом не знал (у деда по материнской линии другая фамилия). Я с огромным удовольствием его слушал, понимая, что коллега делился своими воспоминаниями абсолютно искренне без всякой задней мысли. Тогда мне пришлось признаться, кем мне приходился его учитель.

— **Л.Т. : В этом году газете «Поле зрения» исполняется 5 лет. Что бы Вы пожелали редакции?**

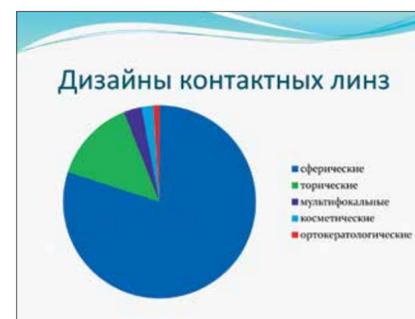
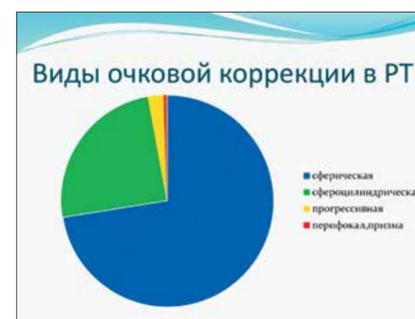
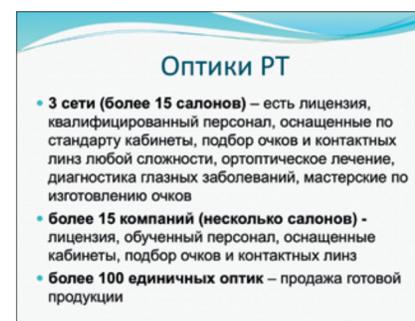
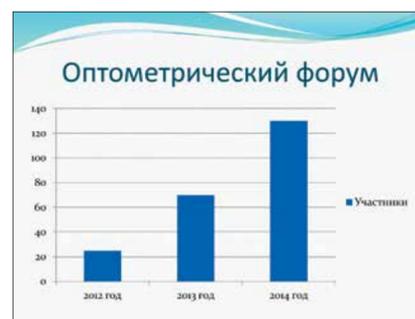
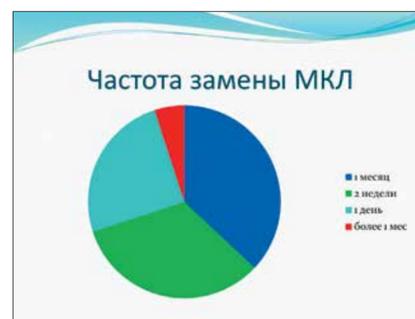
— «Поле зрения» — одна из многих газет, которую я читаю от корки до корки. Газета академична. Мне нравится ее фундаментальный, интересный подход. Это — не беллетристика, не глянецовый журнал, хотя газета выглядит достойно, и ее интересно читать. Мне бы очень хотелось, чтобы вы не потеряли этой нити и не скатились в коммерцию. Конечно, деньги, реклама нужны, сейчас многие печатают в основном заказные статьи, у вас же этого нет. Вы рассказываете о судьбах людей, делаете это интересно и, что важно, доступным языком. Мои друзья, не имеющие отношения к офтальмологии, с удовольствием ее читают, хотя газета и профессиональная. Помню прошлогоднее интервью Юрия Сергеевича Астахова, посвященное блокаде Ленинграда. Интересно читать, это те вещи, о которых просто так не спросишь и не расскажешь. Вы всегда находите свою изюминку.

— **Благодарим Вас за открытую беседу!**

Беседу вели Лариса Тумар и Сергей Тумар

Медико-социальные аспекты службы оптометрии в Республике Татарстан

А.Н. Амиров, Н.И. Хамидуллина (Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО «КГМА», г. Казань)

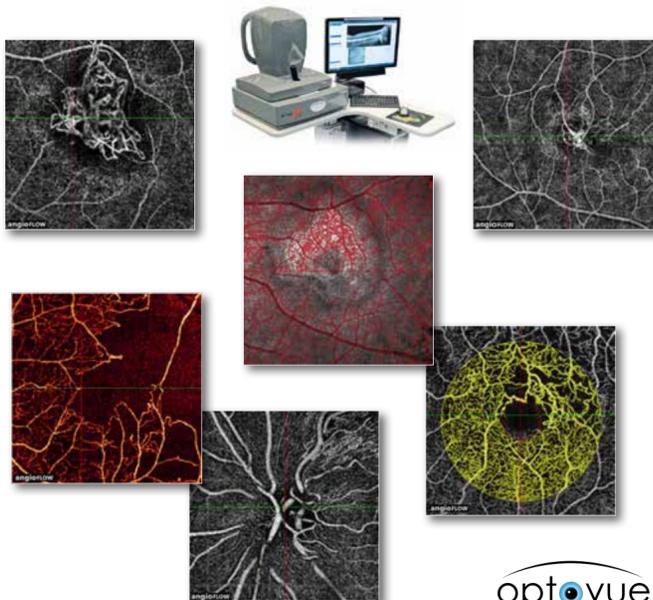


TRADOMED INVEST



Оптический когерентный томограф с функцией ангиографии

- Визуализация сосудов сетчатки в норме и при патологии, классических и скрытых мембран, зон неперфузии без использования красителей
- Режим AngioFlow на основе алгоритма SSADA
- Послойная ОКТ-ангиография



Реклама

optovue

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412. Тел./факс: (495) 662-78-66
E-mail: info@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru
01001, Киев, пер. Музейный, д. 4, офис 16. Тел.: +38 (044) 495-84-37. Факс: +38 (044) 459-46-37
E-mail: shakirova@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.com

Аккомодация: старые проблемы — новые решения?

II Межрегиональная конференция

24-25 апреля 2015 года, Ярославль

Проблема аккомодации — «вечно живая» тема для исследований, благодатная почва для рождения диаметрально противоположных теорий и точек зрения на старые и новые факты, постоянный предмет споров и совместных дискуссий офтальмологов и специалистов в смежных областях знаний — физиологов, биофизиков, биомехаников и других погруженных в проблему аккомодации исследователей. Поэтому так необходима площадка для обсуждений этой, как показывает время, неисчерпаемой темы, где могли бы собраться все, кому есть что сказать, выслушать мнение компетентных коллег и заинтересованной в решении назревших аккомодационных вопросов аудитории.

Именно такой площадкой стала конференция «Аккомодация: проблемы и решения», прошедшая 24-25 апреля 2015 г. в замечательном волжском городе Ярославле. Это была уже вторая встреча, посвященная данной тематике. Первая конференция, организованная кафедрой глазных болезней



Профессор В.В. Страхов

Ярославского государственного медицинского университета (зав. кафедрой — профессор В.В. Страхов), состоялась в Ярославле два года назад, в 2013 г. Конференция имела несомненный успех и с очевидностью показала, что такие встречи должны происходить регулярно, потому что вслед за полученными ответами вырастают новые насущные вопросы, требующие дальнейшего обсуждения именно в том формате, который был предложен организаторами конференции.

На этот раз программа конференции включала два больших блока: первый из них условно можно назвать «теоретическим» (хотя там рассматривались и вполне практические вопросы), а второй был посвящен различным клиническим аспектам проблемы, диагностическим и лечебным вопросам, тем или иным образом связанным с аккомодационно-рефракционными нарушениями.

Открыл конференцию ректор Ярославского государственного медицинского университета, профессор А.В. Павлов, который тепло поприветствовал участников и пожелал плодотворной работы. Первым докладчиком первого блока конференции «Анатомия и физиология аккомодации. Пресбиопия — как расстройство по приспособлению. Что делать?» (модераторы: профессор Е.Н. Иомдина, Москва; профессор В.В. Страхов, Ярославль)



Профессор Н.Н. Пивоваров

был организатор и беспорная «душа» конференции — Владимир Витальевич Страхов. Своим докладом «Физиологические и клинические новости пресбиопии» профессор В.В. Страхов сразу задал верный тон всей дальнейшей работе — тон размышления, постановки важных вопросов, вдумчивого осмысления новых фактов. Доклад содержал много видеоматериалов, показывающих в реальном времени работу аппарата аккомодации, что, несомненно, улучшило восприятие и понимание тех процессов, о которых шла речь в докладе, обеспечивало доказательность утверждений автора доклада. Особое внимание профессор В.В. Страхов уделил связочному аппарату хрусталика, его роли в нарушении геометрических, анатомических и функциональных взаимоотношений, связанных с развитием возрастных изменений аккомодации. Упомянута была и дискуссионная роль стекловидного тела в механизме аккомодации, оценка которой была продолжена в следующем докладе «Авитрия — модель изучения потенциальных изменений аккомодационного аппарата» (авторы: академик РАН С.Э. Аветисов, С.Р. Асатрян, А.Т. Карапетян, Т.А. Шеголева, Москва). Представленное интересное исследование пока находится на начальном этапе, так что конкретные количественные изменения объема аккомодации,

вызванные авитрией, будут, по всей видимости, представлены на будущих конференциях. Подробному описанию современных представлений о возрастных изменениях аккомодации был посвящен доклад профессора Е.Н. Иомдина (Москва) «Современные технологии изучения возрастных изменений аккомодации». Согласно данному сообщению, благодаря новым технологическим и методическим возможностям удалось установить (или надежно подтвердить), что в развитии пресбиопии в той или иной степени задействованы такие факторы, как ригидность зрчатки, снижение эластичности капсулы хрусталика, увеличение толщины и размера его ядра, повышение жесткости вещества хрусталика и снижение показателя его преломления, снижение работоспособности цилиарной мышцы, ослабление эластичности зонулярных волокон или их потеря, изменение расстояния между структурами мышечно-связочного аппарата хрусталика, уплощение роговицы и рост астигматизма обратного типа, рост положительных сферических aberраций, снижение эластичности сосудистой оболочки, ликвидация стекловидного тела.

Современные возможности объективного клинического изучения состояния аккомодации, в том числе и в необычных условиях работы глаза, возникающих в результате

использования интраокулярной или ортокератологической коррекции, дают возможность более детально разобраться в таких непростых понятиях, как псевдоаккомодация и глубина фокусной области. Именно этот вопрос был подробно рассмотрен в докладе профессора Е.П. Тарутты (Москва) «Аккомодация, псевдоаккомодация и глубина фокусной области». Это сообщение оказалось очень хорошей основой для следующего выступления, посвященного современным возможностям (прежде всего, хирургическим) «преодоления» зрительных проблем, связанных с пресбиопией, который представил профессор К.Б. Першин (Москва) «Интраокулярная коррекция пресбиопии сегодня — возможности и подводные камни». Слушателям был продемонстрирован весь спектр как известных, так и пока еще только пришедших на офтальмологический «рынок» средств интраокулярной коррекции, обозначены их достоинства и недостатки, возможности компенсации с помощью этих средств ослабленной аккомодационной функции. Приходит констатировать, что на сегодняшний день пока не существует никаких интраокулярных линз, доказано, эффективно и значимо повышающих объем аккомодации, но перспективы их появления в ближайшее время достаточно реальны.

Логичным продолжением этой темы стало сообщение С.В. Семенова (Москва) «Сравнительный анализ различных способов хирургической и лазерной коррекции пресбиопии». Автор представил богатый клинический опыт клиники «Восток-Прозрение», в том числе в области применения нового направления рефракционной хирургии — методики Surgasoft, были приведены обнадёживающие данные 3-летнего клинического наблюдения.

Свой взгляд на возможности хирургического «исправления» возрастной аккомодационной слабости с воодушевлением изложил профессор Н.Н. Пивоваров (Италия) в докладе под названием «Автопортрет собственного взгляда на коррекцию пресбиопии». Автор разработал устройство в виде кольца, предназначенного для размещения в цилиарной борозде, благодаря чему должно увеличиваться рабочее пространство аккомодации и существенно повышаться ее объем. Устройство пока не апробировано в клинике, поэтому судить о его клинической эффективности в настоящий момент рано.

Другой подход к проблеме пресбиопии предложил профессор И.Г. Овечкин (Москва) в своем докладе «Физиотерапевтический рубец сдерживания пресбиопического наступления». На относительно ранних этапах развития пресбиопии целесообразно, по мнению профессора И.Г. Овечкина, использовать все нехирургические возможности повышения аккомодационной функции, в первую очередь за счет стимуляции работоспособности цилиарной мышцы, например, с помощью низкоинтенсивной лазерстимуляции. Имеющиеся результаты свидетельствуют о торможении развития пресбиопии, что позволяет несколько сдержать ее проявления, отложить их хоть немного на более поздний возраст, что обычно радует пациентов.



Профессор Н.А. Ермакова, профессор В.В. Бржеский, профессор В.В. Страхов

В область изучения патогенеза пресбиопических изменений органа зрения и их возможных влияний на клинические показатели вернул последний доклад в рамках первой сессии конференции «Рефракционный аккомодационный ответ артерифакузного глаза и его влияние на офтальмотонус», который представила д.м.н. О.В. Жукова (Самара). Связь аккомодации и оттока внутриглазной жидкости — важный аспект проблемы пресбиопии, тесно связанный с развитием глаукомного поражения, это требует дальнейшего тщательного изучения и разработки обоснованных рекомендаций для практики.

Во втором блоке первого дня конференции, который носил острое название «Фокус на Дефокус» (модераторы: профессор Е.П. Тарутта, профессор В.В. Страхов), с фундаментальным докладом «Место и роль теории «ретикулярного дефокуса» в происхождении и прогрессировании миопии» выступила профессор Е.П. Тарутта (Москва). Данные, полученные на экспериментальной модели миопии, позволили предположить, что наличие гиперметропического дефокуса стимулирует развитие миопии. Изучение клинического значения знака и степени дефокуса, влияние на процесс миопизации риферической рефракции, ее направленное изменение с помощью очковой коррекции (в частности, с помощью очков «Перифокал») и ортокератологии — все это было подробно изложено в докладе. Тема ортокератологической коррекции получила развернутое продолжение в двух последующих докладах: П.Г. Нагорского (Новосибирск) «Влияние ортокератологической коррекции на темпы прогрессирования миопии» и А.Р. Хурая (Москва) «Ортокератология — этап подготовки к кераторефракционным операциям». Ортокератология, как составивший метод контроля за прогрессированием миопии, привлекает серьезное внимание офтальмологов, поэтому оба доклада, несомненно, вызвали большой интерес аудитории.

Первый день конференции завершился докладом Н.Н. Слышаловой (Иваново) «Сравнительный анализ участия различно индусцированного ретикулярного дефокуса в прогрессировании миопии». Работа, выполненная совместно с соавтором докладом Н.В. Хватовой, стала прекрасным клиническим подтверждением и развитием многих положений, сформулированных и представленных в вышеупомянутом докладе профессора Е.П. Тарутты.

Второй день конференции начался с блока «Исследования аккомодации в практике офтальмолога» (модератор: профессор В.В. Страхов), который включал в себя фактически практическое занятие «Мастер-класс субъективных и объективных методов исследования аккомодации в реальном времени». Мастер-класс провели М.В. Махова (Ярославль) и Н.Н. Слышалова (Иваново). Все желающие имели возможность поработать за прибором, получить квалифицированные рекомендации по его использованию и интерпретации результатов, а в конце поучаствовать в «Дискуссии вокруг клинического значения и перспектив аккомодационной», которой руководил модератор (профессор В.В. Страхов). В этом же разделе конференции д.м.н. О.В. Жукова (Самара) и к.м.н. А.В. Егорова (Ижевск) представили участникам конференции очередной труд Экспертного Совета по аккомодации и рефракции (ЭСАР) под названием «ЭСАР — презентация: бюллетень № 1 «Аккомодация в клинических иллюстрациях».

В следующем разделе программы «Нарушения аккомодации» (модератор: д.м.н. О.В. Жукова, Самара) обсуждались вопросы, связанные с нарушениями аккомодации, их проявлениями и возможностями коррекции.



Во время работы конференции

К.м.н. Т.Н. Воронцова (Санкт-Петербург) в докладе «Эффективность медикаментозной терапии ПИНА» представила возможности компьютерной аккомодографии в дифференциальной диагностике различных расстройств аккомодации, а также в объективной оценке эффективности их коррекции с помощью функционального и медикаментозного лечения (препараты: мидадриал, мидримакс, ирифрин). Весьма актуальная тема лечения аккомодационных нарушений была продолжена в докладе к.м.н. А.В. Егоровой (Ижевск) «Лечебные мероприятия при аккомодационных нарушениях в детском возрасте». Доклад содержал подробную информацию о целом комплексе методик улучшения аккомодационной способности и торможения миопии у детей: аппаратных, медикаментозных (прием как местных, так и системных препаратов), оптических (в том числе с помощью контактной коррекции) и т.д., их эффективность также предлагалось оценивать с помощью объективных методов, в частности, с помощью компьютерной аккомодографии.

Вопросам коррекции аккомодационно-рефракционных нарушений было уделено особое внимание. В секции «Слово о новых возможностях оптической и контактной коррекции зрения», модератором которой были профессор Е.Ю. Маркова (Москва), к.м.н. Р.А. Ибатуллин (Москва), обсуждалась неожиданная тема «Экономическая эффективность своевременной коррекции аномалий рефракции» (докладчик — профессор Е.Ю. Маркова), а также вполне ожидаемая аудиторией информация об очках «Перифокал», представленная в докладе Р.А. Ибатуллина «Очки «Перифокал» и их место в коррекции миопии». Судя по представленным результатам, инновационная разработка оптического дизайна линзы для коррекции периферического дефокуса и поддержки аккомодации оказалась весьма эффективной для предупреждения развития миопии, в первую очередь при явно выраженной неустойчивости и недостаточности аккомодации, слабости аккомодации, ПИНА, при миопии с эзофорией. Возможности применения мультифокальной коррекции с целью торможения прогрессирования миопии, особенно подбор мягких мультифокальных контактных линз, риск нежелательных эффектов и клинические примеры обсуждались в сообщении О.А. Захаровой (Москва) «Применение мультифокальной коррекции в детском возрасте». Тема контактной коррекции была центральной и в докладе Г.В. Андриенко (Москва) «Новые возможности контактной коррекции астигматизма». Преимущества контактной коррекции, продемонстрированные автором на многочисленных клинических примерах, позволили сделать вывод о том, что контактная коррекция астигматизма должна активно внедряться в оптическую практику как эффективный способ коррекции как у детей, так и у взрослых.

Заключительный блок второго дня конференции «Неприятности поверхности глаза в связи с различными способами коррекции ametропий» (модераторы: профессор В.В. Бржеский, Санкт-Петербург; профессор Н.А. Ермакова, Москва) включал доклад профессора В.В. Бржеского «Патология глазной поверхности при коррекции различных ametропий», в котором отражен целый комплекс патогенетических, диагностических и лечебных проблем, связанных с синдромом «сухого глаза» (ССГ) при ametропиях, вызванных как аномалиями рефракции, так и различными рефракционными вмешательствами. По данным докладчика, ССГ развивается у 55,4-77,5% пациентов, перенесших кераторефракционные операции, и у 14,3-89,0%, носящих мягкие контактные линзы, что



В кулуарах конференции

свидетельствует о высокой значимости проблемы. Следующий доклад по этой тематике «Иммунные аспекты воспалительных проблем роговицы после кераторефракционных операций» представила профессор Н.А. Ермакова (Москва). Подробная информация об особенностях иммунной системы организма и органа зрения, патогенетическом действии имеющихся препаратов, направленных на коррекцию патологии глазной поверхности (антисептиков, слезозаместительных, глюкокортикоидных, цитостатиков), позволила получить исчерпывающее представление по обсуждаемой проблеме. Благоприятное воздействие на пораженную глазную поверхность могут оказать и лечебные контактные линзы. Об этом шла речь в докладе профессора С.А. Новикова (Санкт-Петербург) «Кератопротекция и лечебные контактные линзы». История создания этих линз, отечественные разработки, к сожалению, не получившие внедрения в практику, преимущественно этой глазной лекарственной формы, показывая к ее применению и доказанная эффективность позволяют считать, что эти линзы целесообразно применять для купирования роговичного синдрома, защиты роговицы от механических воздействий и стимуляции процессов регенерации. Заключительный доклад в этой секции «Влияние линзоцима на переносимость контактных линз» сделал И.А. Лещенко (Москва),

он был посвящен контактным линзам, сделанным на основе этафилкона, которые показаны пациентам с чувствительными глазами, склонными к раздражению и аллергическим реакциям. Даже такое краткое изложение докладов, представленных на конференции, показывает ее огромную насыщенность. Но, несмотря на большой объем информации, смысловое богатство и плотную содержательность, участники конференции не испытывали перегрузки, с удовольствием вовлеклись в живые дискуссии и обсуждения, которые следовали после каждого миниблога, задавали вопросы и даже в перерывах продолжали в кулуарах конференции обсуждать с докладчиками разнообразные волнующие их вопросы.

Теплая, дружеская атмосфера конференции и высочайший уровень докладов, прекрасная организация оставили у всех ее участников самое благоприятное впечатление. Пожелание звучало только одно: конференция должна стать постоянно действующей! До следующей встречи на «Аккомодации» в Ярославле!

Материал подготовили профессор Е.Н. Иомдина (Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца), профессор В.В. Страхов (Ярославская государственная медицинская академия)



Профессор Е.П. Тарутта



Мастер-класс по оптометрии



Профессор Е.Н. Иомдина

www.optecgroup.com

AT LISA® tri 839MP - первая трифокальная линза интраокулярная линза от Carl Zeiss



Теперь и в России!

Искусственный хрусталик AT LISA® 839MP обеспечивает прекрасное зрение на близком, среднем и дальнем расстоянии.

- Оптимальное распределение света**
- Малоинвазивный хирургический разрез**
- Оптические свойства линзы не зависят от размера зрачка**
- Аддидация для зрения: на близком расстоянии +3,33 D; на среднем - +1,66 D**

8-800-2000-567
Звонки по России бесплатно

ОПТЭК
Объединяя решения

Передовой. Многофункциональный. Особенный.



BAUSCH + LOMB

Stellaris^{PC}
Vision Enhancement System

ООО «ВАЛЕАНТ» | Россия | 115162, г. Москва | ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5 | Тел. +7 495 510 2879 | Факс +7 495 510 2879 доб. 5012 | www.valeant.com
© Bausch + Lomb Incorporated. Stellaris is a registered trademark of Bausch + Lomb Incorporated. TM/© denote trademarks of Bausch + Lomb Incorporated SU5984.

Реклама. Медицинское изделие. Система офтальмологическая микрохирургическая Stellaris PC Vision Enhancement System для переднего и заднего отрезка глаза. Регистрационное Удостоверение № ФСЗ 2011/09923 от 22 июля 2011 года.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

VII Евро-Азиатская конференция — импульс для профессионального развития

Весной 2015 года в поле зрения профессионального сообщества находилась VII Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии, которая прошла в Екатеринбурге с 27 по 29 апреля. Организатор мероприятия — Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» — намеренно включил в программу самые острые, дискуссионные вопросы и предоставил участникам возможность обсудить каждый доклад. В итоге конференция получилась интересной и «живой». Это отметили врачи, приехавшие в столицу Урала из самых разных стран мира.

VII Евро-Азиатскую конференцию по офтальмохирургии посетили специалисты из России, Великобритании, США, Германии, Италии, Франции, Индии, Египта и других стран. В общей сложности — около 700 человек. В рамках одного мероприятия произошел колоссальный обмен опытом. Темы, которые здесь обсуждались, охватили абсолютно все аспекты офтальмохирургии. В программу конференции были включены разноплановые секции и спутные симпозиумы, где, в общей сложности, прозвучало более 160 докладов.

Безусловно, одним из самых ярких пунктов мероприятия стала «живая хирургия». Именно она открывала первый день конференции. Эта секция традиционно вызывает особенный интерес у всех специалистов. На ней были представлены практически все виды офтальмологических операций: фемтолазерная рефракционная хирургия катаракты, хирургия глаукомы, витреоретинальная хирургия, рефракционная хирургия. Ведущие российские и зарубежные офтальмохирурги, такие как профессор Малюгин Борис Эдуардович (Москва), профессор Кирилл Борисович Першин (Москва), доктор Николай Петрович Соболев (Москва), доктор Олег Борисович Фечин (Екатеринбург), а также Людгер Ханнекен из Испании — продемонстрировали хирургию катаракты с фемтосекундным сопровождением. Винченцо Феррара из Италии и Владимир Николаевич



VII Евро-Азиатскую конференцию по офтальмохирургии открыли: первый заместитель Председателя Правительства Свердловской области В.А. Власов, генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» О.В. Шиловских и председатель Общества офтальмологов России, член-корр. РАН, профессор Х.П. Тахчиди

Казаikin (Екатеринбург) провели витреоретинальные операции. Ив Гульденфельс из Франции и Сергей Викторович Ребриков (Екатеринбург) сделали ряд операций с применением фемтосекундного лазера для коррекции зрения по технологии SMILE. Офтальмохирург Дмитрий Иванович Иванов (Екатеринбург) провел операцию по лечению глаукомы.

Аудитория могла не только видеть происходящее, но и задать вопрос врачу, выполняющему в данный момент операцию. Участники конференции наблюдали процесс фемтосекундного лазерного сопровождения операции, имплантации новейших хрусталиков, систему автоматической имплантации ИОЛ. Многие отметили, что на данной секции была продемонстрирована хирургия мирового уровня, хирургия новейших технологий, в которой значительная роль сегодня отводится фемтолазерным методам и микродоступам.



«Живая хирургия»

«Человеческая рука может делать достаточно тонкие вещи, но ее пределом является уровень микрон. Дальше она как инструмент не способна реализовывать мысль, — рассказывает председатель Общества офтальмологов России, член-корреспондент Российской Академии наук, профессор Христо Периклович Тахчиди (Москва). — Нужны устройства, которые работают на более тонких структурах. Такие приборы появились — это фемтосекундные лазеры. Российские клиники начали их осваивать. Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» был одним из первых, кто внедрил фемтосекундный лазер в практику. И это только начало.

«Живая хирургия», которую мы с удовольствием смотрели на VII Евро-Азиатской конференции, имеет особенное значение. Она помогает распространить современные офтальмологические методики в России и за ее пределами...»
Не меньший интерес представляла видеосекция «Нестандартная техника в сложной ситуации». Доктора демонстрировали «внештатные» хирургические ситуации и рассказывали, как им удалось разрешить ту или иную сложную проблему. Профессор Борис Эдуардович Малюгин (Москва) показал замену торической ИОЛ на торическую ИОЛ, профессор Мухаррам Мухтарамович Бикбов (Уфа) рассказал о кератопластике после субтотального



Секция: «Патология орбиты и придаточного аппарата глаза, офтальмоонкология». Сопредседатели: профессор М.Г. Катаев, к.м.н. Ободов В.А., профессор И.Е. Панова



В зале у докладчиков нашлись сторонники и даже ярые противники, которые не разделяют их точку зрения. Было много споров и эмоций...



Профессор Б.Э. Малюгин (Москва)



Зал конференции



Профессор Ю.Б. Слонимский (Москва)



Винченцо Феррара — специалист по витреоретинальной хирургии (Италия)

Участники о VII Евро-Азиатской конференции

Яна Гертнер, врач-офтальмолог клиники лазерной хирургии, г. Рига:

— Нашей дружбе с Екатеринбургским центром «Микрохирургия глаза» почти 20 лет. И мы используем любую возможность, чтобы пообщаться с нашими российскими коллегами. Мы постоянно обмениваемся опытом, и этот обмен дает хорошие плоды. Вообще надо сказать, что достижения врачей данного Центра соответствуют мировому уровню и в чем-то даже опережают время. Мы только что вернулись из США, где американцы представили технологию лечения глаукомы, позиционируя ее как нечто новое. На самом деле этот самый метод доктор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Дмитрий Иванович Иванов продемонстрировал нам еще 5 лет назад! На мой взгляд, именно российские специалисты способны по-настоящему удивлять. Мы их очень ценим и любим. Офтальмология вне политики. И какими бы не были отношения между нашими странами, мы продолжаем дружить, сотрудничать и обмениваться своими знаниями.

Татьяна Валерьевна Гаврилова, д.м.н., профессор, зав. кафедрой офтальмологии Пермского государственного медицинского университета им. академика Е.А. Вагнера:

— Мы не пропустили ни одной Евро-Азиатской конференции. Из Пермского края мы стараемся привлекать к участию не только опытных, но и молодых специалистов. И на эту конференцию привезли практически всех наших ординаторов и интернов. Здесь они получили массу практических и теоретических знаний. А для нас это очень важно, ведь путь развития офтальмологии край был непростым. По некоторым позициям мы уступаем нашему ближайшему «соседу» — Свердловской области. Сегодня екатеринбургские офтальмологи владеют самыми современными технологиями хирургии. У них мы учимся, к ним направляем «сложных» больных. Коллеги нам рассказывают не только о методе, но и предупреждают от возможных ошибок. Рассматриваются абсолютно все стороны хирургического процесса. Это очень важно и ценно. Конференции, которые организует Екатеринбургский центр «Микрохирургия глаза», мы посещаем с большим интересом. Очень нравится формат мероприятия, который дает возможность не только послушать доклад, но и обсудить его. Ну и, конечно, выше всяких похвал секция «живой хирургии». Возможность наблюдать, как лучшие хирурги с мировым именем выполняют операцию, слышать их подробные комментарии — дорогого стоит. Это дает большое понимание самой операции и действий врача.

Людмила Васильевна Куколова, главный врач офтальмологической клиники, г. Челябинск:

— Многие считают, что такие конференции проводятся только для хирургов, что офтальмологам, работающим в поликлиниках, участвовать в них не обязательно, что их дело — сидеть на приеме и принимать больных. И это убеждение, на мой взгляд, — большая ошибка, потому что врач, работающий в амбулаторно-поликлинической службе, должен знать все технологии и возможности современной офтальмохирургии. Это необходимо, чтобы дать пациенту правильную рекомендацию, чтобы разговаривать с ним «на равных». Ведь не секрет, что сегодня многие пользуются интернетом и нередко являются гораздо более информированными, чем доктор. Вот почему врачам необходимо постоянно расширять кругозор. И такие мероприятия, как Евро-Азиатская конференция, помогают делать это.

Георгий Гвиивевич Петриашвили, к.м.н., врач высшей категории, руководитель сети офтальмологических клиник, г. Тбилиси:

— Сейчас хирургические технологии развиваются очень быстро. И конференции по офтальмохирургии, подобные Евро-Азиатской, позволяют специалистам поделиться своими новейшими наработками. Делегаты уносят полученные знания в свои города и затем применяют что-то на практике. В этом и есть основная ценность таких мероприятий.

Лично мне было интересно посмотреть, какими возможностями обладает фемтосекундный лазер. Я очень внимательно наблюдал за действиями врачей на секции «живой хирургии». Должен отметить, что специалисты Екатеринбургского центра «Микрохирургия глаза» уверенно владеют этой технологией, и мне важно было набраться у них опыта, чтобы в будущем завести данное оборудование на территорию Грузии, ведь пока фемтосекундные технологии в нашей стране не представлены.



Участники «Чтений»



Профессор Ингрид Крайссиг (Германия)



Фото на память о 110-х курсах по витреоретинальной хирургии

расплавления роговицы. Офтальмохирург Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Дмитрий Иванович Иванов продемонстрировал особенности подшивания дислоцированных комплексов с мюноблочными линзами. Специалист из Швеции Ульрих Шпандау рассказал о новом методе усталенки гибкого комплекса «Радужка + ИОЛ». И это далеко не все материалы, с которыми удалось познакомиться зрителям видеосекции.

«Как известно, хирургии без осложнений не бывает, и у каждого врача в ходе операции порой возникают трудности. Но кто может честно о них рассказать? Только очень опытный хирург, — считает председатель оргкомитета ЕАКО, руководитель Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Олег Владимирович Шиловских. — На этой видеосекции выступал весь свет офтальмохирургии. Лучшие хирурги показывали коллегам непростые ситуации, а потом демонстрировали, как они вышли из них без потерь для пациента. В зале у докладчиков находились сторонники и даже ярые противники, которые не разделяют их точку зрения. Было много споров и эмоций».

«Если говорить обо всех Евро-Азиатских конференциях, то это всегда было «новое» в хирургии, — говорит Панова Ирина Евгеньевна. — Здесь можно увидеть лучшие технологии, которые на сегодняшний день есть в офтальмохирургии и важно, что специалисты открыто делятся. У Челябинской офтальмологии есть свои наработки и достижения в некоторых

областях. И на заседаниях секции мы представили некоторые из них. В частности, предложили варианты реконструкции век при хирургическом лечении злокачественных опухолей, рассказали о методе органосохранного лечения меланомы хориоидеи. Хотелось отметить, что все выступления, которые мы слушали, были чрезвычайно интересными. Особенно запомнился доклад Сергея Филипповича Школьника — руководителя дачной врач-офтальмохирурга заместителя генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»; Ирина Евгеньевна Панова — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, главный научный сотрудник МНИИ ГБ им. Гельмгольца; Виктор Алексеевич Ободов — кандидат медицинских наук, врач-офтальмохирург, заместитель генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»;

Ирина Евгеньевна Панова — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, главный офтальмолог Министерства здравоохранения Челябинской области, руководитель центра офтальмоонкологии.

«Если говорить обо всех Евро-Азиатских конференциях, то это всегда было «новое» в хирургии, — говорит Панова Ирина Евгеньевна. — Здесь можно увидеть лучшие технологии, которые на сегодняшний день есть в офтальмохирургии и важно, что специалисты открыто делятся. У Челябинской офтальмологии есть свои наработки и достижения в некоторых

областях. И на заседаниях секции мы представили некоторые из них. В частности, предложили варианты реконструкции век при хирургическом лечении злокачественных опухолей, рассказали о методе органосохранного лечения меланомы хориоидеи. Хотелось отметить, что все выступления, которые мы слушали, были чрезвычайно интересными. Особенно запомнился доклад Сергея Филипповича Школьника — руководителя дачной врач-офтальмохирурга заместителя генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»; Ирина Евгеньевна Панова — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, главный научный сотрудник МНИИ ГБ им. Гельмгольца; Виктор Алексеевич Ободов — кандидат медицинских наук, врач-офтальмохирург, заместитель генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»;

Ирина Евгеньевна Панова — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, главный офтальмолог Министерства здравоохранения Челябинской области, руководитель центра офтальмоонкологии.

«Если говорить обо всех Евро-Азиатских конференциях, то это всегда было «новое» в хирургии, — говорит Панова Ирина Евгеньевна. — Здесь можно увидеть лучшие технологии, которые на сегодняшний день есть в офтальмохирургии и важно, что специалисты открыто делятся. У Челябинской офтальмологии есть свои наработки и достижения в некоторых



Выставка офтальмологического оборудования



Лучший стендовый доклад: «Комплексное лазерное воздействие в лечении хориоретинитов специфической этиологии», авторы О.Н. Авдеева и Н.Г. Варнавская (Челябинск)



Лучший стендовый доклад: «Анестезиологическое обеспечение при сквозной кератопластике», авторы М.А. Гаспарян, И.Г. Олещенко, А.В. Монастырев, Н.Я. Сенченко, М.А. Шантурова (Иркутск)



Лучший стендовый доклад: «Анализ ранних послеоперационных осложнений у пациентов с псевдоэкзофтальмической глаукомой», авторы Е.О. Датских, Н.А. Коновалова, О.С. Коновалова (Тюмень)

Основные критерии, по которым оценивались доклады — оригинальность представленной методики, интересный клинический материал, хорошая доказательная база.

Председатель оргкомитета VII Евро-Азиатской конференции Олег Владимирович Шиловских вручил коллегам дипломы и почетные знаки отличия.

Мероприятие, бесспорно, запомнится и тем, кто посетил чтения профессора, офтальмохирурга из Германии. На ЕАКО она приезжает уже четвертый раз, и для организаторов мероприятия это большая честь. Ее дружба с Екатеринбургским центром МНТК «Микрохирургия глаза» длится много лет. Госпожа Крайссиг принимала участие в самой первой Евро-Азиатской конференции, которая проходила еще в 1998 году. На VII ЕАКО она приехала с группой высококлассных специалистов, в которую вошли признанные эксперты в области витреоретинальной хирургии: Франк Ла Франко и Михаэль Гольдбаум из США, Винченцо Феррара из Италии и Ульрих Шпандау из Швеции. Вместе они провели юбилейные, 110-е курсы по витреоретинальной хирургии, которые представляют большой интерес для врачей, начинающих оперировать. Молодые специалисты, приехавшие на конференцию, с удовольствием воспользовались возможностью поучиться у «звезд офтальмологии». Чтения Ингрид Крайссиг посетили более 80 специалистов.

«С профессором Тачиди мы познакомились в 1995 году, тогда он возглавлял Екатеринбургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза», — рассказывает госпожа Ингрид Крайссиг. — В то время в Екатеринбург я провела свои 10-е курсы по витреоретинальной хирургии, а сейчас провожу уже 110-е! Как видите, наше сотрудничество стало доброй традицией. Каждый раз приезжая на Евро-Азиатскую конференцию я отмечаю, как превосходно все организовано. Она идет в ногу с мировым прогрессом и даже лидирует. Те операции, которые я увидела, хорошо организованы и проведены. По самим операциям заметно: о пациентах хорошо заботятся. Приятно иметь дело с профессионалами своего дела. Вот почему я с радостью снова и снова приезжаю сюда...»

Специалисты со стажем имели возможность обменяться профессиональными мнениями на отдельной секции, которая также была посвящена вопросам витреоретинальной патологии. Темы, представленные здесь, были «острые» и злободневные. Так, профессор Эрнест Витальевич Бойко (Санкт-Петербург) подготовил доклад о тактике лечения открытой травмы глаза металлической проволокой, Вячеслав Олегович Пономарев

(Екатеринбург) предложил алгоритм лечения острого послеоперационного бактериального эндофтальмита. Офтальмохирург из Италии Джузеппе Фазолини в своем выступлении рассмотрел различные подходы в лечении диабетического макулярного отека... Словом, были представлены самые разноплановые доклады, охватывающие современные аспекты витреоретинальной хирургии. К ним также относится лечение ВИЧ-ассоциированной отслойки сетчатки. Исследования на эту злободневную тему провели врачи Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Алексей Александрович Рапопорт и Сергей Валерьевич Берсенева. Как это ни печально, но людей с вирусом иммунодефицита становится все больше. У таких пациентов есть специфические особенности диагностики и лечения отслойки сетчатки. На сегодняшний день в литературе об этом мало что сказано...

Высокие достижения в офтальмохирургии стали возможны не только благодаря силе мысли. Реализовать самые смелые идеи позволяет технический прогресс. С оборудованием и новейшим инструментарием, которое сегодня используют лучшие отечественные и зарубежные офтальмологические клиники, участники смогли познакомиться на специализированной выставке. Она проводилась в рамках Евро-Азиатской конференции. Здесь крупнейшие мировые производители представили современную медицинскую технику. Многие из них выступили спонсорами мероприятия. Организаторы решили их поблагодарить. Генеральный директор центра МНТК Олег Владимирович Шиловских вручил партнерам благодарственные письма, а также памятные статуэтки «с рукопожатием» — символом прочных деловых отношений.

Но крепкие отношения с коллегами строятся не только на официальных мероприятиях. В этом глубоко убеждены все, кто создавал Евро-Азиатскую конференцию по офтальмохирургии. Традиционно для ее участников готовится развлекательная и культурная программа. Так, один из вечеров они провели на концерте симфонического оркестра Свердловской государственной академической филармонии, которая по праву считается одной из лучших в России. Именно такие моменты добавляют любому официальному мероприятию частичку души. Не случайно все, кто посетил VII Евро-Азиатскую конференцию, подчеркнули ее неповторимую теплую атмосферу...

«Нам было очень приятно видеть вас на Евро-Азиатской конференции, общаться, обмениваться мнениями, — сказал генеральный директор Екатеринбургского центра «Микрохирургия глаза» Олег Владимирович Шиловских, закрывая мероприятие. — Мы дискутировали, спорили. И это здорово! Только в споре рождается истина.



Конференция завершилась концертом в Свердловской государственной академической филармонии



Надеемся, что здесь вы смогли почерпнуть для себя много интересных идей, которые дадут вам хороший импульс для дальнейшего

профессионального развития. Спаче всего за участие! Увидимся на VIII ЕАКО, которая пройдет уже в 2018 году...»

Материал подготовлен пресс-службой Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»

ЭФФЕКТИВНОЕ И ДОСТУПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ

<p>ДОРЗОПТ ДОРЗОЛАМИД 2% - 5 мл</p> <p>Ингибитор карбоангидразы</p>	<p>ДОРЗОПТ ПЛЮС ДОРЗОЛАМИД 2%, ТИМОЛОЛ 0.5% - 5 мл</p> <p>Фиксированная комбинация дорзоламида и тимолола</p>	<p>ГЛАУПРОСТ ЛАТАНОПРОСТ 0.005% - 2.5 мл</p> <p>Синтетический аналог простагландина</p>	<p>ДУОПРОСТ ЛАТАНОПРОСТ 0.005%, ТИМОЛОЛ 0.5% - 2.5 мл</p> <p>Фиксированная комбинация латанопроста и тимолола</p>
<p>Дополнительное улучшение гемодинамики ДЗН и сетчатки глаза^{1,2}</p>		<p>Дополнительная нейропротекция^{1,3}</p>	

¹ Егорова Е.А. и соавт., «Нейропротекторная терапия глаукомы», Москва, изд. Апрель, 2012

² Колозова И.В., Аюповы А.И., Решникова В.С., «Глаукома» № 2 - 2012 г.

³ Хаджаев Н.С., Черныш В.В., Трунов А. Н. Клиническая офтальмология № 2-2013 г.

МОСКОВСКОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО АО РОМФАРМ КОМПАНИ СРЛ
121596, г. Москва, ул. Горбуновская, д. 2, стр. 20А, офис 623
E-mail: rompharm@yandex.ru; тел./факс: +7 (495) 263-00-39

ROMPHARM COMPANY

«Восток-Запад-2015»

VI Научно-практическая конференция по офтальмохирургии с международным участием



Открытие конференции



Приветствие сотрудников Уфимского НИИ глазных болезней Академии наук РБ



Директор Уфимского НИИ глазных болезней, профессор М.М. Бикбов



Президиум секции по глаукоме: профессор В.П. Еричев, профессор Е.А. Егоров, профессор И.Г. Сметанкин, профессор В.В. Бржеский

< стр. 1
прорывные технологии, и о них нужно постоянно говорить. В этом плане обмен опытом, мнениями в рамках конференции просто уникален».

С приветственными словами к участникам конференции обратились заместитель премьер-министра Правительства Республики Башкортостан С.Т. Сагитов, вице-президент Академии наук РБ Р.В. Кунакова, заместитель министра здравоохранения РБ Д.Р. Еникеева.

Почетный гость форума, президент Российского глаукомного общества, профессор Е.А. Егоров отметил, что приезд такого количества специалистов говорит о признании авторитета Уфимского НИИ глазных болезней результаты лечения пациентов с псевдоэкзофтальмической глаукомой. Заведующий отделением Казахского НИИ глазных болезней, к.м.н. Л.Н. Оразбеков (г. Алматы, Казахстан) доложил о тактике хирургического лечения рецидивов отслойки сетчатки на фоне силиконовой тампонады. Главный врач клиники «Сихат Коз», к.м.н. А.Ф. Юсупов (г. Ташкент, Узбекистан) рассказал о совершенствовании современных методов лечения неэкссудативной формы возрастной макулярной дегенерации сетчатки.

На заседании, посвященном вопросам медикаментозного, лазерного и хирургического лечения глаукомы, с большим интересом участники конференции заслушали доклад профессора Е.А. Егорова (Москва), касающегося рационального применения антиглаукомных, как оригинальных, так

и дженергических препаратов. Проблема безконсервантных гипотензивных препаратов была посвящен докладом профессора В.П. Еричева (Москва), о применении простагландиновых препаратов, в частности, простаминов, в терапии глаукомы доложил доцент С.Ю. Толубев (Москва). К.м.н. А.Ю. Брежнев (Курск) выступил от группы авторов с докладом, посвященным избыточному рубцеванию, которое остается в центре внимания офтальмологов, занимающихся хирургией глаукомы. Профессор И.Г. Сметанкин (Н. Новгород) представил результаты имплантации оригинального полимерного микрошунта собственной конструкции у больных первичной и вторичной открытоугольной глаукомой. О.В. Кадникова (Оренбург) поделилась опытом применения у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой селективной лазерной трабекулопластики, которая оказалась наиболее эффективной в начальных стадиях заболевания.

Насыщенной и интересной стала секция, посвященная вопросам патологии роговицы и хрусталика. Профессор кафедры офтальмологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Н.М. Сергиенко (г. Киев, Украина) представил результаты количественно изменения биомеханических свойств роговицы в условиях нагрузки повышенного ВГД, что в условиях осуществлять раннюю диагностику кератоконуса. Д.м.н. С.Б. Измайлова (Москва) представила результаты комплексного лечения прогрессирующих

кратказий различного генеза. Профессор В.К. Степанов (Самара) сообщил о хорошем терапевтическом эффекте послыонной кератопластики с биопокрытием трансплантата амниотической оболочкой и роговично-склеральным лоскутом с одновременной блефарорафией у больных с тяжелой деструкцией роговицы на фоне общесоматических заболеваний. О.С. Кузнецова (Волгоград) привела сравнительные данные результатов ЛАЗИК у пациентов, применявших ортокератологические линзы и не применявших их до хирургического лечения. Доктор медицины Р. Корфф из офтальмологической клиники г. Вальдсхут-Тинген (Германия) доложил о технике хирургии катаракты при псевдоэкзофтальмическом синдроме. Результаты изучения влияния аутологичных моноуклеаров крови на регенераторные процессы при индуцированном повреждении эндотелия роговицы в эксперименте представила Е.О. Филиппова (Томск). Фемтолазерному сопровождению хирургии катаракты, позволяющему существенно снизить ультразвуковую нагрузку, уменьшить вероятность разрыва капсулы хрусталика, травматизации радужки и эндотелия роговицы, были посвящены сообщения Н.С. Анисимовой (Москва) и В.Б. Гречанинова (Калуга). В докладе Е.М. Лутковой (Кемерово) было отмечено, что в случаях сочетания катаракты и некомпенсированной глаукомы операция ФЭК является первоочередной, способствуя получению хорошего гипотензивного эффекта. Лучшим на данной сессии был признан доклад Г.А. Федяшева (Владивосток), представившего анализ результатов билатеральной имплантации мультифокальной ИОЛ AcrysofRestor с аддидацией +3,0 диоптрии.

На заседании секции по проблемам лечения заболеваний сетчатки и зрительно-го нерва почетный гость из Германии — заведующий кафедрой офтальмологии Университета Гейдельберга (г. Мангейм), член Национальной академии наук Германии «Леопольдина», почетный профессор офтальмологии университетов в Гуанджоу и Цзинане (Китай), почетный член Французского офтальмологического общества, главный редактор «British Journal of Ophthalmology», профессор Й. Йонас представил современные тенденции в лечении окклюзии вен сетчатки. Еще несколько лет назад на одной из конференций «Восток-Запад» главный врач глазной клиники Г. Дрездана, приват-доцент, доктор Г. Закс (Германия) рассказал о возможности имплантации субретинально чипа слепым пациентам с тяжелой патологией сетчатки. В этом году доктор Г. Закс представил усовершенствованный вариант чипа и результаты динамического наблюдения за пациентами. Данное направление в лечении патологии сетчатки всегда вызывает большой интерес специалистов, и в этот раз доклад вызвал большое количество вопросов у слушателей и был признан лучшим на сессии. Д.м.н. С.Д. Стебнев (Самара) в своем сообщении проследил эволюцию витректоми от 17Г до 27Г и представил результаты трансконъюнктивальной бесшовной витректоми 27Г в лечении пациентов с помутнениями и деструкцией стекловидного тела. Результатам применения технологии 27Г при лечении пациентов с ретмагенной отслойкой сетчатки был посвящен доклад к.м.н. И.М. Горшкова (Москва). В сообщении д.м.н. А.Д. Чупрова (Киров) был представлен анализ частоты возникновения



«Живая хирургия»: модераторы — д.м.н. А.А. Бикбулатова (Уфа) и д.м.н. В.И. Лапочкин (Москва)



Профессор Т.С. Мохаммед Сайи (Индия)



На заседании



Профессор Й. Йонас (Германия)



Профессор В.П. Еричев (Москва)



Д.м.н. О.В. Жукова (Самара)



Профессор В. Панирселвам (Индия)



К.м.н. А.Ф. Юсупов (Узбекистан)



К.м.н. Л.Н. Оразбеков (Казахстан)



Профессор Г. Закс (Германия)



Профессор Е.А. Егоров (Москва)



К.м.н. С.С. Иманбаева (Киргизия)



Профессор Н.М. Сергиенко (Украина)

и результатов лечения отслойки сетчатки у пациентов с артериями. Э.А. Шахмаков (Челябинск) сообщил о преимуществах комбинированного лечения витреомакулярного тракционного синдрома с использованием пролонгированных стероидных препаратов в сочетании с длительным применением нестероидных средств. Результаты хирургического лечения пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией и наличием витреопапилярного тракционного синдрома были представлены в докладе Д.Б. Бабаевой (Москва), сочетанного хирургического лечения пролиферативной диабетической ретинопатии и катаракты с фемтолазерным сопровождением — М.А. Плахотного (Калуга). А.В. Кравченко (Томск) сообщил о клинических проявлениях синдрома «сухого глаза» у пациентов с периферическими дегенерациями сетчатки.

Заседание секции «Детская офтальмопатология» было открыто сообщением доктора Ф. Мухамедьярова от группы авторов из Германии. Докладчик представил основные характеристики комплекса компьютерных игр «AMBLYCATION» для лечения детей с амблиопией, который активно применяется с 2001 года через интернет при поддержке интерактивной платформы «Catepa». Авторы программы представили модернизированный ее вариант, позволяющий ориентировать стимуляционные решетки перпендикулярно к цилиндрическому рефракционному компоненту, что позволяет проводить стимуляцию по заранее определенному меридиану, имеющему наибольшую степень нарушения. Д.м.н. Г.Х. Зайнутдинова (Уфа) представила эффективные результаты лечения детей с рефракционной амблиопией с применением данной методики, подтвержденные повышением остроты зрения и показателями пространственно-контрастной чувствительности уже после 10-дневного курса. О дифференцированном подходе к лечению вертикального косоглазия, обусловленного парезом верхней косой мышцы с гиперфункцией нижней косой, сообщила д.м.н. О.В. Жукова (Самара). Согласно результатам исследования, о котором доложила Е.В. Ядыкина (Челябинск), фактор некроза опухоли-α можно считать одним из предрасполагающих факторов в развитии увеита у детей с ювенильным идиопатическим артритом. Интерес слушателей и дискуссии вызвало сообщение О.С. Кривояз (Москва) о лечении ретинобластомы, которое было отмечено в качестве лучшего доклада на сессии.

Первая часть заседания секции «Актуальные вопросы офтальмологии» была посвящена видеофильмам. Так, профессор Н.М. Сергиенко (Киев) продемонстрировал фильм, посвященный имплантации собственной модели аккомодирующего искусственного хрусталика. И.М. Горшков (Москва) показал эндовитреальное удаление меланомы, а К.Н. Русков (Самара) представил клинический случай удаления травматической катаракты у пациента после проникающего ранения глаза. Видеофильмы вызвали большой интерес и живое обсуждение, авторам было задано множество вопросов, уточняющих отдельные моменты хирургического вмешательства.

Вторая часть заседания была представлена докладами. Профессор В.М. Хокканен (Санкт-Петербург) сообщила о современных подходах к диагностике и лечению передних увеитов туберкулезной этиологии, отметив необходимость длительной комбинированной терапии с использованием иммунокорригирующих препаратов для получения эффективных результатов. В.О. Пономарев (Екатеринбург) представил результаты лечения острых послеоперационных эндофтальмитов. Доктор Р. Корфф (Германия) доложил о возможностях климатотерапии при заболеваниях глаз. Э.Л. Усубов (Уфа) в своем докладе рассмотрел возможные патогенетического подхода в лечении синдрома «сухого глаза», а Р.М. Шафикова (Уфа) представила результаты лечения пациентов с осложненными его формами циклоспорном А. Лучшим на сессии был признан доклад Н.В. Ильиной (Москва), представившей возможность оценки акустических свойств тканей век в норме и при рубцовых деформациях методом эходенситометрии, позволяющим улучшить диагностику и определить тактику операции.

Впервые на конференции была организована интерактивная постерная сессия, где молодые ученые не только представили результаты своих исследований по актуальным проблемам офтальмологии, но и отвечали на многочисленные вопросы. Диплом за лучший доклад был вручен К.Х. Оганисян (Уфа), а приз зрительских симпатий отдал сообщению Т.Б. Шаимова (Челябинск).

Параллельно научным секциям проходили спонсорские симпозиумы, специализированные по отдельным направлениям офтальмологии. Наиболее актуальные проблемы глаукомы обсуждались на спонсорских симпозиумах фирмами — генеральными партнерами конференции Bausch&Lomb и Santen. Профессор Е.А. Егоров рассказал о значении нейропротекции в комплексном подходе к лечению глаукомы. С.А. Марных (Москва) сообщил об особенностях амбулаторного ведения послеоперационных пациентов с катарактой на фоне глаукомы. О результатах применения селективных агонистов альфа-2 адренорецепторов в лечении первичной открытоугольной глаукомы доложила О.И. Оренбуркина (Уфа). Профессор В.П. Еричев (Москва) представил взаимосвязь между

терапией глаукомы и эффективностью ее хирургического лечения, а к.м.н. А.Ю. Брежнев (Курск) описал особенности этиопатогенеза и лечения больных с псевдоэкзофтальмической глаукомой. Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург) рассказал о новых технологиях лечения синдрома «сухого глаза». Симпозиум фирмы Alcon был посвящен вопросам хирургического лечения катаракты у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией (к.м.н. Р.Р. Файзрахманов, Уфа) и диабетическим макулярным отеком (к.м.н. А.Л. Ярмакуметова, Уфа).

Большой интерес офтальмологов вызвала 2-часовой курс на тему «Морфология диска зрительного нерва при глаукоме», прочитанный профессором И. Йонасом. В течение многих лет данная лекция представляется в Американской академии офтальмологии и неизменно привлекает внимание специалистов.

Оба дня работы конференции начинались с «живой хирургии» — прямых трансляций показательных операций из операционных Уф НИИ ГБ. Ведущие хирурги института М.Ш. Абсалымов, Ю.К. Бурханов, А.А. Бикбулатова, а также главный врач Клинической офтальмологической больницы г. Кирова А.Д. Чупров осуществили имплантацию ИОЛ, в том числе с фемтолазерным сопровождением. Э.Л. Усубов (Уфа) продемонстрировал фемтолазер-ассистированную имплантацию роговичного сегмента KeraGing у пациента с кератоконусом. В «живой хирургии» участвовала бригада специалистов в составе доктора медицины Р. Корффа и его ассистента Л. Устенберга (Германия). Рюдигер Корфф отметил: «Политика и наука — абсолютно разные составляющие нашей жизни, они, может, и связаны, но негативно влияют друг на друга никак не должны. Я второй раз в Уфе и, думаю, не последний». Все операции, проведенные в рамках «живой хирургии», можно посмотреть на сайте института.

Уже во второй раз совместно с электронным информационным изданием «Российская офтальмология онлайн» была организована он-лайн трансляция конференции. Большое количество подключений в ходе форума из различных регионов России и ближнего зарубежья свидетельствовало об интересе специалистов к конференции.

Материалы конференции опубликованы в научно-практическом журнале «Точка зрения. Восток-Запад», где опубликовано более 120 научных работ по самым разным направлениям офтальмологии.

В очередной раз в рамках конференции состоялось заседание Ассоциации руководителей региональных офтальмологических клиник России. Главные врачи клиник во главе с президентом Ассоциации А.Д. Чупровым обсудили насущные вопросы.

По традиции на конференции работала обширная выставка медицинской оборудования и препаратов, научной литературы, в том числе и медицинских изделий, разработанных в Уфимском институте.

Восторженные отзывы гостей конференции можно было услышать после концертной программы — выступления прославленного Государственного академического ансамбля народного танца им. Файзы Гаскарова, представившего шоу «Танцы народов мира».

Во второй раз на конференции работали профессиональные художники, делавшие зарисовки в ходе заседаний. Уезжая, гости конференции увозили с собой не только приятные воспоминания, но и свои портреты, выполненные в виде дружеских шаржей.

Насыщенная научная программа конференции «Восток-Запад», представительный состав российских и международных участников, возможность обменяться опытом или просто пообщаться с коллегами из других регионов — все это оставило незабываемые впечатления у гостей Уфы. И в заключение конференции все присутствующие были приглашены на следующий год, ведь в 2016 году Уфимский НИИ глазных болезней будет отмечать знаменательные даты: 130 лет Уфимскому отделению Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых, 115 лет Уфимской глазной лечебнице и 90 лет со дня основания Института глазных болезней.

Материал и фото предоставлены оргкомитетом конференции «Восток-Запад-2015»



Участники конференции

Сверить часы, встретить друзей, заглянуть в будущее

XXI Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи»

25-29 мая 2015 года, Санкт-Петербург

В конце мая Северная столица России вновь принимала международный офтальмологический конгресс «Белые ночи». В нём приняли участие более двух тысяч учёных-медиков, практикующих врачей, организаторов здравоохранения, представителей медицинских образовательных учреждений из большинства регионов РФ, а также 19 зарубежных государств. В качестве организаторов форума выступили Министерство здравоохранения РФ, Комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

и общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов».

Во время пяти дней работы конгресса участники пленарных заседаний и спутниковых симпозиумов обсудили новейшие достижения в области диагностики и лечения глаукомы, хирургического лечения катаракты, нейроофтальмологии, лечения воспалительных и дистрофических заболеваний роговицы и конъюнктивы. В программе форума также рассматривались вопросы медикаментозного и хирургического лечения сосудистых заболеваний сетчатки и хориоидеи, лечения патологии орбиты, рефракции, очковой и контактной

коррекции, рефракционной хирургии и ряд других актуальных тем, представляющих интерес для врачей-офтальмологов.

Параллельно с конгрессом была организована выставка, в которой участвовали ведущие отечественные и мировые производители фармацевтических препаратов и медицинского оборудования. Корреспондент газеты «Поле зрения» пообщался в кулуарах конференции с участниками научного форума. Наши коллеги не только поделились своими впечатлениями о прошедшем мероприятии, но и рассказали о своей работе, об организации медицинской помощи в различных регионах России.



Абдул-Гамид Давудович Алиев, д.м.н., профессор, главный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Дагестан, директор Дагестанского Центра микрохирургии глаза, заведующий кафедрой глазных болезней Дагестанской государственной медицинской академии:

Вслед за «Белыми ночами» должны засиять «Кавказские зори»

— **Абдул-Гамид Давудович, в течение многих лет Вы принимаете участие в конгрессе «Белые ночи». С какими впечатлениями Вы в этот раз возвращаетесь в Махачкалу?**

— Каждый раз, побывав на конгрессе «Белые ночи», я получаю новый заряд энергии и оптимизма. «Белые ночи» — это возможность «сверить часы» с коллегами, встретить старых друзей, заглянуть в будущее отечественной и мировой офтальмологии. Мне бы хотелось сердечно поблагодарить всех организаторов и докладчиков форума. В первую очередь, сердечной благодарностью заслуживают Юрий Сергеевич Астахов и Владимир Владимирович Неров.

Д.м.н., профессор Ю.С. Астахов является инициатором и вдохновителем «Белых ночей». Это его детище. Думаю, что не ошибусь, если скажу, что значительное число участников форума приехали в Санкт-Петербург для того, чтобы пообщаться с Юрием Сергеевичем, послушать его доклады, посоветоваться с ним по вопросам организации офтальмологической помощи.

Среди главных офтальмологов российских регионов профессора

Астахова можно считать старейшиной. Он занимает этот пост с 1985 года и внёс огромный вклад в создание действенной системы помощи глазным пациентам. Конгресс «Белые ночи» предоставляет возможность познакомиться с опытом Юрия Сергеевича и его петербургских коллег.

Этот форум был бы невозможен без активного участия д.м.н., профессора В.В. Нероева. В качестве главного офтальмолога Министерства здравоохранения Российской Федерации Владимир Иванович уделяет пристальное внимание организации целого ряда международных, общероссийских и региональных научных конференций. Можно быть уверенным в том, что благодаря профессору В.В. Нероеву голос офтальмологической общности — в том числе идеи и предложения, прозвучавшие на нынешнем форуме — будет услышан и в Министерстве здравоохранения, и в Правительстве России.

— **Какие доклады Вас наиболее заинтересовали?**

— Мне бы не хотелось выделять кого-то из докладчиков, так как все доклады, прозвучавшие на конференции, были на высоком

уровне... Особенно запомнились выступления д.м.н., профессора В.В. Нероева «Актуальные вопросы организации офтальмологической помощи в РФ», С.Ю. Астахова (сына Ю.С. Астахова) «ВИД и интраокулярные вмешательства», В.Н. Трубилина «Тактика лечения больных с катарактой в сочетании с ВМД» и Л.К. Мошетовой «Аттестация специалистов в системе непрерывного профессионального образования».

— **Что из услышанного в Санкт-Петербурге Вы сможете использовать в своей работе?**

— Любая командировка даёт возможность изучить опыт других регионов. Для меня этот вопрос является особенно актуальным, так как в недавнем времени я являюсь не только главным офтальмологом Министерства здравоохранения Республики Дагестан, но и главным офтальмологом Северо-Кавказского федерального округа.

На конгрессе «Белые ночи» меня заинтересовала, в том числе, и сама организация такого масштабного форума. Мне бы хотелось, чтобы в Махачкале также проходила ежегодная международная офтальмологическая конференция.

— **У Вас уже есть конкретные планы?**

— Думаю, что в 2017 году, когда будет отмечаться пятидесятилетие Дагестанского Центра микрохирургии глаза, мы сможем провести подобный форум. Времени много, но подготовка должна начаться прямо сейчас. Название ещё официально не утверждено, но мне бы хотелось, чтобы он назывался «Кавказские зори». Пусть вслед за «Белыми ночами» засияют «Кавказские зори»! Мне представляется особенно важным собрать в Махачкале врачей-офтальмологов из всех прикаспийских государств: России, Казахстана, Азербайджана, Туркменистана и Ирана. Дагестан — прикаспийский регион. Поэтому нам нужно участвовать в развитии прикаспийского сотрудничества.

«Белые ночи» являются и научными, и образовательным форумом. Здесь можно встретить молодых врачей, клинических ординаторов, аспирантов, которые могут повысить свою квалификацию. Одновременно в Санкт-Петербурге собираются авторитетные российские и зарубежные учёные, докладывающие о результатах своих исследований. Такой представительный форум, место встречи коллег разных

поколений, мне бы хотелось организовать и в Махачкале.

— **На конгрессе «Белые ночи» всегда обсуждаются не только научные, но и организационные вопросы, влияющие на оказание медицинской помощи. О чём шла речь в этот раз?**

— В рамках конференции «Белые ночи» проходит совместное заседание профильных комиссий по офтальмологии и детской офтальмологии. Кроме того, вопросы организации медицинской помощи затрагивались во многих докладах, об этом шла речь и в кулуарах... Самые главные вопросы — это техническое перевооружение лечебных учреждений, а также импортозамещение. Очевидно, что отечественному медицинскому оборудованию должно отдаваться предпочтение, но только в том случае, если оно не хуже импортного.

Вопросы аттестации медицинских специалистов, организации медицинского образования также вызывают большой интерес. И, конечно же, организаторы здравоохранения говорили о сотрудничестве между различными регионами и федеральными округами, об обмене опытом.



Фатима Тлюстенбиевна Хутова, к.м.н., главный офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Адыгея, заведующая офтальмологическим отделением Адыгейской Республиканской клинической больницы, доцент кафедры терапевтических дисциплин Медицинского института Майкопского государственного технологического университета:

Первый регион хочет быть первым во всём

— **Фатима Тлюстенбиевна, конгресс «Белые ночи» даёт возможность журналистам «Поля зрения» пообщаться с коллегами-офтальмологами из различных регионов нашей страны. В первый раз за время существования газеты мы начинаем беседу с руководителем офтальмологической службы Республики Адыгея...**

— Я являюсь давним читателем газеты, поэтому очень приятно, что моё выступление появится на её страницах. Наверное, далеко не все читатели «Поля зрения» были в Республике Адыгея. Поэтому хотелось бы немного рассказать о нашем регионе. Адыгея знаменита не только адыгейским сыром и природными красотами. Жители Адыгеи всех национальностей называют свою малую родину «первым регионом». И этот край хочет быть первым во всём!

На автомобильных номерах регион «01» — это Адыгея. Поэтому эти номера многие автолюбители считают самыми красивыми и примечательными. Во всех справочниках рассказ о субъектах РФ начинается именно с Адыгеи. Понятие «первый регион» — это часть нашей идентичности.

— **В сфере офтальмологии Адыгея тоже хочет быть первой?**

— Во всяком случае, нам бы хотелось, как минимум, не отставать от регионов-лидеров. Но пока мы только в начале пути. Ещё многое предстоит сделать.

— **Расскажите, пожалуйста, об офтальмологическом отделении Адыгейской Республиканской клинической больницы, которое Вы возглавляете.**

— В отделении работают 47 сотрудников, из них десять врачей. Имеется 50 коек. В год мы проводим около двух тысяч операций, из них около 900 — по поводу катаракты, около 300 — при глаукоме. Также проводятся операции

по косоглазию. При прогрессирующей близорукости осуществляются склерокрепляющие операции с применением препарата Аллоплант.

В последнее время стали осуществляться инъекции люцентиса, ангибитора ангиогенеза. Интравитреальное введение люцентиса производится в основном при диабетическом макулярном отёке и влажных формах ВМД. Мне приятно, что мы в достаточной мере обеспечены этим дорогостоящим препаратом.

Надо признать, что в Адыгее ещё не способны оказать все виды высокотехнологичной медицинской помощи. Например, наше отделение не занимается витреоретинальной хирургией. Мы не делаем многих операций в сфере рефракционной хирургии. Думаю, что наши офтальмохирурги могли бы освоить самые сложные виды операций, но необходимо дорогостоящее оборудование.

— **Наверное, в каждом регионе нет необходимости оказывать все виды офтальмологической помощи, производить все возможные хирургические вмешательства...**

— Я тоже не вижу ничего плохого в том, что в ряде случаев пациентов из Адыгеи направляют в соседний Краснодарский край. Это нормальная практика! Подавляющее большинство офтальмологических патологий мы можем лечить на месте, а если такой возможности нет, то обращаемся за помощью к соседям.

Но хотелось бы, чтобы наши врачи осваивали новые технологии. Поэтому заняться витреоретинальной хирургией тоже было бы интересно, если республиканское Министерство здравоохранения примет решение о закупке соответствующего оборудования.

— **Что изменилось в Вашей работе за последние годы?**

— Ещё несколько лет назад в Адыгее не занимались факэмульсификацией катаракты. Производилась только экстракапсулярная экстракция катаракты. Для факэмульсификации наши пациенты отправлялись в Краснодарский край. Но сейчас пациенты с катарактой уже перестали быть «медицинскими туристами». Соответствующие операции проводятся в Майкопе на достойном уровне.

В нашей больнице есть лазерный кабинет. Мы уделяем большое внимание лазерному лечению офтальмологических пациентов, которым требуется подобная помощь.

— **Какое оборудование появилось в отделении за последнее время?**

— Было закуплено оборудование для ультразвуковых исследований, рефрактометры, пневмотонометры... В 2015 году у нас появились оптический когерентный томограф, оборудование для осуществления факэмульсификации катаракты.

— **Наша беседа получается весьма оптимистичной... Хотелось бы поговорить о нерешённых проблемах.**

— Самая главная проблема — это сокращение коечного фонда, произошедшее в прошлом году. Раньше у нас было 60 коек, теперь только — 50. По моим подсчётам, офтальмологическому отделению требуются не меньше ста коек, чтобы удовлетворить потребности населения.

— **Коечный фонд в офтальмологических клиниках сокращается по всей стране. В этом плане Адыгея не является исключением.**

— В принципе я не имею ничего против оптимизации системы здравоохранения и стационароразмещающих технологий. Но нельзя все клиники и все регионы России, как говорится, «грести под одну

бревёнку». Например, в Республике Адыгея есть только два города — Майкоп и Адыгейск — и несколько посёлков. Более половины населения проживает в сельских районах, в том числе в труднодоступной горной местности. Доля сельского населения в нашем регионе — одна из самых высоких в России.

Транспортную доступность многих населённых пунктов нельзя признать удовлетворительной. На общественном транспорте доехать из дальнего села до Майкопа бывает очень непросто. Личным транспортом обеспечены далеко не все жители. Приходится брать такси.

В этой ситуации мы просто не можем отказать больному в госпитализации, если он приехал из отдалённого села и имеет серьёзные проблемы со здоровьем. То есть госпитализация проходит не только по медицинским, но и по социальным основаниям.

Мы вынуждены госпитализировать пациентов не только для проведения операций, но и для консервативного лечения при тяжёлых офтальмологических патологиях.

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

— Например, мы госпитализируем при увеитах, тромбозах центральной вены сетчатки, дистрофических заболеваниях сетчатки... Я убеждена в том, что при планировании коечного фонда организаторам российского здравоохранения необходимо учитывать региональные особенности.

— **Пользуется ли в Адыгее профессией врача-офтальмолога? Работают ли в отделении молодые специалисты?**

— Да, у нас есть смена. Профессия врача, в том числе врача-офтальмолога, пользуется престижем. Офтальмологическое отделение Адыгейской Республиканской клинической больницы является моим первым и единственным местом работы. Я работаю здесь

с 1989 года. С 2001 года являюсь заведующей отделением.

Моя задача состоит в том, чтобы подготовить достойную смену, чтобы у молодых врачей сохранялся интерес к профессии, чтобы сотрудничать с радостью приходили на работу. Мне очень приятно, что сейчас у молодых медиков есть возможность профессионального совершенствования. Например, на этот конгресс я приехала не одна: вместе со мной находится молодая сотрудница — специалист по лазерному лечению, которая получила направление на курсы повышения квалификации.

— **Какие доклады, прозвучавшие на конгрессе, Вас особенно заинтересовали?**

— Было очень интересно познакомиться с докладами д.м.н., профессора А.Ф. Бровкиной, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, А.В. Золотарёва, И.Э. Иошина и многих других маститых, авторитетных учёных-офтальмологов. Мне были очень близки и понятны предложения Владимира Владимировича Нероева, прозвучавшие в его докладе «Актуальные вопросы организации офтальмологической помощи в РФ», о расширении перечня офтальмологических лекарств, входящих в число «жизненно важных препаратов», об увеличении нормативов выдачи данных препаратов.

Доклад профессора В.В. Нероева был направлен на качественное улучшение медицинского обслуживания социально незащищённых категорий населения: инвалидов, маломощных пенсионеров и т.д. Это важная задача, которой Владимир Владимирович как главный офтальмолог Минздрава РФ уделяет большое внимание.

На конгрессе подробно анализировались дженерики, появившиеся в последние годы. В частности, речь шла о препаратах, применяемых при лечении глаукомы. Эта тема также меня заинтересовала.

Татьяна Мусабаевна Тоялинова, врач-офтальмолог офтальмологического отделения Ленинградской областной клинической больницы:

«Белые ночи» — это новые знания и навыки



— **Татьяна Мусабаевна, что нового Вы узнали во время работы конгресса «Белые ночи»?**

— Каждый конгресс приносит новые знания и навыки. Например, меня заинтересовал доклад офтальмолога из Парижа Michel Puech «Использование

ОКТ-ангиографии». В нашем отделении также имеется оптический когерентный томограф, но для ангиографии он пока не используется. В этом плане доклад французского гостя представляет практический интерес. В настоящее время у нас проводится флуоресцентная ангиография. Мне бы хотелось

понять, какие возможности даёт ОКТ-ангиография по сравнению с флуоресцентной ангиографией.

С интересным докладом «Диабетические поражения сетчатки. Что мешает победить слепоту?» выступил к.м.н. Ф.Е. Шадринцев. Наше отделение активно работает с пациентами, страдающими от

офтальмологических осложнений диабета. Опыт Фёдора Евгеньевича, заведующего офтальмологическим отделением Санкт-Петербургского территориального диабетологического центра, является весьма поучительным.

Не могу также не упомянуть доклад д.м.н., профессора Ю.В. Тахтаева

«Хирургическая тактика при слабости связочного аппарата хрусталика». Тема выступления очень актуальная. Как известно, при слабости связочного аппарата хрусталика может произойти вывих хрусталика в стекловидное тело. Юрий Викторович рассказал о том, как этого избежать.



Сергей Матвеевич Свердлин, к.м.н., доцент кафедры офтальмологии Волгоградского государственного медицинского университета:

Редкие патологии — моя любимая тема

— Сергей Матвеевич, не могли бы Вы представить свой доклад на конгрессе «Белые ночи»?

— В качестве докладчика я участвую в конгрессе «Белые ночи» с 2001 года. И уже несколько раз моё выступление оказывалось последним, прямо перед закрытием форума. Это очень приятно для меня, ведь первый и последний докладчики запоминаются слушателям больше всего. На этот раз пришлось перенести доклад и выступить днем раньше в связи с необходимостью отъезда в Волгоград. Название моего доклада было очень коротким «Синдром «вьюнка».

— А что это за болезнь?

— Я являюсь специалистом по нейроофтальмологии, патологии сетчатки и зрительного нерва. Занимаюсь синдромной патологией. Одна из моих любимых тем — редкие заболевания сетчатки

и зрительного нерва. Опыт показывает, что доклады по нечасто встречающимся заболеваниям вызывают интерес у слушателей, так как с подобными заболеваниями многие коллеги, в первую очередь начинающие офтальмологи, в своей личной практике ещё не сталкивались.

Синдром «вьюнка» — редкое врождённое заболевание зрительного нерва, а точнее заднего отрезка глаза. При осмотре диска зрительного нерва офтальмоскопическая картина напоминает «цветок вьюнка». В зарубежной литературе оно обозначается как синдром «Morning Glory» (Утренней Глаз).

Заболевание представляет собой эктазию заднего полюса глаза с протрузией диска зрительного нерва в глубину экскавации. Характерным является появление сосудов по периферии диска зрительного нерва. В центре его всегда наблюдается фиброглиальная ткань. По-видимому, это так называемое заднее гиперпластическое

персистирующее первичное стекловидное тело.

Для синдрома «вьюнка» характерна низкая острота зрения с первых месяцев жизни ребёнка. Родители отмечают появление косоглазия. К счастью, синдром «вьюнка», как правило, поражает только один глаз.

— Не секрет, что при редких мальформациях порой возникают трудности с диагностикой. Могут быть врачебные ошибки...

— Это действительно так! Поэтому я и люблю выступать на научных конгрессах с докладами о нечасто встречающихся anomalies зрительного нерва. Ранняя диагностика синдрома «вьюнка» способствует успеху лечебных мероприятий для повышения остроты зрения и уменьшения степени амблиопии.

Что касается врачебных ошибок... Данную anomaly экскавации зрительного нерва необходимо дифференцировать

с колобомой и врождённой перипапиллярной стафиломой.

— Почему Вы решили в этот раз поговорить именно о синдроме «вьюнка»?

— Дело в том, что не только сама патология является редкой, но и мой личный опыт лечения таких больных можно назвать редким. В Волгоградском государственном медицинском университете я работаю с 1970 года. За 45 лет у меня было 15 больных с синдромом «вьюнка». Это весьма значительная цифра для данного заболевания. Поэтому хотелось поделиться опытом с коллегами.

— С какими впечатлениями Вы возвращаетесь в Волгоград?

— Возвращаюсь со светлыми чувствами, с чувством большой благодарности ко всем организаторам форума, в первую очередь, к Юрию Сергеевичу Астахову и сотрудникам кафедры офтальмологии

Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова.

— Какие доклады Вам запомнились больше всего?

— Мне бы хотелось отметить выступление академика РАН, д.м.н., профессора А.Ф. Бровкиной «Показания к декомпрессии орбиты у больных различными клиническими формами эндокринной офтальмопатии», а также д.м.н., профессора С.В. Саакян «Хирургические подходы при различных опухолях орбиты» и д.м.н., профессора И.Е. Пановой «Реконструктивно-восстановительная хирургия при злокачественных опухолях век».

Алевтина Фёдоровна Бровкина является создателем и лидером российской школы офтальмоонкологии. Ирина Евгеньевна Панова и Светлана Владимировна Саакян достойно продолжают её дело. Это были блистательные выступления!



Екатерина Сергеевна Кузнецова, врач-офтальмолог Санкт-Петербургского городского консультативно-диагностического центра № 7 (глазного):

Глаукоматологам есть чему поучиться!

— Екатерина Сергеевна, чем Вас заинтересовал конгресс «Белые ночи»?

— Мне бы хотелось с радостью и гордостью отметить, что сотрудники моей родной организации проявили себя на конгрессе «Белые ночи» в качестве докладчиков. Заместитель главного врача по лечебной работе Санкт-Петербургского городского консультативно-диагностического центра № 7, к.м.н. Наталья Владимировна Морозова выступила на сателлитном симпозиуме «Глаукома. Две стороны одной медали» с докладом «Стандарты лечения глаукомы. Разбор клинических случаев». На этом же симпозиуме с докладом «Возможности для достижения давления цели» выступил мой непосредственный начальник, заведующий глаукомным отделением Денис Павлович Новиков.

Н.В. Морозова также приняла участие в симпозиуме «Регенерация сетчатки возможна?» и выступила с докладом «Нейропротекторное лечение пациентов с глаукомой».

Вообще на этом конгрессе было уделено большое внимание лечению глаукомы. Глаукоматологам есть чему поучиться! Меня очень заинтересовал сателлитный симпозиум «Вопросы комплаентности и безопасности противоглаукомной терапии». Д.м.н., профессор В.П. Еричев выступил с интереснейшим докладом «Проблемы безопасности лекарственных средств и приверженности пациентов назначенному лечению в разрезе последних тенденций в медикаментозном лечении глаукомы».

На конгрессе активно обсуждались социальные и финансовые вопросы лечения глаукомы,

ситуация с инвалидизацией вследствие этого заболевания, организация диспансеризации и многие другие темы.

— Вы ещё не задумывались над тем, чтобы стать докладчиком на одном из следующих форумов?

— Я этого не исключаю. Наша организация является головной для районных поликлиник Санкт-Петербурга. К нам направляют много «тяжёлых» пациентов, в том числе людей с редко встречающейся патологией. Например, недавно я приступила к лечению женщины с синдромом Когана-Ризе, это редкая форма глаукомы. В консультативно-диагностическом центре работают творческий коллектив, сочетающий лечебную и научную работу.

— Как давно Вы работаете в консультативно-диагностическом центре?

— В 2010 году я по семейным обстоятельствам переехала из Вологды в Санкт-Петербург и сразу же устроилась на работу. Но у меня в трудовой биографии был большой перерыв. Два с половиной года я была в декретном отпуске. Вышла на работу только полгода назад. Сейчас нашему сыну Гришеньке уже три года.

— После завершения декретного отпуска Вам было не трудно снова войти в рабочий процесс?

— В рабочий ритм я вошла буквально за несколько дней. Муж стал больше помогать в домашних делах. И сама я стараюсь быть более дисциплинированной и организованной, чтобы успевать и с работой

справляться, и домашнее хозяйство не запустеть, и ребёнку внимание уделять.

— Что изменилось в родной организации за два с половиной года Вашего отсутствия?

— В лечении глаукомы стало использоваться больше дженериков, которые хорошо себя зарекомендовали. Ещё у нас появилось несколько аппаратов «Iscate». Эти приборы под расписку выдаются пациентам на дом. Они предназначены для измерения внутриглазного давления в домашних условиях.

Такие измерения могут производиться несколько раз в день. А результаты измерений анализирует врач во время визитов пациента. Таким образом, врач может получить более точную информацию о показателях внутриглазного давления в течение дня.



— Ольга Васильевна, что даёт участие в конгрессе «Белые ночи» врачам-офтальмологам, работающим в городских и районных поликлиниках?

— Повышение квалификации, повышение своего образовательного уровня — важная задача для медицинского персонала городских и районных поликлиник. Конгресс «Белые ночи» помогает решить эту задачу. Но многое зависит от самих врачей. Стремится ли они повышать свою квалификацию? По действующему законодательству курсы повышения квалификации необходимо проходить один раз в пять лет. Мне दुшеается, что этого недостаточно!

— В программе нынешнего конгресса «Белые ночи» детская офтальмология занимает важное место. Наверное, Ваши коллеги не могут пожаловаться на недостаток внимания...

— По детской офтальмологии на этом форуме было прочитано немало интересных докладов. Можно упомянуть выступление д.м.н., профессора, главного детского офтальмолога Минздрава РФ Л.А. Катаргиной «Современные подходы к диагностике и лечению врождённой глаукомы», д.м.н., профессора В.В. Бржеского «Совершенствование методов лечения слезотечения у детей», д.м.н., профессора Е.П. Тарутты «Новое в диагностике и лечении врождённой миопии», д.м.н. Э.И. Сайдашевой «Заблеваемость и результаты лазерного лечения ретинопатии недоношенных у детей со сроком гестации менее 27 недель в Санкт-Петербурге», д.м.н. А.В. Терещенко «Современные подходы к лазерному и микрохирургическому лечению ретинопатии недоношенных

Сотрудники районных и городских поликлиник имеют смысл ежегодно принимать участие в научных конференциях, общаться со своими коллегами, занимающимися наукой.

— Как давно Вы работаете в городской поликлинике № 13? Устраивает ли Вас эта работа?

— Я работаю в поликлинике с 2010 года. Пришла сюда после окончания клинической ординатуры. Работа меня устраивает. Был большой перерыв в профессиональной деятельности — два с половиной года я находилась в отпуске по уходу за ребёнком. Сейчас моей дочке Машеньке три годика.



Я вновь приступила к работе только полгода назад.

— Какие доклады Вас особенно заинтересовали?

— Замечательный доклад сделал д.м.н., заместитель главного врача по офтальмологии Санкт-Петербургской городской многопрофильной больницы № 2 Вадим Петрович Николаенко «Факторы, влияющие на успех гипотензивных операций». Я как врач районной поликлиники направляю людей на подобные операции, рассказываю пациентам об их последствиях. Поэтому доклад В.П. Николаенко был прочитан будто бы специально для меня!

Юлия Владимировна Матросова, заведующая детским отделением Тамбовского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им акад. С.Н. Федорова:

Современные гаджеты калечат детские глаза

— Наверное, главная тема обсуждений — это современные гаджеты, которые калечат глаза детей. Тема гаджетов — компьютерных дисплеев, смартфонов, планшетов, электронных книг и т.д. — сохраняет актуальность и для взрослых пациентов. На их глаза технические «игрушки» тоже могут оказывать негативное влияние. Но именно дети находятся в «группе риска».

— Как темы, какие вопросы, на Ваш взгляд, вызывают в настоящее время интерес у детских офтальмологов?

— Что Вы скажете об оснащении Вашей поликлиники?

— У петербургских врачей-офтальмологов нет оснований жаловаться на плохую оснащённость. У нас в поликлинике есть и современные щелевые лампы, и компьютерный периметр, и прибор для кератопахиметрии. И другие городские поликлиники Северной столицы имеют, по моей информации, достойное оснащение.

В случае необходимости у нас есть возможность направить пациентов для дополнительного обследования в стационары, в городской консультативно-диагностический центр № 7 (глазной). Правда, в стационарах и в консуль-

тативно-диагностическом центре не всё идёт гладко: людям приходится слишком долго ждать проведения необходимых исследований. В частности, это относится к проведению томограммы сетчатки. Промедление с проведением исследований не только огорчает и вызывает беспокойство у пациентов, но и затрудняет, замедляет работу врачей районного звена.

К сожалению, в Санкт-Петербурге ещё не решена проблема очередей на операцию по фактоэмульсификации катаракты. Люди вынуждены ждать по два-три года, если они хотят, чтобы операция была проведена в рамках ОМС.

К моему огромному сожалению, с каждым годом ситуация становится всё более тревожной. И Тамбов не является исключением. Это общероссийская и общемировая проблема. Постоянно растёт число детей с аккомодационными нарушениями, с болезнями глазодвигательного аппарата... Недавно у меня появился новый маленький пациент. Ему всего один год и два месяца. Но родители уже успели сделать малыша «активным пользователем компьютера»... Буквально с первых месяцев жизни младенцев сажают и даже кладут перед мерцающим экраном. В этой ситуации детские офтальмологи вынуждены вести с родителями нелицеприятные беседы, напоминать им об ответственности за здоровье их детей.

Владимир Вячеславович Харинцев, аспирант кафедры офтальмологии Читинской государственной медицинской академии:

Регенерация сетчатки — реальность наших дней

В настоящее время я работаю над кандидатской диссертацией «Влияние цитокинов на течение эндокринной офтальмопатии». Считаю эту тему интересной и актуальной как для развития науки, так и для практического здравоохранения. Цитокины — это белковые соединения, которые находятся и в крови, и в слезной жидкости. Определяя уровень содержания цитокинов в крови, можно судить о тяжести целого ряда заболеваний, а значит, более точно определять их терапию.

На конференции не было докладов, прямо связанных с темой моей диссертации. Но многие выступления меня не только заинтересовали, но и вдохновили. Например, в рамках конгресса проходил сателлитный симпозиум «Регенерация сетчатки возможна?»

— Почему эта тема так Вас заинтересовала?

— Само название семинара «Регенерация сетчатки возможна?» внушает оптимизм. Хотя в названии

имеется вопросительный знак, но постановка вопроса не может не радовать. Ведь попытки регенерации сетчатки — это важнейший шаг в борьбе со слепотой и слабозрением.

В настоящий момент учёные-медики ещё не могут регенерировать мёртвые клетки сетчатки. Но повреждённые клетки уже научились успешно восстанавливать. И в этом плане регенерация сетчатки — это реальность наших дней. К.м.н. Д.В. Фокина, ассистент

кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии выступила с интересным докладом «Опыт применения офтальмонейропротекции у пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки». Диана Владимировна убедительно показала, что нейропротекция способствует восстановлению повреждённых клеток сетчатки. Об этом же шла речь в докладе к.м.н. Н.В. Морозовой «Нейропротекторное лечение пациентов с глаукомой».

— Римма Александровна, как глаукоматолога Вас, наверное, заинтересовали доклады, связанные с этой областью офтальмологии?

— 26 лет я уже на посту. С 1989 года работаю в глаукомном кабинете Астраханской областной клинической больницы. Мне интересны все новшества в лечении глаукомы. На конференции было много докладов по этой теме. Речь шла и о новых фармацевтических препаратах, и о лазерном, и о хирургическом лечении. Особый интерес у меня вызвала информация о препаратах без консервантов или со «щадящими» консервантами.

— Вы находитесь в командировке в Санкт-Петербурге?

— К сожалению, врачам-офтальмологам бывает сложно получить командировку для поездки на научные симпозиумы. Участие в работе конгресса «Белые ночи» — бесплатное. Я приехала в дни отпуска, за свой счёт. Конгресс проходит в гостинице «Санкт-Петербург». Это хороший, комфортабельный, но далеко не самый дорогой отель Санкт-Петербурга. Здесь могут позволить себе поселиться люди среднего достатка, приезжающие из регионов России.

— Ирина Евгеньевна, Ваше участие в работе конгресса «Белые ночи» даст возможность читателям газеты поближе познакомиться с работой офтальмологов в районных центрах. Как обстоят дела в Кольчугино?

— Перед тем как говорить о Кольчугино, мне бы хотелось обратить внимание на прозвучавший на конгрессе доклад главного офтальмолога Минздрава РФ, д.м.н., профессора В.В. Нероева «Актуальные вопросы организации офтальмологической помощи в РФ». В этом докладе были такие строки: «Мы провели исследование по оснащённости необходимой техникой медицинских учреждений 1-го и 2-го уровней в 73 регионах страны. К сожалению, данные, которые мы получили, неутешительны: в среднем лишь 69% учреждений оснащены рабочими местами офтальмолога. Многим не хватает самого простого оборудования. Причем в одних регионах оснащение полное, а в других — вообще ничего нет. К тому же при общем курсе на импортозамещение в среднем по России закупки отечественных приборов сокращаются: с 28% в 2013 году до 21% в прошлом. Хотя российское оборудование значительно дешевле импортного».

— Кольчугинская Центральная районная больница обладает офтальмологическим оборудованием?

— В нашей больнице нет полноценного офтальмологического отделения. У нас работает офтальмохирург в травматологическом отделении больницы. Я и ещё одна коллега ведём приём в поликлиническом отделении. У нас имеются оборудованные кабинеты для оказания офтальмологической помощи. Но всё-таки современного оборудования не хватает. Например, у нас нет оптического когерентного томографа...

— Такое дорогостоящее оборудование действительно необходимо в Кольчугино? Может быть, более рационально предложить пациентам для оказания высокотехнологичной медицинской помощи направиться во Владимир или другой близлежащий крупный город?

— Кольчугино — не такой маленький город. В нём живут более 44 000 человек. А всего в Кольчугинском районе проживают около 56 000 человек. Мы и сейчас



Римма Александровна Хрампцева, врач-офтальмолог глаукомного кабинета Астраханской областной клинической больницы:

26 лет я уже на посту

газеты «Поле зрения», прочитавшие это интервью.

— Римма Александровна, как изменилась Ваша работа за эти 26 лет?

— Техническое перевооружение значительно. Появились оптические когерентные томографы, номерные. Многие выходят гулять на набережную. Поэтому конгресс в полной мере оправдывает своё название.

В этом году в работе форума приняли участие более двух тысяч врачей-офтальмологов. Выяснилось, что в 2016 году их станет больше, так как прибывают читатели

К сожалению, при выявлении глаукомы за редким

исключением невозможно добиться улучшения зрительных функций...

— Мы не можем улучшить зрение, но можем попытаться сохранить имеющиеся зрительные функции на долгие-долгие годы, до глубокой старости. Работа в глаукомном кабинете связана с регулярным, постоянным общением с пациентами. Если я вижу, что у человека процесс болезни стабилизировался, зрительные функции не ухудшаются, то на сердце становится радостно...

Некоторые считают профессию врача вредной для собственного здоровья. Но я с этим не согласна!

Я люблю свою работу. Помогая другим людям сохранить и укрепить здоровье, я сама чувствую себе крепче и здоровее, ощущаю свою нужность пациентам.

— Что ещё можно сказать об особенностях работы? Глаукома молодое и среднее возраста становится всё больше...

— В следующем году собираетесь приехать на «Белые ночи»?

— Постараюсь. Участие в научных форумах даёт возможность практикующим врачам не только получить новые знания, но и отвлечься от ежедневной рутины, набраться новых впечатлений.

Ирина Евгеньевна Куликова, врач-офтальмолог Кольчугинской Центральной районной больницы (г. Кольчугино Владимирской области):

Районное здравоохранение нуждается в помощи

— Несмотря на имеющиеся трудности, Вам удаётся выполнять поставленные задачи?

— В больнице сложились прекрасные коллективы, которым руководит опытный организатор здравоохранения, настоящий энтузиаст своего дела И.В. Матвеева. Ирина Владимировна как директор больницы делает всё от неё зависящее, чтобы Кольчугинская ЦРБ работала максимально эффективно.

В любом случае мы стараемся, чтобы внутренние проблемы медиков не касались пациентов. Если мы в своём учреждении не можем провести необходимые исследования или операции, то своевременно направляем пациентов в другие районы, в более крупные города. Самое главное, что у нас в больнице царит доброжелательная атмосфера. Поэтому кольчугинцы, которые при появлении каких-то тревожных симптомов не затягивают с походом к врачу, а также регулярно проходят диспансеризацию, могут быть уверены, что все возможные заболевания, в том числе и офтальмологические, будут выявлены на ранних стадиях.

— На пациентах с диабетом в России пытаются экономить?

— В разных регионах ситуация очень отличается. Кое-где ингибиторами ангиогенеза обеспечены все нуждающиеся, а где-то пациентам приходится оплачивать эти дорогостоящие инъекции за свой счёт.

— С какими чувствами Вы возвращаетесь домой?

— С желанием чаще приезжать в Санкт-Петербург, в Москву, чаще принимать участие в различных научных конгрессах. Но у меня не возникло желание остаться жить в мегаполисе. Мне кажется, что Кольчугино — идеальное место для жизни. Это маленький, спокойный, зелёный городок, находящийся поблизости от крупных культурных, научных и медицинских центров.

Всего 40 километров отделяет наш город от Александрова, во времена Ивана Грозного выполнявшего функции столицы России, в 74 километрах находится Владимир, 131 километр разделяет наш город с Москвой. Мы живём в провинции, но далеко не в захолустье!

недоступности терапии пациентов с диабетическим макулярным отёком». Этот доклад был прочитан в рамках сателлитного симпозиума «Заблуждения и ошибки в лечении пациентов с патологией сетчатки».

Выступление Андрея Владимировича показало мне не только интересным, но и по-настоящему смелым, боевым. Он с конкретными фактами и аргументами вступил в спор с чиновниками, которые считают современную терапию пациентов с диабетическим макулярным отёком «экономически недоступной, излишне затратной». То есть профессор А.В. Золотарёв борется с попытками сэкономить на пациентах.

— На пациентах с диабетом в России пытаются экономить?

— В разных регионах ситуация очень отличается. Кое-где ингибиторами ангиогенеза обеспечены все нуждающиеся, а где-то пациентам приходится оплачивать эти дорогостоящие инъекции за свой счёт.

— С какими чувствами Вы возвращаетесь домой?

— С желанием чаще приезжать в Санкт-Петербург, в Москву, чаще принимать участие в различных научных конгрессах. Но у меня не возникло желание остаться жить в мегаполисе. Мне кажется, что Кольчугино — идеальное место для жизни. Это маленький, спокойный, зелёный городок, находящийся поблизости от крупных культурных, научных и медицинских центров.

Всего 40 километров отделяет наш город от Александрова, во времена Ивана Грозного выполнявшего функции столицы России, в 74 километрах находится Владимир, 131 километр разделяет наш город с Москвой. Мы живём в провинции, но далеко не в захолустье!

Одним из важных шагов в развитии компании стало открытие специализированных офтальмологических

Важно любить то, чем занимаешься

Интервью с заведующим кафедрой офтальмологии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета, генеральным директором ЗАО «Оптимедсервис», доктором медицинских наук, профессором **Азнабаевым Булатом Маратовичем**

— Булат Маратович! Ваша компания очень активно развивается. Расскажите, пожалуйста, с чего все началось? Как образовалась компания ЗАО «Оптимедсервис»?

— История компании берет начало с небольшого предприятия по производству контактных линз. В 1993 году в г. Стерлитамак были выпущены первые мягкие контактные линзы под маркой «Оптимед». В 1994-1996 гг. нами были созданы первые кабинеты контактной коррекции для реализации выпускаемой продукции, послужившие прообразом современных Центров «Оптик-Экспресс».

В 1998 году мы поставили перед собой сложную задачу — разработку средств по уходу за контактными линзами. Параллельно с этим с 1999 года открыто новое направление — научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы по созданию систем для энергетической микрохирургии глаза. В то время в странах СНГ фактомусификацию не могли внедрять массово — не было доступного оборудования и расходных материалов. В г. Уфа американская фабрика была, но быстро вышла из строя. Ближайший сервисный центр находился в Германии, пришлось бы запускать длительные процедуры таможенного оформления и долго ждать ее возвращения. А пациенты ждать не должны. Нам посоветовали обратиться к группе уфимских инженеров, которые в итоге разошлись с машиной, поменяли микроскопы и наладили ее. Тогда я подумал: если у нас есть люди, которые смогли разобраться в проблеме и отремонтировать фактомусификатор, значит, они смогут создать и новый, с нуля. Мы постарались, чтобы у разработанного фактомусификатора не было односторонних материалов, которые так удорожают наши операции. В итоге наша первая машина после необходимых доработок получила компактный и эффективный, она и сегодня уместается в кейс, с ней офтальмохирург может выехать в любую точку. Все надлежащее сертификаты на эту машину были получены в 2003 году, она успешно прошла клинические испытания в Министерстве здравоохранения Российской Федерации и была разрешена к серийному производству.

С 2002 г. мы активно занимаемся разработкой и созданием увлажняющих капель, ферментных очистителей, универсальных растворов и офтальмологических красителей. В 2004-2006 гг. осуществлялись разработка и испытания новой универсальной офтальмохирургической системы для переднего и заднего сегментов глаза «Оптимед Профи». На сегодняшний день это вполне современная машина, обеспечивающая скорость витректомики в 6000 срезов/мин.

С 2004 г. в компании разработываются и производятся расходные материалы для офтальмохирургии — вискоэластики. С 2008 г. мы производим складывающиеся искусственные хрусталики и микрохирургические скальпели. В 2010 году начали разработку усовершенствованной системы для хирургии переднего отрезка глаза «Оптимед Мастер». В том же году внедрили систему менеджмента качества ISO 9001:2008.

Одним из важных шагов в развитии компании стало открытие специализированных офтальмологических

клиник — Центров лазерного восстановления зрения «OPTIMED». Уфимская клиника приняла первых пациентов в феврале 2002 года. В 2007 г. Центр лазерного восстановления зрения «OPTIMED» открылся в г. Стерлитамаке, в 2010 г. — в г. Октябрьский. Первые в республике экимерные и фемтолазерные операции были проведены в нашей клинике. Да и первую ультразвуковую фактомусификацию в регионе сделал Ваш покойный слуга. Ежегодно в клиниках «OPTIMED» оперируется более 12000 private пациентов. Впечатляющие результаты — это заслуга высокопрофессионального коллектива хирургов, врачей-диagnostов и инженерно-технических работников. Под стать команде в нашем распоряжении и первоклассная техника и оборудование, позволяющие проводить сложные хирургические манипуляции, в том числе на стекловидном теле и сетчатке.

На сегодняшний день в компании работают более 500 врачей-офтальмологов, научных сотрудников, химиков-технологов, инженеров-конструкторов и других специалистов. Научные разработки и изыскания защищены 37 патентами на изобретения, получено более 30 регистрационных удостоверений Министерства здравоохранения Российской Федерации на новую продукцию. Выпущено 4 монографии, опубликовано свыше 250 научных статей. Компания регулярно проводит научно-практические мероприятия и является организатором большинства российских офтальмологических и оптических конференций.

— «Оптимедсервис» выпускает около 1 млн изделий медицинского назначения в год. Это внушительная цифра. Расскажите о вашей продукции, какие виды продукции пользуются особым спросом на рынке?

— К сегодняшнему моменту продукция компании может полностью обеспечить потребности катарактальных хирургов в любой точке нашей страны и ближнего зарубежья. Особо спросом пользуются расходные материалы для хирургии катаракты — складывающиеся искусственные хрусталики, вискоэластики, микрохирургические лезвия и офтальмологические витальные красители.

Большую долю занимают и средства контактной коррекции зрения: мягкие контактные линзы, универсальные растворы, увлажняющие капли, ферментный очиститель.

— Кто Ваши клиенты в России и странах СНГ, почему они выбирают именно Вас?

— Основная особенность наших клиентов — это умение считать свои деньги. Поэтому многие частные глазные клиники и оптики работают с нами. Хотя, конечно, основными потребителями медицинской техники и изделий медицинского назначения на территории России являются государственные учреждения здравоохранения.

— Скажите ли на Вашей работе санкции США и Евросоюза?

— Нет. Как работали без перерывов и выходов, так и работаем.

Продукция «Оптимедсервис» уже сегодня в состоянии практически полностью удовлетворить потребности

Важно любить то, чем занимаешься

Интервью с заведующим кафедрой офтальмологии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета, генеральным директором ЗАО «Оптимедсервис», доктором медицинских наук, профессором **Азнабаевым Булатом Маратовичем**

— Булат Маратович! Ваша компания очень активно развивается. Расскажите, пожалуйста, с чего все началось? Как образовалась компания ЗАО «Оптимедсервис»?

— История компании берет начало с небольшого предприятия по производству контактных линз. В 1993 году в г. Стерлитамак были выпущены первые мягкие контактные линзы под маркой «Оптимед». В 1994-1996 гг. нами были созданы первые кабинеты контактной коррекции для реализации выпускаемой продукции, послужившие прообразом современных Центров «Оптик-Экспресс».

В 1998 году мы поставили перед собой сложную задачу — разработку средств по уходу за контактными линзами. Параллельно с этим с 1999 года открыто новое направление — научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы по созданию систем для энергетической микрохирургии глаза. В то время в странах СНГ фактомусификацию не могли внедрять массово — не было доступного оборудования и расходных материалов. В г. Уфа американская фабрика была, но быстро вышла из строя. Ближайший сервисный центр находился в Германии, пришлось бы запускать длительные процедуры таможенного оформления и долго ждать ее возвращения. А пациенты ждать не должны. Нам посоветовали обратиться к группе уфимских инженеров, которые в итоге разошлись с машиной, поменяли микроскопы и наладили ее. Тогда я подумал: если у нас есть люди, которые смогли разобраться в проблеме и отремонтировать фактомусификатор, значит, они смогут создать и новый, с нуля. Мы постарались, чтобы у разработанного фактомусификатора не было односторонних материалов, которые так удорожают наши операции. В итоге наша первая машина после необходимых доработок получила компактный и эффективный, она и сегодня уместается в кейс, с ней офтальмохирург может выехать в любую точку. Все надлежащее сертификаты на эту машину были получены в 2003 году, она успешно прошла клинические испытания в Министерстве здравоохранения Российской Федерации и была разрешена к серийному производству.

С 2002 г. мы активно занимаемся разработкой и созданием увлажняющих капель, ферментных очистителей, универсальных растворов и офтальмологических красителей. В 2004-2006 гг. осуществлялись разработка и испытания новой универсальной офтальмохирургической системы для переднего и заднего сегментов глаза «Оптимед Профи». На сегодняшний день это вполне современная машина, обеспечивающая скорость витректомики в 6000 срезов/мин.

С 2004 г. в компании разработываются и производятся расходные материалы для офтальмохирургии — вискоэластики. С 2008 г. мы производим складывающиеся искусственные хрусталики и микрохирургические скальпели. В 2010 году начали разработку усовершенствованной системы для хирургии переднего отрезка глаза «Оптимед Мастер». В том же году внедрили систему менеджмента качества ISO 9001:2008.

Одним из важных шагов в развитии компании стало открытие специализированных офтальмологических

клиник — Центров лазерного восстановления зрения «OPTIMED». Уфимская клиника приняла первых пациентов в феврале 2002 года. В 2007 г. Центр лазерного восстановления зрения «OPTIMED» открылся в г. Стерлитамаке, в 2010 г. — в г. Октябрьский. Первые в республике экимерные и фемтолазерные операции были проведены в нашей клинике. Да и первую ультразвуковую фактомусификацию в регионе сделал Ваш покойный слуга. Ежегодно в клиниках «OPTIMED» оперируется более 12000 private пациентов. Впечатляющие результаты — это заслуга высокопрофессионального коллектива хирургов, врачей-диagnostов и инженерно-технических работников. Под стать команде в нашем распоряжении и первоклассная техника и оборудование, позволяющие проводить сложные хирургические манипуляции, в том числе на стекловидном теле и сетчатке.

На сегодняшний день в компании работают более 500 врачей-офтальмологов, научных сотрудников, химиков-технологов, инженеров-конструкторов и других специалистов. Научные разработки и изыскания защищены 37 патентами на изобретения, получено более 30 регистрационных удостоверений Министерства здравоохранения Российской Федерации на новую продукцию. Выпущено 4 монографии, опубликовано свыше 250 научных статей. Компания регулярно проводит научно-практические мероприятия и является организатором большинства российских офтальмологических и оптических конференций.

— Какое Ваше прогнозы на ближайшее время? Как будет развиваться офтальмологический рынок оборудования? Каковы перспективы российских производителей?

— Оптимистические.

Офтальмологический рынок оборудования развивается и будет развиваться очень быстро. Известно, что старение населения во всем мире приведет к быстрому увеличению числа лиц старше 65 лет к 2030 году, возрастут показатели заболеваемости и распространенности заболеваний глаз. Офтальмологические операции станут более частыми, а значит, увеличатся расходы на проведение операций, себестоимость которых в конечном итоге оказывается очень высокой.



в Республике Башкортостан. Нам не просто работать, мы можем представлять определенное неудобство для тендерных комитетов некоторых офтальмологических учреждений, так как принципиально не давали и не даем откатов.

— Кто Ваши конкуренты в России?

— Конкуренты? Это зарубежные компании, имеющие огромные бюджетные расходы и направление высокобюджетные средства на приобретение того высокотехнологичного медицинского оборудования и расходных материалов, которые в России пока не производятся.

— Какие перспективы для развития фирмы Вы видите в будущем? Планируете в ближайшее время расширить ассортимент?

— Планируем. Многие новые продукты, например, фактомусификатор «Оптимед Мастер», перфторорганические соединения для тампонады полости стекловидного тела, краситель для заднего сегмента глаза — разработаны, экспериментально и клинически апробированы, ждут завершения регистрации в Министерстве здравоохранения РФ и сертификации.

— Каковы Ваши прогнозы на ближайшее время? Как будет развиваться офтальмологический рынок оборудования? Каковы перспективы российских производителей?

— Оптимистические.

Офтальмологический рынок оборудования развивается и будет развиваться очень быстро. Известно, что старение населения во всем мире приведет к быстрому увеличению числа лиц старше 65 лет к 2030 году, возрастут показатели заболеваемости и распространенности заболеваний глаз. Офтальмологические операции станут более частыми, а значит, увеличатся расходы на проведение операций, себестоимость которых в конечном итоге оказывается очень высокой.

Мы всегда были в поиске путей снижения затрат на современные хирургические технологии. Наиболее перспективный путь в этом направлении — внедрение в практику отечественных разработок, чем мы и занимаемся уже более 20 лет. Других производственных отечественных компаний не так много. Инновационная продукция, представляемая такими отечественными производителями, как ЭТП МНТК «Микрохирургия глаза», «Медин-Урал», «Репер-НН» и др., стоит в 2-5 раз дешевле импортных аналогов и, по нашему мнению, является хорошей альтернативой зарубежной продукции. Дальнейшее развитие научно-производственного потенциала отечественных производителей является важным фактором внедрения высокотехнологичных в широкую клиническую практику. И скорее, мы не конкуренты, а соратники, ведь все делаем одно дело.

— Кто Ваши клиенты в России и странах СНГ, почему они выбирают именно Вас?

— Основная особенность наших клиентов — это умение считать свои деньги. Поэтому многие частные глазные клиники и оптики работают с нами. Хотя, конечно, основными потребителями медицинской техники и изделий медицинского назначения на территории России являются государственные учреждения здравоохранения.

— Скажите ли на Вашей работе санкции США и Евросоюза?

— Нет. Как работали без перерывов и выходов, так и работаем.

университета — одного из ведущих медицинских вузов страны, где работают свыше 260 докторов наук. Центр лазерного восстановления зрения «OPTIMED» является одной из клинических баз кафедры. С 2003 года на кафедре производятся циклы «Wetlab по ультразвуковой хирургии катаракты», которые к сегодняшнему дню прошли свыше 450 офтальмохирургов России, ближнего и дальнего зарубежья.

Также совместно мы организуем научно-практические конференции. В марте 2015 г. мы провели уже ставшую традиционной научно-практическую офтальмологическую конференцию «ОКО», которая в 2015 г. приобрела статус всероссийской, и в рамках предстоящего II Межнародного саммита ШОС и БРИКС были заслушаны доклады представителей этих стран.

— Вы защитили кандидатскую диссертацию в МНТК «Микрохирургия глаза», а докторскую — в институте Гельмгольца. Кто были Ваши руководители?

— Я считаю, мне повезло с наставниками. Это великие люди. Кандидатскую диссертацию по теме «Хирургическая коррекция миопической анизометропии высокой степени у детей методом имплантации заднекамерной отрицательной ИОЛ» я защитил в 1992 г. под руководством Виктора Николаевича Федорова. Большой вклад в эту работу внес руководитель отдела, великий русский хирург Виктор Константинович Зувев.

В 2000 г. защитил докторскую диссертацию «Микрорезкопическая хирургия глаукомы и катаракты» в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, моим научным консультантом был профессор Южаков Александр Михайлович. Он был добрым и порядочным человеком.

— Кого Вы можете назвать своими учителями?

— В первую очередь, это мои родители.

— Несколько личных вопросов. Ваша самая характерная черта?

— Пунктуальность.

— Что бы Вы больше всего цените в Ваших друзьях?

— Общее понимание, общие позиции по фундаментальным вопросам. — Упрямоть. Хотя, возможно, что как раз это — мое достоинство.

— Способность, которой Вам хотелось бы обладать?

— Не повторяться.

— Ваше любимое изречение?

«Ничто так не укрепляет веру в человека, как предоплата». Это, конечно, шутка, но с долей шутки.



Индивидуальный подход — ключ к успешной реабилитации инвалидов

Михаил Израилевич Разумовский, д.м.н., профессор, заведующий отделом проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации слепых и слабовидящих ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты РФ, заслуженный врач России

Д.м.н., профессор Михаил Израилевич Разумовский является одним из ведущих специалистов в области социальной офтальмологии, медико-социальной экспертизы, а также социально-профессиональной реабилитации слепых и слабовидящих. Наряду с работой в НИЦЭР им. Г.А. Альбрехта он возглавляет кафедру офтальмологии ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты РФ. В беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» профессор М.И. Разумовский поделился воспоминаниями о своём пути в науке, а также рассказал о специфике работы врачей-экспертов и об особенностях реабилитационного процесса инвалидов по зрению.

— Михаил Израилевич, представьте, пожалуйста, основные вехи Вашей биографии. Почему Вы решили стать медиком? Как пришли в офтальмологию?

— Желание стать врачом возникло у меня ещё в детстве. Хотя мои родители не были связаны с медициной, но врачи в нашей семье были в четвёртых или даже в пяти предыдущих поколениях. Например, мои родные тёти были врачами и возглавляли медсанбаты в период Великой Отечественной войны.

Я родился в городе Перми. Отец, Израиль Моисеевич, был кадровым военным, участником Финской и Великой Отечественной войн. Он погиб в 1944 году во время кровопролитных боёв при прорыве блокады Ленинграда. Похоронен на мемориальном Пискаревском кладбище, где покоятся



Профтестирование для интеллектуальной трудовой деятельности с помощью автоматизированной системы «Профтест-1»



Профтестирование и обучение оплеточным работам на автоматизированной системе «Профтест-1»

сотни тысяч ленинградцев, умерших и погибших в время блокады, а также военнослужащих, оборонявших Северную столицу. Мама, Софья Владимировна, была переводчицей с немецкого языка. Во время Великой Отечественной войны её призвали на военную службу. Она вела работу с немецкими военнопленными.

С 1947 года по 1954 год я учился в Краснознаменном Суворовском офицерском училище, расположенном в городе Дзуджикау. С 1954 года по 1990 год этот город носил название Орджоникидзе, а ныне гордо именуется Владикавказом и является столицей Республики Северная Осетия-Алания. Суворовское училище успешно работает во Владикавказе до сих пор.

Сеть суворовских училищ стала создаваться в Советском Союзе в 1943 году. Туда направляли мальчишек, чьи судьбы искоренила война. В первую очередь в ряды суворовцев зачисляли сыновей погибших офицеров. Среди суворовцев — моих соучеников — были и мальчишки, которым самим довелось повоевать и даже заслужить боевые награды. Они были «сыновьями полков», партизанами.

— После окончания учёбы Вы хотели стать военнослужащим?

— Мне хотелось стать врачом, неважно, военным или гражданским... Но в те годы, в отличие от нынешнего времени, суворовцы не могли самостоятельно определять место своей будущей учёбы. Они считались военнослужащими и должны были выполнять приказы.



Подбор оптимальных технических средств для слабовидящих с помощью автоматизированной системы «Профтест-1»



Профтестирование на малые штамповочные работы с помощью автоматизированной системы «Профтест-1»

Меня после окончания училища направили в Ленинград для поступления в Военно-механический институт. Но такая перспектива меня совсем не радовала. Мне хотелось лечить людей, а не становиться конструктором ракет и танков.

Тогда я решил поехать в Москву, в приёмную Министерства обороны СССР, чтобы ходатайствовать о направлении в медицинский вуз. К моему счастью, меня принял сам легендарный маршал Георгий Константинович Жуков, занимавший в то время пост первого заместителя министра обороны СССР. Это была моя первая и единственная встреча с маршалом Жуковым! Сначала он разозлился, когда услышал, что суворовец не хочет учиться там, куда его направили... Но потом он прислушался к моим доводам и распорядился направить на учебу в соответствии с моим желанием.

В канцелярии Министерства обороны переформили мои документы. Теперь меня направили не в Военно-механический институт, а в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова. Однако студентом Военно-медицинской академии я не стал, так как не прошёл врачебную комиссию. Меня «зарубили» из-за близорукости, пришлось поступать в Первый Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова. Там я и учился до 1960 года. Годы учёбы вспоминаю с большой благодарностью, трепетом и волнением.

— Почему Вы решили стать именно врачом-офтальмологом?

— Это произошло уже на втором курсе. Сначала я попал на кафедру нормальной физиологии, которую возглавлял выдающийся советский физиолог, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР, профессор Алексей Васильевич Кибяков. Под руководством А.В. Кибякова на кафедре активно действовало студенческое научное общество (СНО). В качестве участника СНО я получил направление в лабораторию физиологии зрения Института физиологии Академии наук СССР. Там мне довелось работать с организатором и руководителем лаборатории Леонидом Тимофеевичем Загоруйко и его премником Вадимом Давидовичем Глезером.

Именно общение с этими замечательными людьми, выдающимися учёными, вызвало у меня интерес к офтальмологии. Уже позже я стал участвовать в деятельности СНО при кафедре офтальмологии родного вуза. Кафедру офтальмологии в то время возглавлял известный офтальмолог, академик Василий Васильевич Чирковский.

— Как складывалась Ваша судьба после окончания вуза?

— Я был кандидатом для зачисления в аспирантуру, но хотел сначала поработать в практическом здравоохранении, а уже потом заняться медицинской наукой... Был готов отправиться по распределению офтальмологом в любую точку СССР. Меня направили в Вологодскую областную глазную больницу, которую четверть века, с 1939 года по 1964 год, возглавляла заслуженный врач РСФСР, кавалер многих наград Евгения Васильевна Александрович.

Благодаря её плодотворной деятельности вологодская больница приобрела широкую известность в профессиональном сообществе. Я был очень рад, что получил направление именно в специализированную офтальмологическую клинику.

— Как долго Вы проработали в Вологде?

— Три года, с 1960 года по 1963 год. Это было плодотворное время. Я много оперировал. Операции самые разнообразные: в связи с глаукомой, катарактой, отслойкой сетчатки, различными повреждениями органа зрения. Много было командировок по Вологодской области, иногда даже приходилось вести приём без электричества, при свете керосиновой лампы.

В 1963 году я поступил в клиническую ординатуру Первого Ленинградского медицинского института, где учился и работал до 1975 года. В 1969 году защитил кандидатскую диссертацию, посвящённую изучению патогенеза первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ). Диссертационная работа была посвящена исследованию содержания медиаторов вегетативной иннервации в слезе пациентов с ПОУГ.

В 1975 году меня пригласили на должность старшего научного сотрудника в отдел проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации слепых и слабовидящих НИЦЭР им. Г.А. Альбрехта, где и работаю до сих пор. Уже сорок лет! С 1991 года возглавляю этот отдел. В этом же году стал доктором медицинских наук, защитил диссертацию по проблеме организации механизма управления гемо- и гидродинамикой глаза.

— В газете «Поле зрения» в каждом номере публикуются интервью с врачами-офтальмологами. Но впервые у нас в гостях — специалист по медико-социальной экспертизе. Хотелось бы понаять специфику работы Вашего отдела, задачи, которые перед ним стоят.

— Далеко не все медицинские работники, не говоря уже о людях, далёких от медицины, понимают, зачем нужны врачи-эксперты и что такое медико-социальная экспертиза. Иногда приходится слышать мнение, что от врачей-экспертов вообще можно отказаться! Пусть, мол, определением инвалидности занимается компьютер на основании диагнозов, установленных врачами-офтальмологами лечебно-профилактических учреждений...

— Разве это невозможно?

— Конечно же, нет! Врач-эксперт не только определяет группу инвалидности — первую, вторую или третью — но и формирует индивидуальную программу реабилитации (ИПР), что является одной из важнейших задач его деятельности. Индивидуальный подход к пациенту — ключ к успешной реабилитации. Поэтому компьютер никогда не заменит врача-эксперта.

Проблема медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации слепых и слабовидящих, так же как и других людей с ограниченными возможностями здоровья, невозможно разделить. МСЭ — неотъемлемая часть реабилитационного процесса.

— Мне думается, что не все пациенты это понимают...

— Часть пациентов это не понимает. Им кажется, что врачи-эксперты — это чиновники, определяющие размер их пенсии... Конечно, сумма пенсионных выплат — важный вопрос в жизни каждого человека. Важный, но не единственный! Суть работы врача-эксперта состоит в том, чтобы с помощью действенной и выполнимой реабилитационной программы повысить качество

жизни человека, вернуть ему утраченные в результате болезни навыки... Я не хочу произносить высокопарных слов, но врачи-эксперты стремятся сделать своих пациентов немного счастливей, в том числе и людей, полностью потерявших зрение.

Наш отдел занимается научно-методологическим обеспечением работы врачей-экспертов. Одновременно наши сотрудники сами проводят МСЭ в особо сложных случаях. Бывают самые разные ситуации: иногда врачи-эксперты направляют в наш отдел своих пациентов, иногда инвалиды по зрению обращаются сами или по направлению врачей районных поликлиник, специализированных офтальмологических центров и т.д.

Мы занимаемся не только вопросами установления инвалидности, но и практически всеми видами реабилитации инвалидов по зрению: медицинской, психологической, социальной, профессиональной и т.д.

— Не могли бы Вы привести конкретный пример?

— Несколько лет назад к нам направили пациента, который находился в очень тяжёлом психологическом состоянии. Он — бывший военный, полковник, занимал ответственный пост в Западном военном округе. У этого человека были прекрасные карьерные перспективы, армейское руководство собиралось перевести его в Москву, в Генеральный штаб российской армии.

Пациент ослеп в одно мгновение. Он на поезде ехал с семьёй в отпуск, вынул из открытого окна — и потерял зрение. По лицу с огромной силой ударил огурец, который кто-то выбросил из поезда, проезжавшего по соседним путям. Один глаз пришлось удалить, второй глаз сохранился, но полностью потерял зрительные функции.

Вся необходимая медицинская помощь мужчине была оказана, инвалидность оформлена. Его родные, друзья и сослуживцы старались оказать максимально возможное содействие. Но до определённого времени все усилия были тщетными. Пациент находился в такой глубокой депрессии, что у него даже не было сил встать с постели... Целыми дня он просто лежал на диване и только изредка покидал своё ложе... Он предпринял несколько попыток суицида.

— Каким образом сотрудники Вашего отдела помогли этому человеку?

— До недавнего времени в Центре им. Г.А. Альбрехта существовал не только наш отдел, но и офтальмологический стационар на 30 коек. В стационаре одновременно оказывалась специализированная офтальмологическая помощь и проводилась реабилитационная работа. Для этого пациента была разработана индивидуальная реабилитационная программа. Она начала осуществляться во время его нахождения в стационаре, а потом — в домашних условиях.

— В чём состояла суть этой реабилитационной программы?

— Мы занимались с ним пространственным ориентированием, освоением навыков самообслуживания, знакомили его с техническими средствами, помогающими в реабилитации слепых и слабовидящих. Был разработан и проведён курс психотерапии. И наши усилия дали свой результат. Человек, потерявший зрение, открыл для себя новые жизненные перспективы.

— Почему в 2014 году в Центре им. Г.А. Альбрехта был закрыт офтальмологический стационар?

— Это болезненный вопрос. Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта — это федеральное бюджетное учреждение, работающее под руководством Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации. Решение о ликвидации клиники было принято в министерстве.

Считаю это решение ошибочным. Уникальность клиники состояла в сочетании специализированной офтальмологической и реабилитационной помощи. Лишившись стационара, наш отдел потерял свою клиническую базу...

Разумеется, мы продолжим в полной мере осуществлять свои функции: проводим амбулаторные консультации пациентов, оказываем содействие врачам-экспертам, занимаемся научной и научно-методической работой, участвуем в реализации федеральных

и городских программ, призванных помочь людям с ограниченными возможностями здоровья. Но работать стало тяжелее. Хотел бы обратить внимание и на такой аспект: в прошлом году в Министерство труда и социальной защиты и другие компетентные организации поступали многочисленные обращения от активистов Всероссийского общества слепых (ВОС) с просьбой сохранить нашу клинику. Но, к сожалению, голос общественности был проигнорирован.

— Михаил Израилевич, благодарю Вас за открытый рассказ! Ликвидация офтальмологической клиники представляется мне тем более странной, что другие отделения Вашего учреждения не были ликвидированы...

— Да. В Центре им. Г.А. Альбрехта располагается стационар, в котором имеется ряд отделений по основным направлениям медицины. Но, как прекрасно знают читатели газеты «Поле зрения», в последние годы среди организаторов здравоохранения наметилась тенденция сокращения именно офтальмологические стационары.

В ряде случаев пациентам с заболеваниями глаз действительно можно оказать помощь амбулаторно, однако такая реорганизация не всегда является оправданной. Во многих случаях она снижает качество работы врачей-офтальмологов, возможности научных исследований и эффективность медико-социальной реабилитации.

— Хотелось бы поговорить о работе Вашего отдела по профессиональной, трудовой реабилитации.

— Инвалиды по зрению работают как на специализированных предприятиях ВОС, так и в обычных производственных условиях труда в различных предприятиях и организациях. В последние годы численность работающих инвалидов в структурах ВОС, к сожалению, сокращается. На открытом рынке труда численность занятых инвалидов постепенно растёт, но не так быстро, как хотелось бы.

Моя позиция состоит в том, что необходимо уделять больше внимания профессионально-трудовой реабилитации инвалидов. В советское время значительная часть слепых и слабовидящих соотечественников трудоустроивались на предприятиях Всероссийского общества слепых. Наш отдел всегда активно содействовал этому процессу. Мы продолжаем взаимодействовать с ВОС по различным направлениям рационального трудового устройства.

— В чём заключается совместная работа?

— Мы занимаемся мониторингом производственного процесса на производственных предприятиях ВОС. Главная цель состоит в том, чтобы каждому работающему инвалиду было обеспечено рабочее место в соответствии с его зрительными возможностями и общим состоянием здоровья. Если говорить простым языком: работа не должна вредить здоровью!

В этих вопросах не может быть мелочей. Мы занимаемся профессиональным тестированием и выявлением трудовых возможностей каждого инвалида, анализируем организацию рабочих мест, уделяем внимание вопросам общей и местной освещённости, участвуем в паспортизации рабочих мест и т.д. Кроме того, при выборе рациональных видов трудовой деятельности проводится анализ величин, структуры и других параметров объектов, с которыми работают люди с ограниченными возможностями здоровья.

Хотел бы привести конкретный пример. На одном из предприятий ВОС женщина, занятая на сборке елочных гирлянд, обратилась с жалобой на то, что в результате работы у неё ухудшается зрение. Руководство предприятия обратилось в наш отдел с просьбой проверить обоснованность этой жалобы.

Наши сотрудники посетили данное предприятие. Оказалось, что женщина страдает пигментной дистрофией сетчатки. Сама по себе сборка елочных гирлянд не влияет негативно на её зрение. Однако елочные гирлянды необходимо не только собирать, но и постоянно проверять качество их сборки. В данном случае ухудшение зрения было связано с постоянными световыми вспышками при проверке качества сборки гирлянд. Наш вердикт был однозначным: пациенты с пигментной дистрофией сетчатки не могут быть задействованы на сборке елочных гирлянд.



Цикл повышения квалификации врачей-экспертов

— Вы всегда выезжаете на место, чтобы дать экспертное заключение?

— Мы всегда посещаем предприятия ВОС по просьбе их администрации, рядовых сотрудников или надзорных инстанций. При этом анализируем производственные процессы, общаемся с рабочими, мастерами и руководителями. Не скрою, что со структурами ВОС нам взаимодействовать гораздо легче, чем с коммерческими фирмами.

Дело в том, что Общество слепых — это организация, специально созданная для реабилитации инвалидов по зрению. Её предприятия — это реабилитационные учреждения, в которых созданы специальные производственные условия, учитывающие рекомендации ИПР. А в коммерческих фирмах у нас часто просто нет доступа. Инвалиды по зрению работают там на свой страх и риск.

— Но, с другой стороны, на предприятиях ВОС маленькие зарплаты. Кроме того, там обычно предлагается трудоустройство по рабочим специальностям.

А среди инвалидов по зрению много людей с высшим образованием.

— Я не хочу идеализировать структуры ВОС. Но для меня принципиально важно, что на предприятиях ВОС, как правило, соблюдаются высокие стандарты охраны труда. Там готовы предоставить человеку работу, соответствующую его состоянию здоровья.

Например, однажды к нам обратился с жалобой слесарь-сборщик реабилитационного комплекса ВОС. Он занимался сборочными работами. А рядом производилась штамповка деталей. Рабочий пожаловался на то, что из-за шума у него снижается слух. Наши специалисты сочли эту жалобу обоснованной. Инвалиды по зрению действительно нуждаются в особой защите слуха.

Автор обращения был переведён на другую работу. На предприятии были предприняты конкретные меры по уменьшению шума... В принципе подобные меры можно применять и на обычных предприятиях. Там тоже можно создавать рабочие места,

Новый препарат

АЛЛЕРГОФЕРОН®

Интерферон альфа-2b + лоратадин
ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

ИНТЕРФЕРОН + ЛОРАТАДИН

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИИ!

Лечение сезонного и круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита

АЛЛЕРГОФЕРОН® ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТАХ И КОНЪЮНКТИВИТАХ

АЛЛЕРГОФЕРОН® ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 5г

АЛЛЕРГОФЕРОН® ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 5г

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ www.firm.ru

Отпуск по рецепту

Информация для специалистов

Инструкция по медицинскому применению препарата Аллергоферон® утверждена Минздравсоцразвития России. ЛП №00656-2009/11



Д.м.н., профессор М.И. Разумовский с дочерью, к.м.н., доцентом А.М. Разумовской

предприятиях ВОС инвалиды составляют большинство рабочего коллектива. Поэтому организация производственного процесса ориентирована на их возможности и потребности.

К сожалению, в последние годы и десятилетия, после распада Советского Союза, производственный потенциал Всероссийского общества слепых используется недостаточно эффективно. Мне думается, что на предприятиях ВОС можно проводить трудовую реабилитацию не только инвалидов по зрению, но и других категорий инвалидов: с нарушениями слуха, опорно-двигательного аппарата, верхних конечностей и т.д.

— Ваш отдел уделяет большое внимание вопросам трудовой реабилитации. Можете ли Вы оказать помощь людям, которым необходимо сменить профессию из-за резкого ухудшения или потери зрения?

— В нашем отделе работает кабинет профессионального тестирования. Там имеется запатентованная нами автоматизированная система («Профтест-1»), в которой созданы учебные рабочие места, соответствующие аналогичным рабочим местам на предприятиях ВОС. Человек может попробовать себя в роли монтажника радиоаппаратуры и приборов, слесаря-сборщика электроаппаратуры, визажиста схемных жгутов и др. Оценивая ход выполнения работы и, что задано, программное обеспечение «Профтест-1» определяет способность инвалида выполнять предлагаемый вид трудовой деятельности.

Это касается не только рабочих специальностей. Мы можем оценить возможности пациента выполнять интеллектуальные виды деятельности, например, в качестве массажиста, юриста, настройщика музыкальных инструментов, переводчика с иностранного языка и т.д. Инвалидам по зрению доступны многие специальности. Но необходимо внимательно разбираться в каждой конкретной ситуации.

— Михаил Израилевич, Вы являетесь одним из ведущих в России специалистов по реабилитации инвалидов по зрению. В чём, на Ваш взгляд, заключается суть успешной реабилитации?

— Успешная реабилитация — комплексное понятие. Имеет значение восстановление способности пациентов к самообслуживанию, к ориентации в пространстве, к самостоятельному передвижению по улицам города и пользованию общественным транспортом. Также реабилитация немаловажна без обучения, овладения новыми навыками и знаниями. И, конечно, не надо забывать о способности к общению, социальным контактам.

К сожалению, заболевания органа зрения нередко создают психологические барьеры между слабовидящими, слепыми людьми и относительно здоровыми гражданами. Создать и — самое главное! — реализовать индивидуальную реабилитационную программу — это огромный труд и для врачей-экспертов, и для самих пациентов.

— Не секрет, что при определении инвалидности нередко возникают различные конфликтные ситуации. Занимается ли Ваш отдел созданием методик МСЭ, исключающих проявление субъективизма?

— У нас в отделе разработана и запатентована автоматизированная система оценки остроты зрения при проведении медико-социальной экспертизы «Оптонистагм Тест». Острота зрения и поле зрения — это важнейшие критерии, определяющие право на инвалидность.

Мы определяем остроту зрения с помощью опто-кинетического нистагма. Перед глазом пациента движутся линии и квадраты. При этом движения глаз фиксируются с помощью миографии. Таким образом, остроту зрения можно определить объективно при пороговой стимуляции опто-кинетического нистагма.

Поле зрения тоже можно определить объективно с помощью разработанного нами метода. Для этого перед глазом пациента в различных сегментах поля зрения предъявляются световые стимулы, а на энцефалограмме при этом фиксируются вызванные зрительные потенциалы.

Во время прохождения МСЭ часть пациентов стремится преувеличить свои проблемы, чтобы получить более тяжёлую группу инвалидности. В этих случаях указанные объективные исследования зрительных функций дают возможность исключить экспертные ошибки и конфликтные ситуации.

Вместе с тем хотел бы отметить, что острота зрения и поле зрения — это не единственные факторы при определении инвалидности. Также учитывается, например, зрительная работоспособность. Скажем, два человека с остротой зрения 0,1 могут обладать различной зрительной работоспособностью, то есть их орган зрения способен переносить разные по интенсивности зрительные нагрузки. Это зависит от конкретного заболевания, от сопутствующей патологии и т.д.

— Вас всё устраивает в современной российской системе медико-социальной экспертизы?

— Разумеется, как врач-эксперт я всегда в своей работе исхожу из действующего законодательства. Но, в первую очередь, я — учёный. Поэтому если нормы законодательства расходятся с моими представлениями и результатами научных исследований, то стараюсь обратиться на это внимание.

Например, в последние годы в России перестали определять инвалидность при одноглазии, в том числе и детям. Люди, утратившие зрение на один глаз, лишаются государственной поддержки. Считаю такой подход не во всех случаях оправданным.

— Эта тема поднималась в прессе. И чиновники ссылались на зарубежный опыт. Мол, в странах Запада при одноглазии тоже не дают инвалидности.

— С одной стороны, такие доводы не лишены логики. За рубежом одноглазие может и не являться основанием для инвалидности... Но мне думается, что, перенимая зарубежный опыт, нельзя не считаться с результатами научных исследований, полученными нашим отделом при выполнении научно-исследовательской работы по заданию Министерства труда и социальной защиты РФ.

Данные научных исследований показали, что при потере зрения на один глаз требуется от года до полутора лет, чтобы приспособиться к монокулярному зрению. Было бы вполне логично, чтобы на этот срок людям определялась инвалидность. При этом проблема одноглазия не сводится исключительно к вопросам монокулярного зрения. Потеря глаза является мощным психологическим ударом. Требуется время, чтобы пережить этот удар.

— Михаил Израилевич, как изменилась российская система реабилитации инвалидов по зрению в последние годы? Что Вас радует? Что огорчает?

— Меня радует создание сети реабилитационных центров. Например, в Санкт-Петербурге реабилитационные центры для людей с ограниченными возможностями здоровья действуют в каждом районе города. И в других регионах страны имеется аналогичный опыт. Деятельность этих реабилитационных центров направлена на решение проблем инвалидов всех категорий. И для офтальмологических пациентов они также полезны.

Есть интересный опыт в районных бюро занятости. Там появились специальные уполномоченные, оказывающие содействие инвалидам в поиске работы. Как положительный фактор нельзя не отметить возросшее общественное внимание к проблемам людей с ограниченными возможностями здоровья.

Что огорчает? Как я уже отмечал в нашей беседе, меня огорчает недостаточное, нерациональное использование производственного потенциала Всероссийского общества слепых. Да, специализированные предприятия работают. Но они недостаточно загружены, у них сокращается численность сотрудников, значительная часть производственных площадей сдаётся в аренду. Далеко не всех инвалидов по зрению можно интегрировать в рамках массового рынка труда. Поэтому потребность в специализированных предприятиях ВОС остаётся высокой.

Реабилитация людей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов по зрению — показатель зрелости и мудрости общества. Давайте не забывать об этом!

Беседу вел Илья Бруштейн
Фотографии Илья Бруштейн

Ретиноскопия — простой способ объективного определения рефракции. Опыт немецких офтальмологов

Своим опытом с российскими коллегами поделился немецкий офтальмолог, доктор медицины Эрнст Хофлинг. Двухчасовые теоретические и практические занятия для всех желающих были проведены в рамках проекта «День зрения - 2015» в городах Казань и Самара (подробный репортаж о выставочно-образовательном проекте читайте в «Поле зрения» № 4, 2015). Любопытно, что несмотря на наличие в арсенале зарубежных специалистов современных авторефрактометров, ретиноскопия до сих пор популярна и широко применима в Германии.

Метод предложен в 1873 г. французским врачом Кюнье. Скиаскопия (в России — «наблюдение тени») или ретиноскопия (на Западе — «наблюдение сетчатки») основана на свойстве глазного дна отражать падающий на него свет. Но существует одно важное условие: чтобы увидеть этот отраженный от сетчатки свет, глаз наблюдателя и источник света должны находиться в одной точке, тогда наблюдатель видит неподвижное красное свечение. Что же происходит, если исследуемый глаз не сопряжен с источником света и глазом наблюдателя? Как быстро и точно определить рефракцию глаза? Чтобы разобраться в этом, доктор Хофлинг любезно предоставил нам возможность познакомиться со своей презентацией.



Краткое описание

Ретиноскоп — универсальный, точный и компактный прибор для объективного исследования рефракции

Требования человеку выполняющему исследование:

- Опыт и постоянная практика
- Оптимальное оборудование

Ситуация в Германии

- Интенсивная практика ретиноскопии в детских глазных клиниках и больницах
- Высокая заинтересованность молодого поколения врачей в квалифицированном обучении ретиноскопии
- Ретиноскопия применяется в любых условиях исследования рефракции
- Популярность ретиноскопа в частных кабинетах офтальмологов
- Почти 100% специалистов используют в практике оборудование HEINE

Виды ретиноскопии

Точечная ретиноскопия

Преимущество: мановенное обнаружение астигматизма

Полосчатая ретиноскопия (наиболее распространена в Германии)

Преимущество: точность измерения

Разные лампы в ретиноскопе для точечной и полосчатой ретиноскопии

Преимущества ретиноскопии

- Дети
- Сложные пациенты
- Легкие пациенты
- Неправильная рефракция
- Помутнение оптических сред глаза
- Измерение во время операции (напр., во время имплантации торических ИОЛ)
- Низкие затраты на исследование
- Простота работы при владении методом
- Контроль над измерением

Ретиноскоп Beta 200

- Съёмный упор для брови
- Окуляр
- ParaStop (оптимальная позиция — «вниз»)
- Контроль вращения, угла и регулировки ширины полосы
- Автоматический коннектор рукоятки
- Полурефлекторное зеркало

Дополнительные опции Beta 200

- Карточки для динамической ретиноскопии
- Оранжевый фильтр для светочувствительных пациентов

Оптика ретиноскопа

- Фокус в зрачке исследователя
- Нейтрализация
- Ставятся линзы, скиаскопическая линейка, фороптер

Феномен ретиноскопии I

Полоса света от ретиноскопа направляется в зрачок пациента и движется из одной стороны в другую

«По движению»
Рефлекс движется в том же направлении по отношению к движению света от ретиноскопа

Гиперметропия

«По движению»
Рефлекс движется в том же направлении по отношению к движению света от ретиноскопа

По движению

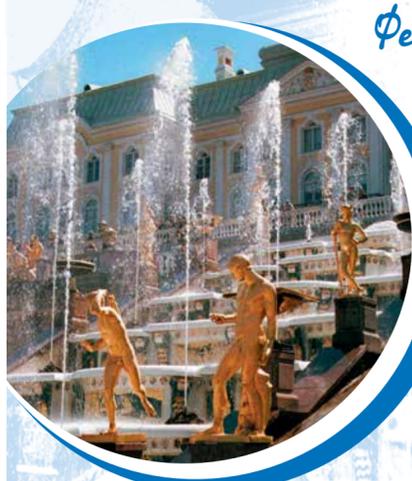
- Световой рефлекс движется в том же направлении



ХИЛОЗАР-КОМОД®

раствор увлажняющий офтальмологический

Феерия увлажнения и комфорта



ХИЛОЗАР-КОМОД® — эффективная комбинация натрия гиалуроната и декспантенола:

- Увлажняет, смазывает, восстанавливает поверхность роговицы и конъюнктивы
- Приносит быстрое облегчение при сухости и раздражении глаз
- Устраняет дискомфорт при ношении контактных линз (закапывание без снятия линз)
- Снимает усталость при интенсивной зрительной нагрузке
- Не содержит консервантов

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

URSAPHARM

Феномен ретиноскопии II

Полоса света от ретиноскопа направляется в зрачок пациента и движется из одной стороны в другую

«Против движения»
Рефлекс движется в противоположном направлении по отношению к движению света от ретиноскопа

Миопия

«Против движения»

Против движения

Световой рефлекс движется в противоположном направлении

Феномен ретиноскопии III

Световой рефлекс без заметного движения
Точка нейтрализации

Алгоритм исследования

Цель: Поиск точки нейтрализации
Исследователь должен достичь точки нейтрализации, ставя соответствующие линзы перед глазом пациента и зафиксировать значение подобранных линз

По движению: для нейтрализации используются плюсовые линзы
Против движения: для нейтрализации используются минусовые линзы

Коррекция рефракции

При исследовании важно учитывать рабочее расстояние
Найденное значение следует скорректировать в соответствии с «бесконечностью», т.е. добавить длину вашей собственной руки к найденному значению

Ретиноскопия: Сфера

- Длина руки в диоптриях = коррекционная линза
- Найдите точку нейтрализации, используя сферические линзы (напр., 50 см)
- Разница между выбранной линзой и коррекционной линзой = сферическая коррекция (2,0 D)

Пример

Без коррекции

(Расстояние = 50 см -> = 2,0 D)

Пример

+2,5

(Расстояние = 50 см -> = 2,0 D)

Пример

+3,5

(Расстояние = 50 см -> = 2,0 дптр.)

Пример

- Длина руки 50 см = 0,5 м
- Что соответствует 1/0,5 м = 2,0 D = коррекционная линза
- Точка нейтрализации с выбранными линзами: +3,5 D
- Разница + 3,5 – 2,0 = 1,5 D = Сферическая рефракция

Рабочее расстояние

Длина руки (см)	коррекция (D)
33	3,0
36	2,75
40	2,5
45	2,25
50	2
60	1,75
65	1,5
80	1,25

Ретиноскопия: Правила

- Настройте дивергентное освещение,
- Опустите контроль вращения вниз
- Большой палец на контроль вращения
- Приближайте окуляр к глазу
- Приближаясь к точке нейтрализации световой рефлекс движется быстрее и становится ярче
- Двигайте ретиноскоп медленно
- Очень слабый рефлекс: высокая степень аметропии
- Помните о сферической аберрации

Феномен ретиноскопии IV Астигматизм

Ретиноскопия: Астигматизм

- Другой феномен рефлекса: Непараллельный луч света
- Видим только близко к точке нейтрализации
- Поэтому его следует наблюдать, приближаясь к точке нейтрализации
- Ось луча следует повернуть в соответствующем направлении
- При астигматизме нужно искать две точки нейтрализации в двух осях, Расположенных под углом в 90 градусов

Астигматизм: Алгоритм исследования

- Найти одну точку нейтрализации
- Параллельно рефлексу (точно), получить первое значение
- Повернуть полосу-луч на 90°
- Найти вторую точку нейтрализации
- Получить второе значение

Зачем? математически меньшее значение

Астигматизм – Правило 1

Математически большее значение минус длина руки
= Сферическое значение
Разница между двумя точками Нейтрализации
= Степень астигматизма

Астигматизм – Правило 2

Направление полосы с математически меньшим значением
= Угол оси (с минусовым цилиндром)

Пример

+6,25

Пример

→ Повернуть направо

+6,25

Первая точка нейтрализации = +6,25 дптр.

Повернуть на 90°

Первая точка нейтрализации = +6,25 дптр

→ Против движения

+6,25

Вторая точка нейтрализации = + 4,25 D

Первая точка нейтрализации = +6,25 D

+4,25

Первая точка нейтрализации = +6,25 дптр → матем. большее значение
Вторая точка нейтрализации = +4,25 dpt

+4,25

Длина руки = 40 см = 2,5 D

1. точка нейтр. = +6,25 D → матем. большее значение, 2. точка нейтр. = +4,25 D

+4,25

Сферическое значение = +6,25 – 2,5 = +3,75

1. точка нейтр. = +6,25 D → матем. большее значение
2. точка нейтр. = +4,25 D

+4,25

Разница = 2,0 D

1. Точка нейтр. = +6,25 D
2. Точка нейтр. = +4,25 D

+4,25

Разница = 2,0 D

Сферическое значение = +3,75 D
Ось: 145°

+4,25

Разница = 2 D

Сфера = +3,75 D, Ось: 145
Итоговое значение = +3,75 - 2,0 ax 145°

+4,25

Медикаменты для циклоплегии

Tropicamide: 3 - 5 раз, циклоплегия на 1/2 полчаса, остаточная accommodation 1 (-2) дптр.

Cyclopentolate: 2 раза, циклоплегия 2 - 4 дня, остаточная accommodation of 0,5 (-1) дптр.

Atropine: 1 - 2 раза циклоплегия 2 - 3 недели, остаточная accommodation - не следует учитывать

Частная коррекция дефектов зрения

Ю.З. Розенблюм

От редакции газеты «Поле зрения»

Дорогие читатели! Качество жизни и профессиональные возможности современного человека в значительной степени зависят от функционального состояния зрения, что предопределяет повышение роли оптометрии в обществе.

Несмотря на то что в последнее время на рынке офтальмологических изданий появились современные руководства и пособия по оптометрии, для многих специалистов, занимающихся диагностикой и коррекцией зрения, монография Ю.З. Розенблюма «Оптометрия» остается классическим изданием по данному направлению. Представляем вашему вниманию главы из книги Ю.З. Розенблюма (издание 1991 г., издательство «Медицина»), в которых освещаются вопросы коррекции различных дефектов зрения. Надеемся, что данная публикация послужит основой для дальнейшего обсуждения существующих в этой области вопросов.

КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРМЕТРОПИИ

Гиперметропия обусловлена слишком короткой переднезадней осью глазного яблока и, следовательно, связана с некоторым недоразвитием глаза. Гиперметропия является нормальной рефракцией новорожденного. Средняя степень ее равна 2,0-3,0 D. В течение первых трех лет жизни она уменьшается, но какая-то небольшая ее степень остается у большинства людей в течение всей жизни. Гиперметропия 0,5-1,0 D является нормальной рефракцией взрослого. Но и более высокая гиперметропия может не вызывать никаких расстройств зрения: оно остается высоким благодаря постоянному напряжению аккомодации.

Однако гиперметропия 3,0-4,0 D и выше часто сопровождается нарушениями зрения. Эти нарушения бывают трех видов.

1. Из-за нечеткого изображения на сетчатке снижается разрешающая способность, т. е. острота зрения. Если коррекция гиперметропии долго не проводилась, то острота зрения уже не улучшается и очками, наступает **рефракционная амблиопия**. Обычно она не одинакова на двух глазах: острота зрения одного глаза снижена больше, чем другого. Своевременная коррекция и лечение амблиопии обычно восстанавливают остроту зрения (с очками), но бывают случаи, особенно при высокой степени аметропии, когда это не удается – при недоразвитии световоспринимающего аппарата глаза – сетчатки или зрительного нерва.

2. Из-за постоянного напряжения аккомодации, которое требуется при гиперметропии для ясного видения, возникает также постоянный нервный импульс, вызывающий конвергенцию при взгляде не только вблизи, но и вдаль. Он преодолевается за счет стремления к сливанию изображений двух глаз – фузии. Но если этот механизм слаб и отрицательный фузионный резерв недостаточен, то наступает конвергенция зрительных линий и при взгляде вдаль, т. е. развивается **сходящее косоглазие**. Оно может быть сначала непостоянным, а затем постоянным. Если косит все время один глаз, то его изображение подавляется, наступает односторонняя амблиопия, называемая уже дисбинокулярной. В этих случаях требуется уже не только коррекция, но и лечение. В части случаев косоглазие исчезает сразу при коррекции гиперметропии очками. Такое косоглазие называется аккомодационным.

3. Если даже напряжение аккомодации не вызывает косоглазия, то оно затрудняет зрительную работу. Особенно трудно при гиперметропии выполнять работы на близком расстоянии – читать, писать, обрабатывать мелкие детали, так как при этом требуется дополнительное напряжение аккомодации. Появляются различные жалобы на быстрое утомление зрения – боли в глазах и лобной части головы, чувство песка в глазах и др. Эти явления носят название **астенопии**.

Таким образом, показаниями к оптической коррекции гиперметропии служат вызываемые ею нарушения зрения: 1 – понижение остроты зрения хотя бы одного глаза; 2 – временное или постоянное сходящее косоглазие; 3 – нарушение зрительной работоспособности, выражающееся в различных жалобах на утомление зрения.

Первые два показания обычно встречаются у детей, третье – у взрослых. При коррекции гиперметропии следует учитывать как возраст пациента, так и степень функциональных нарушений, вызываемых оптическим дефектом.

У младенцев до трех лет показанием к коррекции является обычно сходящее косоглазие. В этих случаях исследуют рефракцию при атропиновой циклоплегии и назначают очки с линзами на 1,0 D слабее выявленной степени гиперметропии. Очки дают для постоянного ношения и сочетают обычно с лечебными мерами, направленными против амблиопии, – окклюзией или пенализацией.

После трех лет обычно удается, хотя и ориентировочно, определить остроту зрения. Помимо косоглазия, снижение остроты зрения становится поводом для назначения очков. Следует, однако, иметь в виду, что острота зрения в «детсадовском» возрасте варьирует в широких пределах (примерно от 0,4 до 1,0). Поэтому главным показанием к назначению очков является не столько само снижение остроты зрения, сколько разница ее на двух глазах. При этом пробный подбор очков вначале обычно не улучшает и не выравнивает зрение двух глаз: всегда имеется какая-то степень рефракционной (или анизометропической) амблиопии.

Вторым показанием к коррекции является сама степень гиперметропии: если она превышает 4,0 D, то ни хорошее зрение, ни правильное положение глаз без очков не могут считаться стойкими. Гиперметропия такой степени склонна к декомпенсации и требует оптической коррекции.

Плюсовые очки детям всегда назначают для постоянного ношения. В определении силы линз ведущими являются данные объективного исследования рефракции в условиях атропиновой циклоплегии, а также наличие или отсутствие косоглазия. Однако и острота зрения при подборе должна уже приниматься в расчет.

При сходящемся косоглазии сила линз должна быть, по возможности, близкой к определенной (при атропиновой циклоплегии) рефракции (во всяком случае отличаться от нее не больше чем на 1,0 D). Если косоглазия нет и полная коррекция сильно снижает остроту зрения, то можно дать линзы слабее степени аметропии, но не более чем на 2,0 D. При разнице рефракции двух глаз силу линз на двух глазах следует при этом снижать на одну и ту же величину.

Обычно ребенок быстро привыкает к назначенным очкам и охотно их носит. Когда же он упорно стремится их снять и говорит, что в них он хуже видит, рекомендуется возобновить на 1-2 дня инстилляцию раствора атропина в глаза и надеть очки «под атропином». При этом ребенок сразу отметит улучшение зрения.

В школьном и подростковом возрасте принципы коррекции гиперметропии остаются в сущности теми же, но при подборе большее значение приобретает заключительное субъективное исследование. Для уточнения силы линз в этих случаях следует пользоваться методом затуманивания.

Ношение очков должно быть, как правило, постоянным. Лишь с 17-18 лет можно разрешить пациенту самостоятельный выбор режима ношения очков – постоянно или лишь при работе на близком расстоянии.

У взрослых с гиперметропией наиболее частым поводом для обращения к врачу (оптометристу) является третье показание – нарушение зрительной работоспособности. Оно проявляется самыми разнообразными жалобами – утомлением глаз при работе (особенно чтении), болями в области глаз и головы, тошнотой, общим чувством дискомфорта и напряжения при разглядывании предметов. Бывает, что на первый план выступают и те показания, которые мы отнесли к «детским». Внезапно появляется косоглазие, которого или вообще не было или оно было в раннем детстве; либо снижается острота зрения и вдаль, и особенно вблизи. Нередко пациенты с гиперметропией обращаются к врачу из-за затруднений при чтении: чтобы хорошо видеть, им требуется далеко отодвигать книгу от глаз.

При решении вопроса о коррекции требуется сугубо индивидуальный подход. Помимо возраста и степени функциональных нарушений следует учитывать профессию пациента, его психологический склад и то, пользовался ли он очками раньше или нет и каково его отношение к ним.

Надо хорошо объяснить пациенту сущность его состояния, которое хотя и необратимо, но не является, в сущности, болезнью. Пациент сам должен принять решение, какой путь приспособления ему избрать: активные тренировки зрения, может быть даже аппаратное лечение (на такую возможность следует указать) или оптическую компенсацию дефекта зрения. В последнем случае коррекция должна быть возможно более полной и постоянной. Как ни парадоксально, но чем моложе пациент, тем более желательно постоянное ношение очков. Опыт, однако, показывает, что отношение пациентов к очкам противоположное: чем старше, тем охотнее они надевают очки насовсем. Между тем именно в «пресбиопическом» возрасте постоянное ношение очков вовсе не обязательно: необходимость его определяется низкой остротой зрения вдаль без коррекции.

При коррекции гиперметропии в пожилом возрасте обычно назначают бифокальные (или мультифокальные) очки по обычным правилам коррекции пресбиопии.

Примеры. 1. Р-ов, 3 лет. Родители заметили у ребенка сходящее косоглазие в возрасте 2 лет. Ранее лечение не проводилось. Остроту зрения из-за возраста проверить не удалось. До применения циклоплетических средств путем скиаскопии выявлена гиперметропия обоих глаз 3,0 D. После трехдневной атропинизации рефракция, выявленная с помощью скиаскопии, оказалась равной: OD +5,5 D, OS +5,0 D. Назначены очки на 1,0 D слабее выявленной степени аметропии: OD sph +4,5 D и OS sph +4,0 D. Ребенок охотно носит очки.

Приведенный пример подчеркивает, что детям младшего возраста очки назначают по объективным данным без субъективной проверки.

2. С-ва, 13 лет. При профилактическом осмотре в школе выявлено снижение остроты зрения до 0,8 на правом и 0,7 на левом глазу. До применения циклоплетических средств с помощью скиаскопии ориентировочно выявлена гиперметропия 2,0 D на каждом глазу, но сферические линзы указанной силы зрения почти не улучшали. После трехдневной инстилляцией 1% раствора атропина рефракция, выявленная при скиаскопии, составила +3,0 D на правом и +4,0 D на левом глазу. Пробный подбор в условиях циклоплегии позволил уточнить рефракцию:

$$\begin{matrix} OD = 0,2 \text{ c sph} + 2,75 \text{ D} = 0,9, \\ V \\ OS = 0,1 \text{ c sph} + 3,5 \text{ D} = 0,8. \end{matrix}$$

После прекращения действия циклоплегии произведен контроль коррекции с применением «затуманивания» по Шерду. Оптимальными оказались +2,5 D на правый и +3,0 D на левый глаз.

$$\begin{matrix} OD = 0,8 \text{ c sph} + 2,5 \text{ D} = 1,0, \\ V \\ OS = 0,7 \text{ c sph} + 3,0 \text{ D} = 0,9. \end{matrix}$$

Очки выписаны с такими линзами для постоянного ношения.

При проверке через месяц: носит очки аккуратно. Острота зрения каждого глаза в очках составляла 1,0.

3. К-ов, 35 лет. Жалуется на быстрое утомление при чтении: $\begin{matrix} V \\ OD = 1,0 \\ OS = 0,9. \end{matrix}$

При исследовании на рефрактометре Хартингера выявлена аметропия OD +1,5 D, OS +2,0 D. При пробном подборе линз:

$$\begin{matrix} OD = 1,0 \text{ c sph} + 1,0 \text{ D} = 1,2, \\ V \\ OS = 0,9 \text{ c sph} + 1,5 \text{ D} = 1,2. \end{matrix}$$

Высокая острота зрения, полученная при пробном подборе, и возраст пациента позволили исключить применение циклоплегии. Поскольку пациент не испытывает трудностей при рассматривании далеких предметов, решено назначить ему очки только для работы на близком расстоянии. Добавка для близи по возрасту к линзам, корригирующим аметропию, равна +0,5 D. Пробное чтение с линзами OD sph +1,5 D и OS sph +2,0 D дало ощущение комфорта. Выписаны соответствующие очки.

КОРРЕКЦИЯ МИОПИИ

В подавляющем большинстве случаев миопия является приобретенным дефектом зрения, развивающимся чаще всего во втором десятилетии жизни. Она является следствием избыточного роста глазного яблока – увеличения его переднезадней оси. Поэтому истинная миопия всегда необратима. Она начинается обычно быстрым снижением остроты зрения вдаль: миопия уже 0,5 D снижает остроту зрения до 0,5-0,6, а 1,0 D – до 0,2-0,3.

Какое-то время это снижение бывает непостоянным, после хорошего отдыха зрение нормализуется. Это дало повод говорить, что миопия начинается со спазма аккомодации или псевдомиопии. На самом деле обычно уже имеет место удлинение глаза, т. е. развивается миопия, но зрительная система пытается компенсировать ее развитием отрицательной аккомодации. Когда этот механизм себя исчерпает, снижение остроты зрения становится постоянным.

Первые годы после своего появления миопия имеет тенденцию нарастать или прогрессировать. Возникновение и прогрессирование миопии обусловлено двумя главными факторами: наследственным предрасположением и зрительной работой на близком расстоянии. Последняя способствует развитию миопии только тогда, когда нагрузка не соответствует возможностям органа зрения и прежде всего его аккомодации.

Показанием к коррекции миопии является снижение остроты зрения вдаль. Однако при назначении очков следует учитывать также состояние аккомодации и других систем, обеспечивающих зрение вблизи, а также степень прогрессирования миопии.

Врожденная миопия – довольно редкая форма. В отличие от временной миопии новорожденных, она бывает высокой степени (более 6,0 D) и обычно сопровождается рядом других аномалий: астигматизмом, разницей рефракции двух глаз более 1,0 D, разнообразными изменениями на глазном дне, неполной остротой зрения с оптимальной коррекцией.

Независимо от возраста обнаружения врожденная миопия подлежит коррекции. Очки назначают для постоянного ношения, чтобы предотвратить развитие амблиопии. Сила линз должна быть несколько слабее (на 20-25%) степени миопии, так как рост элементов глаза еще не закончен и степень миопии может несколько уменьшиться. Астигматизм корригируют полностью и разницу в силе линз двух глаз стараются сохранить такой же, как и разница их рефракции.

Миопию, появившуюся в дошкольном и школьном возрасте, следует корригировать, когда острота зрения вдаль устойчиво снижается до 0,2-0,3. Как уже говорилось, это бывает при миопии 1,0 D и выше.

Назначают очки для дали, причем, чтобы избежать возможной гиперкоррекции, подбирают линзы такой силы, чтобы острота зрения при двух открытых глазах составляла примерно 0,7-0,8. Для работы вблизи вначале не назначают никаких очков, а по мере роста миопии выписывают очки, в которых сферический элемент на 1,5-2,0 D был бы слабее, чем в очках для дали. Это позволяет разгрузить аккомодацию и исключить один из факторов прогрессирования миопии. Обычно такую коррекцию сочетают с активными тренировками аккомодации.

Коррекция миопии не обязательно должна быть постоянной: поскольку при этом виде рефракции всегда имеется зона ясного видения на конечном расстоянии от глаз, амблиопия при ней (за исключением врожденной близорукости) не развивается. Ношение или ненахождение очков в повседневной жизни, т. е. при зрении на далеком расстоянии, вопреки распространенному среди немедиков мнению, не влияет на прогрессирование миопии.

Однако некоторая тренировка зрения в кругах светорассеяния возможна. Поэтому человек, начинающий носить минусовые очки, обычно чувствует, что без них он видит немного хуже.

Почти полная коррекция для дали и неполная (на 1,5-2,0 D слабее) для близи рекомендуется до степени миопии 6,0 D, начиная с которой полная коррекция часто вызывает дискомфорт. В этих случаях дают линзы максимально переносимой силы, либо назначают контактную коррекцию.

Прогрессирование миопии обычно продолжается до 18-22 лет. Смену очков за это время следует производить как можно реже, так как каждый раз увеличение силы линз является психологической травмой для пациента и его родителей.

Если близорукость в течение трех лет не прогрессирует, то можно переходить к окончательной коррекции, т. е. одним очкам для дали и близи.

Полнота коррекции и характер пользования очками зависят от степени миопии и рода деятельности пациента. При миопии до 3,0 D вполне можно пользоваться очками только для дали (кино, театр; занятия в аудитории, вождение машины и т. д.). При этом коррекция может быть полной, т. е. дающей наивысшую остроту зрения. Разумеется, если профессия пациента требует особо четкого видения далеких предметов или если он сам хочет лучше видеть, то можно носить очки постоянно. При миопии выше 3,0 D приспособительные механизмы, как правило, недостаточно эффективны и мы рекомендуем носить очки постоянно. В этих случаях коррекция может быть полной или почти полной, критерием является чувство комфорта у пациента.

Начиная с 45-50 лет обычно снова требуются вторые очки (или бифокальные очки) с более слабыми линзами для работы на близком расстоянии. Разница в силе линз для дали и для близи подбирается по общим правилам коррекции пресбиопии. В очках для близи должны сохраняться те же цилиндры и та же разница в силе сфер двух глаз, что и в очках для дали.

Примеры. 1. Б-ко, 5 лет. Понижение зрения обнаружено в детском саду.

$$\begin{matrix} OD = 0,1 \\ V \\ OS = 0,05. \end{matrix}$$

При атропинизации выявлена рефракция OD -5,0; OS -7,0. Картина глазного дна характерна для врожденной миопии. Зрение с оптимальной коррекцией:

$$\begin{matrix} V \\ OD \text{ c sph} - 5,0 \text{ D} = 0,6 \\ OS \text{ c sph} - 7,0 \text{ D} = 0,5. \end{matrix}$$

Назначены очки для постоянного ношения с гипокоррекцией на 1,0 D:

$$OD \text{ sph} - 4,0 \text{ D}$$

$$OS \text{ sph} - 6,0 \text{ D}$$

Биокулярная острота зрения в них 0,5.

2. М-ов, 12 лет. При очередном осмотре выявлено снижение остроты зрения:

$$\begin{matrix} OD = 0,1 \text{ c sph} - 2,5 \text{ D} = 1,0 \\ OS = 0,2 \text{ c sph} - 2,0 \text{ D} = 1,0. \end{matrix}$$

Запас относительной аккомодации оказался равным 1,5 D, т. е. значительно сниженным по сравнению с возрастной нормой (4,0 D). После трехдневной атропинизации посредством скиаскопии выявлена рефракция:

$$\begin{matrix} OD & \begin{matrix} \text{—}2,5 \\ \text{—}2,0 \end{matrix} & OS & \begin{matrix} \text{—}2,25 \\ \text{—}1,75 \end{matrix} \end{matrix}$$

Проведен пробный подбор линз (под действием атропина):

$$\begin{matrix} OD = 0,1 \text{ c sph} - 2,25 \text{ D} = 1,0 \\ V \\ OS = 0,2 \text{ c sph} - 1,75 \text{ D} = 1,0. \end{matrix}$$

Добавление цилиндрических линз зрения не улучшает.

После прекращения действия циклоплегии острота зрения с этими же линзами составила 1,0. При двух открытых глазах с линзами OD sph -2,0 D; OS sph -1,5 D острота зрения составила 0,8. При исследовании на цветотесте зрение бинокулярное. Чтение обычного печатного шрифта с расстояния 30 см с линзами -1,0 D и -0,5 D в течение 20 мин не вызывает затруднений. Установочные движения глаз при фиксации объекта, расположенного на расстоянии 30 см, отсутствуют.

Таким образом, у подростка выявлена миопия слабой степени с ослаблением аккомодации. Назначены очки для дали OD sph -2,0 D; OS sph -1,5 D, а для работы на близком расстоянии – меньше на 1,0 D (OD sph -1,0 D; OS sph -0,5 D). Рекомендованы упражнения по развитию аккомодации.

3. В-на, 30 лет. Жалуется на плохое зрение, особенно вдаль. Носит очки sph -4,0 D на оба глаза, которые в последнее время недостаточно улучшают зрение. При исследовании на рефрактометре Хартингера определяется рефракция:

$$\begin{matrix} OD & \begin{matrix} \text{—}6,75 \\ \text{—}6,0 \end{matrix} & OS & \begin{matrix} \text{—}7,0 \\ \text{—}6,5 \end{matrix} \end{matrix}$$

При пробном подборе очков:

$$\begin{matrix} V \\ OD = 0,05 \text{ c sph} - 5,0 \text{ D} = 1,0 \\ OS = 0,05 \text{ c sph} - 5,5 \text{ D} = 1,0. \end{matrix}$$

С этими же линзами свободно читает текст № 4 таблицы Сивцева для близи с расстояния 33 см. Запас относительной аккомодации составляет 2,0 D, что соответствует возрастной норме.

Назначены очки для постоянного ношения в соответствии с оптимальной коррекцией: OD sph -5,0 D; OS sph -5,5 D.

Алгоритм лечения ВМД плюс глаукома — догма или творческое руководство к действию?

Продолжение. Начало читайте в «Поле зрения» №2/2015

Эксперты: доцент **Дж.Н. Ловпаче** (ФБГУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», Москва), к.м.н. **С.Ю. Петров** (ФБГНУ «НИИГБ», Москва).

Модератор дискуссии, профессор **В.П. Еричев**, обратил внимание аудитории на то, что вокруг простагландинов идут серьезные споры в связи с возможным участием простагландинов в развитии макулярного отека, который может быть усилен в связи с основным заболеванием. Так это или не так — мнения у экспертов расходятся.



К.м.н. С.Ю. Петров



Профессор В.П. Еричев



Доцент Дж.Н. Ловпаче

Стенограмма доклада к.м.н. С.Ю. Петрова «Аналоги простагландинов (АП) у больных глаукомой и возрастной макулярной дегенерацией. Возможен ли компромисс?»

Простагландины впервые были выделены в 1935 году шведским физиологом фон Ойлером из семенной жидкости, получив название от лат. *glandula prostatica*. Позже было установлено, что простагландины синтезируются во многих тканях и органах. Разнообразие функций и отсутствие в организме специального органа биосинтеза позволило относить их к т.н. «местным», или клеточным, гормонам.

В начале XX века было известно, что экстракты половых желез животных и простаты человека понижают кровяное давление у собак и кроликов. В настоящее время известно около 30 природных простагландинов. Они разделены на группы А, В, С, D, E, F, G, I. Краткое обозначение складывается из аббревиатуры «Р» и группы, например, PGF — простагландин F. Среди множества эффектов выделяют важное свойство: расслабление гладкой мускулатуры. Вазодилатация и бронходилатация находят место в регуляции процессов нормальной физиологии, а расслабление гладкой мускулатуры — в патофизиологии. Активное участие простагландины принимают в регуляции местного воспалительного процесса, расширяя сосудистый просвет и повышая проницаемость стенок, что сопровождается гиперемией и отеком (*рис. 1*). По сути, все проводимая по показаниям противовоспалительная терапия сводится к борьбе с синтезом простагландинов, поскольку стероидные препараты блокируют фосфолипазу, участвующую в трансформации фосфолипидов в арахидоновую кислоту, а нестероидные средства — циклооксигеназу, превращающую, в свою очередь, арахидоновую кислоту в простагландины. Таким образом, простагландины являются биологически активными веществами, способными вызывать, потенцировать и поддерживать звенья воспалительной реакции.

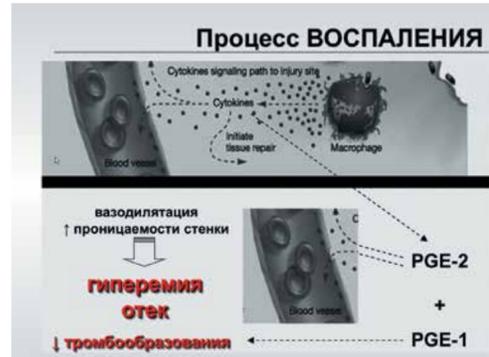


Рис. 1.

Макулярный отек (МО), впервые описанный Irvine в 1953 году после экстракции катаракты (ЭК), является скоплением жидкости в слоях сетчатки в центре возле фoveолы с образованием заполненных жидкостью образований. В 1982 году Jaffe и Daupen показали, что экстракапсулярная ЭК вызывает развитие макулярного отека гораздо чаще, чем интракапсулярная. Причина данного явления — воспалительный ответ на хирургическую травму с активным синтезом простагландинов, что было доказано в работах K. Miyake, S. Sugiyma и I. Norimatsu. Позже A. Flach отметил снижение концентрации простагландинов, коррелирующее с уменьшением макулярного отека при терапии нестероидными противовоспалительными средствами.

Позже были сформулированы основные факторы риска развития макулярного отека: патология сосудов сетчатки (диабетическая ретинопатия, окклюзия центральной вены сетчатки, идиопатическая телеангиэктазия, макроаневризма центральной артерии сетчатки, радиационная ретинопатия), наличие внутриглазного воспаления (периферический увеит, ретинохориоидит), мультифокальный хориоидит с пануевитом, токсоплазмоз, цитомегаловирусный ретинит, болезнь Бехчета, клерит), состояние после удаления катаракты (имплантация интраокулярной линзы в переднюю камеру, вторичная имплантация, разрыв задней капсулы, выпадение стекловидного тела, диабет, кистозный макулярный отек в анамнезе на другом глазу), состояние после хирургических процедур (YAG-лазерная капсулотомия, криотерапия сетчатки, лазерная фотокоагуляция), состояние после приема лекарств (местное применение 2% адреналина, особенно в афакичном глазу, латанопроста и системное — никотиновой кислоты), а также дистрофия сетчатки, витреомакулярный тракционный синдром и макулярная эпитриальная мембрана.

Таким образом, в настоящее время макулярный отек может рассматриваться как скопление жидкости в центре сетчатки,

связанное преимущественно с синтезом простагландинов при воспалении хирургическое и иного генеза.

Аналоги PGF_{2a}, применяемые для снижения офтальмотонуса при глаукоме, как известно, связываются с FP-рецепторами цилиарного тела, эпителия хрусталика, трабекулярного аппарата, меланоцитов радужки, а также волосных фолликулов. Считается, что PGF_{2a} увеличивают содержание матричных металлопротеаз, превращающихся в активные ферменты, разлагающие фибриллы коллагена. В результате чего происходит разрежение экстрацеллюлярного матрикса и увеличение увеосклерального оттока внутриглазной жидкости.

Принимая во внимание побочный эффект простагландинов — гиперемию, обусловленную вазодилатацией, их следует с осторожностью назначать при воспалении в анамнезе (ирит, увеит), а также при наличии дефекта задней капсулы хрусталика. Это нашло непосредственное отражение в инструкции по медицинскому применению латанопроста, где также указано на случаи макулярного отека (в т.ч. кистозного) на фоне терапии латанопростом преимущественно у пациентов с афакией, артифакией (с повреждением задней капсулы) и рисками макулярного отека. Также не рекомендуется применение препарата в стадии острого воспаления, к которой можно отнести и ранний послеоперационный период.

Сам по себе длительная местная гипотензивная терапия рассматривалась в качестве фактора риска макулярного отека при ЭК Т. Kfirin еще 1987 году. Спустя 3 года после регистрации латанопроста в США в базе FDA была накоплена информация о 120 случаях макулярного отека на фоне применения латанопроста. Регулярные сообщения о случаях МО у больных глаукомой на фоне применения латанопроста с факторами риска (афакия, дефект задней капсулы, увеиты, сосудистая ретинопатия) были отмечены в 1997, 1998, 1999 и 2002 гг. Так, E. Wagvar в 1998 году отметил, что, несмотря на то что латанопрост зарекомендовал

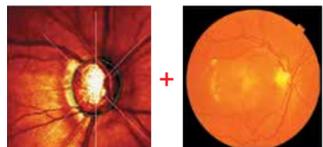


Рис. 2.

себя в качестве эффективного гипотензивного препарата, на фоне его применения авторами отмечено развитие макулярного отека и рецидив переднего увеита, преимущественно у пациентов с переднекамерной интраокулярной линзой, интраоперационным повреждением задней капсулы и увеитом в анамнезе. В 2000 году С. Lima фиксировал развитие макулярного отека на фоне терапии латанопростом при артифакии и афакии. К 2002 году был накоплен достаточный опыт по развитию макулярного отека на фоне применения других аналогов PGF_{2a}. В настоящее время число публикаций по данной тематике составляет 124 работы согласно базе PubMed (*рис. 2*).

Таким образом, по данным многочисленных клинических исследований на фоне применения аналогов PGF_{2a} возможно развитие макулярного отека у пациентов из соответствующей группы риска, что заставляет специалистов с осторожностью относиться к применению местных гипотензивных средств данной группы в определенных клинических ситуациях.

Стенограмма доклада доцента Дж. Н. Ловпаче «Возможность применения аналогов простагландинов у пациентов первичной открытоугольной глаукомой и возрастной макулярной дегенерации. Аргументы «за».



Увеличение средней продолжительности жизни в мире неизбежно повлечет за собой увеличение численности заболеваний с инволюционным вектором. К возраст-ассоциированным заболеваниям можно отнести первичную открытоугольную глаукому (ПОУГ) и возрастную макулярную дегенерацию (ВМД). Есть ли вероятность сочетания этих заболеваний и как руководствоваться выбором терапии в таких клинических ситуациях? Статистика свидетельствует о том, что в России около 1 миллиона больных глаукомой (906 человек на 100 тысяч населения), свыше 150 000 инвалидов по зрению и более 70 000 слепых вследствие глаукомы. Почти во всех регионах России глаукома занимает первое место среди причин инвалидности вследствие офтальмопатологии. По данным ретроспективного эпидемиологического исследования (Киселева О.А. с соавт.), несмотря на длительное отсутствие симптомов болезни, первичная открытоугольная глаукома диагностируется относительно часто — в начальной стадии в 43% и в развитой стадии — в 38% (*рис. 1*).

Вместе с тем по заключению ВОЗ возрастная макулярная дегенерация является одной из частей причин снижения зрения во второй половине жизни, ведущей к потере трудоспособности и ухудшению качества жизни людей. К 2050 году при росте численности населения Земли до 8,9 миллиардов предположительное число пациентов с ВМД составит 47 миллионов. Начальная стадия ВМД выявляется в пожилом возрасте (до 65 лет) — у 10-36,5%, поздняя стадия — у 0,5-3,3% людей старше 65 лет и у 9-12% лиц старше 80 лет. Двустороннее поражение при ВМД отмечается соответственно в 52-64 л. — 64%, 65-74 л. — 71%, в 75-85 л. — 79%. Влажная форма ВМД встречается значительно реже — в 10-15%, по сравнению с сухой формой, которая диагностируется в 85-90% случаев. Однако по «возрастному старту» отмечается несоответствие этих патологий. Исследованием группы «Научного авангарда»

определен средний возраст и возрастная динамика (в %) пациентов на момент постановки диагноза (*рис. 2*). При «глаукоме» — это 59,92±0,58 (56; 64), при «ВМД» — 63,45±0,92 (59; 5). Таким образом, цифры показывают не очень высокую вероятность параллельного начала этих двух заболеваний, хотя на момент постановки на учет (в среднем 61-64 г.), теоретическая, да и практическая возможность «встречи» этих двух патологических состояний существует. Это важно, так как возникает вопрос выбора терапии и возможного ограничения этого выбора с учетом побочных эффектов препаратов, и на практике возникает целый ряд вопросов.

Вопрос № 1: Есть ли реальная опасность применения для снижения ВГД препаратов группы аналогов простагландинов (АП) при наличии у пациентов ВМД, с учетом существующего мнения о не частом, но все же риске возникновения макулярного отека (МО) при применении этой группы препаратов?

Препараты группы аналогов простагландинов все чаще являются препаратами «старта», поскольку эффективно снижают внутриглазное давление при первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ) и хорошо переносятся пациентами. Механизм действия препаратов связан с активацией ферментной группы металлопротеиназ (ММП), а именно 1, 2, 3 и 9 подтипов в цилиарном теле, что является результатом перестройки внеклеточного матрикса (ВКМ) — вторичного явления после усиления выработки и активности ММП, что и лежит в основе усиления увеосклерального оттока и снижения внутриглазного давления. В нормальном физиологическом состоянии ММП играют важную роль в ангиогенезе, заживлении ран и перестройке ткани. В норме неактивные формы ММП-2 и ММП-9, коллагеназы ММП-1 всегда содержатся в мембране Бруха. Патологическая активность ММП связана с протеолитической деструкцией нормальной соединительной ткани. По мере старения уровень ММП-2 и ММП-9 в желтом пятне возрастает. В глазах с ВМД уровень ММП-2 в межфоторецепторном матриксе сетчатки в два раза выше уровня в здоровых глазах. Предполагается, что ММП-2 и ММП-9 специфически влияют на образование ХНВМ. Поэтому вполне обоснованно будет теоретически предположить, что местное применение аналогов простагландинов действительно может влиять на данные ткани.

Вопрос № 2: Но насколько специфична и значима динамика уровней ММП именно для пациентов с ВМД?

Действительно есть высокая вероятность ассоциации подъема уровня ММП-2 и ММП-9 в плазме при развитии ВМД. Однако повышение уровня ММП-2 и ММП-9 в плазме также может быть следствием злокачественных новообразований, гепатитов, заболеваний легких, ревматоидного артрита, системного атеросклероза, повышения уровня С-реактивного белка и уровня провоспалительных цитокинов, стресса, расы, массы тела. Поэтому все-таки нельзя утверждать, что динамика уровней ММП имеет высокую специфичность только для ВМД.

Вопрос № 3: Ну а тогда действительно ли связано длительное применение местных аналогов простагландинов с развитием хронической неоваскулярной мембраны (ХНВМ) у пациентов с глаукомой и сопутствующим диагнозом ВМД?

Учитывая активизирующее действие АП (в исследовании — латанопроста) на ММП и предполагаемую роль ММП в образовании ХНВМ, изучалась и вероятность того, что местные простагландины, проявляя физиологическую активность в заднем отрезке глаза, могут вызывать образование ХНВМ у пациентов с ВМД. При применении АП пациентами с глаукомой в сочетании с влажной или сухой возрастной макулярной дегенерацией (ВМД) не было обнаружено существенных различий количества пациентов в каждой группе, получавших АП. При применении других местных антиглаукоматозных препаратов пациентами с влажной или сухой возрастной макулярной дегенерацией также не было обнаружено существенных различий в количестве достигнутых мембраны Бруха. Кроме того, наличие у псевдофакчных и факчных пациентов интраокулярной линзы или собственного хрусталика может служить дополнительным барьером, препятствующим поступлению АП в задний отрезок глаза. Таким образом, получается, что опасность применения этих препаратов условна?

Описано, что подтипы ММП в мембране Бруха нечувствительны к активации аналогами простагландинов. Простаноидные рецепторы во внутреннем и наружном слое сетчатки могут удалять молекулы простагландинов до того, как последние достигнут мембраны Бруха. Кроме того, наличие у псевдофакчных и факчных пациентов интраокулярной линзы или собственного хрусталика может служить дополнительным барьером, препятствующим поступлению АП в задний отрезок глаза. Таким образом, получается, что опасность применения этих препаратов условна?

Вопрос № 4: А насколько в таком случае безопасно применение АП в группах риска?..

При комбинации ВМД и ПОУГ, несмотря на достоверное уменьшение толщины наружных слоев сетчатки в макулярной области у больных ПОУГ в зависимости от стадий, не выявлено какой-либо закономерности между приемом отдельных гипотензивных препаратов или их комбинаций и тяжестью течения ВМД (Шутько Е.А.). У пациентов с сочетанием диабетической ангиопатии и ПОУГ толщина (и объем) сетчатки в макуле также достоверно отличалась только в зависимости от стадии ПОУГ. С нарастанием тяжести (стадии) глаукоматозного процесса отмечалось уменьшение толщины сетчатки (Григорьева Н.Н. с соавт.), что не зависело от применяемых групп препаратов местного гипотензивного действия. При этом дисперсионные (внутригрупповой и межгрупповой) типы анализов не установили статистически достоверных различий в состоянии макулярной зоны (толщины сетчатки) у пациентов в группе «ПОУГ» и группе «+ВМД» в зависимости от стадии заболевания (группа «Научный авангард»).

Вопрос № 5: Так все-таки ограничить ли мы в выборе?

Группа риска возникновения макулярного отека при применении препаратов группы АП, очевидно, действительно есть. Это пациенты, перенесшие тромбоз вен сетчатки, страдающие сахарным диабетом, пациенты после хирургии катаракты без осложнений и с интраоперационной потерей стекловидного тела, витреоретинальной тракцией, эпитриальной мембраной, афакией, нарушением целостности задней капсулы. Среди обсуждаемых причин возникновения МО после хирургии катаракты описана, например, активность различных цитокинов, ферментов, эндотелиального фактора роста, продуктов распада арахидоновой кислоты, высвобождением простагландинов, включая и PGE₂, что в комплексе вызывает нарушение гематофтальмического барьера. Помимо возраст тоже повышает «шансы» МО. Таким образом, препараты группы АП имеют «конкурентов», хотя и их роль в возможном возникновении МО полностью не исключается. Получается, четко определить причину возникновения МО невозможно. Но, даже в группе риска МО встречается в среднем не более чем в 5% (Miltiadis K Tsilimbarisetall, 2008). Что же делать? Пациентам

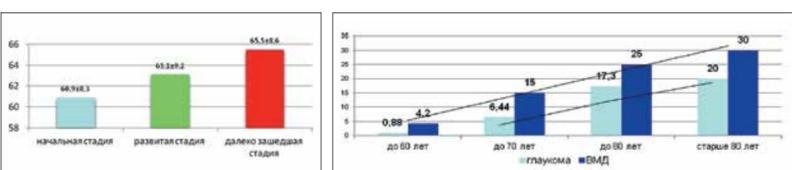


Рис. 1.

Рис. 2.

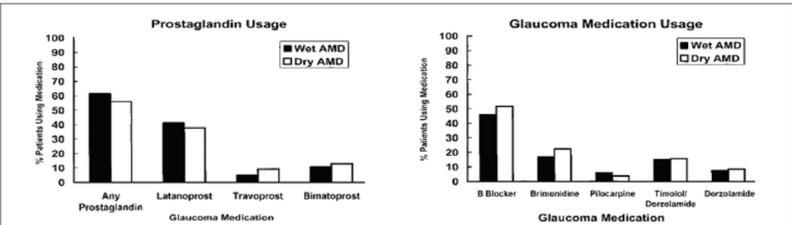


Рис. 3.

группы риска предложено приостановить инстилляцию АП за 1 неделю до операции и вернуться к ней через 30-60 дней после операции, если в этом есть реальная необходимость. ФЭК вызывает снижение ВГД — возможно в п/о периоде и не возникает необходимости в АП, тем более что альтернатива во гипотензивной «силе» в арсенале есть (например, фиксированные комбинации, не содержащие АП) и лучше избегать вообще этой группы препаратов при послеоперационном реактивном синдроме. Рекомендовано сопроводять послеоперационный период стероидами и нестероидными препаратами, что, однако, давно уже является стандартом. Есть

предположение и о роли консерванта бензалкония хлорида (БАК), который входит в состав большинства препаратов местной терапии в возникновении МО (в проведенном исследовании это касалось после хирургии катаракты). При применении тимолола в послеоперационном периоде достоверно более редкое возникновение МО отмечено при применении БАХ (David A. et al., 2010, 2011). Авторы даже предложили термин «pseudophakic preservative maculopathy» — артификальная макулопатия, вызванная консервантами. Наличие препаратов местной гипотензивной терапии без БАК, включая также и TRAVATAN®

раствор, содержащий антисептик ПОЛИКВАД® (0,001% поликватерний-1) и Тафлотан® (0,0015% тафлупрост) без консерванта, позволяет снизить возможно гипотетический, но риск артификальной макулопатии, вызванной консервантами. Вопрос о причинно-следственной связи МО и препаратов группы АП является явно более сложным, чем первоначально можно предположить, явно неоднозначным и в настоящее время недоказанным. Но все же, сохраняя адекватную бдительность, скорее всего, следует сказать «да» аналогам простагландинов у больных с глаукомой и возрастной макулярной дегенерацией. ■

Влияние силы оптической коррекции миопии на состояние глазного кровотока

А.Т. Карапетян, Н.В. Шапошникова, А.А. Рафаелян, А.Г. Маркосян

ФГБУ «НИИГ»

Миопия — наиболее часто встречающийся оптический дефект, как правило, обусловленный увеличенными размерами переднезадней оси глаза. На сегодняшний день детально изучены механизмы развития миопии и возникающие при этом анатомо-функциональные изменения и менее понятны причины развития данного рефракционного нарушения (Аветисов С.Э., 2013). По данным литературы, в развитии миопии могут иметь значение наследственный, аккомодационный, гидростатический, конвергентный, гемодинамический, гормональный, трофический факторы. Но наиболее широкое распространение с учетом полноты доказательной базы получила трехфакторная теория происхождения близорукости, предложенная Э.С. Аветисовым.

Вопросы, связанные с выбором оптимальной силы оптической коррекции (условно полная и неполная коррекция) миопии, до настоящего времени являются предметом многочисленных дискуссий. Сторонники полной оптической коррекции миопии указывают на необходимость создания физиологических условий для работы зрительно-анализатора (Волков В.В., Страхов В.В., 2007; Гулидова Е.А., 2011). В то же время отмечено, что полная оптическая коррекция может оказывать негативное влияние

на «работоспособность» цилиарной мышцы (Дашевский А.И., 1973; Лазук А.В., Иомдина Е.Н., 2004; Тарутта Е.П., Филинова О.Б., 2009). При этом независимо от степени оптической силы коррекции миопии, как правило, для оценки эффективности того или иного подхода используют такие критерии, как уровень остроты зрения, влияние на состояние аппарата аккомодации и зрительную утомляемость. Кроме этого, потенциальную эффективность метода и силы коррекции оценивают в различных группах исследований, что усложняет стандартизацию исследований. Наконец, остается открытым вопрос возможного влияния полноты коррекции на гемодинамику миопического глаза.

Вышеизложенное послужило основанием для проведения данной работы, основной целью которой явилось изучение особенностей глазного кровотока при миопии в условиях оптической коррекции различной силы. Совокупные отличия данной работы от ранее проведенных заключались в применении современных методов оценки глазного кровотока, использовании для оптической коррекции миопии контактных линз и последовательном проведении исследований в идентичной группе пациентов.

Материал и методы

Обследования были проведены группе из 104-х пациентов (208 глаз), возраст которых колебался в диапазоне от 17 до 36 лет и в среднем составил $25,3 \pm 5,7$ лет. 88 пациентов с двухсторонней миопией были разделены на 3 группы: в 1-ю — вошли 30 пациентов (60 глаз) с миопией слабой степени (диапазон ПЗО: 23,1-25,2 мм), во 2-ю — 31 пациент (62 глаза) с миопией средней степени (ПЗО: 23,0-26,0 мм), в 3-ю — 27 пациентов (54 глаза) с миопией высокой степени (ПЗО: 25,1-27,2 мм). В 4-ю группу (сравнения) были включены 16 пациентов (32 глаза) с эмметропической рефракцией (ПЗО: 22,4-24,2 мм).

К критериям исключения из сформированных групп были отнесены: астигматизм — более 0,75 дптр, анизометрия — более 1,5 дптр, амблиопия, а также любые сопутствующие глазные заболевания.

Помимо стандартных методов исследования, проводили специальные методы исследования гемодинамики глаза с помощью флоуметрии и дуплексного сканирования экстраокулярных сосудов. Для проведения флоуметрии использовали анализатор глазного кровотока (Dicon®Diagnosics Paradigm Blood Flow Analyzer, Medical Industries Inc., USA). Из ряда показателей, получаемых при проведении флоуметрии, в данном исследовании оценивали изменения пульсового объема глазного кровотока (часть объема крови, которая во время систолы поступает в глазное яблоко), объем импульса (характеризующего изменение объема кровотока, необходимого для изменения давления амплитуды импульса — разница между максимальным и минимальным уровнем внутриглазного давления в период сердечного цикла) и внутриглазное давление.

Дуплексное сканирование экстраокулярных сосудов осуществляли с помощью многофункциональной установки Voluson E8 Expert (GT Healthre, США). Объектами исследования в данной работе являлись глазная артерия, центральная артерия сетчатки, латеральные и медиальные задние короткие цилиарные артерии. Определяли следующие показатели кровотока: Vsyst — пиковая систолическая скорость (см/сек); Vdiast — конечная диастолическая скорость (см/сек); Vmed — усредненная линейная скорость кровотока (см/сек), RI — индекс резистентности; PI — пульсаторный индекс.

Результаты и обсуждение

Состояние глазного кровотока по данным флоуметрии в зависимости от степени миопии и, как следствие, с различной величиной переднезадней оси глаза представлены в табл. 1.

При миопии во всех трех группах относительно группы сравнения показатели пульсового глазного кровотока носили строго убывающий, статистически значимый характер — на 4,8 (20%); 9,56

(39,9%) и 10,82 (45%) мкл/сек при миопии слабой, средней и высокой степени соответственно. Величины объема импульса по данным флоуметрии также носили убывающий характер по мере увеличения степени миопии ($9,79 \pm 2,13$; $8,06 \pm 1,65$; $5,9 \pm 1,68$ и $5,19 \pm 1,11$ мкл при эмметропии, миопии слабой, средней и высокой степени соответственно). Статистически значимыми оказались изменения при миопии средней и высокой степеней ($p \leq 0,001$).

Таблица 1
Средние показатели флоуметрии ($\bar{m} \pm \bar{\sigma}$) при различной клинической рефракции

Рефракция	ВГД (мм рт.ст.)	Объем импульса (мкл)	Пульсовой глазной кровотока (мкл/сек)	ПЗО (мм)
Эмметропия	$13,44 \pm 2,82$	$9,79 \pm 2,13$	$23,97 \pm 3,51$	22,4-24,2
Миопия слабой степени	$13,61 \pm 2,46$	$8,06 \pm 1,65$	$19,17 \pm 3,22^*$	23,1-25,7
Миопия средней степени	$15,97 \pm 2,84^{**}$	$5,9 \pm 1,68^*$	$14,41 \pm 3,87^{**}$	23,0-26,0
Миопия высокой степени	$15,98 \pm 2,67^{**}$	$5,19 \pm 1,11^{**}$	$13,15 \pm 2,28^{**}$	25,1-27,2

* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$

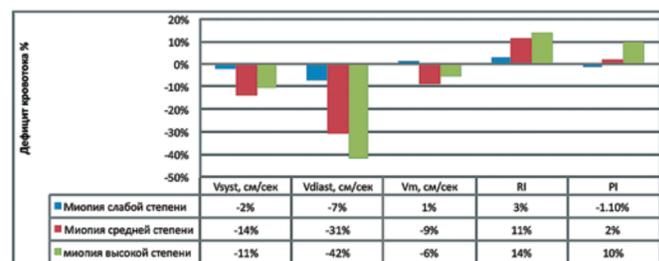


Рис. 1. Диаграммы, отражающие изменения показателей кровотока в глазной артерии у пациентов с миопией различной степени по данным дуплексного сканирования экстраокулярных сосудов

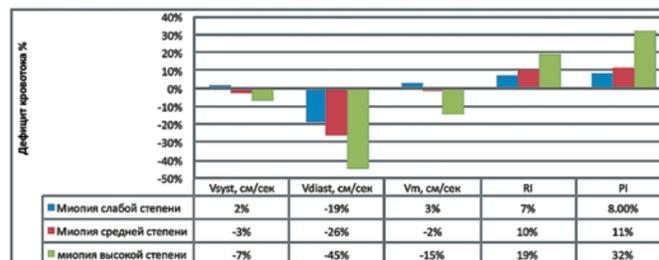


Рис. 2. Диаграммы, отражающие изменения показателей кровотока в центральной артерии сетчатки у пациентов с миопией различной степени по данным дуплексного сканирования экстраокулярных сосудов

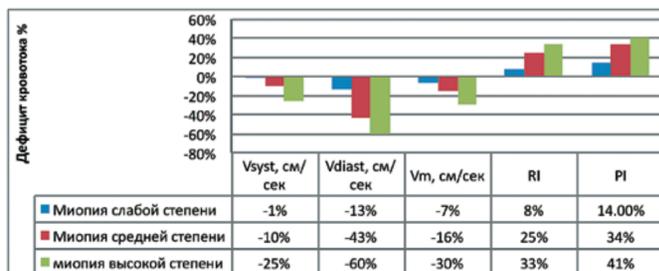


Рис. 3. Диаграммы, отражающие изменения показателей кровотока в задних коротких цилиарных артериях у пациентов с миопией различной степени по данным дуплексного сканирования экстраокулярных сосудов

Таблица 2
Средние показатели флоуметрии ($\bar{m} \pm \bar{\sigma}$) при различной оптической силе коррекции миопии для дали

Степень миопии	ВГД (мм рт.ст.)		Пульсовой глазной кровотока (мкл/сек)		Объем импульса (мкл)	
	неполная коррекция	полная коррекция	неполная коррекция	полная коррекция	неполная коррекция	полная коррекция
Слабая	$15,04 \pm 2,43$	$13,47 \pm 2,56^{**}$	$16,78 \pm 2,68$	$19,97 \pm 2,33^{**}$	$6,61 \pm 0,84$	$8,56 \pm 1,32^{**}$
Средняя	$17,52 \pm 2,67$	$16,06 \pm 2,68^{**}$	$13,74 \pm 4,46$	$14,21 \pm 3,0$	$5,26 \pm 1,61$	$5,97 \pm 1,4^*$
Высокая	$17,13 \pm 2,58$	$16,65 \pm 1,78$	$12,9 \pm 2,2$	$12,75 \pm 1,86$	$5,02 \pm 1,22$	$5,07 \pm 1,13$

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

и дефицит показателей гемодинамики при миопии от аналогичных данных при эмметропической рефракции отражены в виде диаграмм на рис. 1-3.

При изучении возможного влияния полноты оптической коррекции миопии на различные гемодинамические показатели глаза использовали принцип стандартизации отмечены в ЗКЦА при миопии средней (повышение RI на 25% и PI на 34%) и высокой (повышение RI на 33% и PI на 41%) степеней. Снижение конечной диастолической скорости в ЗКЦА также было статистически значимо при миопии средней (на 43%) и высокой (на 60%) степеней.

В ГА и ЦАС наиболее выраженными отклонениями были отмечены при миопии высокой степени. В частности, при миопии высокой степени в ГА индексы периферического сопротивления повышались на 14% — RI и на 10% — PI, в ЦАС на 19% — RI и на 32% — PI. В ГА и ЦАС наиболее значимыми оказались изменения конечной диастолической скорости. Дефицит его составил в ГА — 31% при миопии средней степени и 42% при миопии высокой степени, а в ЦАС — 26% и 45% соответственно. Выявленные отличия

погрешностей, связанных с индивидуальностью функциональных показателей и пониманием пациентами сущности тестов.

По данным флоуметрии (табл. 2) при применении полной оптической коррекции миопии по сравнению с неполной выявлена тенденция к увеличению пульсового объема глазного кровотока (на 3,19 мл/сек при миопии слабой и 0,47 мл/сек при миопии средней степени), увеличению объема импульса (на 1,95 мкл при миопии слабой и 0,71 мкл при миопии средней степени), а также снижению ВГД (на 1,57 мм рт.ст. при миопии слабой и 1,46 мм рт.ст. при миопии средней степени). При миопии высокой степени сила оптической коррекции существенно не влияла на указанные показатели.

Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии полной оптической коррекции миопии слабой и средней степеней на показатели объемного глазного кровотока, что, возможно, связано с более полноценной работой аккомодационного аппарата как вдали, так и вблизи. Косвенно на это указывает и факт некоторого снижения внутриглазного давления при полной оптической коррекции миопии. Отсутствие

подобных изменений при миопии высокой степени, возможно, объясняется функциональной истощенностью механизмов регуляции исходно сниженного в результате увеличения переднезадней оси объемного глазного кровотока.

Динамические характеристики кровотока в глазной артерии, центральной артерии сетчатки и задних коротких цилиарных артериях, определяемые с помощью дуплексного сканирования экстраокулярных сосудов, практически не зависят от полноты оптической коррекции миопии.

Таким образом, увеличение степени миопии ожидаемо приводит к ухудшению как объемных, так и линейных гемодинамических показателей глазного кровотока в глазной артерии, центральной артерии сетчатки и задних коротких цилиарных артериях. Выявлена тенденция увеличения объемных показателей кровотока при полной коррекции миопии слабой и средней степеней, в частности, пульсового глазного кровотока и объема импульса. Выявленные закономерности могут быть использованы в качестве одного из критериев адекватного подбора оптической силы коррекции. ■

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

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

ACRYSTYLE
Мягкие интраокулярные линзы

КСЕНОПЛАСТ
Коллагеновый антиглаукоматозный дренаж и материалы для склеропластики

ОКВИС
Протектор тканей глаза — глазные капли

ЛОКО.ННК
Аппарат для фототерапии роговицы методом локального криоликиннга

☆ БИОСОВМЕСТИМОСТЬ
☆ БЕЗОПАСНОСТЬ
☆ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ГЛАУКОМА 2

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

FOCUS

HumanOptics

СОВРЕМЕННЫЕ ИОЛ ОТ КОМПАНИИ HUMANOPTICS (ГЕРМАНИЯ)

ДИФФРАКТИВА

TORICA

АСПИРА

Мультифокальная ИОЛ предназначена для комфортного зрения на всех расстояниях

Торическая ИОЛ обеспечивает высокое качество зрения для пациентов с астигматизмом

Асферическая ИОЛ обеспечивает зрение вдаль без сферических aberrаций (искажений)

ИНТРАОКУЛЯРНЫЕ ЛИНЗЫ ОТ КОМПАНИИ HUMANOPTICS ПОМОГУТ ВАМ ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫСИТЬ КАЧЕСТВО ЗРЕНИЯ.

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

©2015. Все права защищены

Конъюнктивиты: дифференциальная диагностика и лечение

М.М. Бикбов, В.Б. Мальханов, А.Э. Бабушкин

ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан»

Глава 3. Диагностика и лечение вирусных конъюнктивитов

Продолжение. Начало см. в «Поле зрения» №2/2015

Во время вспышек ЭКК в 2008-2010 гг. отмечено изменение классической клинической картины заболевания (Майчук Д.Ю. с соавт., 2011). Так, если первая стадия атипичного течения ЭКК не отличалась по длительности (до 7 дней), то вторая стадия уже продолжалась до 3 недель и сопровождалась образованием фибриновых пленок и крупных инфильтратов на роговице, которые появлялись начиная с 8 дня заболевания. У 13,4% больных во время удаления фибриновых пленок была выявлена бактериальная язва под образованной пленкой как на нижнем, так и на верхнем веках. Наличие вторичной инфекции непосредственно влияло на течение ЭКК, удлиняя острый период заболевания. Третья стадия – период выздоровления – длилась от 21 до 28 дней. Резорбция роговичных инфильтратов продолжалась до 2-3 недель. Четвертая стадия атипичного течения ЭКК заключалась в появлении симптомов синдрома «сухого глаза» и продолжалась от 1 до 3 месяцев. Появление повторных роговичных инфильтратов, или пятая стадия, наблюдалась спустя 2,5-3 месяца от начала заболевания, при этом конъюнктивала оставалась интактной либо характеризовалась незначительной гиперемией. Основной жалобой пациентов в этой стадии было снижение остроты зрения.

При вспышках ЭКК, наблюдаемых в 1984 г. в Республике Башкортостан, наиболее частыми признаками ЭКК являлись светобоязнь (83%), слезотечение (88%), отделяемое (90%), отек век (85%), гиперемия и инфильтрация конъюнктивы (100%), поражение роговицы (72%), кровоизлияния (48%) – чаще точечные, реже –

петехиальные, фоликулярная (31%) и сосочковая (6%) гиперплазия конъюнктивы, реже – хемоз (18%), глубокий кератит и передний увеит (9%), поражение верхних дыхательных путей (3%), повышение температуры тела (2%), головная боль (5%). В отдельные годы при вспышках ЭКК на роговице чаще появлялись инфильтраты, но чаще обнаруживались кровоизлияния в конъюнктиве верхнего века (до 67%), а в глазном стационаре это заболевание отмечалось в 2-3% случаев и среди его сотрудников. По мере выздоровления исчезала инъекция сосудов конъюнктивы, инфильтрация конъюнктивы и через 1 месяц уменьшалось отделяемое из конъюнктивальной полости. Гипертрофия сосочков конъюнктивы выявлялась редко (8%), а частота кровоизлияний под конъюнктиву верхнего века снизилась до 17%.

При затянком течении ЭКК имелись слабовыраженная гиперемия конъюнктивы век (95%), значительные реже выявлялись инъекция сосудов конъюнктивы глазного яблока (13%), отек конъюнктивы век (8%), конъюнктивальные кровоизлияния (3%), инфильтрация конъюнктивы (16%), лейкоцитарные инфильтраты в конъюнктиве верхнего века (11%). Спустя 30 дней (и более) обычно обнаруживалась фолликулярная (58-88%) и сосочковая (39-73%) гиперплазия конъюнктивы век. Небольшое число фолликулов чаще (47%) располагалось одновременно на верхнем и нижнем веках, преимущественно у наружного края. На втором месяце заболевания конъюнктивала оставалась интактной либо характеризовалась незначительной гиперемией. Основной жалобой пациентов в этой стадии было снижение остроты зрения.

При вспышках ЭКК, наблюдаемых в 1984 г. в Республике Башкортостан, наиболее частыми признаками ЭКК являлись светобоязнь (83%), слезотечение (88%), отделяемое (90%), отек век (85%), гиперемия и инфильтрация конъюнктивы (100%), поражение роговицы (72%), кровоизлияния (48%) – чаще точечные, реже –

петехиальные, фоликулярная (31%) и сосочковая (6%) гиперплазия конъюнктивы, реже – хемоз (18%), глубокий кератит и передний увеит (9%), поражение верхних дыхательных путей (3%), повышение температуры тела (2%), головная боль (5%). В отдельные годы при вспышках ЭКК на роговице чаще появлялись инфильтраты, но чаще обнаруживались кровоизлияния в конъюнктиве верхнего века (до 67%), а в глазном стационаре это заболевание отмечалось в 2-3% случаев и среди его сотрудников. По мере выздоровления исчезала инъекция сосудов конъюнктивы, инфильтрация конъюнктивы и через 1 месяц уменьшалось отделяемое из конъюнктивальной полости. Гипертрофия сосочков конъюнктивы выявлялась редко (8%), а частота кровоизлияний под конъюнктиву верхнего века снизилась до 17%.

При затянком течении ЭКК имелись слабовыраженная гиперемия конъюнктивы век (95%), значительные реже выявлялись инъекция сосудов конъюнктивы глазного яблока (13%), отек конъюнктивы век (8%), конъюнктивальные кровоизлияния (3%), инфильтрация конъюнктивы (16%), лейкоцитарные инфильтраты в конъюнктиве верхнего века (11%). Спустя 30 дней (и более) обычно обнаруживалась фолликулярная (58-88%) и сосочковая (39-73%) гиперплазия конъюнктивы век. Небольшое число фолликулов чаще (47%) располагалось одновременно на верхнем и нижнем веках, преимущественно у наружного края. На втором месяце заболевания конъюнктивала оставалась интактной либо характеризовалась незначительной гиперемией. Основной жалобой пациентов в этой стадии было снижение остроты зрения.

При вспышках ЭКК, наблюдаемых в 1984 г. в Республике Башкортостан, наиболее частыми признаками ЭКК являлись светобоязнь (83%), слезотечение (88%), отделяемое (90%), отек век (85%), гиперемия и инфильтрация конъюнктивы (100%), поражение роговицы (72%), кровоизлияния (48%) – чаще точечные, реже –

петехиальные, фоликулярная (31%) и сосочковая (6%) гиперплазия конъюнктивы, реже – хемоз (18%), глубокий кератит и передний увеит (9%), поражение верхних дыхательных путей (3%), повышение температуры тела (2%), головная боль (5%). В отдельные годы при вспышках ЭКК на роговице чаще появлялись инфильтраты, но чаще обнаруживались кровоизлияния в конъюнктиве верхнего века (до 67%), а в глазном стационаре это заболевание отмечалось в 2-3% случаев и среди его сотрудников. По мере выздоровления исчезала инъекция сосудов конъюнктивы, инфильтрация конъюнктивы и через 1 месяц уменьшалось отделяемое из конъюнктивальной полости. Гипертрофия сосочков конъюнктивы выявлялась редко (8%), а частота кровоизлияний под конъюнктиву верхнего века снизилась до 17%.

При затянком течении ЭКК имелись слабовыраженная гиперемия конъюнктивы век (95%), значительные реже выявлялись инъекция сосудов конъюнктивы глазного яблока (13%), отек конъюнктивы век (8%), конъюнктивальные кровоизлияния (3%), инфильтрация конъюнктивы (16%), лейкоцитарные инфильтраты в конъюнктиве верхнего века (11%). Спустя 30 дней (и более) обычно обнаруживалась фолликулярная (58-88%) и сосочковая (39-73%) гиперплазия конъюнктивы век. Небольшое число фолликулов чаще (47%) располагалось одновременно на верхнем и нижнем веках, преимущественно у наружного края. На втором месяце заболевания конъюнктивала оставалась интактной либо характеризовалась незначительной гиперемией. Основной жалобой пациентов в этой стадии было снижение остроты зрения.

При вспышках ЭКК, наблюдаемых в 1984 г. в Республике Башкортостан, наиболее частыми признаками ЭКК являлись светобоязнь (83%), слезотечение (88%), отделяемое (90%), отек век (85%), гиперемия и инфильтрация конъюнктивы (100%), поражение роговицы (72%), кровоизлияния (48%) – чаще точечные, реже –

петехиальные, фоликулярная (31%) и сосочковая (6%) гиперплазия конъюнктивы, реже – хемоз (18%), глубокий кератит и передний увеит (9%), поражение верхних дыхательных путей (3%), повышение температуры тела (2%), головная боль (5%). В отдельные годы при вспышках ЭКК на роговице чаще появлялись инфильтраты, но чаще обнаруживались кровоизлияния в конъюнктиве верхнего века (до 67%), а в глазном стационаре это заболевание отмечалось в 2-3% случаев и среди его сотрудников. По мере выздоровления исчезала инъекция сосудов конъюнктивы, инфильтрация конъюнктивы и через 1 месяц уменьшалось отделяемое из конъюнктивальной полости. Гипертрофия сосочков конъюнктивы выявлялась редко (8%), а частота кровоизлияний под конъюнктиву верхнего века снизилась до 17%.

При затянком течении ЭКК имелись слабовыраженная гиперемия конъюнктивы век (95%), значительные реже выявлялись инъекция сосудов конъюнктивы глазного яблока (13%), отек конъюнктивы век (8%), конъюнктивальные кровоизлияния (3%), инфильтрация конъюнктивы (16%), лейкоцитарные инфильтраты в конъюнктиве верхнего века (11%). Спустя 30 дней (и более) обычно обнаруживалась фолликулярная (58-88%) и сосочковая (39-73%) гиперплазия конъюнктивы век. Небольшое число фолликулов чаще (47%) располагалось одновременно на верхнем и нижнем веках, преимущественно у наружного края. На втором месяце заболевания конъюнктивала оставалась интактной либо характеризовалась незначительной гиперемией. Основной жалобой пациентов в этой стадии было снижение остроты зрения.

При вспышках ЭКК, наблюдаемых в 1984 г. в Республике Башкортостан, наиболее частыми признаками ЭКК являлись светобоязнь (83%), слезотечение (88%), отделяемое (90%), отек век (85%), гиперемия и инфильтрация конъюнктивы (100%), поражение роговицы (72%), кровоизлияния (48%) – чаще точечные, реже –



Рис. 7. Герпетический кератоконъюнктивит, гиперемия и инфильтрация конъюнктивы нижнего века: А – окрашивание флюоресцеином дефектов эпителия роговицы; Б – отделяемое в конъюнктивальной полости



Рис. 8. Везикулезные высыпания на коже нижнего века у больного с герпетическим конъюнктивитом



Рис. 9. Герпетический конъюнктивит, дерматит. Инфильтрация конъюнктивы нижнего века и ступенчатость ее рисунка. Образование корочек на месте везикулярных высыпаний на коже у наружного угла глаза

быть направлены на лечение в стационар при условии размещения в изоляторе. Наблюдение и лечение больных АВК и ЭКК в глазном кабинете в амбулаторных условиях проводится с соблюдением соответствующих профилактических мероприятий.

3.2. Другие вирусные конъюнктивиты

Эпидемический геморрагический конъюнктивит (ЭГК) – высоко контагиозная инфекция, ее этиологическим агентом является энтеровирус 70. После окончания эпидемии ЭГК могут наблюдаться спорадические случаи. Заболевание начинается на одном глазу, но уже через сутки в процесс вовлекается и другой глаз. В типичных случаях отмечается зуд и боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, появляется значительный отек век, отделяемое (слизистое или слизисто-гнойное), хемоз конъюнктивы, которая резко гиперемирована, инфильтрирована.

Важным клиническим признаком являются подконъюнктивальные кровоизлияния от небольших до обширных, захватывающих значительные участки слизистой век и склеры. Геморрагии сначала появляются в верхней части конъюнктивы склеры или в верхнем своде и, постепенно распространяясь, могут захватывать почти весь передний отрезок глазного яблока. У большинства больных наблюдаются поверхностные и немногочисленные фолликулы, преимущественно на конъюнктиве нижнего века.

Изменения роговицы имеют характер поверхностных эпителиальных, реже – субэпителиальных точечных инфильтратов. Продолжительность заболевания составляет 8-12 дней. При спорадических случаях небольшие геморрагии также локализуются, как правило, в верхней половине конъюнктивы глазного яблока. Поражения глаз у новорожденных и детей старшего возраста иногда возникают на фоне полиомиелита, асептического менингита и поражения различных органов (монокора, центральной нервной и дыхательной систем, а также кожи).

Herpes simplex конъюнктивит вызывается вирусом HSV типа 1. Герпетические конъюнктивиты (ГК) встречаются независимо от патогенетической формы офтальмогерпеса. Воспаление конъюнктивы наблюдается при первичном офтальмогерпесе (Каплина К.П., 1964; Качельсон А.Б., 1969), но не во всех случаях у детей (Лаврентьева А.М., Катаргина Л.А., 1968). Кроме того, подтверждена герпетическая этиология изолированных рецидивирующих конъюнктивитов (Каспаров А.А. с соавт., 1972; Brown с соавт., 1968; Naueim, 1969). По данным С.И. Сюняевой (1974), послепервичный герпес глаза в 73% случаев сопровождается воспалением конъюнктивы, чаще при древоидном (рис. 7), метагерпетическом и глубоком стромальном кератите с изъязвлением.

В зависимости от степени тяжести герпетические воспаления конъюнктивы разделены на тяжелые, средней тяжести и легкие формы (Сюняева С.И., 1974). Тяжелые формы вследствие отека, диффузной инфильтрации и гиперемии характеризуются уплотнением и утолщением век, особенно его ресничных краев. Патогистологические исследования тарзоконъюнктивальной ткани свидетельствуют о том, что в составе клеточной инфильтрации стромы конъюнктивы преобладают лимфоциты, плазматические клетки, встречаются ретикулярные клетки, фибробласты, гистиоциты. Восходящие и нисходящие сосуды (эндотелий отечен, разрыхлен, в просвете – форменные элементы крови) тарзальной конъюнктивы маскируются инфильтрацией. В 7-10 день возникают сосочки, иногда на переносных складках конъюнктивы формируются единичные фолликулы, а в эпителии – очаговые лейкоцитарные инфильтраты.

В субэпителиальном слое определяется масса новообразованных варикозно расширенных сосудов с единичными петехиальными кровоизлияниями. В устьях мейбомиевых желез в виде кистовидных образований скапливается густой секрет.

При ГК средней тяжести, по сравнению с тяжелыми формами, уменьшается количество лейкоцитарных инфильтратов, становятся уже различимыми восходящие и нисходящие сосуды конъюнктивы. Хотя морфологически определяются выраженные явления пролиферации, характеризующиеся глубокими эпителиальными внедрениями, нередко доходящими до претарзального слоя, с распадом эпителия в осевой части, лейкоцитарными инфильтратами в межклеточных пространствах, отечом и диффузной инфильтрацией в более глубоких слоях стромы, очаговыми инфильтратами вокруг долек мейбомиевых желез.

При ГК легкой формы воспалительный процесс слабо выражен (в эпителии и подэпителиальном слое отмечается лишь незначительная лейкоцитарная инфильтрация), хорошо определяются новообразованные варикозно расширенные сосуды.

У новорожденных инфицирование глазной поверхности обусловлено наличием генитальной инфекции матери, зараженной вирусом HSV типа 2. При ГК наблюдаются признаки, типичные для вирусного конъюнктивита, который может протекать в виде катаральной, везикулярно-язвенной или фолликулярной формы. Везикулярная сыпь на коже век (рис. 8), а также типичный герпетический кератит могут сопутствовать данному заболеванию конъюнктивы.

Острые респираторные заболевания часто предшествуют развитию ГК или его сопровождают. Обычно при ГК отмечается односторонняя регионарная аденопатия, имеются отделяемое из конъюнктивальной полости, складчатость конъюнктивы, лейкоцитарные инфильтраты, хемоз и единичные петехиальные кровоизлияния, а у детей – интensiva фолликулярная реакция. При сочетании ГК с поражением роговицы чаще отмечается гиперемия конъюнктивы склеры, реже – отек слизистой и ступенчатость сосудистого рисунка, инфильтрация, образование фолликулов и сосочков (рис. 9).

Variella-zoster конъюнктивит вызывается вирусом опоясывающего лишая – ветряной оспы и, как правило, поражает один глаз. В пользу заболевания вирусом Variella zoster, в основном у пожилых людей (чаще у женщин), говорит анамнез, свидетельствующий о возникновении конъюнктивита (нередко с формированием фолликулов, иногда с петехиальными кровоизлияниями и очень редко – с развитием псевдомембран) на фоне неврологических болей, понижения чувствительности роговицы и поражения кожи головы, лица, носа, а иногда и верхнего века в области иннервации первой ветви тройничного нерва в виде пузырьковых (везикулопапулезной сыпи) на стороне офтальмопатологии. В 40-60% случаев происходит осложнение ГК поражением роговицы, иридоциклитом, повышением ВДГ, вызывающими снижение остроты зрения.

Коревой конъюнктивит протекает как острое катаральное воспаление конъюнктивы, развивающееся обычно за несколько дней до появления характерных высыпаний на слизистой рта и общей сыпи. При коревом конъюнктивите отмечаются светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, отек век, беловатые пятна приподнятого эпителия на конъюнктиве век и полулунной складки. Следует отметить, что пятна Бельского – Филатовой – Коплика, представляющие собой точки размером 1-2 мм в диаметре серовато-белого цвета и с красноватой каймой по периферии, являются патогномичным симптомом кори, а появление их в катаральный период, т.е. еще



Рис. 10. Хронический конъюнктивит при контагиозном моллюске: А – обострение, Б – ремиссия

до появления кожной сыпи, является ранним и достоверным симптомом кори, который позволяет поставить диагноз на ранней стадии развития болезни. Коревой конъюнктивит может отягощаться также блефаритом, ячменем, кератитом.

Конъюнктивит, вызванный вирусом болезни Ньюкасла (псевдоочума или азиатская чума птиц), развивается обычно у работников птицефабрик, научных и диагностических лабораторий при контакте с больными птицами. Заболевание сопровождается гриппоподобными симптомами и характеризуется незначительным отделяемым, нерезко выраженной гиперемией и хемозом слизистой оболочки, а также фолликулярной реакцией конъюнктивы нижнего века, немногочисленными субконъюнктивальными кровоизлияниями, аденопатией окологлазной железы на стороне поражения. В некоторых

случаях могут наблюдаться точечные эпителиальные инфильтраты роговицы, преимущественно в области глазной щели. Однако чаще всего конъюнктивит протекает в легкой форме.

Вирусный конъюнктивит, вызванный ОРВ вирусом, отмечается у лиц, ухаживающих за животными (овцы, козы и др.). При этом имеется фолликулярный конъюнктивит, изъязвления в области внутренней полулунной складки, лимфоаденопатия.

При конъюнктивите, обусловленном вирусом контагиозного моллюска, инфицирование происходит через предметы, при контакте с больным. Иммунодефицитные состояния могут предрасполагать к этой патологии. Возможны вспышки в семье и детских коллективах. Заболевание характеризуется появлением на коже краев век или лица небольших полиморфных множественных или единичных

ОФТАЛЬМОФЕРОН®

Интерферон альфа-2b + дифенгидрамин
капли глазные

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

- лечение герпетических поражений глаз и аденовирусных инфекций глаз
- лечение синдрома сухого глаза
- лечение и профилактика осложнений после экзимерлазерной рефракционной хирургии роговицы
- профилактика герпетической инфекции при кератопластике
- содержит интерферон альфа-2b человеческого рекомбинантного и противоаллергический компонент

Информация для специалистов
Отпуск без рецепта

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ www.firm.ru

Инструкция по медицинскому применению препарата Офтальмоферон® утверждена Минздравсоцразвития РФ, P. P. 02902/01-240212

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе научно-практической конференции по офтальмохирургии с международным участием

«ВОСТОК – ЗАПАД – 2016»
Уфа, 2-3 июня 2016 г.

Конференция приурочена к трем знаменательным датам

- 130 лет Уфимскому Отделению Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых
- 115 лет Уфимской глазной лечебнице
- 90 лет Уфимскому НИИ глазных болезней

и больших по размеру блестящих (восковидного цвета) узелков кожи, в центре которых в поздних стадиях обнаруживаются вдавления. При этом в ответ на токсины вирусов возникает односторонний упорный хронический конъюнктивит (рис. 10) с гиперемией, инфильтративными, единичными субконъюнктивальными кровоизлияниями, характерной фолликулярной гиперплазией конъюнктивы нижнего века с серовато-молочным ее оттенком.

В некоторых случаях отмечают точечные эпителиальные дефекты роговицы, субэпителиальные ее помутнения, иногда паннус. Чаше конъюнктивит развивается на одном глазу, реже – на обоих. Редким осложнением является рубцевание конъюнктивы, иногда приводящее к окклюзии слезных точек. Лимфоузлы обычно не увеличены.

Конъюнктивиты, обусловленные **вирусами инфекционного мононуклеоза и цитомегалии**, протекают как геморрагические, псевдомембранозные и гранулематозные; при **гриппе, парагриппе**, а также при инфекциях, вызванных **вирусом Коксаки, тогавирусами, риновирусами**, – как легкое катаральное воспаление слизистой век с небольшим отделяемым. Конъюнктивиты могут быть вызваны также **вирусами эпидемического паротита, папиллом и бородавок**. Причем в последнем случае, если очаги появляются на коже края века и около ресниц, то развивается хронический с токсико-аллергическим характером фолликулярный конъюнктивит.

3.3. Лечение вирусных конъюнктивитов

Терапия вирусных конъюнктивитов всегда должна быть комплексной, включающей как противовирусное лечение, так и противовоспалительные, антиаллергические препараты, а также средства метаболического и иммуномодулирующего воздействия. Антибиотики широкого спектра действия или антисептики могут также назначаться местно для профилактики бактериальной суперинфекции. Однако, по нашему мнению, местное использование антибиотиков при вирусном конъюнктивите показано только в случаях, протекающих с вторичной инфекцией, эрозией или язвой роговицы.

При герпетической инфекции конъюнктивы (Herpes simplex, Varicella-zoster) применяют 3% мазь ацикловира (до 5 раз в течение 5-10 дней), с которой по эффективности сопоставим 0,15% гель ганцикловира. В более тяжелых случаях дополнительно внутрь назначается ацикловир от 200 до 400 мг 5 раз в день в течение 1 недели (зовиракс, вирорекс, валтрекс). Лечение герпетического конъюнктивита у новорожденных проводится совместно с педиатром, причем нередко показан прием ацикловира внутрь, поскольку это заболевание может быть связано с системной герпетической инфекцией, представляющей угрозу для жизни.

Лечение вирусных конъюнктивитов предполагает использование интерферонов (α -интерферона, офтальмоферона, локферона, лайфферона) или интерферонов (индукторов его образования, например, пирогенала, полудана, продигозана и т.д.) путем инстилляций в конъюнктивальную полость до 4-6 раз в сутки. Локферон – человеческий лейкоцитарный α -интерферон с активностью 10000 МЕ во флаконе (АО «Биомед» им. И.И. Мечникова). Офтальмоферон во флаконе содержит одновременно человеческий рекомбинантный альфа-2-интерферон 10 000 МЕ/мл и димедрол. Лайфферон – раствор для внутримышечного, субконъюнктивального введения и закапывания в глаз – новая жидкая лекарственная форма рекомбинантного интерферона альфа-2b. В состав раствора введены стабилизаторы Твин-80 и ЭДТА, способствующие более длительной циркуляции интерферона в крови. Отсутствие альбумина в составе лайфферона исключает вероятность заражения такими инфекциями, как гепатиты В и С, ВИЧ, герпес и др.

В качестве препарата неспецифической иммуноотерапии к лечению интерфероном дополнительно целесообразно использовать местно гамма-глобулин (донорский иммуноглобулин нормальный) в виде инстилляций 6-8 раз в день (или под конъюнктиву по 0,5 мл 1 раз 2-3 дня).

При лечении аденовирусных конъюнктивитов 0,15% гель ганцикловира (зирган) обладает терапевтической активностью. При осложненных и затяжных формах АБК и ЭКК внутрь может быть также назначен интавирин в виде капсул 1 раз в день в течение 5-7 дней, особенно в случае системных проявлений аденовирусных инфекций.

При АБК пациентам назначают инстилляцию офтальмоферона 5-6 раз в сутки в течение не более 8 дней, для профилактики вторичной инфекции – антисептики (окомистин, витабакт и др.), В.Н. Алексеевым с соавт. (2005) предложена обладающая высокой эффективностью комплексная терапия АБК, включающая офтальмоферон, антиоксидант рексад, сперсаллерг, а при ЭКК дополнительно и бонафтон.

С момента образования пленок и в периоде роговичных высыпаний назначают кортикостероиды, целесообразно также использование слезозамещающих, репаративных препаратов. Большим с наличием вторичной инфекции показана антибактериальная терапия. Пациенты с атипичным течением ЭКК в период рецидива инфильтратов роговицы получают инстилляцию дексаметазона в концентрации 0,05% и 0,01% по убывающей схеме 5-7 дней и репаративные препараты. По данным J.S. Pelletier (2009), положительный терапевтический эффект был получен в 8 из 9 случаев при лечении острого АБК суспензией, содержащей 0,1% дексаметазона и 0,4% повидон-йодина.

Образующиеся в ряде случаев при ЭКК и АБК пленки на конъюнктиве рекомендуются обязательно удалять и проводить массаж, отгибая веки пальцами. Тяжи необходимо разрывать под местной анестезией стеклянной палочкой, затем снимать их пинцетом, с целью профилактики рубцевания пальпебральной конъюнктивы и формирования симблефарона (Майчук Д.Ю., 2007).

В последние годы ведется активный поиск новых средств лечения аденовирусных заболеваний глаз. Так, потенциальным средством для лечения ЭКК может быть мультивалентная сиаловая кислота. Установлено, что она, соединяясь с сывороточными белками человека, предотвращала прикрепление аденовируса на клетках эпителия роговицы, способствуя агрегации вирионов (Johansson S.M., 2007). При экспериментальной аденовирусной инфекции глазной поверхности хлопковых хомяков, вызванной аденовирусом типа 5, в образцах гомогенизированной роговицы было отмечено снижение титра вирусов при использовании 1% глазных капель цидофовира (Kaneko H., 2009; Inoue H., 2009).

Анти-ВИЧ препараты залцитадин и ставудин (нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы) в эксперименте на кроликах уменьшали гиперемию и конъюнктивальную инъецию. Залцитадин и ставудин являются кандидатами в лекарственные средства, которые могут быть использованы для местной и системной терапии аденовирусных заболеваний глаз (Inoue H., 2009). 2,3-дидеоксицитидин (ddC) более эффективен, чем цидофовир, в отношении 7 из 9 серотипов аденовируса как в культуре клеток, так и на модели экспериментальной аденовирусной инфекции глаз кроликов. Его концентрация, ингибирующая репродукцию вируса, была значительно меньше, чем цидофовира. Лечение

аденовирусной инфекции глаз конъюнктивитов 0,15% ddC, 2% ddC и 0,5% цидофовиrom значительно уменьшает число клеток, содержащих аденовирус, по сравнению с контрольным солевым раствором (Romanowski E.G., 2009).

Выявлено, что высокоочищенный концентрированный IgG, выделенный из плазмы большой популяции доноров, обладает антиаденовирусной активностью. В культуре эпителиальных клеток этот IgG в дозе 10 мг/мл нейтрализовал 88% серотипов аденовируса. Лечение им глаз животных, зараженных аденовирусом, к 14 дню инфекции уменьшало частоту изоляции вируса, инфекционность и значения его титра в сравнении с таковыми при лечении солевым раствором и цидофовиrom (Nwanegbo E.C., 2007). Значительно снижает формирование инфильтратов роговицы при экспериментальной аденовирусной инфекции глаз кроликов циклоспорин А, растворенный в искусственной слезе (0,5%) или кукурузном масле (2%) (Romanowski E.G., 2005).

При конъюнктивитах и кератитах, ассоциированных с контактными моллюсками или папилломам, применяются хирургические методы лечения кожных образований, такие как выскабливание, прижигание, криотерапия, а после их удаления назначаются антисептики, антигистаминные препараты, после чего острый воспалительный процесс купируется.

При появлении симптомов ССГ назначаются слезозаместительные препараты (слеза натуральная, систейн, систейн-ультра, лакриси-фи, хилозар-комод и др.), в случае присоединения бактериальной инфекции – антибиотики из группы аминогликозидов (тобрамицин, гентамицин) или фторхинолонов (левофлоксацин, офлоксацин, моксифлоксацин и др.) в инстилляциях, а для ее профилактики – антисептики (витабакт, окомистин). По показаниям применяют антигистаминные средства местно или системно.

Кортикостероиды пациентам с вирусным конъюнктивитом применять не рекомендуется, они могут быть назначены только при обильном образовании пленок конъюнктивы или в период рассасывания субэпителиальных инфильтратов роговицы короткими (не более недели) курсами в микродозах в виде 0,01% р-ра дексаметазона, 0,3% р-ра преднизолона или 1% суспензии гидрокортизона с уменьшением дозы (числа инстилляций). Необходимо все же помнить, что они могут увеличивать длительность течения инфекций, приводить к рецидивам инфильтратов.

Итак, вирусные конъюнктивиты чаще всего вызываются аденовирусом (эпидемический кератоконъюнктивит, аденовирусный конъюнктивит), значительно реже вирусом простого герпеса, Varicella zoster, пикорнавирусами, поксвирусом, вирусом папиллом. Аденовирусная инфекция на глазную поверхность передается чаще контактным путем, через глазные тонометры, пипетки, руки медработников, в плавательных бассейнах. Она сопровождается у больного слизистым отделяемым, отеком век и фолликулярной реакцией конъюнктивы, вовлечением околушных лимфатических узлов и нередко роговицы. Длится воспалительный процесс до 3 недель, т.е. дольше, чем при бактериальном конъюнктивите. ■



Илья Бруштейн

Для многих товарищей по несчастью жизнь и творчество Яны Юрьевны стали примером для подражания. На персональных и коллективных выставках её работы удостаиваются восторженных отзывов зрителей и художественных критиков. При этом сама художница не устаёт подчёркивать: она не считает свои достижения уникальным явлением. По мнению Лисиной, если изменятся внешние условия, по-настоящему зарабатывает система инклюзивного образования, то незрячие и слабовидящим людям будет гораздо легче покорять творческие вершины.

Инклюзия в художественном образовании

Встреча с художницей состоялась в её уютной квартире в Петербургском районе Купчино. Уже в начале нашей беседы Яна заговорила о проблемах инклюзивного образования, об интеграции инвалидов по зрению в мир художественного творчества.

В Советском Союзе и России создана замечательная система подготовки живописцев и графиков: детские художественные школы, средние специальные учебные заведения и творческие вузы. Но, к огромному сожалению, инвалиды по зрению уже на начальном этапе оказываются исключёнными, отторженными от этой триады. Их, как правило, не принимают в детские художественные школы. Без начального художественного образования незрячие и слабовидящим людям закрыт путь в профессиональные учебные заведения.

Художественный талант необходимо развивать с раннего детства. Если дети-инвалиды лишены этой возможности, то фактически они подвергаются дискриминации со стороны общества.

— Яна Юрьевна, Вам довелось учиться в детской художественной школе?

Творческий мир Яны Лисиной: единство с природой, взаимопомощь, грёзы и фантазии

Среди из инвалидов по зрению можно встретить немало людей, увлечённых художественным творчеством. Но только в редчайших случаях слабовидящему человеку удаётся получить высшее и даже среднее специальное художественное образование. Петербурженка Яна Лисина смогла осуществить свою мечту: несмотря на тяжёлую офтальмологическую патологию, она не только получила вузовский диплом художника-графика, но и добилась признания в профессиональном сообществе Северной столицы.

— К сожалению, нет. И это стало главным переживанием, главной трагедией моего детства! Я рисую с самых ранних лет. И всегда мечтала стать профессиональным художником. Другой профессии для себя даже не представляла! Поэтому когда меня не приняли в детскую художественную школу, не приняла именно из-за проблем со зрением, я восприняла это обстоятельство как ужасную несправедливость. Фактически меня «наказали» из-за инвалидности.

— Почему детей с офтальмологическими патологиями не берут в художественные школы? И могут ли они там учиться? Может быть, это невозможно по объективным причинам?

— Инвалидность по зрению вполне может сочетаться с художественной одарённостью. По моему мнению, мальчишек и девчонок не берут в художественные школы, потому что их программа не адаптирована для этой категории инвалидов.

Слабовидящие люди не могут рисовать с натуры. Например, у меня вторая группа инвалидности по зрению, острота зрения составляет всего пятнадцать процентов. Я вижу мир в размытых пятнах... А в художественных школах основа обучения состоит именно в рисовании с натуры. В принципе, это правильно. Но ведь можно адаптировать программу для «особой» категории юных художников.

— Каким образом можно заменить рисунок с натуры?

— Существует много приёмов. Главный инструмент для слабовидящего художника — его фантазия. То, что не видишь своими глазами —

можно «дофантазировать». Кроме того, имеется множество технических приборов, помогающих слабовидящим людям. Я имею в виду различные лупы, бинокли, монокли, электронные лупы. Качественный зеркально-рефлективный фотоаппарат тоже можно использовать в художественном творчестве. Например, сфотографировав какую-то архитектурную деталь, приблизив её с помощью мощного объектива, а потом перерисовать.

— Часто слабовидящий художник не может полностью «окинуть взором» свою собственную картину...

— Да. У меня такая же ситуация. Мне необходимо «тыкаться носом» в различные части холста. При низкой остроте зрения, ограниченном поле зрения и других офтальмологических патологиях человек видит мир фрагментарно. Ему трудно составить целостную и реалистичную картину окружающей действительности.

Эти факторы, конечно же, существенно затрудняют художественное образование. Но все препятствия можно преодолеть, если человек талантлив и к тому же получает внешнюю поддержку.

Я выступаю за инклюзивное образование во всех сферах жизни. Инклюзия должна распространяться не только на общеобразовательные школы, но и на детские спортивные школы, художественные, музыкальные, театральные студии, клубы технического творчества...

Многие дети-инвалиды хотят учиться в художественной школе ИМЕННО потому, что они плохо видят. Эти мальчишки и девчонки ценят те минимальные зрительные возможности, которыми

обладают, и хотят использовать их в максимальной степени для познания мира.

— Незрячие люди способны получить художественное образование?

— Вне всякого сомнения. Они могут не только создавать скульптуры, но и освоить много других художественных техник, например, рисунок пластилином.

— Может быть, нужно уделять больше внимания художественному образованию в специальных (коррекционных) школах для инвалидов по зрению?

— Такая работа ведётся уже сейчас. Но мне представляется оптимальным, когда ребёнок-инвалид получает среднее образование в специализированной школе, а художественное — вместе со своими здоровыми ровесниками. Идея инклюзивного образования не предполагает отказа от сети специализированных школ. Необходимо умело сочетать различные формы обучения.

— Вы могли бы выступить в качестве эксперта при адаптации программ детских художественных школ для инвалидов по зрению?

— Мой опыт мог бы быть полезен. Но пока, к сожалению, в нашей стране такая работа не ведётся.

— А зарубежный опыт нельзя использовать?

— Ни в одной стране мира нет целостной системы художественного образования, как в России, такого количества детских муниципальных художественных школ.



За границей во многом утрачены традиции подготовки художников-реалистов. А у нас эти традиции ещё очень сильны.

Незрячие и слабовидящие люди тоже могут быть художниками-реалистами. Посмотрите на работы незрячих скульпторов Лины По и Олега Зиновьева! У них достигается абсолютное сходство скульптурного изображения и модели.

— В Ваших работах также нельзя не отметить солидную школу художника-реалиста...

— Я всегда ориентировалась на каноны классического русского художественного образования. И пыталась адаптировать эту систему под свои зрительные возможности. Вот и весь секрет!

От массажного училища к художественному вузу

В биографии Яны Лисиной можно найти и типичное, и уникальное... Она родилась в Ленинграде в 1983 году. Плохое зрение девочки стало следствием ретинопатии недоношенных. Эта коварная болезнь во всём мире является одной из главных причин слепоты и слабовидения у детей.

«К счастью, в течение всей жизни мои зрительные возможности остаются на прежнем, хотя и довольно низком уровне... В этом плане я нахожусь в гораздо более «привилегированном» положении,

ЧТО ТАКОЕ ОЗУРДЕКС?

(дексаметазон 0,7 мг) имплантат для интравитреального введения



Длительное улучшение зрения после одной инъекции

[Haller 2010, Haller 2011, Lowder 2011]

Первая линия терапии для лечения макулярного отека вследствие окклюзии центральной вены сетчатки или ее ветвей

[Coscas et al. 2011]

Получить дополнительную информацию, сообщить о нежелательной реакции при применении, а также заказать препарат в аптеку, обратившись по адресу: ООО «Аллерган СНГ С.А.Р.Л.» Российская Федерация, 115191, г. Москва, Коломенская набережная, д. 3, корпус 1, 4-й этаж, по телефону: 8-800-250-98-21 (звонок по России бесплатный) по факсу: 8-800-250-98-26, по электронной почте: RU-MedInfo@Allergan.com

Озурдекс
(дексаметазон 0,7 мг) имплантат
для интравитреального введения

Формула: Дексаметазон 0,7 мг имплантат для интравитреального введения — 071301913, «Аллерган Фармацевтикаль Абзардан, Иран»

ООО «Аллерган СНГ С.А.Р.Л.» 109004, г. Москва, ул. Станиславского, дом 21, стр. 1, 2-й этаж, 2-й этаж, тел.: +7 (495) 974 03 53, www.Allergan.com, @Allergan

RU0596/2014

ALLERGAN

© 2014



Свидание на чердаке. Гуашь. Акрил



Волчишка. Карандаш



Призрак и кукла. Гуашь. Акрил



Дом с привидением. Гуашь. Акрил



Улитки. Карандаш



Ёж и мышь. Карандаш



Древо знаний. Карандаш



Кот с рыбой. Акрил

чем многие инвалиды по зрению. Мне не довелось пережить ни ухудшения зрения, ни, тем более, его потери», — рассказывает Яна.

Моя собеседница отмечает, что уже в раннем детстве она понимала, что зрительная информация, которую она получает, не может адекватно передать окружающую действительность: «Люди с нормальными зрительными возможностями обычно доверяют своему зрению. И это совершенно естественно! Слабовидящие люди вынуждены довольствоваться искажёнными, деформированными «картинками»... Этот вид инвалидности, конечно, доставляет проблемы в обыденной жизни, но зато развивает фантазию. Уже в семь-восемь лет я понимала, что мне нужно рисовать не так, как я вижу. Таким образом, художественное творчество стало одним из способов — и очень эффективным! — преодоления слабости зрения».

Девочка училась в Санкт-Петербургской школе-интернате № 1 для слепых и слабовидящих детей им. К.К. Грота. В то время семья жила недалеко от школы, и в интернате ей пожить не пришлось: мама каждый день отводила её на занятия и забирала домой. Яне не удалось поступить в детскую художественную школу, но её любимым школьным предметом стало изобразительное искусство. Она до сих пор с благодарностью вспоминает свою учительницу по этому предмету Ирму Сергеевну Кондратьеву.

«Школьные уроки рисования, конечно, не могли заменить обучения в художественной школе, но они были для меня интересны

и полезны... Кроме того, в течение всех школьных лет я много занималась самообразованием: посещала музеи, изучала учебные пособия по живописи и рисунку, пыталась воплотить в жизнь изложенные в них рекомендации».

В 2002 году Яна оканчивает среднюю школу и поступает в Санкт-Петербургское медицинское училище № 2, где с начала девяностых годов действует специализированное отделение по подготовке массажистов для инвалидов по зрению. В 2005 году она окончила училище с красным дипломом «медицинской сестрой по массажу».

«Сразу же после завершения обучения в школе я ещё не обладала достаточными навыками и знаниями, чтобы поступить в художественный вуз, поэтому решила продолжить заниматься самообразованием в сфере художественного творчества и одновременно получить профессию массажиста», — рассказывает Яна. На выбор профессии повлиял тот факт, что преподаватели массажа в медицинском училище — Ирина Ивановна Николаева и Вера Васильевна Кривенкова — одновременно вели этот предмет в школе-интернате им. К.К. Грота.

«Ирина Ивановна и Вера Васильевна были моими любимыми учителями в школе, поэтому я и решила под их руководством получить среднее специальное образование. Но я никогда не стремилась посвятить жизнь массажу, а видела себя только в качестве художницы», — делится жизненным опытом Яна.

Годы, проведённые в стенах училища, Лисина считает очень важными для своей жизни: «Хотя я не стремилась стать профессиональным массажистом, но всегда любила это занятие. С удовольствием делаю массаж членам семьи и друзьям... Изучение массажа помогло мне проникнуть в тайны энергетического обмена между массажистом и пациентом. Хороший массажист не просто осуществляет медицинскую процедуру, но и передаёт огромный заряд положительной энергии своим пациентам. Для меня массаж — это не просто ремесло, искусство и часть медицинской науки, но и своего рода Таянство, загадочное действо... Я уважаю и ценю массажистов, наслаждаюсь процедурой массажа».

В 2006 году, имея в руках диплом медицинского училища, Лисина поступила на факультет графического дизайна Невского института управления и дизайна. Это учебное заведение она успешно окончила в 2012 году, став единственным (!) в Северной столице России слабовидящим художником-графиком.

Одновременно с началом обучения в вузе Лисина стала участвовать в работе «Студии изобразительного искусства незрячих и слабовидящих художников», действующей при Санкт-Петербургской региональной организации Всероссийского общества слепых (ВОС). С этого года она активно участвует в коллективных выставках студии. Несколько раз проходили её персональные выставки.

Также в 2006 году Яна наладила контакты с городским отделением Всероссийского общества инвалидов (ВОИ). Её стали приглашать участвовать в выставках вместе с инвалидами-колясочниками и людьми с другими физическими нарушениями. О жизни и работах Яны неоднократно рассказывали журналисты городских СМИ, в том числе нескольких петербургских телеканалов.

— Приятно ли это общественное внимание? Принимает ли оно чувство удовлетворения?

— Это сложный и неоднозначный вопрос... Как говорится, хорошее слово и кошке приятно... Но, с другой стороны, на сегодняшний день в Санкт-Петербурге меня воспринимают как «слабовидящего художника», «художника-инвалида»... Когда журналисты вспоминают о людях с ограниченными возможностями здоровья, то нередко обращаются ко мне.

Моя же цель состоит в том, чтобы в родном городе меня воспринимали просто как художника, не слабовидящего художника, а одного из многих городских деятелей искусства. Пусть моё творчество оценивается по самому высокому счёту, пусть его сравнивают с работами зрячих коллег! Разумеется, я готова и к критическим замечаниям. Но известность в качестве художника-инвалида — это сомнительная слава!

— Вы думаете, что ситуация может измениться?

— Я очень на это надеюсь. Всё-таки мне всего 31 год. Это только начало творческого и жизненного пути.

— Яна Юрьевна, Вы упомянули, что не желаете славы «художника-инвалида», но продолжаете активно сотрудничать и с Обществом инвалидов, и с Обществом слепых...

— Здесь нет никакого противоречия! Я глубоко уверена в том, что художественные произведения надо оценивать вне зависимости от физических ограничений авторов. Нет никакой разницы в том, что кто-то плохо видит, плохо слышит, имеет проблемы с сердцем или прикован к инвалидной коляске... Задача художника состоит в том, чтобы работать на равных с коллегами, не имеющими физических ограничений. От журналистов и критиков я тоже ожидаю, что они будут большее внимание уделять оценке художественных произведений, а не медицинским диагнозам их авторов.

Но, с другой стороны, в общественных организациях инвалидов есть много ярких, талантливых людей. Мне приятно с ними общаться, участвовать в совместных выставках, подготовке художественных альбомов, мастер-классов...

Три «кита» творчества Яны Лисиной

Творчество Яны Лисиной очень разнообразно. Она создаёт чёрно-белые и цветные графические работы, использует гуашь, пастельные и акриловые краски. Художественный метод петербурженки можно охарактеризовать как «романтический реализм». Её работы сочетают реалистические детали и загадочно-романтические,

таинственно-мистические образы. По своему воздействию на публику работы Лисиной можно сравнить с картинами знаменитого литовского художника, тесно связанного с Россией, М.К. Чюрлёниса (1875-1911).

Можно выделить три основных темы, к которым художница обращается вновь и вновь, не устывая их интерпретировать и находить в них новые грани... Первая и главная тема — это единство человека и природы. Лисина создала целую галерею дриад (нимф, покровительниц деревьев), русалок и других фантастических существ, соединяющих человеческий мир и мир природы.

Тема единения с природой также раскрывается в многочисленных изображениях животных. В некоторых случаях вместо мордочек художница изображает человеческие лица. Иногда зрителю бывает трудно определить, что он видит: морду животного или лицо человека. «Я действительно «очеловечиваю» кошек, собак, лошадей, рыб... Я стремлюсь показать, что у животных тоже есть душа, что они тоже могут любить, страдать, бороться, мечтать... В животном мире меня, в первую очередь, подкупает честность и открытость. Человеку легко дружить с животными, потому что они не обманут и не предадут», — поясняет художница, прижимая к груди своего домашнего любимца — сиамскую кошку Йоко.

Вторую тему художественного творчества можно обозначить как «взаимопомощь». В этой связи нельзя не отметить мастерски выполненный карандашный рисунок «Ёж и мышь». Забавный ёжик пытается перебраться через речку по хрупкому, импровизированному мостику, представляющему собой изогнутую корягу... Если внимательно присмотреться к рисунку, то можно заметить, что мост вообще не доходит до другого берега. Мышь протягивает ежу лапку, чтобы он мог оказаться на другом берегу.

«Если бы мышь не помогла ежу, то он не смог бы достичь своей цели, — комментирует свою работу Яна. — Этот рисунок, во многом, автобиографичен. Будучи инвалидом по зрению, я, разумеется, постоянно завишу от помощи и содействия других людей. Но и сама стремлюсь им помогать. Без взаимопомощи человечество выжить не может!»

Третий «кит» творчества Лисиной: графическое и живописное изображение человеческих фантазий, настроений, грёз, мечтаний и таинственных видений... «Дом с привидением», «Призрак и кукла», «Свидание на чердаке» — темы этих работ трудно сформулировать. Но почти в каждом произведении Лисиной надежда соединяется с тревогой, реалистический взгляд на мир — с мистическим антуражем.

Мы такие разные, но всё-таки мы вместе!

— Яна Юрьевна, какие свои произведения Вы считаете наиболее знаковыми, о каких картинах и рисунках нужно обязательно упомянуть в этой статье?

— Мне очень дорог карандашный рисунок «Парочка», где изображены кот и кошка. Кстати, вместе со мной в квартире тоже живут два представителя семейства кошачьих: сиамская кошка и беспородный, но очень красивый кот... Взгляд кота на рисунке «Парочка» устремлён вверх, к небу, к звёздам, а взгляд кошки — вниз, к горшочку со сметаной.

— Несмотря на эти различия, парочка смотрится очень гармонично: романтический, витающий в облаках кот и его прагматичная спутница...

— Эту мысль я и хотела донести до зрителя: в паре мужчина и женщина должны дополнять друг друга. Совершенно разные люди — с разными характерами, разным жизненным опытом — могут составить гармоничный союз. Изображая котов, я думала о людях.

Ещё одна знаковая работа — «Библиотека». Это произведение выполнено в смешанной технике. Оно посвящено Санкт-Петербургской государственной библиотеке для слепых и слабовидящих. Картина была написана специально к открытию моей персональной выставки, которая проходила в библиотеке в ноябре 2011 года.

Я изобразила лису. В одной лапе она держит папирусный свиток, а в другой — свечу. Как не трудно догадаться, свеча символизирует свет знаний и духовное просвещение, которые несёт библиотека незрячим и слабовидящим людям и всем остальным читателям.

— Какие художники повлияли на Ваше творчество?

— У меня много любимых художников. Меня восхищает творчество классиков русской живописи: Репина, Сурикова, Айвазовского, Серова, Левитана... Из зарубежных художников я бы выделила чешского живописца Альфонса Муху (1860-1939), одного из крупнейших представителей эпохи модернизма в мировом искусстве. Он много работал в Австрии, во Франции, в США. Работы Мухи мне представляются удивительно гармоничными, виртуозно передающими пластику человеческого тела.

Я являюсь поклонником творчества современного японского художника-мультипликатора Хияо Миядзакки, который работает в Токио на «Студии Гибли». Меня восхищает его полнометражный фильм «Унесённые призраками». Когда Миядзакки изображает ветер, то зритель в буквальном смысле чувствует порывы ветра. Аналогичный эффект я стремлюсь достичь в своих работах.

Также надо сказать о замечательных советских художниках-мультипликаторах. Я люблю мультфильмы про Вини-Пуха, созданные режиссёром Фёдором Хитруком и художником-постановщиком Эдуардом Назаровым. Шедевр мультипликации — сериал «Маугли» режиссёра Романа Давыдова и художников-постановщиков Александра Винокурова и Петра Репкина.

— В начале нашего разговора Вы упомянули, что с ранних лет Вы не доверяли своему зрению, рисовали совсем не то, что видели собственными глазами... А Вы не хотели бы поставить эксперимент и нарисовать именно то, что Вы реально видите? Было бы замечательно представить широкому кругу людей картину мира слабовидящего человека!

— Вы предлагаете мне создать иллюстрацию своему медицинскому диагнозу... Это на самом деле было бы любопытно, но это не соответствует моим внутренним установкам. Для меня важно, чтобы зритель забыл о моём физическом недостатке, об ограниченных зрительных возможностях. Поэтому мне бы не хотелось каким-то образом затрагивать в своём творчестве тему слепоты или слабовидения.

Что касается картины мира, которая предстаёт перед глазами слабовидящего человека... Её могли бы отразить мастера абстрактного



Грибник. Смешанная техника



Яна Лисина. За мольбертом

искусства. А я воспитана на традициях русской реалистической школы живописи и графики. Многие мои зрители вообще не верят, что я плохо вижу... И это меня радует!

— Какие люди, какие события повлияли на Вашу жизнь, на Ваше творческое становление?

— Я не могу сказать, что моя биография богата внешними событиями... Жизнь и творчество неотделимы от Санкт-Петербурга. Детство и юность прошли в центре, вблизи Невского проспекта, в окружении дворов-колодезь... Сейчас я живу на окраине города, но душевно продолжаю быть связана с центральными районами Питера.

Ещё мою жизнь невозможно представить без дачных сезонов в посёлке Зимитицы Волосовского района Ленинградской области. Там очень красивая природа. Именно там я наблюдала в детстве за пасущимися лошадьми, собирала луговые цветы... Ещё не могу не упомянуть путешествия последних лет: в Италию, Францию, Испанию. Художнику нужно ездить, собирать новые впечатления.

Мой самый близкий человек — это мама Ольга Алексеевна. Она всегда и во всём меня поддерживала — и в жизни, и в творчестве.

— В беседе журналиста и художника нельзя не спросить о творческих планах...

— Сейчас я готовлюсь к выставке «Литературный Петербург», которая в ближайшие месяцы откроется в Санкт-Петербургской государственной библиотеке для слепых и слабовидящих. Будет представлено три моих произведения: «Коты Эрмитажа», «Кот учёный», а также... О третьей картине рассказывать не буду. Она ещё в работе. Пусть она станет сюрпризом для зрителей.

Как известно, «штатные» коты являются неотъемлемой частью эрмитажного хозяйства, одним из символов главного музея города. Картина «Кот учёный» — это иллюстрация к поэме А.С. Пушкина «Руслан и Людмила».

— Каких вершин в творчестве Вы стремитесь достичь? Каких открытий Ваши поклонники могут ждать в ближайшие годы?

— Мне бы очень хотелось заниматься книжной графикой. Но о конкретных планах говорить не хочется. Идеи и концепции могут меняться в процессе работы. В любом случае мои работы будут оставаться добрыми. Зрители могут быть уверены: в картинах и рисунках они никогда не почувствуют вульгарности, пошлости...



Русалка. Смешанная техника

Каких вершин я стремлюсь достичь? Хочется продолжать совершенствовать технику рисунка, учиться у мастеров прошлого. Мне думается, что жизнь художника — это постоянное самосовершенствование.

— Могут ли, на Ваш взгляд, работы Яны Лисиной помочь в реабилитации инвалидов по зрению?

— На сегодняшний день у меня нет работ, ориентированных на тактильное восприятие. Поэтому, к огромному сожалению, пока я не могу обратиться в своё творчестве

к totally незрячим людям... Не мне судить, каким образом мои картины могут быть полезны слабовидящим.

Когда я работаю у мольберта, то забываю о своей инвалидности — я полностью погружаюсь в творческий процесс. Многие зрители говорили мне, что они также забывают обо всех своих недугах, горестях и проблемах, когда приходят на выставки и видят мои работы. Порция радости, ощущение внутренней гармонии — это тоже важная часть реабилитации.

Фотографии Ильи Бруштейна и из архива Я.Ю. Лисиной



Парочка. Карандаш



Вечерний Петербург. Графика



Белый баран. Карандаш



Библиотека. Смешанная техника



Гарри Потер. Карандаш

Два пожара и одно наводнение

Registered Nurse, или Записки американской медсестры

Елена Филатова

Давненько мы с вами не встречались, дорогие читатели, и вина в этом целиком моя, каюсь. Но у меня есть смягчающие обстоятельства, и я их сейчас вам предьявлю. Впервые, хотя я и остаюсь американской медсестрой, я переехала жить в столицу Канады — Оттаву. Об этом переезде и обстоятельствах, ему предшествующих, можно написать не то что статью, а роман в трёх томах, так что я пока отложу эту историю в долгий ящик и поделюсь ею как-нибудь потом. «Если захочешь», как выражается бесподобная донна Роза. А вы пока пребывайте в состоянии крайней заинтересованности, хорошо?

Переезд, как известно, равен двум пожарам и одному наводнению (с поправкой на инфляцию, наверное, и того хуже), а к переезду в другую страну можно и парочку землетрясений приплюсовать. Самое интересное, что переезд в международном масштабе я продельваю уже второй раз в жизни, и мне уже даже любопытно, куда меня занесёт в следующий раз. Европа осталась пока не затронутой моей бурной деятельностью, так что я предвижу драг на Ост в своём будущем, а североамериканский континент уже покорён!

Это я таинственность нагоняю, а на самом деле всё просто: на старости лет я вышла замуж за канадца и, как добропорядочная жена, переехала к мужу. В Калифорнии без меня тут же нагрянула великая засуха — ну вот не могут справиться без дождя! А в Канаде всё «так похоже на Россию», что мне часто кажется, что вот уже за следующим поворотом шоссе будет съезд на дачу. Да и все растения родные: недавно я властью нанюхалась черёмухи и сирени, а сейчас и жасмин с пионами подспеют.

Сначала по неопытности мне казалось, что Канада — это та же Америка, только поспокойнее. Деньги называются долларами (и курс примерно такой же), народ в основном говорит на родном английском языке и ездит по той же стороне дороги. И только постепенно до меня дошло, что Канада построена по образу и подобию Великобритании, а на примере США она в основном учится тому, как и что не надо делать.

Вот и в здравоохранении Канада последовала за тем, что «придумал Черчилль в восемнадцатом году»: медицина здесь финансируется из федерального бюджета. Граждане тоже что-то там платят — разные суммы в разных провинциях — но не непосредственно из кармана: налог автоматически вычитается из зарплаты. В Онтарио, где я осела, жители платят таким образом \$412 долларов в год, и это даёт им доступ ко всем медицинским услугам.

Каждый канадец носит с собой медицинскую карточку размером с кредитку — она даже служит удостоверением личности — и с её помощью врач мгновенно получает информацию о больном.



Это, конечно, здорово. У нас ведь бывает, что «пациент скорее мёртв, чем жив»¹, и приходится обзванивать родных и знакомых, если они есть, чтобы удостовериться, на что аллергия, да чем болел и так далее. А тут — раз! — и всё на экране: и диагнозы, и препараты, которые больной принимает, и все предыдущие посещения врача.



В США такой номер, скорее всего, не пройдёт, потому что там все очень обеспокоены неприкосновенностью медицинской информации и пытаются обеспечить максимальную «тайну вклада». Но с профессиональной стороны канадцам, конечно, вольготнее. Вот, например, я наблюдала, сидя в отстойнике для ждущих очереди в поликлинике, как принародно обсуждаются специфические жалобы больных у стойки регистратуры. Для меня это было просто невыносимо: я так и рвалась «всё это прекратить»², потому что в Калифорнии из вящего пиетета больных даже по имени публично не называют, не говоря уже о том, чтобы громко расспрашивать, на что они жалуются. Теперь-то я уже не шарахаюсь, но всё равно такая расслабленность мне диковата.

Ещё одна особенность канадского здравоохранения, которая сразу бросается в глаза, это полное отсутствие наворотов, не имеющих практического применения. В поликлиниках в основном «стиль военного коммунизма»³: ни тебе глянцевого журнальчика, ни умиротворяющих пейзажей на стенах, а просто стены и стулья. Несмотря на суровый климат, предполагающий обязательные шубы и шапки, нет никакой раздевалки с бабушками, выдающими номерки: все так и сидят одетые или берут свою одежду в охапку. Правда, в лабораториях и клиниках УЗИ посетители заставляют снимать зимнюю

обувь и обувать одноразовые тапочки. Разномастная обувь ставится на стеллажи в предбаннике и ждёт хозяев, как усталые упряжные лошади. Никто не опасается за её сохранность: видимо, народ сознательный.

В больницах тоже царит суровая функциональность. На восточном побережье — в Оттаве — они в основном расположены в массивных старых зданиях из красного кирпича, что выглядит довольно мрачно: в Калифорнии всё больше зеркальное стекло и бетон. На западном побережье — в Ванкувере, например — больничная архитектура более жизнерадостная и светлая, но и там никаких излишеств. Чувствуется, что бюджетные денежки тщательно считают и пускают их только на дело. Такого расточительного размаха, как в моей больнице Джона Муира — с зарослями бамбука в четыре этажа высотой, висящими садами, громадным аквариумом и белым роелем в вестибюле — тут и в помине нет.

Вообще-то американцы относятся к канадской системе здравоохранения подозрительно, потому что это «социальная медицина», и допустить её в свою страну — всё равно что отдать на заклинание священную корову США — свободу частного предпринимательства. На самом деле канадский вариант здравоохранения существует и в Америке — это Medicare для стариков и инвалидов. Как и в Канаде, эта система оплатит вашу процедуру или операцию, если они будут признаны необходимыми по медицинским показателям. Честно говоря, мне не понятен праведный гнев консервативных американцев, которые клянутся, что не допустят в США воцарение «большевистской заразы» соцмедицины. Что плохого в том, что все граждане страны имеют доступ к фактически бесплатной медицинской помощи?! Как говорится, здоровее будет!

Самое мудрое в канадской медицине — это то, что все денежные потоки, связанные с ней, идут через единого плательщика — государство. Не надо быть семи пядей во лбу, чтобы сообразить, что чем меньше посредников в цепочке, тем ниже стоимость и себестоимость продукции, верно? Ну а в США этих посредников просто видимо-невидимо. Куда не кинь — всюду «стол стоит, тётка сидит, пишет», и эти административные

расходы сжирают уйму денег, которые могли бы пойти на что-нибудь более толковое и приносящее если не прибыль, то пользу. Так что есть чему поучиться у канадцев, если не закидываться на политической риторике.

Но так ведь не бывает, чтобы всё хорошо, а? Действительно, например количество МРТ в Канаде по сравнению с США просто ничтожно. Вот сравнительная таблица — полюбуйтесь. По данным Центра по контролю профилактики заболеваний США (данные староваты, но для иллюстрации годятся), в Канаде в 2009 году было восемь машин на миллион жителей⁴. Это чуть больше, чем в Эстонии, но меньше, чем в Турции, согласно тому же источнику. А в США — здесь данные на 2007 год — на тот же миллион приходится аж 25,9 МРТ... сканируйся на здоровье. Самые свежие данные, которые я нашла в печати: в 2012 году во всей Канаде было 308 машин. Ну и конечно, в таких условиях по принципу «вас много, а я одна» образуются очереди из желающих обследоваться. Проблема настолько серьёзна, что написаны руководства по административной оптимизации использования машин и даже научные статьи⁵. Канадская Ассоциация Радиологов выпустила рекомендации по допустимым временным рамкам ожидания диагностики процедуры⁶: максимум 60 дней, минимум, для экстренных случаев, 24 часа. Если говорить проще — например, словами Шарикова из «Собачьего сердца» — ситуация до боли знакомая: «В очередь, сукины дети, в очередь!»

Поэтому неудивительно, что особенно нетерпеливые страждущие пересекают границу и сканируются в США за свои кровные.

Казалось бы — какая проблема, открой помимо бесплатных клиник платные, а полученные таким образом средства пускай на покупку новой аппаратуры. Оказывается, Канада сознательно не устраивает таких параллельных потоков, чтобы не поощрять дискриминацию населения, а то бедный житель Крайнего Севера никогда не

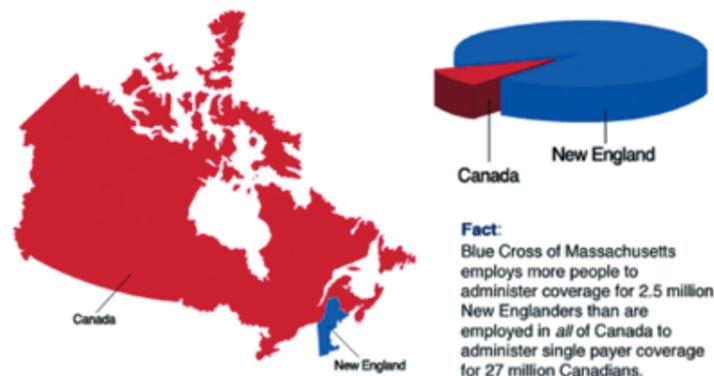
пробьётся к заветному аппарату — затопчут толстосумы. Поэтому вся страна покорно сидит в очередях, но при этом не перестаёт гордиться своей системой.

На самом деле канадский подход к делу мне нравится. Если прибегнуть к гастрономической тематике, страна не может обеспечить каждому гражданину изысканный банкет из семи блюд с икрой и шампанским, но горячий обед на уровне столовой положен всем. В США разброс качества медицинского обслуживания огромен: от нашей замечательной во всех отношениях больницы в Калифорнии до плохой лечебницы где-нибудь в Тмутаракани: на юге или в беднейших районах Дымчатых гор. США тратит на здравоохранение 17% от ВВП, а Канада 11%⁷, и канадцы, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), куда здоровее американцев: первые на 35-м месте в мире, а американцы — аж на 72-м.

Скорее всего, в исследовании ВОЗ не обошлось без того эффекта, что называется «средней температурой по больнице», но Канада опережает своего соседа и по качеству всей системы здравоохранения: занимает 30-е место по сравнению с США, оказавшимися на 37-м⁸.

Так что оказалась я в довольно интересных условиях. Пока что я не работаю — об устройстве на работу медсестрой в Канаде будет отдельная статья, потому что это занятие, я вам доложу, не для слабонервных. Даже мой спокойный и вежливый канадский муж уже кроет местную бюрократию на чём свет стоит, ну а мне что остаётся делать? Улыбаюсь и машу, а также внимательно наблюдаю за происходящим и всё-всё записываю. В следующий раз я вам расскажу о том, как конкретно работает канадская система на примере собственного мужа — его недавно прооперировали по поводу грыжи, и недельное пребывание супруга в больнице существенно обогатило мою кладовую впечатлений. Так что до следующего выпуска! Спасибо, что читаете мои побасенки!

Per Capita Health Spending for Canada and New England



¹ А.Н. Толстой. Приключения Буратино.

² Братья Стругацкие. Понедельник начинается в субботу.

³ И. Ильф, Е. Петров. Двенадцать стульев.

⁴ <http://www.cdc.gov/nchs/data/has/2011/123.pdf>

⁵ Sanmartin C., Shortt S.E., Barer M.L., Sheps S., Lewis S., McDonald P.W. Waiting for Medical Services in Canada: Lots of Heat, But Little Light. Canadian Medical Association Journal. 2000;162(9):1305-10. [PMC free article]

⁶ http://www.car.ca/uploads/standards%20guidelines/CAR_National_Maximum_WaitTime_Targets_MRI_and_CT_2013_EN.pdf

⁷ <http://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info>

⁸ <http://www.photius.com/rankings/healthranks.html>