

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№3(35) МАЙ-ИЮНЬ 2016

ISSN 2221-7746

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

Уфимскому научно-исследовательскому институту глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан — 90 лет Уфимской глазной лечебнице — 115 лет Уфимскому отделению Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых — 130 лет

Уважаемые друзья!

Примите искренние поздравления по случаю 90-летия

Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан, 115-летия Уфимской глазной лечебницы и 130-летия Уфимского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых.

В праздничные дни принято говорить об успехах и достижениях. Вашему замечательному коллективу действительно есть чем гордиться. В истории Института — блестящая плеяда выдающихся врачей, хирургов, медсестер, нянечек, которые подвижнически служили выбранной профессии, задали высокую планку мастерства и беззаветного служения профессии.

Отрадно, что связь времён и поколений не прерывается. Наравне с признанными мастерами свои профессиональные достижения ярко и убедительно демонстрирует молодое поколение врачей.

Наградой за ваш нелёгкий, в высшей степени востребованный труд служит искренняя человеческая благодарность, общественный авторитет и уважение.

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

И, наконец, свершилось! Усилия членов Уфимского отделения Попечительства, которые с самыми благородными намерениями в течение года активно боролись за возможность оказывать офтальмологическую помощь, хотя бы частично удовлетворяющую нужды населения губернии, увенчались успехом. Уфимская глазная лечебница — первая в губернии по своему профилю добилась своего места под солнцем. Об официальном открытии лечебницы доложил председатель Совета Уфимского отделения Попечительства, губернатор Уфимской губернии Николай Модестович Богданович. В адрес «Состоящего под Августейшим Покровительством Ее Императорского Величества Государыни Императрицы Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых» было направлено письмо от 7 сентября 1901 года о торжественном открытии лечебницы на 4 кроватях.

«11 минувшего августа, после молебствия, совершенного Преосвященным Епископом Уфимским и Мензелинским Антонием, в гор. Уфе открыта бесплатная амбулаторная глазная больница с четырьмя кроватями для стационарных больных, заведующим которой приглашен врач окулист Арсений Александрович Бельский, рекомендованный Совету отделения Попечительства о слепых профессорами г.г. Беллярминовым и Крюковым.



Улица Пушкина, д. 92 — корпус № 2 Института, конец 1950-х гг.

О чем долгом считаю сообщить Совету Попечительства о слепых». Глазная лечебница располагалась в доме на углу Уфимской и Суворовской улиц, по адресу ул. Уфимская, (ныне ул. Чернышевского), д. 91. К сожалению, до сегодняшнего дня здание не сохранилось.

Факт открытия первой глазной лечебницы 11 августа 1901 года в Уфимской губернии знаменует вступление уфимской офтальмологии в новую фазу своего развития, основной целью которой становится не просто призвание слепых и беспомощных, а оказание

медицинской помощи теряющим зрение людям, что позволило бы им не выпасть из своего социума и жить полноценной трудовой жизнью. Таким образом, начало оказания стационарной и амбулаторной офтальмологической помощи стало новой вехой в истории башкирской офтальмологии. Четверть века верой и правдой прослужит Глазная лечебница жителям Уфимской губернии, заложив крепкий фундамент становления Уфимского НИИ глазных болезней.

В письме председателя Совета Уфимского отделения Попечительства, губернатора Н.М. Богдановича указано, что первым врачом Лечебницы был Арсений Александрович Бельский. Молодой начинающий врач с энтузиазмом приступил к своим обязанностям. После 2 месяцев заведования он предоставил свой первый отчет по деятельности Уфимской глазной лечебницы. За этот период врач А.А. Бельский принял 789 больных, в стационаре было пролечено 27 человек, произведено 79 операций и 263 оперативных пособия.

В конце 1901 года А.А. Бельский подготовил для Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых цифровой отчет, который должен был предоставляться в конце каждого года по специальной форме. Отчет состоял из 11 таблиц, которые охватывали все аспекты деятельности учреждения. Первая таблица давала

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ



Кафедре глазных болезней Иркутского государственного медицинского университета 95 лет > стр. 10

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



Профессор В.В. Страхов: «Моя жизнь в эксперименте» > стр. 21

ФИРМЕННЫЕ ДЕЛА



«Современный бизнес требует фундаментальных знаний» Интервью с к.м.н. М.А. Рудневой > стр. 39

ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ



«Первые 10 лет прошли не зря...» Интервью с главным врачом Центра микрохирургии глаза «Прозрение» (г. Набережные Челны), к.м.н. Р.М. Гилязевым > стр. 44

Также в номере:

Офтальмология в лицах > стр. 13

Конференции > стр. 14, 19, 22, 30

Научные статьи > стр. 36

События в поле зрения > стр. 2, 29, 42, 43

Организация офтальмологической помощи > стр. 33

Оптометрия > стр. 34

В помощь практикующему врачу > стр. 38

К незримому солнцу > стр. 46

> стр. 3

Один день из жизни BRASCRS

Репортаж с XIV Конгресса Бразильского общества катарактальных и рефракционных хирургов (BRASCRS)

2 июня 2016 года, Сан-Паулу, Бразилия

Почетная лекция имени Чарльза Келмана

Право выступить с лекцией имени Чарльза Келмана на конгрессе было предоставлено профессору Б.Э. Малюгину, которому по этому случаю президентом общества BRASCRS Карлосом Фигейреду были торжественно вручены медаль и диплом.

В рамках почетной лекции профессор Б.Э. Малюгин рассказал об исторических аспектах и организационных вопросах внедрения инноваций в практику. Он поделился уникальным российским опытом организации научной, лечебной, производственной и образовательной работы в МНТК «Микрохирургия глаза». Особое место в лекции было уделено концепции индустриальной медицины, внедренной профессором С.Н. Федоровым, в частности, диагностическому и операционному конвейерам. Он поделился опытом организации работы фемто-катарактального конвейера на базе Калужского филиала МНТК. При этом разные этапы операций осуществлялись последовательно и поэтапно разными хирургами. По словам докладчика, этот опыт интересен и заслуживает всестороннего осмысления.



Профессор Б.Э. Малюгин выступает с почетной лекцией «Можно ли вылечить страсть к инновациям?»

Можно ли вылечить страсть к инновациям? Профессор Б.Э. Малюгин считает, что нет. Ведь это — унаследованный тип поведения, на которое существенное влияние оказывает окружающая среда. Расшифровка этого тезиса, докладчик особенно остановился на создании творческой, коллегиальной атмосферы в коллективе, взаимопонимания и поддержке.

Тема: «Тактика хирурга при разрыве задней капсулы и повреждении стекловидного тела в ходе операции»

Утренняя сессия была посвящена нюансам тактики при разрыве задней капсулы и имплантации ИОЛ без капсульной поддержки. Профессор Marcio Nehemy (Белу-Оризонти, Бразилия) доложил о возможных способах работы при разрыве задней капсулы с позиции витреоретинального хирурга. Это редко встречающееся, но потенциально крайне опасное осложнение, к тканям переднего сегмента глаза. Инновационный цикл непременно предполагает обмен накопленным опытом, сообщил докладчик. Поэтому так важно делиться полученными знаниями как у операционного стола, так и на конгрессах. И не менее важно постоянно быть в курсе новинки, осваивать и творчески осмысливать опыт других, чтобы использовать его в своей практике, двигаться дальше и создавать новые разработки.

К разрыву задней капсулы могут привести несколько факторов, в том числе плотное ядро хрусталика, наличие псевдоэкзофолий, выполнение витректоми в анамнезе, набухающая катаракта, заднекапсулярная катаракта и повышение внутриглазного давления, а также недостаточный опыт хирурга. Тем не менее, по мнению

профессора Nehemy, подобное осложнение может развиваться и в отсутствие перечисленных факторов, и даже у опытного хирурга. Разрыв задней капсулы может быть осложнен потерей стекловидного тела, его выпадением в операционную рану, переднюю камеру, и приводить к неполному удалению хрусталиковых масс и дислокации ИОЛ. Разрыв задней капсулы — это серьезное осложнение, сообщил профессор Nehemy. Прежде всего следует признать наличие проблемы. В хирургии одна ошибка может привести к ряду проблем, но две последовательные ошибки могут иметь гораздо более серьезные последствия. При возникновении подобного осложнения важно остановиться и вернуться на шаг назад.

Профессор Brian Little (Лондон, Великобритания) рассказал о способах предотвращения потери стекловидного тела, а также о современных тактических направлениях решения этой проблемы. Потеря стекловидного тела была нередким явлением, когда широко практиковалось интракапсулярное удаление хрусталика. С тех пор, благодаря внедрению микроинвазивной хирургии, ход операции стал в большей степени контролируемым. Хотя потеря стекловидного тела происходит лишь в 1-2% случаев, она все же представляет собой существенную проблему. Выпадение стекловидного тела влечет за собой ряд осложнений, в том числе повышенный риск отслойки сетчатки. В среднем риск развития отслойки сетчатки после потери стекловидного тела в течение первых 3 месяцев после операции в 40 раз превышает среднюю норму, сообщил профессор Little.

Итак, как же нам улучшить результаты? По мнению докладчика, залог успеха в понимании того, как правильно работать со стекловидным телом и как безопасно его удалять.

При проведении передней витректоми профессор рекомендовал не оказывать тракционное воздействие на основание стекловидного тела. «Поскольку мы не способны увидеть тракцию и само стекловидное тело, то мы об этом порой не задумываемся». Но нередко стекловидное тело подвергается тракционному действию, значительно превышающему его компенсационные возможности, что приводит к разрывам сетчатки.

Докладчик дал несколько советов, которые помогут при работе с выпавшим стекловидным телом: в первую очередь, диагностировать

произошедшее, визуализировать стекловидное тело, удалить его, стараясь не оказывать тракционно действия, а также осуществлять динамическое наблюдение за пациентом в дальнейшем.

По мнению профессора, крайне важно не отрицать сам факт выпадения стекловидного тела. «Мы все грешны тем, что стараемся не замечать произошедшего», — сказал он. — Но если вы продолжите фактомальную ситуацию после разрыва капсульного мешка даже в течение 5 секунд, возможно повреждение сетчатки. Так что как только вы заметили выпадение стекловидного тела, немедленно остановитесь».

В заключение профессор Little упомянул о нескольких, на его взгляд, важных пунктах касательно выпадения стекловидного тела. Это серьезная проблема, сказал он, так что нужно признать ее, сохранять спокойствие и продумать стратегию. Также следует с уважением относиться к основанию стекловидного тела. Стекловидное тело следует удалять методично и стараться избежать спадения глазного яблока.

Тема: «Осложнение»

Следующая сессия была посвящена развитию осложнений в различных случаях.

Серию осложнений из своей практики продемонстрировал в докладе профессор Agarwal. В первой видеозаписи был представлен пациент с узким зрачком. В процессе имплантации устройства I-Ring (Beaver-Visitesc, Уолтем, Массачусетс) доктор Agarwal столкнулся с несколькими осложнениями, включая падение ядра в витреальную полость, убагание края рексиса и иридодиализ. Другой клинический случай — попытка имплантации интракапсульного кольца пациенту с сублюксированной катарактой. Исходно были некоторые сложности с проведением рексиса, но при введении интракапсульного кольца в левую половину капсульного мешка, хирург не понял, что таким образом усиливается степень сублюксации справа.

Тема работы с сублюксированными линзами была затронута доктором Hanemoto (Мито, Япония). Он сообщил, что при экстракции сублюксированных ИОЛ мы встречаемся со сложностями другого плана. Нередко до подвывиха ИОЛ острота зрения достаточно высокая, что может представлять собой большую проблему ввиду возможного снижения качества зрения пациента. В арсенале хирурга есть целый набор методик, позволяющих вывести сублюксированную ИОЛ в переднюю камеру, в том числе с помощью вискоэластика, подсаживания, пинцета и нити, сообщил Hanemoto.

Профессор Борис Малюгин (Москва, Россия) доложил о хирургических возможностях фиксации ИОЛ у пациентов с разрывом задней капсулы. При нарушении целостности задней капсулы существует несколько альтернативных хирургических подходов. В первую очередь следует отметить варианты выбора модели ИОЛ, например, переднекамерной, линзы с фиксацией к радужке или заднекамерной ИОЛ.

В качестве общих рекомендаций докладчик предложил всегда поддерживать объем передней камеры, не допуская ее коллапса, обеспечить полноценное удаление остатков ядра хрусталика, провести витректомию передним доступом или через плоскую часть цилиарного тела и, наконец, определиться



Профессор Б.Э. Малюгин выступает с почетной лекцией «Можно ли вылечить страсть к инновациям?»

со способом фиксации и моделью ИОЛ в зависимости от особенностей интраоперационной ситуации. Очевидно, что для обеспечения полноценной фиксации ИОЛ, важно обеспечить максимальную сохранность остатков капсульного мешка. В качестве примера профессор Малюгин продемонстрировал видеозаписи нескольких клинических случаев.

В заключение Б. Малюгин сообщил, что в случае разрыва задней капсулы следует сохранять спокойствие и не паниковать. «Продумайте все этапы хирургического вмешательства, составьте резервный план действий на случай возникновения внештатной ситуации и придерживайтесь его. Важно также не забывать о возможности привлечь более опытного коллегу на помощь, что в таких случаях не может являться зазорным».

Тема: «Варианты подходов при разрыве задней капсулы»

Сообщение доктора Tsukasa Hanemoto (Мито, Япония) было посвящено хирургии катаракты на глазах со слабым зонулярным аппаратом в эпоху микроинвазивной фактоэмulsionификации, а профессор Amag Agarwal (Ченнай, Индия) предложил обсудить «Способы освоения техники клеевой фиксации ИОЛ».

Профессор Борис Малюгин (Москва, Россия) доложил о хирургических возможностях фиксации ИОЛ у пациентов с разрывом задней капсулы. При нарушении целостности задней капсулы существует несколько альтернативных хирургических подходов. В первую очередь следует отметить варианты выбора модели ИОЛ, например, переднекамерной, линзы с фиксацией к радужке или заднекамерной ИОЛ.

В качестве общих рекомендаций докладчик предложил всегда поддерживать объем передней камеры, не допуская ее коллапса, обеспечить полноценное удаление остатков ядра хрусталика, провести витректомию передним доступом или через плоскую часть цилиарного тела и, наконец, определиться

с методом фиксации ИОЛ в зависимости от особенностей интраоперационной ситуации. Очевидно, что для обеспечения полноценной фиксации ИОЛ, важно обеспечить максимальную сохранность остатков капсульного мешка. В качестве примера профессор Малюгин продемонстрировал видеозаписи нескольких клинических случаев.

Уфимская глазная лечебница Уфимского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых

< стр. 1

краткую информацию о Лечебнице, район обслуживания, количество принятых больных, посещения и т.д. Остальные таблицы были посвящены разделению пациентов по полу, словосию, возрасту и даже расстоянию, которое им пришлось преодолеть от места проживания до Лечебницы. Из таблицы видно, что большое число пациентов были из близлежащих районов, которым предстояло преодолеть до 10 верст пути, а самые дальние преодолевали более 200 верст, и их тоже было немало. Шестая таблица посвящена видам болезней пациентов: катар соединительной оболочки, трахома с подвидами, «воспаление свободного края века», болезни роговой, радужной и сосудистой оболочек, болезни хрусталика, болезни «зрительно-нервного аппарата», белковая «слезного прибора», аномалии рефракции и аккомодации и «прочие болезни глаза». В главе списка в численном соотношении идут хронический катар и трахома, как хроническая, так и рубцовая. Седьмая по счету таблица — это список операций и оперативных пособий. А.А. Бельский проводил многочисленные по своей разновидности оперативные вмешательства. Вот как выглядит этот список: «извлечение катаракты» и «сумки хрусталика», «рассечение сумки», «операция Фукала», «иридектомия», «склеротомия», «парацентез», «операция Земмиса», «отрезание выпавшей iridis (радужки), «удаление стафиломы роговицы», татуировка, перерезка сухожилья мышцы, передача и знуляция, «евисцерация яблчка и глазницы», удаление опухоль глаза, удаление слезных мешков, «операция крыловидной пленки», «операция Рудиана», пластика век, кантопластика, удаление злокачественных опухолей век.

Также А.А. Бельский выполнял оперативные пособия, которые включали в себя извлечение инородных тел, выжигание и выскабливание роговичной язвы, перитомия, вскрытие нарывов, выдавливание зерен трахомы, накладывание

появок «Гертлу» и т. д. Оперативные пособия в данном случае, как видно из списка манипуляций, — это амбулаторные операции. Всего их в отчетном году было выполнено 514.

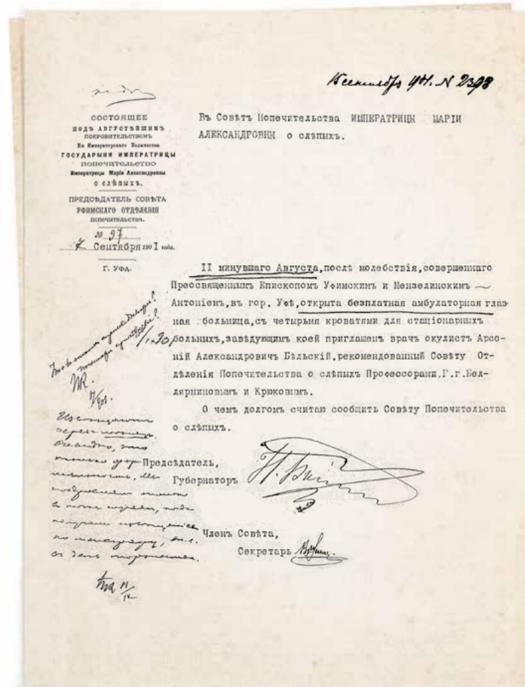
Завершающая таблица отчета посвящена неизлечимой слепоте, случившейся у 36 человек, лидерство среди причин которой заняли трахома, глаукома и сифилис.

Под отчетом стоит личная подпись заведующего и директора Лечебницы А.А. Бельского.

К цифровому отчету Попечительства «покорнейше просит» предпосылать общий отчет об условиях деятельности, положения окултической помощи».

В «Особом отчете...» А.А. Бельский указывает, что Лечебница оснащена всем необходимым, в том числе хирургическим оборудованием. Больные получают амбулаторную и хирургическую помощь бесплатно, включая бесплатное питание и белье. Приведенное меню поражает разнообразием и калорийностью. Кроме того, при поступлении больные принимали ванну или посещали баню. Среди проблем А.А. Бельский выделяет нехватку мест в Лечебнице и связанное с этим отсутствие возможности оказать помощь всем страждущим при большом количестве больных с запущенными стадиями заболевания. При этом он сетует на низкую информированность населения об открытии Лечебницы: «скромная вывеска и миниатюрные объявления только в местных ведомостях».

В заключение А.А. Бельский пишет: «На основании этих и подобных им соображений становится понятной особенно очевидная на месте потребность и нужда уфимского населения в бесплатной глазной лечебнице, особенно для иногородцев и большей части крестьян и мещан. Естественно и понятно моему стремлению местного Отделения Попечительства о слепых завести бесплатную лечебницу, несмотря на малые наличные средства, ибо лишь малая часть населения будет пользоваться необходимой и рациональной помощью, чем никто».



Рапорт об открытии бесплатной глазной лечебницы в г. Уфе 11 августа 1901 г.

Эти соображения подкрепляются надеждой, что зажиточная часть населения сама придет на помощь страждущему и немущему большинству, и таким образом поможет доктор С.П. Знаменский.

В «Отчете о деятельности Уфимской бесплатной глазной лечебницы за 1902 год» директор Глазной лечебницы А.А. Бельский пишет: «Из числа служащих в лечебнице с августа месяца выбыла одна сестра милосердия, так что персонал

лечебницы состоял из директора лечебницы, ее заведующего, смотрителя, служителя и сиделки. При сложных операциях по-прежнему помогал доктор С.П. Знаменский.

В стационарном отделении, увеличенном на одну койку (всего 5), учреждении для оказания помощи все большему и большему числу больных глазами».

В «Отчете о деятельности Уфимской бесплатной глазной лечебницы за 1902 год» директор Глазной лечебницы А.А. Бельский пишет: «Из числа служащих в лечебнице с августа месяца выбыла одна сестра милосердия, так что персонал

За годичный промежуток времени Лечебницу посетили 14 317 человек, из них 3 254 зарегистрированы вновь. Операций и оперативных пособий произведено 2 051 (!).

Цифры отчетов за 1901 и 1902 годы поражают воображение. За кратчайший срок обустроить помещение, оснастить всем необходимым, в том числе хирургическим оборудованием и инструментами, при минимальном штате сотрудников и скудных средствах организовать прием и хирургическое лечение тысяч пациентов мог человек исключительных способностей организатора и врача. Таким человеком был А.А. Бельский.

Арсений Александрович Бельский, 1875 года рождения, уроженец г. Твери, сын мелкого служащего. В 1899 г. он окончил медицинский факультет Московского университета, где получил прекрасную клиническую подготовку под руководством директора Московской глазной клиники, профессора А.А. Крюкова и патологоанатома-окулиста, профессора Ф.О. Евсеева. После окончания университета он в течение 3 лет работал ординатором глазной клиники. За это время им было сделано несколько докладов на научных заседаниях Общества глазных врачей в Москве. В летнее время А.А. Бельский работал в глазных отрядах.

В 1901 году он прибыл в Уфу для заведования Глазной лечебницей по рекомендации профессоров Л.Г. Бельярминова и А.А. Крюкова.

Анализ итогов первого года заведования Уфимской глазной лечебницей и руководства глазным отрядом в Уфимской губернии А.А. Бельский опубликовал в статье журнала «Вестник офтальмологии» (январь-февраль 1903 г.), которая впоследствии была издана в форме автореферата под названием «Обзор деятельности Уфимской глазной лечебницы Попечительства о слепых за 1 год».

А.А. Бельский в своем автореферате указывает, что «до 1900 года в бесплатной лечебнице комитета о бедных был врач, лечивший между прочим и глазных больных и производивший глазные операции, но за последние годы, судя



Вице-президент BRASCRS, профессор Марсело Вентура, профессор Б.Э. Малюгин, доктор Бруна Вентура

HAAG-STREIT
SURGICAL

СОБЕРИ СВОЙ МИКРОСКОП!

• ВПЕЧАТЛЯЮЩЕЕ КАЧЕСТВО ОПТИКИ HAAG-STREIT • УНИКАЛЬНЫЕ РАЗРАБОТКИ: ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ОКТ, 3D МИКРОСКОП • ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ

Stormoff®

group of companies

Г. МОСКВА, УЛ. РАСКОВОЙ 11А; ТЕЛ.: (495) 780 7691; +7 (916) 647-69-35

OKO@STORMOFF.COM



Здание Глазной лечебницы по улице Чернышевского, д. 91

по отчетам губернского земства и городской больницы, оперативную помощь глазным больным выражалась единичными». Крайне интересна информация, подтверждающая, что в Уфе еще до 1900 года оказывалась глазная помощь и проводились глазные операции.

Впечатляют и вызывают уважение результаты хирургии катаракты, приведенные в автореферате: «Во всех случаях операции без иридактомии осложнений никаких не было, и зрение получилось очень хорошее (самое меньшее = 0,6), правда, в 4 случаях понадобилась последовательная дисцизия через месяц».

Из 65 оперированных А.А. Бельским глаз по поводу катаракты зрение менее 0,1 было в 3 случаях из-за «обнаружившихся изменений на дне (2) и втяжения зрачка в рубец (1), у 22 зрение с двояковыпуклыми стеклами получилось 0,2-0,3 (некоторым понадобилось дисциссия), и у остальных явившихся (32 глаза) зрение оказалось выше 0,3».

Напоминаем, что у А.А. Бельского не было операционного микроскопа, микрохирургических инструментов, фактомультификатора, вискоэластиков и даже шовного материала!

Судя по работе А.А. Бельского, по тому, как он ответственно подходил к лечению больных, сопереживал отсутствию возможности помочь всем страждущим, о чем мы можем удостовериться по его записям в отчетах, никаких жалоб на его врачебную деятельность не могло быть. Их и не было. Однако 3 октября 1903 года первый директор Лечебницы был «арестован и административным порядком выслан из гор. Уфы». «О чем, с приложением копии постановления Совета отделения по сему предмету, имею честь уведомить Совет Попечительства, на предмет увольнения врача Бельского от службы», сообщает вице-председатель Уфимского отделения В.Н. Матвеев.

После ареста А.А. Бельский смог продолжить свою врачебную деятельность, оставаясь верным клятве



Оперирует профессор А.А. Бельский (глазное отделение 1-й городской больницы г. Симферополя)

Гипократа. Но об этом мы узнали позднее. До этого наши поиски велись в направлении государственных учреждений, которые и взяли его под стражу. Нам были направлены запросы в адрес Министерства внутренних дел Российской Федерации и Республики Башкортостан. Из МВД РФ и РБ, к сожалению, пришел отрицательный ответ.

Следы А.А. Бельского после долгих поисков во многих архивах Российской Федерации были обнаружены в Крыму. Мы обратились за помощью к заведующей кафедрой офтальмологии Крымской медицинской академии им. С.И. Георгиевского, профессору Н.В. Ивановой. Ответ не заставил себя ждать. Из Государственной архивной службы Республики Крым были присланы фотографии, копии листа по учету кадров и автобиографии, написанной А.А. Бельским собственноручно, откуда мы узнаем, как он попал в Крым и что ему пришлось пережить за эти 20 лет.

Таким образом, нам стало известно, что в 1927 году А.А. Бельский заведовал глазным отделением Научно-исследовательского института им. И.М. Сеченова в г. Севастополе (ныне Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова»). С 8 февраля 1935 года он был переведен в Крымский медицинский институт им. И.В. Сталина (ныне Крымская медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь), где с этого дня начала свою работу кафедра глазных болезней. Ее базой служило 25-коечное глазное отделение 1-й городской больницы г. Симферополя. А.А. Бельский руководил кафедрой до сентября 1941 года, вплоть до начала войны. На тот момент Арсений Александрович имел звание профессора, был автором более 50 научных работ, среди которых «Физические методы лечения в офтальмологии. Краткое руководство для врачей и студентов», «Надо беречь глаза» и т.д. В перечне документов представлен «Личный листок по учету кадров» А.А. Бельского.

В 1903 году после ареста директора Уфимской глазной лечебницы возникла проблема поиска нового врача на эту должность. Ситуация усугублялась тем, что напавшим амбулаторных больных не прекращался. Г. вице-председатель обратился по телеграфу к профессору по глазным болезням Адриану Александровичу Крюкову с просьбой рекомендовать в заместители директора Глазной лечебницы врача-окулиста. В ответ на это Г. Крюков телеграммой от 6 сего октября сообщил, что он рекомендует в директоры названную

лечебницу врача Сушкина, а позднее. До этого наши поиски велись в направлении государственных учреждений, которые и взяли его под стражу. Нам были направлены запросы в адрес Министерства внутренних дел Российской Федерации и Республики Башкортостан. Из МВД РФ и РБ, к сожалению, пришел отрицательный ответ.

Следы А.А. Бельского после долгих поисков во многих архивах Российской Федерации были обнаружены в Крыму. Мы обратились за помощью к заведующей кафедрой офтальмологии Крымской медицинской академии им. С.И. Георгиевского, профессору Н.В. Ивановой. Ответ не заставил себя ждать. Из Государственной архивной службы Республики Крым были присланы фотографии, копии листа по учету кадров и автобиографии, написанной А.А. Бельским собственноручно, откуда мы узнаем, как он попал в Крым и что ему пришлось пережить за эти 20 лет.

Таким образом, нам стало известно, что в 1927 году А.А. Бельский заведовал глазным отделением Научно-исследовательского института им. И.М. Сеченова в г. Севастополе (ныне Крымское республиканское учреждение «НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченова»). С 8 февраля 1935 года он был переведен в Крымский медицинский институт им. И.В. Сталина (ныне Крымская медицинская академия им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь), где с этого дня начала свою работу кафедра глазных болезней. Ее базой служило 25-коечное глазное отделение 1-й городской больницы г. Симферополя. А.А. Бельский руководил кафедрой до сентября 1941 года, вплоть до начала войны. На тот момент Арсений Александрович имел звание профессора, был автором более 50 научных работ, среди которых «Физические методы лечения в офтальмологии. Краткое руководство для врачей и студентов», «Надо беречь глаза» и т.д. В перечне документов представлен «Личный листок по учету кадров» А.А. Бельского.

В 1903 году после ареста директора Уфимской глазной лечебницы возникла проблема поиска нового врача на эту должность. Ситуация усугублялась тем, что напавшим амбулаторных больных не прекращался. Г. вице-председатель обратился по телеграфу к профессору по глазным болезням Адриану Александровичу Крюкову с просьбой рекомендовать в заместители директора Глазной лечебницы врача-окулиста. В ответ на это Г. Крюков телеграммой от 6 сего октября сообщил, что он рекомендует в директоры названную

Уфимской глазной лечебницы за 1903 год», в котором, в частности, указал: «Персонал лечебницы оставался прежний, т.е. врач-директор, смотрительница, служитель и сиделка. Как и в прежние годы, в стационарное отделение (5-6 коек) принимались больные исключительно с катарактами, глаукомой и некоторые больные для сложных операций, при которых по-прежнему помогал доктор С.П. Знаменский. Амбулаторный прием производился ежедневно, не исключая и праздничных дней, с 9 до 12 часов. Всего зарегистрировано больных 15 026 человек, из них 3 045 посетило больницу вновь».

Несмотря на смену врача, пожар и последующий ремонт, «средняя цифра числа больных по сравнению с 1902 годом значительно возросла». «Для трахоматозных больных с тяжелыми осложнениями и больных после проведенных им амбулаторных операций местным Советом Отделения с августа 1903 года в здании бывшей бани устроено помещенье-барак на 4 койки». Первое амбулаторное отделение им. Операций и оперативных пособий выполнено 1 561 (!). Несмотря на увеличение количества операций, В.И. Сушкин, как и А.А. Бельский, в своих отчетах остро ставит вопрос о расширении количества коек, необходимости увеличения количества выдаваемых лекарств и перевязочных материалов в связи с увеличением потока больных из беднейших слоев населения, большого количества больных трахомой, особенно «инородцев».

В отчете отсутствует разделенные выполненных операций и оперативных пособий на виды, указано лишь общее их число, в связи с чем В.И. Сушкин добавил следующий комментарий: «Число операций и оперативных пособий показано мною общим итогом, так как ни в бумагах моего предшественника, ни в амбулаторных карточках я не нашел отметок об операциях. Общій же итог взят мною из ежесемесных ведомостей Врачебному отделению».

В газете «Уфимские губернские ведомости» достаточно широко освещалась деятельность Глазной лечебницы и работавших в ней врачей А.А. Бельского и В.И. Сушкина. Ниже представлены объявления в газете в различные годы. В рубрике «Среди газет и журналов» опубликована эта статья: «В Петерб. вед. пишут из Уфимской губернии о глазных болезнях. В нашей губернии преобладает инородческое население, среди которого особенно сильно развиты глазные заболевания».

Распространенность трахомы среди чуваш, татар и пр. инородцев — вещь довольно известная. На земских собраниях не раз отмечалось это явление, а также не раз дебатировался вопрос о мерах борьбы с ним.

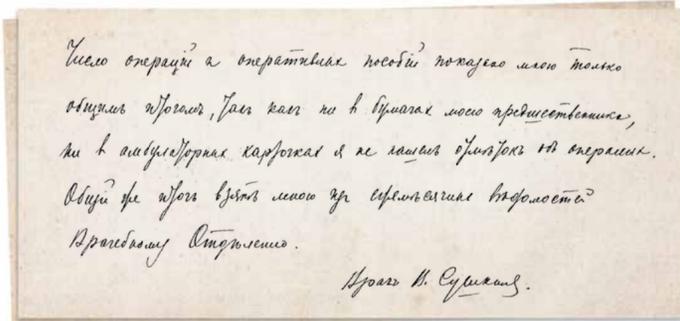
Перед нами цифровой отчет деятельности Уфимской глазной лечебницы Попечительства о слепых за 4 месяца этого года: январь, февраль, март и апрель (в май и июнь лечебница не функционировала).

Число принятых амбулаторных больных колеблется от 333 до 493 в месяц. Этими больными сделано посещений от 2160 до 2727 в месяц, в лечебнице принимаются и повторные больные, следовательно, в день приходится от 70 до 90 посещений.

Рассматривая последний отчет за апрель, на который пришлось 493 чело. амбулаторных больных, мы видим, что они распределяются так: по национальности: русских — 388, башкир — 87, чуваш, мордвы, черемисов — 9 и т. д.; по сословиям: крестьян — 343, мещан — 110, проч. сословий от 21 до 8; по роду занятий: хлебопашество — 52, ремесла — 52, черная работа — 40 и т. д.



Заведующий кафедрой глазных болезней Крымского медицинского института, профессор А.А. Бельский (в центре) с сотрудниками



Комментарий к отчету за 1903 г.

Цифры эти свидетельствуют о том, что лечебница посещается по преимуществу той частью населения, которая наиболее нуждается в даровой медицинской помощи. Отметим еще распределение больных по форме болезни: самое большое число больных падает на долю катарак соединит. оболочки — 166 ч. (или 33,7 проц.), затем следует трахома — 107 ч. (21,7 проц.), потом идет раппус — 33 ч. и т. д. Больных катарактом — 23 ч., наконец, случаев неизлечимой слепоты — 6».

Начавшаяся Русско-японская война вызвала подъем патриотизма, о чем свидетельствуют заметки в «Уфимских губернских ведомостях».

Газета 19 декабря 1904 года в статье «Благий почин» сообщает о намерении Уфимского отделения Попечительства приспособить Глазную лечебницу для приема русских воинов, потерявших зрение на Дальнем Востоке: «16 сего декабря состоялось заседание Уфимского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых. Присутствовали: председатель, вице-председатель, директор классической гимназии В.Н. Матвеев и уполномоченный Попечительства, управляющий акцизными сборами М.А. Кун».

Член-секретарь В.П. Буткевич доложил Совету письмо председателя Попечительства, генерал-адъютанта графа Воронцова-Дашкова, которым Уфимское отделение призывается к призерии под кровом своей лечебницы русских воинов, потерявших зрение на Дальнем Востоке. Мы слышали, что вопрос о приспособлении лечебницы для этой патристической и столь симпатичной цели разрешается благоприятно и что Уфа, быть может, в самом

близком будущем приоритет у себя нескольких болеющих глазами защитников нашей Родины». В конце 1904 года В.И. Сушкин призван на военную службу. «Отчет о деятельности Уфимской бесплатной глазной лечебницы за 1904 год» был подписан заведующей Глазной лечебницей Анной Мейер.

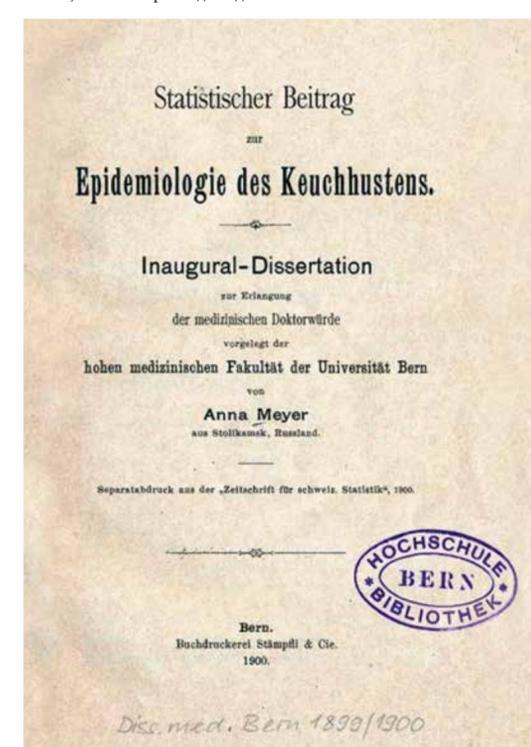
Согласно этому отчету, количество посещений больных в Лечебнице составило 19 494 человека, при том что 3 месяца Лечебница не функционировала. Количество коек возросло до 6. Также продолжал функционировать барак на 4 койки для трахоматозных больных, ввиду следствии приотвиший раненых солдат с войны. Общее количество операций и оперативных пособий составило 1 423. По-прежнему заведующая Лечебницей А.А. Мейер и Совет Отделения Попечительства в главе с губернатором сетуют на нехватку мест: «Вышеприведенные цифры сами за себя говорят: число больных, обращающихся в глазную лечебницу, растет с каждым годом. Отсюда явная потребность в расширении стационарного отделения. Так как стационарное отделение, помещающееся в отдельном бараке, предоставлено для помещения потерявших зрение воинских чинов, а в то же время констатируется, что в 1904 году отделение это вернуло к труду более 60 человек преимущественно молодого возраста, то весьма желательным и своевременным было бы приспособить холодное помещенье, имеющееся во дворе лечебницы, для стационарных трахоматозных больных, требующих продолжительного лечения под постоянным наблюдением врача».

Если цифровой отчет за 1904 год был подписан В.И. Сушкиным, то годовой отчет был уже подписан новой заведующей А.А. Мейер.

А.А. Мейер превзошла всех своих предшественников по продолжительности работы в Лечебнице. В должности заведующей она проработала до середины 1910 года. При сложных операциях А.А. Мейер помогал врач Н.Ф. Метелина-Пальчиковская, известная тем, что в 1905-1906 гг. заведовала Пастеровской станцией Уфимского губернского земства.

Анна Андреевна Мейер родилась в 1865 году в г. Соликамске Пермской губернии. Долгое время у нас не было о ней никакой информации. Поиски привели нас в Швейцарию. Запросы в Швейцарский федеральный архив (Schweizerisches Bundesarchiv BAR, г. Берн) и Бернский университет (Universitat Bern) принесли желаемый результат. Архивист Бернского университета Niklaus Bittkofer прислал протоколы докторских экзаменов А.А. Мейер, согласно которым она была допущена к защите диссертации, где также сообщалось, что А.А. Мейер в 1892 году поступила на медицинский факультет Бернского университета. 28 февраля 1900 г. защитила диссертацию «Статистический отчет по эпидемиологии коклюша» («Statistischer Beitrag zur Epidemiologie des Keuchhustens») на получение ученой степени «доктор медицины». Данная диссертация хранится в библиотеке Бернского университета.

В Уфу А.А. Мейер попала по рекомендации О.Г. Аксаковой, благодаря которой она получила хорошую практику и оказывала офтальмологическую помощь уфимской знати, в том числе и губернатору. Эту информацию нам предоставил известный художник А.А. Буганин, который приходится внучатым племянником А.А. Мейер. Со слов художника, первый Мейер попал в Россию при Екатерине II, которая



Титульный лист диссертации А.А. Мейер. (Диссертация А.А. Мейер получена из фонда библиотеки Бернского университета)

в очках с толстыми линзами, очень этого стеснялась и офтальмологом стала главным образом, чтобы разбраться со своими проблемами.

В 1905 году «Уфимские губернские ведомости» широко освещали деятельность Уфимского отделения Попечительства и Глазной лечебницы. Печатаются помесичные отчеты, информация о благотворительных спектаклях и маскарадах в пользу Глазной лечебницы и даже информация о полученных травмах глаза и частных случаях оказания помощи слепым детям.

Март 1905 года «Случайное увечье. Вечером, 3 марта, на чугуно-меднолитейном заведении купца Гутмана, что по Большой Казанской ул., в доме Гальдерина, при чистке чугунных частей лесарь — уфимский механик Дмитрий Васильев — отлетевшими частями чугуна засорил себе правый глаз; потерпевшему оказана медицинская помощь, а о случае сообщено фабричной инспекции».

«Из отчета о деятельности Уфимской бесплатной глазной лечебницы».

Справочный отдел. Лечебница. С разрешения Совета Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых, в г. Уфа, на углу Уфимской и Суворовской улиц, открыта бесплатная амбулаторная глазная лечебница, с четырьмя кроватями для стационарных больных. Прием больных ежедневно: от 9—12 часов утра; советы бесплатно, за лекарства и пособия больные приносят вносить посылками поперевозки в кружки, высланные в помещении больницы.

«Уфимские губернские ведомости» от 12 ноября 1902 г.

«Уфимские губернские ведомости» от 8 октября 1902 г.

«Грани света»

Авторы: профессор М.М. Бикбов и Ю.Ш. Галимова (Уфимский НИИ глазных болезней АНРБ).

От авторов

Урал издавна славится богатством своих недр — невидимым поясом из бесчисленных металлов и самоцветов обтянуты его горные хребты. Не одно столетие наши предки добывали эти несметные сокровища и превращали их в произведения искусства; молва об уральских мастерах не смолкает и по сей день. В руках мастера ничем не примечательный камень обретает идеальную форму: терпеливо и искусно вытачивается и полируется каждая его грань, и вот уже является свету бесценный бриллиант. Как драгоценные камни, вытачиваются и люди, вдохновленные к совершенству. Каждая глава нашей книги — это отдельная грань, над созданием которой долгие годы трудились сотни людей, выбравших своей стезей офтальмологию: врачи, научные работники, медсестры, санитары и другие. И в наши дни новое поколение упорно работает над обработкой своей грани, бережно оттачивая каждую линию. Современные мастера Института чтут память о годах кропотливой деятельности своих предшественников и заботливо возвращают учеников, чтобы передать им в руки резец Мастера.



Марии Александровны о слепых и Уфимская глазная лечебница стали его первыми гранями. С тех пор над страной пронеслось немало бурь. Шли годы, сменялись мастера, но из поколения в поколение неизменными оставались сплоченность единомышленников, твердость их духа и неиссякаемое стремление к совершенству. Каждая глава нашей книги — это отдельная грань, над созданием которой долгие годы трудились сотни людей, выбравших своей стезей офтальмологию: врачи, научные работники, медсестры, санитары и другие. И в наши дни новое поколение упорно работает над обработкой своей грани, бережно оттачивая каждую линию. Современные мастера Института чтут память о годах кропотливой деятельности своих предшественников и заботливо возвращают учеников, чтобы передать им в руки резец Мастера.

адресу: улица Суворовская (ныне улица Крупской), д. 16 и находилась по соседству со старым зданием Лечебницы, которая располагалась по улице Уфимской (ныне улица Чернышевского), д. 91.

Ф.А. Киркевич прожил здесь же, на втором этаже Лечебницы, где вел частный прием больных.

В августе 1914 г. Ф.А. Киркевич покинул должность директора Лечебницы, в связи с чем на страницах «Уфимского вестника» от 22.08.1914 г. появилось объявление, уведомляющее губернского населения о перемене места проживания врача, а значит и места приема пациентов, так как частные приемы велись врачами на дому. Примечательно, что Ф.А. Киркевич после своей отставки не покинул Уфу. До конца 1915 года его объявления о частном приеме больных практически ежедневно печатались в «Уфимском вестнике».

В конце октября на должность заведующего Лечебницей прибыл новый доктор, о чем написала газета «Уфимский вестник».

21 октября 1914 года

«Открытие глазной лечебницы. С 23 октября открывается Уфимская глазная лечебница. Вступил в исправление обязанностей вновь прибывший директор лечебницы, врач Владимир Федорович Кашменский. Прием амбулаторных больных с 10 ч. утра».

Владимир Федорович Кашменский был выпускником Императорского Юрьевского университета (ныне Тартуский университет, Эстония), после окончания которого работал ассистентом глазной клиники при университете. В 1912 г. при Саратовском Императорском университете открылась кафедра офтальмологии, где В.Ф. Кашменский в качестве ordinатора проработал до переезда в Уфу.

С 24 октября 1914 г. на страницах той же газеты ежедневно печатались объявления о частном приеме нового директора. Первоначально В.Ф. Кашменский снимал квартиру и вел прием по адресу улица Александровская, д. 49, в марте 1916 г. он переезжает на второй этаж Лечебницы, где продолжает вести частный прием больных.

Газета «Уфимский вестник» продолжала довольно активно освещать деятельность Глазной лечебницы.

9 ноября 1914 года

«Глазная лечебница. В конце октября месяца возобновила свою деятельность Глазная лечебница, как только прибыл вновь приглашенный врач. За короткое время (7 дней) было уже 113 первичных больных, которые сделали больше 200 посещений. Лечебницей принято уже 4 стационарных больных. За отсутствием врача Лечебница была закрыта весь август, сентябрь и часть октября; в июне она не работала по случаю ремонта».



Улица Пушкина, д. 90 — корпус № 1 Института, 1935 г.



А.А. Мейер (средний ряд. 3-я слева) в голы работы в лазарете г. Уфы

В мае лечебница работала 20 дней, в течение которых было принято 681 первичный больной, среди которых жителей города было 248. За 17 дней июля было принято 407 первичных больных, среди которых горожан было 207».

29 ноября 1914 года

«Уфимское отделение Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых. 30 сего ноября в воскресенье, в 12 часов дня, в помещении канцелярии губернского акцизного управления (Центральная ул., дом Скрипова) состоится общее собрание членов Отделения Попечительства. На собрание приглашаются не только члены Попечительства, но и все лица, сочувствующие задачам Попечительства».

Предметы занятий:

- 1) Ознакомление с деятельностью Попечительства и Глазной лечебницы.
- 2) Об увеличении числа коек в Лечебнице ввиду большой в том потребности.
- 3) О создании барака при Лечебнице для бедных больных.
- 4) Обсуждение вопроса о введении платы за амбулаторное и стационарное лечение больных глазами в Лечебнице Попечительства.
- 5) Изыскание новых источников доходов на содержание Лечебницы взамен кружечного сбора в казенных винных лавках, повсеместно в губернии закрываемых.
- 6) Об увеличении персонала в связи с расширением Лечебницы.
- 7) Об устройстве электрического освещения.
- 8) Выборы новых членов Совета взамен выбывших».

Глазная лечебница.
Глазная лечебница переводится в дом № 83 по Пушкинской улице, ранее занимаемый организацией „Ара“. Прием больных уже производится в этом доме, но признанные больными направляются на Суворовскую № 16, где имеется 40 коек. В новом месте до ста, места достаточно. Б.

Объявление в газете «Власть труда» от 3 августа 1923 г.

3 декабря 1914 года

«В Глазной лечебнице. Общее собрание Уфимского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых, бывшее 30 ноября сего 1914 г., постановило: с 1-го декабря с первичных больных, обращающихся в Глазную лечебницу, взимать плату за совет — 30 коп.

За лекарство — 20 коп. За каждый проведенный день в стационарном отделении лечебницы — 50 коп. Плата за совет и лечение взимается лишь один раз в год. Больные бедные по-прежнему лечатся бесплатно».

Введение платного приема больных было вынужденным решением проблемы финансового неблагополучия Лечебницы, принятым Отделением Попечительства в ответ на снижение финансовой поддержки учреждения, в особенности со стороны города и земства, на которых и возлагалась основная обязанность содержать Лечебницу.

В «Отчетах и докладах Уфимской Городской Управы по Медико-санитарному отделению Уфимской Городской Думы (1914 — июль 1915 гг.)» представлен отчет Уфимского отделения Попечительства о слепых. В форме таблицы даны сведения о пролеченных больных в глазной амбулатории по месяцам 1915 года.

«Всего глазных амбулантах за год принято в глазной амбулатории 16 700 больных, из которых на долю горожан падает всего 1960 чел., цифра крайне незначительная в сравнении с общим количеством больных, нуждающихся в глазной помощи. Объясняется эта незначительная деятельность

не может быть названа бесплатной, так как плата за лечение является настолько крупной величиной в ее приходном бюджете (49%), что без нее существование Лечебницы было бы немислимо при тех скудных поступлениях, какие дают остальные источники дохода».

Следует отметить и низкую плату служебному персоналу, служащим — сиделкам от 8 до 12 рублей в месяц, фельдшерцам — 60-65 руб. и врачам — 112 руб. в месяц. При существующей дороговизне жизни эти цифры могут казаться невероятными.

Смета на 1917 год составлена следующим образом: доход должен равняться 7996 руб. 40 коп., расход — 10 779 р., таким образом, дефицит должен равняться 2 782 руб. 60 коп. Деятельность Глазной лечебницы, поставленная широко, и так важная для населения не только г. Уфы, но и губернии, протекала тем не менее до сих пор при полном равнодушии к ней как общества, так и общественных организаций, вносящих всего 10,4% приходного бюджета лечебницы. Это обстоятельство и повело к тому, что лечебница по необходимости сделалась платной; эта плата, с бесплатным отпуском лекарств, однако была невысока, так как в амбулатории с каждого нового больного взималось всего 50 коп. в год, причем бедные больные от этой платы освобождались».

Проблема нехватки медицинского персонала также оставалась нерешенной, к тому же Совет Отделения Попечительства поставил перед фактом В.Ф. Кашменского о необходимости оставить при Лечебнице лишь одну фельдшершу из имеющихся двух. Представитель Уфимского отделения Попечительства Н.П. Смелычаков, присутствовавший на разборе по поводу проведенной ревизии, сообщил, что «в Попечительство совершенно отсутствуют средства и трудно сводить концы с концами, также в настоящее время город не вносит предназначенных для Лечебницы 1 000 рублей, а земство — 500 рублей».

Вероятнее всего финансовые трудности в деятельности Лечебницы, когда жалование, бывшее весьма скудным, никак не перекрывало тех физических и моральных нагрузок, возлагаемых на плечи докторов, и стали основными причинами отказа от должности ее директоров А.А. Мейер и Ф.А. Киркевича. Финансовые проблемы заставили докторов брать за частные платные приемы, которые осуществлялись на квартире в здании Лечебницы, что никак не возмещало Отделением Попечительства.

Летом 1918 года Уфа и губерния в целом были охвачены Гражданской войной, которая длилась вплоть до июня 1919 г., когда в Уфе окончательно установилась Советская власть. Конечно, военные действия сказались на общественной жизни населения, на ее социальной обеспеченности. Были периоды, когда медицинская помощь, в частности глазная, приостанавливалась. Но с завершением боевых действий мирная жизнь быстро входила в свое русло. 14 мая 1919 г. газета «Уфимский вестник» на своих страницах поместила отчет по Глазной лечебнице за апрель 1919 г.

14 мая 1919 года

«В глазной лечебнице. За апрель амбулаторных больных в лечебнице было первичных — 114, повторных — 511, стационарных больных: оставалось — 13, прибыло — 6 чел., вышло — 19. Глазных операций сделано 9, мелких оперативных пособий — 61. Глазные заразные болезни: трахома — 39, катар — 6, бленноррея — 1».

В 1920 г. на должность заведующей Лечебницей была вновь приглашена А.А. Мейер. Согласно «Списку личного состава» Уфимской

глазной лечебницы Уфимского губернского отдела здравоохранения 1920-1921 гг., в Лечебнице на 1 января 1921 года числилось 2 врача, вместо положенных по штату 3 врачей, 4 фельдшерши, 6 сиделок, 1 завхоз, 1 экономист, 2 кухарки, 1 дворник, 1 истопник, 1 коневод, 1 бельведица. Вторым врачом-ординатором была Серафима Владимировна Еленевская, 1882 года рождения.

Все годы после сложения полномочий заведующей Глазной лечебницей в 1910 г. А.А. Мейер проживала в Уфе. С началом Первой мировой войны в 1914 г. она работала в одном из лазаретов города, которых во время войны было много в губернской столице.

Данные Уфимского губернского отдела здравоохранения («Списки медперсонала, служащие канцелярий Уфимского губздравра, штатные амбулаторий и больниц гор. Уфы») от 1921 года свидетельствуют, что Глазная лечебница на тот момент располагала 45 койками.

Согласно «Справке о количестве операций в 1921 году по Уфимскому уезду», в Глазной лечебнице была проведена 271 операция, из них при завороте век — 145, экстракция катаракты — 52, иридэктомия — 18, удаление — 13, энуклеация глазного яблока — 5 и т.д. Ежедневная газета «Власть труда» от 3 августа 1923 года оповестила население губернии о переезде амбулатории Глазной лечебницы по новому адресу: улица Пушкинская (ныне улица Пушкина), д. 83. Стационар на 40 коек продолжал функционировать по прежнему адресу: улица Суворовская (ныне улица Крупской), д. 16. По этому адресу были прописаны А.А. Мейер и С.В. Еленевская.

С этого времени Глазная лечебница принимала на лечение 40-50 больных. Возглавляла Лечебницу по-прежнему А.А. Мейер. Под ее руководством работала И.А. Агарев, С.А. Алексеев, Г.Ф. Лукинский, которые затем продолжили свою трудовую деятельность в Трахоматозном институте. Врачи вели прием в амбулатории ежедневно, кроме среды, с 5 до 7 ч. вечера.

Новость из газеты «Власть труда», рубрика «По Уфе»:

19 июня 1924 года

«В Глазной лечебнице. Пестрит приемная Глазной амбулатории костюмами, рубашками, платочками. Человек триста сидят по разваленным рядами скамейкам. Кто голову высоко задрал, смотря через повязку больными глазами, кто опустил ее слишком низко, выворочивая воспаленные белки глаз. Вот так каждый день, говорит доктор Комаров. Кончим прием в три и в лежку! Сил нет и пациенты разные. Или стар и от старости не понимает, что толкуешь ему, или вот смотрите — грудные ребята! Ни спросить, ни ответить!»

И, несмотря на перегрузку работы амбулатории, порядок в последней образцовый. Застрахованный труженик пропускается тотчас же. Не успеет написаться карточка, как больного приглашают уже в кабинет доктора. Внимательность последнего дополняет картину хорошо оборудованной лечебницы».

Согласно адресно-справочной и телефонной книге «Вся Башкирия» от 1925 года в Уфе на тот момент были зафиксированы 6 врачей-офтальмологов: И.А. Агарев, С.А. Алексеев, А.А. Мейер, Н.В. Чуфаровский, Н.П. Лаврентьев, Г.Ф. Лукинский и 1 детский офтальмолог — Д.И. Мебель.

А.А. Мейер заведовала Лечебницей до 1925 г., впоследствии вышла на пенсию по состоянию здоровья. В начале 1926 г. она обратилась в Башнаркомздрав с ходатайством «о назначении ей пенсии, вследствие невозможности продолжать службу, по преклонности лет».

Ксалатамакс®
БЫСТРО И НАДОЛГО™
латанопрол 0,005% 2,5 мл

Снижает ВГД на 32% быстро и надолго™

Abbott

victus®
ФЕМТОСЕКУНДНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ПЛАТФОРМА

ФЕМТОСЕКУНДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НОВОГО УРОВНЯ. 3-е поколение.

- Новая высокоскоростная высоконтрастная томография на основе технологии 25-ОСТ
- Полная визуализация хода операционного процесса под управлением ОСТ включая катаракту, терапевтические процедуры, формирование лоскута для LASIK
- Автоматическая идентификация анатомической структуры глаза
- Новые процедуры и новые паттерны хорошо известных процедур
- Сферический интерфейс пациента
- Интеллектуальные датчики давления
- Обновленный графический интерфейс (GUI)

Полный ОСТ* онлайн-контроль, катарактальные, хирургические, рефракционные процедуры на одной платформе

Фемтосекундный лазер Victus выполняет:

Рефракционные функции

- Создание персонифицированного лоскута для LASIK*
- Формирование тоннелей
- Для интракорнеальных колец (ICRS), карманов для крослинкинга
- Срезы различной формы для сквозной и послойной кератопластики PKP/LKP* и FLEK*
- Астигматическая кератотомия (AK)

Катарактальные функции

- Капсулорексис
- Фрагментация хрусталика
- Тоннельные роговичные разрезы (парацентез)

*ОСТ - Optical coherence tomography (Оптическая Когерентная Томография)
*LASIK - Laser Assisted in Situ Keratomileusis (лазерный кератомилез)
*PKP - Penetration Keratoplasty (сквозная кератопластика)
*LKP - Lamellar Keratoplasty (ламеллярная кератопластика)
*FLEK - Femtosecond Laser Endothelial Keratoplasty (фемтосекундная лазерная эндотелиальная кератопластика)

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
Рисунки. Моделирование изделий. Системы лазерной фотолитографии и лазерной обработки для офтальмологии VICTUS. Регистрационные удостоверения № РИ 2013/21 от 08 февраля 2013 года

ООО «ВАЛЕАНТ»: Россия, 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел./факс +7 495 510 2879 www.valeant.com

VALEANT BAUSCH+LOMB

Кафедре глазных болезней Иркутского государственного медицинского университета 95 лет

О связи поколений и неслучайных встречах, о З.Г. Франк-Каменецком и своеобразной форме глаукомы, о В.И. Кокряцкой и пластике радужки, о клинической бинаримерии, о внимательном отношении к пациенту и клинической интуиции...

Об истории иркутской офтальмологической школы



Профессор Щуко Андрей Геннадьевич

Директор Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист-офтальмолог Иркутской области, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой глазных болезней ИГМУ с 2009 г.

Память — преодоление времени...

«Принято элементарно делить время на прошлое, настоящее и будущее. Но благодаря памяти, прошлое входит в настоящее, а будущее как бы предугадывается настоящим, соединенным с прошлым. Память — преодоление времени...» — говорил академик Дмитрий Сергеевич Лихачев.



Клиника глазных болезней Иркутского государственного медицинского университета (в прошлом — сиропитательный дом Базанова)

Уважаемые друзья!

Примите искренние поздравления по случаю 95-летия кафедры глазных болезней Иркутского государственного медицинского университета!

В вашем коллективе всегда работали и сегодня трудятся люди талантливые, осознающие высокую ответственность перед молодым поколением врачей. Главный секрет ваших профессиональных достижений — большой щедрый талант, неиссякаемая энергия, трудолюбие и, конечно, искренняя забота о сохранении замечательных традиций своих предшественников.

Желаем и впредь добровольно трудиться, воплощать в жизнь творческие проекты, добиваться успеха в профессиональной деятельности! Коллектив редакции газеты «Поле зрения» и издательства «АПРЕЛЬ»

В юбилейный для кафедры глазных болезней Иркутского государственного медицинского университета год мы в очередной раз пересмотрели архивные материалы, старые фотоальбомы, выслушали воспоминания очевидцев. У нас появился повод еще раз бережно перелистать страницы истории и ощутить ту самую связь поколений, которая, как показывает время, дает импульс прогрессу, развитию и самосовершенствованию.

Перечитав все исторические документы, которые удалось найти, мы обратили внимание на то, какую важную роль в жизни сибирской офтальмологии и медицинской науки в целом сыграли, как ни странно это прозвучит, политические события в России начала XX века. Сложно сказать, как бы все сложилось, если бы из истоков

кафедры волею судьбы не оказались столь яркие и выдающиеся личности, как профессор Захарий Григорьевич Франк-Каменецкий и профессор Владимир Павлович Иванов. Именно с них начиналась история иркутской офтальмологии, которую затем продолжили такие яркие личности, как Венера Ивановна Кокряцкая, Софья Азриельевна Шнейдман, которую сейчас продолжаем мы ...

Так начиналась история...

В центре столицы Восточной Сибири, на перекрестке улиц Амурской (сейчас Ленина) и Басинской (Свердлова), в 1880-1883 гг. по проекту архитектора Розена в романовском стиле построено одно из самых заметных старейших зданий Иркутска. Купец и меценат Иван Базанов основал здесь Дом призрения. Возле больших кованых ворот сиропитательного дома висел крюк с люлькой. За 25 лет существования этого казенного заведения в люльке оказалось 15389 младенцев, которых приняли и передали на воспитание благонадежным людям работники Базановского приюта.

Однажды в этой люльке маленькую девочку обнаружит профессор Франк-Каменецкий, приютит ее, выучит в кухарки, выдаст замуж за конюха и будет помогать ей всю жизнь. До недавнего времени об этом напоминал лишь отколотый от стены кусок кирпича, к которому крепился крюк для люльки, а сегодня только ворота...

С 1921 года по наши дни в здании Базановского приюта успешно существуют кафедра глазных болезней и офтальмологическое отделение факультетских клиник Иркутского государственного медицинского университета. Но если быть более точными, преподавание курса офтальмологии студентам медицинского факультета Иркутского университета началось годом раньше, в 1920-м, благодаря старанию Василия Васильевича Чирковского, одного из основателей российской офтальмологической научной школы. Уже через год, в апреле 1921 г., основана кафедра глазных болезней медицинского факультета Иркутского университета, а Базановский приют с тех пор носит название «Клиника глазных болезней».

Первым заведующим кафедрой был профессор Владимир Павлович Иванов, которого привела в Сибирь неудачная политическая карьера. В начале 1900-х, будучи опытным земским доктором и председателем Общества врачей в Перми, он увлекся идеями конституционной демократии и стал одним из руководителей Пермского комитета партии кадетов. В ноябре 1917 г. В.П. Иванов баллотировался в члены Всероссийского учредительного собрания от партии кадетов, но не набрал достаточного числа голосов и вынужден был покинуть Пермь вместе с отступающими белыми войсками.

В Иркутске, где он занялся исключительно врачебной практикой, проявился талант профессора Иванова как преподавателя и организатора здравоохранения. Он явился не только первым заведующим кафедрой, но и основателем офтальмологической службы Иркутской области. Под руководством В.П. Иванова были организованы первые «летучие» отряды по борьбе с трахомой в Восточной Сибири, разработана оригинальная хирургическая методика лечения осложненных трахомы, усовершенствована методика оперирования старческих катаракт. Владимир Павлович выступает на 1-м съезде врачей Восточной Сибири с докладом «К методике оперирования старческих катаракт». Этот период ознаменован и первыми публикациями профессора Иванова в иностранных научных журналах. Профессор Иванов — один

из основоположников и создателей модели «кафедра-клиника». Именно эта модель, как показало время, обеспечивает симбиоз науки и клинической работы, способствует скорейшему внедрению и апробации передовых технологий в рутинную практику и, что самое важное, позволяет вести учебный процесс в режиме реального времени, преподавать клиническую медицину и учить студентов искусству врачевания, что называется «у постели больного».

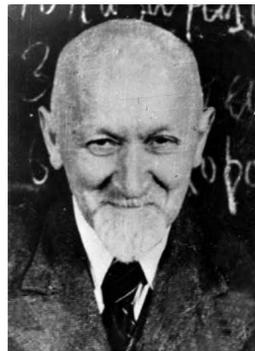
Профессора Захария Григорьевича Франк-Каменецкого, который возглавил кафедру в 1935 году, по праву считают одной из знаковых фигур, «звездой» иркутской офтальмологии, ученым международного уровня. Захарий Григорьевич — человек удивительной судьбы. Он родился на Украине, в 1897 году окончил Харьковский университет и затем три года специализировался по офтальмологии в Германии. Вернувшись в Россию, работал в Петербургской глазной лечебнице, но его глубокие и передовые познания оказались более востребованы в провинции, в городе Иркутске, куда в 1900 году молодой офтальмолог Захарий Франк-Каменецкий был командирован Комитетом по постройке Сибирской железной дороги в составе «глазного отряда».

К сожалению, мы не знаем, как расценивал эту «пожизненную командировку» в Восточную Сибирь сам Захарий Григорьевич, но для медицины Приангарья его приезд оказался событием огромной важности. Здесь, в Сибири, он сделал свои научные открытия, станет профессором, а уникальность его природы будет продолжать волновать потомков и заставлять восхищаться этим человеком и в наши дни. Кстати, через несколько лет в Иркутск из Украины переедет вся семья Франк-Каменецких, и если Захарий Григорьевич стал профессором и заведующим кафедрой глазных болезней Иркутского медицинского университета, то его брат Альберт Григорьевич — профессором кафедры химии.

В иркутской летописи есть следующие официальные упоминания: — 1 августа 1902 года «Открылась глазная амбулатория-лечебница в бывшем доме Андреевых, рядом с сиропитательным заведением. Городская дума ассигновала на лечебницу 200 рублей. Заведующий — врач Франк-Каменецкий»; — 4 ноября 1904 года «Утвержден Устав частной глазной лечебницы врача З.Г. Франк-Каменецкого».

Итак, молодой врач З.Г. Франк-Каменецкий зарабатывает профессиональный опыт: заведует глазной амбулаторией, консультирует больных в Кузнецовской больнице г. Иркутска, преподает в женской фельдшерской школе.

В годы Первой мировой войны он лечит раненых. С открытием в 1921 г. кафедры глазных болезней Франк-Каменецкий читает лекторский курс студентам медицинского факультета Иркутского университета.



Профессор Захарий Григорьевич Франк-Каменецкий, заведующий кафедрой глазных болезней ИГМИ с 1935-1951 гг. Фото 1949 г.



Доцент Венера Ивановна Кокряцкая, заведующая кафедрой глазных болезней ИГМИ с 1973-1983 гг. Фото 1981 г.



Профессор З.Г. Франк-Каменецкий после лекции. Фото 1949 г.

Начинается становление иркутской офтальмологической школы. Живя на периферии, Захарий Григорьевич поддерживает тесные связи с выдающимися учеными нашей страны и с корифеями офтальмологии за рубежом, сам активно занимается научной работой. В 20-30-е годы многие его научные статьи по офтальмологии и гистологии публикуются в иностранных журналах.

Некая магия Франк-Каменецкого передается студентам, ординаторам, интернам, врачам через библиотеку, которую он завещал кафедре глазных болезней. Это

уникальное собрание книг на немецком и французском языках, которыми свободно владел Захарий Григорьевич. Любой студент или врач может полистать книги, которые читал и по которым учился этот выдающийся человек. В них остались подчеркивания и пометки, сделанные рукой профессора. Когда видишь их, возникает чувство, будто соприкасаешься с вечностью (я сама его испытала).

Еще одна история — личный офтальмолог Франк-Каменецкого, который он, будучи уже в преклонном возрасте, передал на хранение одной из сотрудниц нашей

кафедры. Этот маленький прибор в золотой оправе, который лежал в кожаной коробочке, обитой красным бархатом изнутри, был своеобразной реликвией кафедры. Прикоснуться к нему, а тем более посмотреть с его помощью пациентов «дорогого стоило». Мне посчастливилось посмотреть этим прибором двух пациентов. В тот момент это было счастье, ощущалась связь поколений и мощь традиций, которые непременно должны сохраняться, преумножаться и передаваться.

Фундаментальным трудом Франк-Каменецкого по праву считается впервые изученная и описанная им в 1924 г. «своеобразная форма глаукомы», которая называется глаукома Франк-Каменецкого. Это сейчас диагноз глаукомы Франк-Каменецкого не вызывает сомнения у современных офтальмологов, а тогда было сделано научное открытие.

Примечательно, что имя профессора Франк-Каменецкого, вдруг, не задумываясь, может произнести практически каждый иркутянин или гость нашего города, а все потому, что его именем названа одна из улиц в центре Иркутска. Этот факт уникален еще и потому, что названа она при жизни профессора, в 1942 г. Подобного факта в истории Иркутска, да и других городов, мы не нашли.

С 1951 г. в течение 17 лет кафедрой заведовал доцент Николай Васильевич Косицын. Помощниками доцента Косицына в лечебной и научной работе были клинические ординаторы Э.С. Мальковская, Е.А. Нечаева, врачи клиники Д.Л. Дерес, В.А. Антоневич. Все эти люди — высококвалифицированные офтальмологи, искренне любившие свое дело, истинные интеллигенты, продолжатели уважаемых иркутских врачебных династий.

Отдельного рассказа заслуживают иркутские женщины-ученые, вклад которых в развитие иркутской и отечественной офтальмологии не менее важен.

Специалист офтальмолог-гистолог — «штучный» товар, если можно так сказать. В Иркутской области одним из первых специалистов такого профиля была доцент Елена Алексеевна Нечаева, руководившая кафедрой с 1968 по 1973 гг. По словам современников, Елена Алексеевна обладала уникальной памятью, позволяющей помнить все нюансы текущей клинической работы, что подтверждалось в виртуозно проводимых ею «профессорских» обходах. Она — первый официальный



Доцент Софья Азриельевна Шнейдман, заведующая кафедрой глазных болезней ИГМИ с 1983-1992 гг.



Тонометрия по Маклакову. Заведующая кафедрой В.И. Кокряцкая и интерн А.Г. Щуко. Фото 1980 г.

главный офтальмолог области, пришедший впервые открыты кабинеты охраны зрения детей и радиологической диагностики опухолей, а проводимые ею цитологические исследования внесли вклад в изучение проблемы симпатической офтальмии и помогли ответить на вопрос, касающийся аутоиммунной природы заболевания.

Большой вклад в развитие иркутской офтальмологической школы внесла доцент Венера Ивановна Кокряцкая, руководившая кафедрой десять динамичных лет с 1973-1983 гг. Она приехала в Иркутск из Винницкого медицинского института.

Здесь впервые, в 70-е годы прошлого века, в эксперименте на кроликах, она выполнила иридопластику, которая до нее не выполнялась ни одним хирургом, и положила начало развитию нового направления офтальмологии — хирургии радужной оболочки. Ей по праву принадлежит приоритет по внедрению микрохирургических методов лечения офтальмопатологии в регионе. За свою изобретательскую и рационализаторскую работу Венера Ивановна награждена нагрудным знаком «Изобретатель СССР» и бронзовой медалью ВДНХ. Венера Ивановна Кокряцкая

Новый магнито-лазерный офтальмологический аппарат для орбитального и транскраниального воздействия

“АМО-АТОС-ИКЛ”

Предназначен для безмедикаментозной или местной лекарственной терапии с использованием бегущего магнитного поля и бегущего ИК-лазерного излучения заболеваний глаз, сопровождающихся отечным компонентом, воспалением или нарушением внутриглазного давления и микроциркуляции в структурах зрительного анализатора и прилегающих структурах.

Оба фактора - магнитное поле и ИК-лазерное излучение вращаются вокруг оптической оси глаза.

Пример использования лечебных терминалов аппарата "АМО-АТОС-ИКЛ" в орбите глаза и транскраниально

Показан для лечения взрослых и детей от 5 лет при:
 - нарушениях аккомодации (спазм, ПИНА, коррекция вегетативной нервной системы)
 - амблиопии (стимуляция зрительного пути в сочетании с цветодинамической стимуляцией сетчатки)
 - частичной атрофии зрительного нерва (нейропротекторная терапия)
 - глаукома (снижение внутриглазного давления, нейропротекция всех отделов зрительного пути)

Разработчик и изготовитель
ООО “ТРИМА”

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



Консультация во время «профессорского» обхода



Работа в операционной (доцент Н.В. Волкова с офтальмологами клиники глазных болезней), 2016 г.



Профессор А.Г. Шуко принимает зачет у студентов лечебного факультета ИГМУ

была прирожденным лидером, новатором, прекрасным хирургом и очень интересным человеком. Она — автор более 70 печатных работ, а любые работы по реконструктивной хирургии переднего отрезка глаза до сих пор идут со ссылкой на Кокряцкую. Своим учителем Веру Ивановну (а именно так звали ее коллеги и ученики) считает доктор медицинских наук, профессор А.Г. Шуко. И никто не предполагал в те годы, что через несколько десятилетий когда-то ученик, а сейчас директор Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист-офтальмолог Иркутской области, доктор медицинских наук, профессор А.Г. Шуко возглавит кафедру глазных болезней Иркутского государственного медицинского университета.

Еще одна женщина со способностями новатора, но уже родившаяся на иркутской земле — доцент и заведующая кафедрой в 1983-1992 гг. Софья Азриельевна Шнейдман. Яркая личность, прекрасный хирург и эрудированный врач, Софья Азриельевна имеет звание «Изобретатель СССР», «Заслуженный рационализатор РСФСР». Пылкий ум и рационализаторские идеи С.А. Шнейдман были направлены на создание новых устройств, повышающих точность и технологичность диагностических и лечебных методов. Ему предложена линза для контактной биомикроскопии, вариант подвижной модели гониолинзы, гониотом для проведения оперативных вмешательств при глаукоме и даже «шпирон» на щелевую лампу для обучения методикам биомикро- и офтальмокопии студентов и начинающих врачей. Накопленный научный потенциал при непосредственном участии С.А. Шнейдман воплотился в написании 5 кандидатских диссертаций.



Коллектив кафедры и клиники глазных болезней ИГМУ, 2016 г.

Ярким научным фактом в тот период явилось зарождение клинической бинарметрии — нового направления изучения высшей функции зрительного анализатора — бинокулярного зрения в норме и при различной глазной патологии в условиях галлоскопии. Первой клинической работой в мире этом направлении в 1988 г. стала кандидатская диссертация ассистента кафедры Веры Васильевны Соловьевой «Метод бинарметрии в дипломатическом лечении содружественного косоглазия». Примечательно, что эта работа вышла под грифом «Для служебного пользования», так как представляла стратегический интерес и затрагивала вопросы стереозрения не только в клинической медицине, но и в экспериментальной и космической технике. Клиническая бинарметрия сегодня

является важнейшим направлением восстановления бинокулярного зрения как у детей, так и у взрослых. Под руководством профессора А.Г. Шуко и профессора В.В. Малышева выпущена монография «Клиническая бинарметрия», успешно защищены 6 кандидатских диссертаций по этому научному направлению офтальмологии. Примечателен тот факт, что в те годы здесь, в клинике, на кафедре глазных болезней ИГМУ, делали свои первые шаги в офтальмологии ведущие на сегодняшний день специалисты Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» — заместитель директора по научной работе, д.м.н. Т.Н. Юрьева, заведующая хирургическим отделением, к.м.н. М.А. Шантурова, заведующая отделением охраны зрения детей, к.м.н. А.В. Короленко и другие.

О сохранении традиций, внедрении инноваций, воспитании профессионализма и человечности...

С 2009 года по настоящее время кафедру глазных болезней возглавляет директор Иркутского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», доктор медицинских наук, профессор А.Г. Шуко.

Можно сказать, начинается новейшая история кафедры глазных болезней.

В наши дни фундаментальный труд З.Г. Франк-Камеенецкого послужил отправной точкой в изучении других особых форм глаукомы. Профессор А.Г. Шуко вводит новый термин «редкие формы глаукомы» и делает это научное направление приоритетным для иркутской офтальмологической школы. Результаты научно-клинических исследований воплощаются в серии диссертационных работ и монографий.

Федоровская концепция работы становится стилем работы сотрудников кафедры глазных болезней и офтальмологического отделения клиники в целом.

«Чтобы не прекращалось движение вперед — искреннее желание Андрея Геннадьевича. Инновационные идеи, необходимость внедрения новых технологий находят понимание и поддержку со стороны главного врача факультетских клиник, профессора Г.М. Гайдарова. Клиника оснащается современным диагностическим оборудованием, прецизионными микроскопами, факотомашинами, лазерным комбайном для выполнения микроинвазивных вмешательств при различной офтальмопатологии.

Коллектив кафедры и клиники работает в тесном сотрудничестве и объединен желанием помощи людям. Кафедра значительно укрепляется молодыми кадрами,

а в глазном отделении факультетских клиник ИГМУ внедряются высокотехнологичные микроинвазивные методы лазерного и хирургического лечения глазных болезней.

Талантливый, яркий человек, профессиональный хирург, потомственный доктор, профессор Шуко воплощает главные принципы своей профессиональной деятельности — внимательное отношение к пациенту и особая подготовка кадров с воспитанием таких важных качеств, как клиническая интуиция и клиническое мышление в сегодняшних студентах, будущих врачах. В этой ситуации трудно переоценить заложенную еще в начале прошлого века профессором В.П. Ивановым систему «кафедра-клиника», поскольку необходимость в подготовке высококвалифицированного специалиста требует не только дистанционного обучения, занятий на муляжах и фантомах, а и непосредственного участия студента еще на додипломном этапе в том самом методе обучения «врачеванию» у постели больного.

Этическое, деонтологическое воспитание будущего врача, развитие клинического мышления, воспитание творческого начала, основанного на точных теоретических познаниях — неотъемлемая задача учебного процесса, цель, к которой стремятся сотрудники кафедры.

«Обучение у постели больного, под руководством преподавателя, который сам является хорошим врачом», — основной принцип работы профессорско-преподавательского состава кафедры под руководством профессора А.Г. Шуко в наши дни.

Столь яркая и богатая история иркутской офтальмологии требует полной отдачи в работе от всех нас, кто считает себя последователями талантливых ученых и интересных людей. И еще, я уверена в том, что люди, сотворившие историю иркутской офтальмологической школы, заслуживают того, чтобы их имена были известны не только иркутским врачам и ученым, но и всем российским коллегам, поскольку своими нынешними возможностями отечественная офтальмология во многом обязана и их таланту.

Наверное, именно эта сложная, ответственная работа, осознание связи поколений, общие цели и интересы делают нас счастливыми.

Н.В. Волкова, заведующая научно-образовательным отделом ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», доцент кафедры глазных болезней ИГМУ

Примечание

Многих исторических фактов мы, потомки, могли бы и не узнать, если бы материалы по истории кафедры не собирали с такой любовью ее сотрудники. Все архивные материалы передала нам на хранение и пользование к.м.н. В.П. Маценко, руководившая кафедрой с 1993 по 2009 гг.

Хорошилова-Маслова Инна Петровна

Доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения патологической анатомии и гистологии Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, заслуженный деятель науки РФ



Уважаемая Инна Петровна!

От души поздравляем Вас с 90-летним юбилеем!

Вы по праву принадлежите к плеяде признанных корифеев отечественной офтальмологии. Важно, что и сегодня Вы активно участвуете в интересных творческих проектах, руководите коллективом талантливых единомышленников.

Желаем Вам здоровья, успехов, неиссякаемой энергии!

Коллектив газеты «Поле зрения», издательства «Апрель»

В 1960 г. училась на курсах по электронной микроскопии в лаборатории профессора Шоштраца в Стокгольмском институте анатомии (Швеция).

После смерти профессора Э.Ф. Левкоевой стала руководителем отделения патологической анатомии и гистологии.

И.П. Хорошилова-Маслова изучала патогенез глазных болезней и морфологическую диагностику заболеваний органа зрения, впервые в стране в кандидатской диссертации его показано преимущественно швов перед другими методами первичной хирургической обработки глазных ран. В своей докторской диссертации она впервые изучала

патогенез таких распространенных вирусных заболеваний, как аденовирусная инфекция и трахома, определила особенности их диагностики и лечения, скрупулезно изучала патогенез заболеваний сетчатки оболочки, являющихся в настоящее время основной причиной слепоты.

Является членом президиума Общества офтальмологов России,

членом двух ученых советов, в том числе по защите докторских и кандидатских диссертаций ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Инна Петровна опубликовала более 300 работ, 2 монографии, является обладателем 7 патентов.

Увлекается классической музыкой. ■

Хватова Александра Васильевна

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ



Уважаемая Александра Васильевна!

Примите поздравления с 90-летним юбилеем!

Ваша яркая, незаурядная творческая биография — особая страница отечественной офтальмологии. Коллеги и пациенты уважают и ценят Вас за щедрое дарование, огромную работоспособность и бескорыстную преданность профессии.

Желаем Вам здоровья, радости, бодрого настроения!

Коллектив газеты «Поле зрения», издательства «Апрель»

являющихся основными причинами слепоты и слабослышания (врожденные, травматические катаракты, врожденная глаукома, последствия травм органа зрения). Круг научных интересов — изучение клинко-функциональных особенностей патологии глаз у детей, являющейся основными причинами слепоты и слабослышания в детском возрасте. Разработка и усовершенствование классификации врожденных катаракт и врожденной глаукомы, имеющих значение для повышения уровня диагностики, определения сроков и методов операции и разработки новых методов микрохирургического лечения врожденных, вторичных катаракт, врожденной глаукомы и другой патологии глаз у детей.

В 1956 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Изменение функций зрительного анализатора в процессе ортоптического лечения содружественного косоглазия», в 1968 г. — докторскую диссертацию «Профилактика, клиника и лечение травм глаз у детей». В 1971 г. присвоено ученое звание «профессор».

С 1949 г. по настоящее время работает в ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца»: в качестве клинического ординатора (1949-1951 гг.), аспиранта (1951-1954 гг.), научного сотрудника (1954-1961 гг.), руководителя отдела травм глаза у детей (1964-1977 гг.), руководителя отдела патологии глаз у детей (1977-2001 гг.). В настоящее время работает в должности главного специалиста по детской офтальмологии ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца».

Научная направленность профессиональной деятельности — изучение этиологии, патогенеза, разработка методов диагностики и лечения врожденных и приобретенных заболеваний глаз у детей,

труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (1994 г.), юбилейная медаль «60 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (2004 г.), медаль «Ветеран труда» (1986 г.), медаль «В память 850-летия Москвы» (1997 г.), золотая медаль ВДНХ (1975 г.), серебряная медаль ВДНХ (1979 г.), диплом почта ВДНХ (1985 г.).

А.В. Хватова с 1969 г. по настоящее время является членом правления Общества офтальмологов России. С 1986 по 2004 гг. была членом президиума правления и председателем комиссии по детской офтальмологии президиума Общества офтальмологов России. Принимала активное участие в проведении конференций и симпозиумов Общества офтальмологов России.

Профессор А.В. Хватова — автор более 600 опубликованных научных статей, 73 методических рекомендаций, более 25 авторских свидетельств. В результате многолетней научно-практической деятельности ею создано новое научное направление — восстановительное лечение врожденных и приобретенных заболеваний глаз у детей, являющихся наиболее частыми причинами детской слепоты и слабослышания. Является автором и соавтором 4 монографий: Аведен «Почета» (2002 г.), юбилейная медаль «50 лет победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (1995 г.), медаль «За доблестный

Катаргина Л.А. Эндогенные увеиты у детей и подростков / Л.А. Катаргина, А.В. Хватова. — Москва: Медицина, 2000. — 320 с.; Хватова А.В. Заболевания хрусталика глаза у детей / А.В. Хватова. — Ленинград: Медицина, 1982. — 200 с.; Хватова А.В. Клиника, диагностика и лечение врожденных катаракт у детей / А.В. Хватова, Т.Б. Крутлова // Избранные лекции по детской офтальмологии / под ред. В.В. Нероева. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 126-157.

А.В. Хватова — член-корреспондент РАЕН. С 1969 г. по 1991 гг. была главным детским офтальмологом Минздрава СССР, с 1991 по 2002 гг. — главным детским офтальмологом Минздрава РФ.

В результате проведенных исследований достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении врожденных и приобретенных заболеваний глаз у детей, которые внедрены в практику детских учреждений РФ.

Важное значение имеют работы А.В. Хватовой по ранним операциям удаления врожденных катаракт и интраокулярной коррекции афакии у детей младшего возраста с врожденными катарактами. Проведенные исследования показали, что в условиях применения высокотехнологичных методов удаления катаракт с использованием технологии малых разрезов, гибких ИОЛ и высококачественных

вискоэластиков технически возможно, безопасно и физиологически обосновано проведение имплантации ИОЛ у детей раннего возраста, у которых катаракта не сочетается с другими аномалиями глаза.

Большое значение имеют различные работы А.В. Хватовой методы удаления врожденных катаракт, сочетающихся с врожденными аномалиями глаза: микрофтальмом, микрокорнея, патологией стекловидного тела, косоглазием и др.

Под руководством профессора А.В. Хватовой и при ее непосредственном участии проводилось изучение различных аспектов этиологии и патогенеза различных форм глаукомы, в том числе сочетанных с аномалиями глаза и синдромальной патологией.

Впервые дана клинко-иммунологическая характеристика различных форм врожденной глаукомы у детей. Полученные данные послужили основанием для рекомендации иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении глаукомы. Под руководством и при непосредственном участии А.В. Хватовой разработан и внедрен новый метод хирургического лечения врожденной глаукомы у детей — ультразвуковая трабекулэктомия. Известны работы А.В. Хватовой, посвященные вопросам кератопластики при помутнениях роговицы у детей. ■



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

Расширяя офтальмологические горизонты

Международная научная конференция «Невские горизонты – 2016»

22-23 апреля 2016 года, Санкт-Петербург

Более тысячи офтальмологов из большинства регионов России, а также Беларуси, Казахстана, Украины, Латвии, Германии, США и Израйля приняли участие в международной конференции «Невские горизонты – 2016». В роли организаторов форума выступили Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, а также две общественные организации: «Ассоциация врачей-офтальмологов» и «Общество офтальмологов России».

Председателем организационного комитета стал ректор Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н., профессор Д.О. Иванов, его заместителем — заведующий кафедрой



офтальмологии этого вуза, д.м.н., профессор В.В. Бржецкий. В работе организационного комитета в качестве его сопредседателей приняли участие ведущие петербургские ученые-офтальмологи, д.м.н., профессора Ю.С. Астахов, Э.В. Бойко и Е.Е. Сомов, а также доктора медицинских наук Э.И. Сайдашева и А.Н. Куликов.

Форум «Невские горизонты» проводится в Санкт-Петербурге один раз в два года. Он является одной из крупнейших в России специализированных конференций по детской офтальмологии. Одновременно здесь обсуждается широкий круг вопросов общей офтальмологии. Корреспондент газеты «Поле зрения» пообщался в кулуарах с организаторами и участниками научно-практического мероприятия.



К.м.н., заведующая офтальмологическим отделением Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, член организационного комитета научной конференции «Невские горизонты – 2016» **Наталья Николаевна Садовникова:**

В Санкт-Петербурге обсуждались важнейшие проблемы детской офтальмологии

— Наталья Николаевна, в офтальмологическом мире проводится значительное число различных научных форумов. В чем, на Ваш взгляд, состоит специфика, «изюминка» «Невских горизонтов»?

— Одним из организаторов форума является Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет. Поэтому главной темой нашей конференции традиционно становится детская офтальмология. В этот раз в Санкт-Петербурге обсуждались важнейшие проблемы детской офтальмологии: особенности аккомодации и рефракции, прогрессирующая миопия, ретинопатия недоношенных. В докладах речь шла о лечении косоглазия, врожденной глаукомы, о хирургии катаракты у детей и т.д.

— Не могли бы Вы отметить доклады, которые произвели на Вас наибольшее впечатление?

— Большой интерес присутствующих вызвало выступление д.м.н., профессора Р.Л. Трояновского «Ретинопатия недоношенных — пожизненная болезнь. Проблема остается».

Роман Леонидович обратил внимание, что ретинопатия недоношенных, к сожалению, является именно пожизненной болезнью. Маленькие пациенты с этим диагнозом находятся под наблюдением детских офтальмологов. После наступления совершеннолетия они становятся пациентами офтальмологов общей практики.

— Таким образом, детская и «взрослая» офтальмология теснейшим образом связаны между собой.

— Наша конференция выявляет эти многочисленные связи! Например, профессор Трояновский рассказал об отслойках сетчатки, с которыми сталкиваются пациенты с ретинопатией недоношенных уже во взрослом возрасте, о выявлении у них вторичной глаукомы. С интересным докладом выступил к.м.н. Е.Е. Сидоренко. Его выступление было подготовлено совместно с д.м.н., профессором Е.И. Сидоренко и называлось «Новый метод лечения ретинопатии недоношенных с использованием ингибиторов СЭФР». Эти ингибиторы ангиогенеза пока не лицензированы для использования в России, но за рубежом они успешно применяются.

— Как Вы думаете, когда возможно начало практического применения этих лекарственных средств в нашей стране?

— Процесс лицензирования может быть долгим. Сложно давать в этой сфере конкретные прогнозы... Но мне представляется важным, чтобы медики практического звена были осведомлены о результатах последних научных экспериментов, даже если эти разработки еще не вошли в повседневную практику.

Не могу не отметить пленарное заседание «Поверждения органа зрения у детей». Многие доклады на этой научной секции были сделаны военными медиками — действующими и бывшими сотрудниками

Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. В военной медицине травмам органа зрения уделяется особое внимание. Д.м.н., профессор Л.И. Балашевич рассказал о «световых повреждениях глаз», д.м.н., профессор Э.В. Бойко — о «витреоретинальной хирургии при открытой травме глаза».

— Наталья Николаевна, какие тенденции в российской и мировой детской офтальмологии являются в последние годы?

— Я бы не сказала, что в последние годы в детской офтальмологии происходят какие-то революционные перемены. Но есть изменения, которые не могут не радовать и не вдохновлять! С каждым годом нам удается все лучше, все эффективнее выхаживать малышей с ретинопатией недоношенных. Конечно, мы еще далеки от «победы» над этой болезнью, но прогресс налицо.

Это связано и с новыми методами лечения ретинопатии недоношенных, и с организационными мерами, принимаемыми практиками во всех регионах России. Лечение ретинопатии недоношенных происходит на третьей стадии этого заболевания. Ее еще называют «пороговой». На третьей стадии происходит экстраретинальная пролиферация. В этом случае необходимо не упустить время, своевременно произвести лазерное лечение.

Если лазерное лечение не дает необходимых результатов, то на зрелой и пятой стадии заболевания может потребоваться проведение витреоретинальных хирургических операций.

— Каким образом удалось улучшить ситуацию с лечением ретинопатии недоношенных?

— В настоящее время в большинстве регионов нашей страны налажена система регулярных осмотров новорожденных врачами-офтальмологами, имеются оборудование и специалисты для проведения лазерного лечения.

— Происходят ли перемены в детской витреоретинальной офтальмохирургии?

— В этой сфере тоже происходят положительные изменения. Совершенствуются инструменты, уменьшается их калибр. Таким образом, операции становятся менее травматичными, процесс реабилитации маленьких пациентов после витректомии происходит быстрее. Изменяются технологии лечения и при врожденной глаукоме. Еще совсем недавно при проведении хирургических операций при глаукоме мы использовали только клапан Ахмеда. Он и сейчас успешно применяется. Вместе с тем в последнее время также получил распространение клапан «Express».

— Чем отличаются эти два клапана?

— Любая операция при глаукоме направлена на то, чтобы создать искусственное отверстие для оттока внутриглазной жидкости. И клапан служит этой цели. Различия состоят в том, что клапан Ахмеда создан из силикона, а клапан «Express» — из металла. В каждом конкретном случае офтальмохирург может решать, какой клапан лучше имплантировать пациенту.

Имплатация обоих клапанов имеет свои специфические особенности. Но если у врача есть выбор — это повышает эффективность операций!

— Не могли бы Вы подробнее рассказать о работе офтальмологического отделения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета?

— Отделение находится в тесном, постоянном взаимодействии с кафедрой офтальмологии нашего вуза, которую возглавляет д.м.н., профессор Владимир Всеволодович Бржецкий. У нас 54 койки. Мы работаем с пациентами из всех, без исключения, регионов страны: от Калининграда до Камчатки.

Особенностью нашей работы является проведение офтальмохирургических операций маленьким пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также травмами, угрожающими их жизни. Например, ребенку требуется офтальмохирургическое вмешательство и одновременно ему необходимо проводить искусственную вентиляцию легких.

У нас в отделении работают сильные, слаженные реанимационные бригады. Пациенты поступают и на машинах «Скорой помощи», и на вертолетах санитарной авиации...

Еще одна особенность нашей работы — регулярное проведение курсов повышения квалификации врачей для коллег из всех регионов России. Наши сотрудники часто выезжают в командировки. И у нас в отделении, и на кафедре постоянно присутствуют специалисты из регионов.



— Екатерина Анатольевна, поделитесь, пожалуйста, своими впечатлениями от прошедшей научной конференции.

Врач-офтальмолог детского отделения Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК

«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» **Екатерина Анатольевна Панютин:**

«Невские горизонты» — это возможность встретиться со звездами медицинской науки

— Все сотрудники детского отделения Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» в свободное от основной работы время принимают участие в работе этого авторитетного научного форума.

Для меня «Невские горизонты» — это возможность встретиться со

звездами медицинской науки, пообщаться с ведущими учеными-офтальмологами нашей страны и зарубежных государств.

Подобные научные форумы позволяют профессионально обществу выработать общие подходы к лечению различных офтальмологических патологий. Для молодых

ученых и врачей конференция дает возможность «сверить часы» со своими учителями в медицине.

Мне очень приятно, что на этой конференции большой интерес присутствующих вызвал доклад руководителя детского отделения Санкт-Петербургского филиала МНТК, д.м.н., профессора Е.Е. Сомова

«Миопия в стандартном и ином клиническом аспекте».

Для меня эта конференция стала и работой, и отдыхом, и учебной, и праздником. Она позволила на несколько часов отвлечься от ежедневной рутинной и почувствовать «биение пульса современной медицинской науки».

Д.м.н., ученый секретарь НИИ глазных болезней Самарского государственного медицинского университета, заведующая детским отделением Самарской областной клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского, главный детский офтальмолог Самарской области и Приволжского федерального округа **Ольга Владимировна Жукова:**

Актуальность и высокий научный уровень докладов

— Ольга Владимировна, Вы являетесь одним из постоянных докладчиков и активных участников конференции «Невские горизонты». В чем состоит значение этого научного форума?

— Впечатлили актуальность и высокий научный уровень прозвучавших докладов. Разумеется, у каждого участника форума есть своя «шкала приоритетов», то есть научные темы и выступления, которые вызывают наибольший интерес, желание вступить в диалог с докладчиком.

Меня, например, очень заинтересовало сообщение д.м.н., профессора Е.П. Таруты «Ортокератология в комплексе мер по лечению прогрессирующей миопии у детей: 14-летний опыт МНИИ ГБ им. Гельмгольца». Мы в Самаре тоже активно используем ортокератологические линзы. Поэтому опыт московских коллег представляет огромный интерес.

Применение ортокератологических линз можно только приветствовать! Они не только способны скорректировать близорукость, но и существенно замедлить ее прогрессирование. Ортокератологические линзы можно начинать использовать начиная с девятилетнего-десятилетнего возраста. Их надевают на ночь, перед отходом ко сну, а утром снимают.

Эти линзы способны изменить геометрию передней поверхности роговицы. И поэтому в течение всего дня пациент хорошо видит без всякой дополнительной коррекции зрения, а вечером ему надо снова одеть «чудо-приспособления».

— Использование ортокератологических линз не имеет каких-либо побочных эффектов?

— В медицине практически все методики имеют побочные эффекты... Например, при несоблюдении технологии ношения ортокератологических линз могут произойти травмы роговицы. Об этом тоже шла речь в докладе Е.П. Таруты. Но если эти травмы выявлены

вовремя, если пациенту своевременно оказана медицинская помощь, то обычно травмы излечиваются без тяжелых последствий.

— Можно ли утверждать, что использование ортокератологических линз помогает избежать хирургического вмешательства?

— Так и происходит! При миопии детям нередко проводятся операции по укреплению склеры. Применение ортокератологических линз дает возможность отказаться от этих операций и других возможных хирургических вмешательств, так как линзы существенно замедляют прогрессирование миопии.

— Вы упомянули операции по укреплению склеры. Один из докладов на пленарном заседании по проблемам аккомодации, рефракции и прогрессирующей миопии был посвящен как раз этим операциям.

— С интересным докладом выступила доктор биологических наук, профессор Е.Н. Иомдина «Перспективные технологии склероукрепляющего лечения прогрессирующей миопии». Она представила новую методику склероукрепляющих операций, так называемый «склеральный кросслинг».

— Эти операции уже где-то проводятся?

— Пока и в нашей стране, и за рубежом эта технология находится только на стадии экспериментов на кроликах. Можно только надеяться, что в обозримой перспективе этот метод станет применяться в практическом здравоохранении.

— Что такое склеральный кросслинг?

— Через маленький разрез за глазное яблоко вводится раствор рибофлавина. Этот раствор одновременно пропитывает склеру и облучает ее ультрафиолетовыми лучами. Таким образом, склера становится более прочной. Методика очень перспективная!

— Как эти операции проводят сейчас?

— В настоящее время, во-первых, необходимо использовать большие разрезы, а во-вторых, необходимо использовать донорские трансплантаты... Таким образом, если склеральный кросслинг станет применяться на практике, то это будет малоинвазивная операция. Исчезнет необходимость использования донорских трансплантатов.

— Какие еще доклады Вас заинтересовали?

— Поводом для дискуссий стал доклад д.м.н., профессора Е.Е. Сомова «Миопия в стандартном и ином клиническом варианте».

— Почему именно этот доклад стали активно обсуждать?

— Евгений Евгеньевич Сомов изложил два взгляда на миопию. Он предложил присутствующим разобрататься в вопросе, является ли миопия болезнью или всего лишь одним из нарушений рефракции... Далеко не каждое нарушение рефракции считается болезнью и нуждается в лечении.

Вопрос ставился так: нуждается ли миопия в лечении или только в очковой коррекции, в коррекции контактными линзами?

— Вероятно, ответ на этот вопрос зависит от степени миопии...

— Конечно. Об этом Евгений Евгеньевич тоже говорил в своем докладе. Речь шла о самых различных методах коррекции миопии: проведении опто-рефлексотерапии, транслекторной коррекции роговицы (в том числе с использованием компьютерных технологий), использовании медикаментов для расширения сосудов и т.д.

Использование различных методов лечения или отказа от лечения зависит от возраста пациента, степени близорукости, темпов прогрессирования близорукости и других факторов. Профессор Сомов также рассказал о влиянии современных гаджетов (планшетов, смартфонов

и т.д.) на глаз ребенка. Значительную часть дня многие современные дети проводят в общении с мерцающими экранами. С физиологической точки зрения человеческий глаз, тем более орган зрения растущего человека, не приспособлен для подобной ситуации.

Еще один доклад, который я не могу не упомянуть, сделал д.м.н., профессор В.В. Страхов — «ОСТ-мониторинг прогрессирующей миопии». ОСТ-мониторинг позволяет прогнозировать темпы прогрессирования миопии, измеряя толщину слоя нервных волокон сетчатки. Этот метод уже получил распространение и в России, и за рубежом.

— Не могли бы Вы представить свой доклад на форуме?

— Я выступила с докладом «Дифференцированный подход к хирургическому лечению вертикальной девиации с гиперфункцией нижней косой мышцы». Речь идет о хирургических операциях при различных видах вертикального косоглазия. В докладе рассматривался целый ряд хирургических вмешательств на нижней косой мышце.

Лечением косоглазия я занимаюсь в течение многих лет. Это заболевание стало темой моей докторской диссертации — «Хирургическое лечение больных содружественным косоглазием на основе морфологических аспектов его патогенеза».

— Расскажите, пожалуйста, о детском отделении Самарской областной клинической офтальмологической больницы.

— Руководителем детского отделения я являюсь с 1996 года, вот уже на протяжении 20 лет. Отделение было создано в 1964 году по инициативе выдающего офтальмолога, д.м.н., профессора, члена-корреспондента АМН СССР Т.И. Ерошевского (1902-1984). В течение тридцати пяти лет, с 1949 года по 1984 год, Тихон Иванович возглавлял кафедру глазных болезней Куйбышевского

медицинского института. С его именем связано возникновение куйбышевской (самарской) школы в российской офтальмологии.

В то время это было первое в СССР детское отделение в областной клинической больнице. Ранее существовало только детское отделение в МНИИ глазных болезней имени Гельмгольца.

За несколько десятилетий своего существования отделение прошло большой путь. В настоящее время у нас имеется 50 коек. Работают шесть врачей-офтальмологов. Мы занимаемся лечением практически всех имеющихся офтальмологических патологий у детей. Кроме того, в нашей больнице имеется особое подразделение — Центр лечения детей с ретинопатией недоношенных. Там работают еще три врача-офтальмолога.

— Почему возникла необходимость в создании особого подразделения для лечения ретинопатии недоношенных?

— Поделюсь с Вами статистическими данными. Каждый год в Самарской области рождается около сорока тысяч детей. Около десяти процентов новорожденных появляются на свет недоношенными, около четырех тысяч. У половины недоношенных детей мы можем наблюдать ретинопатию недоношенных. То есть каждый год в Самарской области появляется на свет около двух тысяч малышей, которые являются потенциальными пациентами Центра лечения детей с ретинопатией недоношенных.

— При первой и второй стадиях этого заболевания пациентам лечение не требуется...

— В этом и состоит опасность ретинопатии недоношенных! На самом деле у большинства детей эта болезнь остается на первой или второй стадиях, при которых никаких медицинских мер принимать не нужно, так как организм сам способен справиться с данной патологией.

Самое главное — это регулярные наблюдения, чтобы не «пропустить» наступление третьей стадии болезни, экстраретинальной пролиферации. В соответствии с действующими нормативами Минздрава РФ, после обнаружения пролиферации лазерная коагуляция должна быть проведена в течение 72 часов. Именно так и происходит в нашем самарском Центре.

— Витреоретинальные операции при четвертой и пятой стадиях ретинопатии недоношенных Вы проводите?

— В настоящее время такие операции в Самаре не проводятся, так как имеются проблемы с организацией анестезии для новорожденных. Но в ближайшее время этот вопрос будет решен. Сейчас при четвертой и пятой стадиях ретинопатии недоношенных мы направляем родителей с детьми в клиники Москвы и Санкт-Петербурга.

Но в большинстве случаев в проведении витреоретинальных операций при ретинопатии недоношенных нет необходимости. Болезнь удается остановить на третьей стадии. Лазерная коагуляция является

единственно необходимым медицинским вмешательством.

Впрочем, коварство ретинопатии недоношенных состоит в том, что даже при регулярных, своевременных осмотрах, лазерных и — при необходимости — витреоретинальных вмешательствах мы не можем в ряде случаев избежать наступления слепоты и слабослыдания.

— Во всех развитых странах именно ретинопатия недоношенных является главной причиной инвалидности по зрению у детей.

— При нынешнем уровне развития науки речь идет о том, чтобы максимально сократить негативные последствия этого заболевания. До полной победы над этой болезнью нам далеко! В особой группе риска — экстремально недоношенные дети, чей вес при рождении составляет от 500 грамм до килограмма.

— Ольга Владимировна, как изменилось детское отделение Самарской областной клинической офтальмологической больницы за двадцать лет, в течение которых Вы возглавляете это подразделение?

— Мне думается, что главные перемены связаны с тем, что сейчас мы способны проводить самые сложные, высокотехнологичные операции. В нашей беседе я упомянула о том, что пока мы не проводим витреоретинальные операции при четвертой и пятой стадиях ретинопатии недоношенных... Но витреоретинальные операции у нас проводятся в целом ряде других случаев. Например, мы осуществляем их при помутнении стекловидного тела при увеитах, при различных отслойках сетчатки, например, вызванных травмами.

За эти двадцать лет существенно изменились технологии операции при катаракте. А у детей операции при катаракте имеют свою специфику! Появились новые методы хирургического лечения косоглазия.

Хотела бы обратить внимание на такой аспект. Нередко при косоглазии требуется несколько операций, несколько этапов... Наши технологии в большинстве случаев позволяют исправить косоглазие в течение одной операции. При косоглазии мы стали использовать косметичные (бесшовные) разрезы, которых не видно в пределах

глазной щели. Вообще, глазные операции (и у детей, и у взрослых) становятся все менее травматичными. В этот и состоит прогресс в офтальмохирургии!

— С какими проблемами, на Ваш взгляд, сталкиваются детские офтальмологи?

— Важнейшая проблема — это недостаток лекарственных средств, которые официально разрешены к применению для различных групп наших пациентов. Например, есть офтальмологические лекарства, которые разрешено применять детям старше одного года. А что делать с новорожденными, которые еще не достигли одного года? Ребенку всего несколько месяцев, а у него диагностировали глаукому, увеит или герпетический кератит? Я называю Вам примеры из своей лечебной практики.

До года — лекарство меньше всего. От года до трех лет — ситуация уже лучше. После трех лет — выбор лекарств еще более обширный.

— Получается, что лекарства не хватает для самых маленьких пациентов?

— Не хватает и лекарств, и средств диагностики, например, средств для расширения зрачка.

— А может ли врач использовать лекарства, которые официально разрешено применять только после достижения одного года или трех лет, для совсем маленьких пациентов?

— В конкретном случае врач может считать использование таких лекарств оправданным и разумным. Но с формальной точки зрения медики должны жестко следовать сертификационным предписаниям и соблюдать возрастные границы.

— Каким образом можно расширить эти границы?

— Здесь требуется совместная работа Минздрава, фармакологических компаний и научного сообщества. Разумеется, сертификация каждого лекарственного средства для детей соответствующего возраста требует проведения научных исследований.

Расширение возрастных границ — это дополнительная финансовая нагрузка для производителей лекарственных средств. Именно они несут все финансовые издержки, связанные с сертификацией.



— Сергей Анатольевич, хотели бы попросить Вас поделиться своими впечатлениями от прошедшего научного форума и представить свой доклад.

— Конференция «Невские горизонты» прошла очень успешно. Нельзя не отметить высокий профессионализм и увлеченность всех присутствующих коллег. Хотелось бы выразить благодарность

Д.м.н., профессор кафедры глазных болезней педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (г. Москва) **Сергей Анатольевич Обрубов:**

Высокий профессионализм и увлеченность коллег

организаторам и, в первую очередь, заведующему кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, профессору Владимиру Всеволодовичу Бржескому.

На секционном заседании, посвященном проблемам рефракции, аккомодации и прогрессирующей миопии, было представлено 15 сообщений, среди которых были и от школы детских офтальмологов Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Я являюсь соавтором сообщения на тему «Близорукость у детей: от экспериментальной модели к клиническим исследованиям». В докладе речь шла о таком направлении, как экспериментальная офтальмология, зародившемся чуть больше 200 лет тому назад.

Появившись на стыке медицины, биологических наук, экспериментальной офтальмологии условно разделила исследование в области этиологии близорукости на два периода. До начала исследований на животных преобладало мнение, что близорукость имеет

генетическое происхождение, либо вызвана избыточным тонусом аккомодации. С 70-х годов прошлого века, начиная с развития первых моделей близорукости на животных, огромное число отечественных и зарубежных экспериментальных работ подтвердили, что склера является органом-мишенью в патогенезе развивающейся близорукости.

В экспериментальной части нашей работы были представлены результаты влияния all-trans ретиновой кислоты на процессы ретирактогенеза у молодых животных.

В результате проведенных исследований была создана экспериментальная модель развивающейся осевой формы близорукости и на ней изучены ультраструктурные особенности склеры.

Результаты клиничко-иммунологических исследований расширили и дополнили представления об активном участии иммунной системы в патогенезе приобретенной близорукости у детей. Данный фрагмент работы приближает нас к пониманию проблемы: «Близорукость — это болезнь или биологический вариант нормы?»



Д.м.н., профессор кафедры глазных болезней медицинского факультета Российского университета дружбы народов, вице-президент Ассоциации детских офтальмологов России **Елена Юрьевна Маркова:**

Дети — наше будущее!

будет страдать каждый третий человек. Для сравнения — сегодня в США близорукость диагностируется в полтора раза чаще, а в Китае, Тайване и Гонконге — в два раза чаще, чем двадцать лет назад. Что касается России, заболевания глаз страдают 11 из 100 человек. В частности, миопия занимает третье место по взрослой инвалидности и второе — по детской.

В рамках рабочей программы конференции подробно обсуждались основные проблемы детской офтальмологии и ряд вопросов болезни глаз взрослых. Профессору В.В. Бржескому удалось собрать выдающихся ученых-офтальмологов, и их мнения услышали молодые врач, которых было очень много, что особенно приятно.

— Вы являетесь постоянным участником и докладчиком конференции «Невские горизонты». Не могли бы Вы представить свои выступления на форуме?

— Я приехала в Санкт-Петербург с двумя докладами «Медико-социальная роль ранней диагностики аномалий рефракции у детей» и «Юридические аспекты COMPLAINTS у детей».

У детей, в отличие от взрослых, к счастью, лишь иногда бывает макулодистрофия, катаракта и глаукома, но нужно очень грамотно оценить зрительные функции и рефракцию, вовремя их откорректировать, и тогда глаз ребенка, его нервная система будут успешно развиваться.

Доклад «Медико-социальная роль ранней диагностики аномалий рефракции у детей» обращает внимание на неоспоримый факт: офтальмологические патологии, в том числе аномалии рефракции, необходимо выявлять в первые месяцы жизни. От этого зависит не только успех лечения, но и формирование нервной системы маленького человека.

— Почему, на Ваш взгляд, офтальмологические патологии у маленьких пациентов далеко не всегда удается вовремя выявить?

— Мне думается, что одна из причин состоит в том, что детей часто осматривают офтальмологи общего профиля, которым не хватает специальных знаний в сфере детской офтальмологии.

Офтальмологический осмотр маленького ребенка имеет много особенностей. Маленький ребенок не отличает буквы, ему нельзя сделать периметрию, у него без наркоза невозможно сделать самые простые процедуры, такие как тонометрия, кератометрия...

В России нашими учителями Е.И. Ковалевским, Э.С. Аветисовым, А.В. Хватовой создана одна из лучших в мире систем профилактики и лечения заболеваний глаз у детей. Посещая различные офтальмологические клиники мира и делаясь организацией и особенно характеризуя высоким уровнем экономического и социального бремени болезни (чем старше возраст выявления аномалий рефракции, тем больше расходов из госбюджета на лечение).

Экономическая составляющая в условиях реформирования здравоохранения имеет все большее значение. Анализируя «бремя болезни» — полную стоимость («экономическое бремя») болезни с учетом различного типа затрат (прямые медицинские, прямые немедицинские, косвенные затраты), у детей с аметропиями при ранней диагностике и лечении можно сэкономить до шести-семи миллиардов рублей.

— Представьте, пожалуйста, доклад «Юридические аспекты COMPLAINTS у детей».

— Детские офтальмологи всегда стоят перед выбором... Поскольку многие препараты и технологии не одобрены для использования в педиатрии, но такие ситуации требуют огромной осторожности и строгих медицинских показаний. Частота назначения детям лекарств «off label» (с нарушением предписаний утвержденной инструкции) колеблется в разных странах от 11% до 80%. Так, по данным Европейской комиссии, более 50% лекарств, используемых в педиатрической практике, не разрешены к применению у детей или их назначают не по «разрешенным показаниям», поскольку исследования этих препаратов в педиатрической практике не проводились.

Большинство «off label»-назначений — вынужденные, продиктованные тяжестью патологии, состоянием пациента и отсутствием альтернативных, разрешенных препаратов. Педиатры вынуждены использовать препараты, эффективность и безопасность которых оценивалась в исследованиях на взрослых. При этом течение многих заболеваний у взрослого и ребенка может значительно отличаться.

Основные проблемы, связанные с недостатком надежных данных в педиатрии, состоят в недостаточном количестве клинических исследований с участием детей, что ограничивает данные об эффективности и безопасности лечения. Недостаток фармакокинетических исследований приводит к отсутствию детских лекарственных форм и соответственно трудностям дозирования препаратов.

Вследствие различий в фармакокинетике лекарств у взрослых и детей могут наблюдаться разные нежелательные эффекты. Недостаточные дозы лекарств становятся причиной неэффективности или развития резистентности к лечению, а превышение дозировки несет риск развития нежелательных реакций.

Сложности контролируемых клинических исследований в подавляющем большинстве областей педиатрии приводят к тому, что применение эффективных технологий откладываются. Вместе с тем мы должны понимать, что не существует «законного» способа нарушения закона».

Специалисты, работающие с детьми (чаще всего среди врачей различных специальностей), оказываются незащищенными в случае судебных исков как со стороны пациентов, так и со стороны контролирующих органов. С этим явлением в последнее время я сталкиваюсь все чаще в качестве привлеченного судебного эксперта.



— Петр Гарриевич, мы встречались с Вами два года назад, во время научной конференции «Невские горизонты - 2014». В то время Ваша лечебная и научная деятельность ограничивалась Новосибирском. В настоящее время Вы возглавляете целых две клиники: в Новосибирске и Кемерово...

— Между этими двумя городами всего 265 километров. По сибирийским меркам, это — совсем небольшое расстояние. Поэтому я успешно справляюсь с двойной нагрузкой.

— Почему Вы регулярно участвуете в работе «Невских горизонтов»?

— Это один из самых крупных и представительных форумов детских офтальмологов России. Как и в 2014 году, значительное место в программе конференции было уделено ортокератологии. Меня, как ортокератолога-практика и исследователя в области ортокератологической терапии (ОК-терапии), особенно порадовало большое количество докладов на эту тему.

22 профильных доклада были представлены на секции «Актуальные проблемы ортокератологии» и на «Российской сессии Европейской Академии ортокератологии». Выступали докладчики из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Волгограда, Чебоксар, Кирова, а также из США и Украины. Сателлитный симпозиум старшей российской компании-производителя ортокератологических линз «Доктор Линз» (Москва) также был полностью посвящен научным исследованиям и практическому опыту в ортокератологии.

К.м.н., главный врач клиник Центр зрения «Доктор Линз» (г. Новосибирск)

и «Центр зрения доктора Нагорского» (г. Кемерово) **Петр Гарриевич Нагорский:**

Научные исследования и практический опыт ортокератологии

— Нельзя не отметить интерес к ортокератологии в офтальмологическом сообществе...

— Такой живой интерес офтальмологов к этому относительно новому направлению в офтальмологии совершенно понятен. Ведь не секрет, что в детской офтальмологии нет более важной задачи, чем борьба с прогрессирующей миопией!

До недавнего времени приходилось с горечью признавать, что в нашем арсенале нет какого-либо метода лечения, позволяющего эффективно тормозить прогрессивную миопию и одновременно исправлять нарушенную рефракцию! Пока не появилась ОК-терапия! Как раз этому перспективному методу и был посвящен мой доклад.

— Не могли бы Вы кратко представить свое выступление читателям газеты «Поле зрения»?

— По приблизительным подсчетам около двух миллионов человек в мире используют ОК-линзы. В России их количество приближается к пятидесяти тысячам. Только в двух клиниках, которыми я руководю — Центре зрения «Доктор Линз» (г. Новосибирск) и «Центр зрения доктора Нагорского» (г. Кемерово), — насчитывается более четырех тысяч ортокератологических пациентов. И подавляющее большинство из них — это дети и подростки.

Из огромного количества методов, применяемых для торможения прогрессивной миопии, имеют обширную доказательную базу и признаны мировой офтальмологией только три: длительное применение атропина, использование мягких бифокальных линз и ортокератология. Последняя является самым эффективным нефармакологическим методом снижения прогрессии миопии. По сравнению данным, эффективность ОК-терапии в среднем равна 77% (Smith M.J., Walline J.J. Controlling

myopia progression in children and adolescents. Adolesc Health Med Ther. 2015 Aug 13; 6: 133-140). На сегодняшний день — это рекорд!

В докладе «Оценка влияния ОК-терапии на темпы прогрессирования миопии у детей» я представил результаты собственных исследований кератита были названы: нарушение гигиены линз и контейнера, использование водопроводной воды для споласкивания линз, позднее обращение за медицинской помощью. Доклад И.А. Лещенко еще раз подтвердил мысль о том, насколько тщательно надо относиться к отбору пациентов на ОК-терапию и насколько актуальна при данном методе активной диспансеризация пациентов с ОК-линзами. К.м.н. Т.Ю. Вержанская выступила с интересным докладом о первом опыте совместного применения ОК-линз и малых доз атропина у пациентов с прогрессирующей миопией. Полученные результаты обнадеживают, однако требуют продолжения изучения.

Д.м.н., профессор Е.П. Тарутца выступила с программным докладом «Ортокератология в комплексе мер по лечению прогрессирующей миопии у детей: 14-летний опыт МНИИ ГБ им. Гельмгольца». Большой научный и практический опыт, накопленный в институте им. Гельмгольца, дает возможность дальнейшего развития ортокератологического метода лечения прогрессирующей миопии у нас в стране, тем самым улучшая качество жизни наших пациентов.

— Не могли бы Вы представить другие доклады, которые Вас заинтересовали?

— П.В. Аситинская поделилась богатейшим 14-летним опытом практической ортокератологии. Доклад был посвящен качественному применению ОК-линз, профилактике потенциально возможных осложнений. П.В. Аситинская сделала упор на правильное отборе пациентов для этого метода, на соблюдении технологии подбора ОК-линз, на соблюдении пациентами всех рекомендаций врача.

В этом году впервые на секции ортокератологии прозвучал доклад специалиста, который не занимается подбором ОК-линз. К.м.н. И.А. Лещенко собрала и проанализировала случаи осложнений во время применения ОК-линз.

По ее данным, микробный кератит, являющийся единственным серьезным осложнением ОК-терапии, чаще всего встречается у подростков 11-19 лет. Возбудителем кератита в подавляющем большинстве случаев выявлялась синегнойная палочка. В качестве причин возникновения кератита были названы: нарушение гигиены линз и контейнера, использование водопроводной воды для споласкивания линз, позднее обращение за медицинской помощью.

Внимание слушателей привлек совместный доклад группы исследователей, представленный к.м.н. А.Н. Шмаковым. Авторы проанализировали около 400 ответственных и зарубежных публикаций, посвященных применению ОК-линз. Было показано, что данные ОСТ и конфокальной микроскопии у человека позволили существенно уточнить морфометрические и клеточные параметры изменений роговицы при применении ОК-линз.

Доказано, что изменения кривизны внешней поверхности роговицы и, как следствие, изменение рефракции глаза под воздействием ОК-линз происходит исключительно за счет обратимых изменений эпителия роговицы. Возникают уплощение эпителия в центральной зоне и его утолщение на средней периферии роговицы. Данные изменения на микронном уровне не нарушают нормальную архитектуру и функцию эпителия. Для достижения требуемой коррекции зрения и максимальной безопасности весьма важно использовать современные ОК-линзы, обеспечивающие минимальное утончение эпителия в центральной зоне роговицы. Несоблюдение правил ухода за линзами может нарушить барьерные функции эпителия. В итоге один из выводов, общий для ряда докладов: тщательное соблюдение рекомендаций врача — это залог эффективного и безопасного применения ОК-линз.

В результате проведенных исследований была создана экспериментальная модель развивающейся осевой формы близорукости и на ней изучены ультраструктурные особенности склеры.

Результаты клиничко-иммунологических исследований расширили и дополнили представления об активном участии иммунной системы в патогенезе приобретенной близорукости у детей. Данный фрагмент работы приближает нас к пониманию проблемы: «Близорукость — это болезнь или биологический вариант нормы?»

Внимание слушателей привлек совместный доклад группы исследователей, представленный к.м.н. А.Н. Шмаковым. Авторы проанализировали около 400 ответственных и зарубежных публикаций, посвященных применению ОК-линз. Было показано, что данные ОСТ и конфокальной микроскопии у человека позволили существенно уточнить морфометрические и клеточные параметры изменений роговицы при применении ОК-линз.

Доказано, что изменения кривизны внешней поверхности роговицы и, как следствие, изменение рефракции глаза под воздействием ОК-линз происходит исключительно за счет обратимых изменений эпителия роговицы. Возникают уплощение эпителия в центральной зоне и его утолщение на средней периферии роговицы. Данные изменения на микронном уровне не нарушают нормальную архитектуру и функцию эпителия. Для достижения требуемой коррекции зрения и максимальной безопасности весьма важно использовать современные ОК-линзы, обеспечивающие минимальное утончение эпителия в центральной зоне роговицы. Несоблюдение правил ухода за линзами может нарушить барьерные функции эпителия. В итоге один из выводов, общий для ряда докладов: тщательное соблюдение рекомендаций врача — это залог эффективного и безопасного применения ОК-линз.



— Марина Андреевна, не могли бы Вы рассказать об истории проведения научных конференций «Невские горизонты»?

— На сегодняшний день наш форум является одним из крупнейших в нашей стране в сфере детской офтальмологии. Его история еще довольно короткая. В 2005 году отмечалось 70-летие кафедры офтальмологии нашего вуза. Была проведена масштабная юбилейная конференция «Современные проблемы детской офтальмологии».

Было принято решение проводить подобные форумы регулярно, не дожидаясь следующего юбилея. В 2007 году мы провели

Ассистент кафедры офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, член организационного комитета научной конференции «Невские горизонты - 2016» **Марина Андреевна Зерцалова:**

Следующая конференция станет юбилейной!

конференцию «Современные проблемы офтальмологии». Изменение названия произошло не случайно. Мы решили привлечь к совместной работе не только детских офтальмологов, но и коллег, которые занимаются общей офтальмологией.

В 2010 году прошла первая конференция с нынешним названием — «Невские горизонты». Этот форум проводится каждые два года. Нынешняя конференция — четвертая. А следующая, в 2018 году, — станет юбилейной!

В этом году на 15 пленарных заседаниях и 8 спутниковых симпозиумах было прочитано 208 докладов.

— Не могли бы Вы представить свой доклад на конференции?

— Доклад, который был подготовлен совместно с коллегами по вузу — д.м.н., профессором В.В. Бржеским, д.м.н., профессором Р.Л. Насыровым и к.м.н., доцентом Е.П. Федотовой, назывался «Гистологическое строение угла передней камеры детей с врожденной глаукомой (предварительное сообщение)».

— Профессор Р.Л. Насыров и доцент Е.П. Федотова работают на кафедре патологической анатомии Педиатрического университета.

— Речь идет о междисциплинарном взаимодействии офтальмологов и морфологов. И это взаимодействие представляется мне очень важным и продуктивным! Было проведено гистологическое

исследование удаленных фрагментов ткани структур угла передней камеры.

— Какие результаты могут дать подобные гистологические исследования?

— Гистологические исследования необходимы для того, чтобы определить, какие изменения происходят в органе зрения при врожденной глаукоме. Помощь морфологов необходима ученым-офтальмологам для того, чтобы понять патогенез развития глаукомы у недоношенных детей.

— Имеют ли эти исследования применение в медицинской практике?

— Исследования необходимы для совершенствования технологий

при проведении операций при глаукоме у детей. При врожденной глаукоме происходят существенные изменения анатомии глаза. А когда глаукома начинает развиваться у взрослого человека, эти изменения отсутствуют, так как орган зрения уже сформировался. Таким образом, для маленьких пациентов необходимо модифицировать стандартные методики операций фильтрационного типа.

Хотела бы обратить внимание на такой факт: врожденная глаукома у доношенных детей обычно протекает по-другому, чем у недоношенных детей. Требуются другие виды хирургического лечения. Чтобы разобраться в этих различиях необходимо проведение дальнейших гистологических исследований.

Беседы вел Илья Бруштейн. Фотографии Илья Бруштейна

«МАКУЛА – 2016»: эффективная площадка новых идей

VII Всероссийский семинар «круглый стол» офтальмологов «МАКУЛА – 2016»

Вечно молодой город Ростов-на-Дону, «Южная столица России», с 20 по 22 мая превратился в столицу ретикулярной офтальмологии. В городе Воинской Славы, столице вольного казачества, прошел ставший уже традиционным VII семинар «МАКУЛА». За 12 лет существования «МАКУЛА», проводимая Ростовской глазной клиникой «ИнтерЮНА» (генеральный директор — профессор Ю.А. Иваниско), превратилась из всероссийского в международное научное событие: около трети докладов были представлены учеными из Италии, Германии, Франции, США и Белоруссии, а участники — это коллеги из 14 стран.

Количество участников было внушительным — более 500, их статус и возраст различным, но организаторам удалось сохранить баланс профессионализма и творчества, научной строгости и энтузиазма, и это позволило всем участникам в течение трех дней чувствовать себя одной командой. В рамках семи «круглых столов» были заслушаны и обсуждены 42 доклада, которые касались широкого спектра патологий заднего отрезка глаза и возможностей терапевтического, лазерного и хирургического лечения. Обсуждения каждого доклада продолжались в кулуарах, отсюда перетекли на улицу или в трапезную и часто не заканчивались даже там. Участники семинара наслаждались уникальной возможностью присутствовать при зарождении новых творческих решений, идей и проектов.

Одним из предметов комплексного рассмотрения стала хирургия макулярного отверстия. К.м.н. Я.В. Байбородов (Санкт-Петербург) доложил о возможностях применения интраоперационного ОКТ-контроля для удаления внутренней пограничной мембраны (ВПМ) без



Президиум VII Всероссийского семинара «круглого стола» офтальмологов «МАКУЛА – 2016»

красителей и без проведения витректоми на начальных стадиях разрыва. К.м.н. Д.О. Шкворченко (Москва) рассказал о своем опыте применения центрифугированной тромбобитарной массы для закрытия больших макулярных отверстий. Профессор Г.Е. Столяренко (Москва) продемонстрировал возможности моделирования лоскута ВПМ при повторной хирургии макулярных отверстий для тампонирующего незакрывшегося отверстия этим лоскутом.

В ходе обсуждения хирургии макулярных отверстий Д.О. Шкворченко и М.А. Перуанским (США) был поднят вопрос о том, так ли

уж токсичны красители мембран. По данным литературы, токсический эффект доказан только in vitro и только на пигментный эпителий. Данных, указывающих на необратимое токсическое действие на сетчатку in vivo, нет.

Большое внимание в дискуссиях было уделено функциональной оценке результатов хирургии макулярного отверстия. На сегодняшний день успех вмешательства определяется не только анатомически, т.е. полным закрытием отверстия, и даже не просто высокой постоперационной остротой зрения, — теперь важно получить бинокулярность, восстановить

способность к чтению. В частности, к.м.н. С.В. Сдобникова (Москва) поделилась наблюдением, что у подавляющего большинства (более 80%) прооперированных пациентов при полном восстановлении зрения вдаль и для близости в постоперационном периоде выявлялись искажения букв, мешающие им читать. На данный момент причина появления этих искажений неизвестна. Профессор В. Феррара (Италия) сообщил, что, по его данным, скорость пиллинга ВПМ может сказываться на травматичности вмешательства и, в частности, быть причиной возникновения описанных проблем с чтением.

Два сообщения были посвящены лечению центральной хориоретиниопатии. Об эффективности и безопасности фотодинамической терапии с половинным временем воздействия у пациентов с персистирующим и хроническим течением доложил В.А. Шептулин (Москва). В докладе к.м.н. В.В. Мирошникова и профессора Ю.А. Иваниско (Ростов-на-Дону) основным был вывод о противоречивом эффекте ранней лазеркоагуляции. Авторы выделили промежуточную форму центральной серозной хориоретиниопатии (ЦСХРП), при которой было показано преимущество сочетания фокальной лазеркоагуляции точки просачивания с барражем серозной отслойки нейроретини над изолированной фокальной лазеркоагуляцией. В дискуссии активный подход к лечению ЦСХРП в целом был поддержан, однако, по мнению профессора А.С. Измайлова (Санкт-Петербург), предпочтительнее выдержать двухмесячный период наблюдения перед принятием решения о лазеркоагуляции.

Профессор А.С. Измайлов выступил с докладом о перспективах лазерного лечения тромбозов вен сетчатки.

О возможности хирургии увеальных меланом с использованием гамма-ножа сообщил к.м.н. О.А. Свиняцкий (Санкт-Петербург), предложив способ, позволяющий не только сохранить глаз как орган, но в ряде случаев сохранить зрение пораженного глаза.

Новый протокол ранней диагностики и лечения цитомегаловирусных ретиinitов у детей после трансплантации костного мозга разработан и доложен к.м.н. Б.С. Першиним (Москва). Автору доклада в яркой презентации удалось наглядно показать сложные системно протекающие процессы и их влияние на патологические изменения в глазном яблоке.

Дорогие коллеги!

22-24 сентября 2016 года ФГБНУ «НИИГБ» планирует проведение V научно-теоретической конференции «**Дискуссионные вопросы офтальмологии**».

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

22 сентября

09:00 Открытие конференции

«Глаукома и венозные окклюзии: проблема в проблеме»

Введение в проблему.

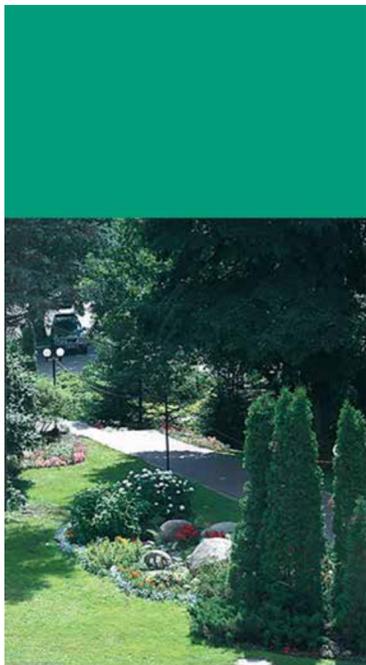
Академик РАН профессор С.Э. Аветисов

1. Глаукома при тромбозах венозных сосудов: неизбежный исход или статистическая закономерность. Клинико-морфологический субстрат (Эксперты: Т.Н. Юрьева, В.В. Страхов, И.А. Лоскутов)
2. Венозные окклюзии и глаукома как взаимовлияющие факторы (Эксперты: В.П. Еричев, Е.В. Карлова)
3. Патогенетическое лечение: обязательный алгоритм и оправданные надежды или факультативная терапия и неопределенный исход (Эксперты: М.В. Будзинская, Е.А. Егоров, С.Ю. Петров)

Кофе-брейк
14:00–15:00 – Обед
Торжественный ужин

Участие в конференции, трансфер от института до места проведения конференции 22 сентября в 15:00 и обратно 24 сентября в 12:00, проживание и социальная программа будут обеспечены организатором конференции.

Научный руководитель ФГБНУ «НИИГБ», заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, профессор С.Э. Аветисов



Тел./факс: 8 (499) 248 74 43
E-mail: info@eyecademy.ru



Российская академия наук
Федеральное агентство научных организаций
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «НИИ глазных болезней»



V научно-теоретическая конференция
«Дискуссионные вопросы офтальмологии»

Подмосковье
22-24 сентября
2016 г.



Опять все флаги в гости к нам



Генеральный директор Ростовской глазной клиники «ИнтерЮНА», профессор Ю.А. Иваниско



Профессор Ю.А. Иваниско (Ростов-на-Дону), министр здравоохранения Ростовской области, профессор Т.Ю. Быковская, профессор Н.Н. Пивоваров (Италия)



Профессор Г.Е. Столяренко (Москва), к.м.н. Д.О. Шкворченко (Москва)



Профессор Р.Л. Трояновский (Санкт-Петербург)



Профессор И.П. Хорошилова-Маслова (Москва)



Профессор М. Перуанский (США), профессор А. Клетнар (Германия)



Профессор А.С. Измаилов (Санкт-Петербург), профессор Н.Н. Пивоваров (Италия)



Профессор К.Б. Першин (Москва)

Первые результаты исследования изменений нервных волокон в толще роговицы при сахарном диабете доложила к.м.н. З.В. Сурнина (Москва), рассказав о возможной корреляции поражения нервных волокон роговицы и сетчатки. В связи с большей доступностью роговицы для обследования (сравнительно со структурами заднего отдела глаза), это в перспективе может стать диагностическим важным маркером при динамическом наблюдении за пациентами.

В сообщении д.м.н. А.Н. Куликова (Санкт-Петербург) проанализирована взаимосвязь между состоянием и динамикой витреомакулярного интерфейса и эффективностью анти-VEGF-терапии диабетического макулярного отека. Большой резонанс получила «пионерская» работа профессора В.С. Аюпова и к.м.н. Н.С. Семенович (Москва) о мультимодальной визуализации ранних стадий «сухой» возрастной макулярной дегенерации.

Отдельный «крутой стол» был посвящен особенностям проведения местной анти-VEGF-терапии. Живой интерес вызвало сообщение С.В. Сдобниковой о предрасчетных результатах работы, в которой рассматривалось влияние интравитреальных инъекций анти-VEGF-препаратов на гормональный статус и эмоционально-психологическую сферу у больных сахарным диабетом. По данным докладчика, эта лекарственная группа при неоднократном (более трех раз) интравитреальном введении способствует развитию длительной депрессии у пациентов. В дискуссии преобладали мнения о необходимости осторожного подхода к этому

виду лечения. Доклад вызвал столь активное обсуждение, что было решено пригласить психонейрофизиологов к участию в следующем семинаре для совместной работы и продолжения дискуссии.

В рамках «видео-релакса» профессор К.Б. Першин (Москва) предложил вместе с ним подумать о том, будет ли востребована профессия офтальмолога в эпоху IV научно-технической революции, когда темпы получения и обработки информации велики и большую часть работы врач способен выполнять компьютеры. В то же время докладчик показал пути интеграции современных технологий в работу врача, а также продемонстрировал сложный клинический случай, справиться с которым можно только используя творческий подход и высокий профессионализм, пока не доступные машинам.

Неожиданным и очень познавательным был «релакс»-рассказ профессора В.П. Дмитриева (Франция), затем продолженный А. Бравином (Франция), о работе гигантского адрионного коллайдера и синхротрона в Гренобле, о высокой разрешающей способности (менее микрона) новых рентгеновских лазеров, о новых возможностях визуализации и изучения живых тканей *in vivo*, об открывающихся в перспективе возможностях участия в этих исследованиях.

В докладе профессора И.Е. Пановой (Санкт-Петербург) резюмировались результаты работы трех академических институтов, сосредоточенной на пренатальном развитии макулы. В сообщении профессора И.П. Хорошиловой-Масловой (Москва) обсуждалась



Профессор А.А. Кожухов (Москва), к.м.н. И.М. Горшков (Москва), д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург)



Профессор М.М. Шишкин (Москва), профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург)

роль тромбоцитарных факторов роста в стимуляции миграционных процессов ретинального пигментного эпителия при пролиферативной витреоретинальной патологии. Несмотря на то что семинар посвящен патологии сетчатки, в нем поднимался и ряд вопросов, касающихся особенностей репозиции люксированных интраокулярных линз (ИОЛ), а именно о приоритете бесшовной склеральной фиксации, поскольку в сегодняшний день не существует шовного материала, который бы не рассасывался в течение 10-15 лет. В случаях, когда без шовной фиксации никак не обойтись, В. Ферраро рекомендовал использовать более толстые нити (9.0 или даже 8.0). Также внимание было уделено вопросам о том, в каких случаях удалять люксированную ИОЛ из глаза, а когда предпочтительнее ее оставить.

При склеральной фиксации и сохранении люксированной ИОЛ необходимо тщательно очистить ее от остатков капсульного мешка, учитывая при этом сдвиг рефракции на 1-2 дптр за счет естественного смещения вперед.

Оригинальную методику фиксации заднекамерных ИОЛ в отсутствие капсульной поддержки продемонстрировал к.м.н. В.В. Мирошников (Ростов-на-Дону). Профессор Н.Н. Пивоваров (Италия) выступил с ярким, заигрывавшим всех докладом об управлении зрения, поскольку механизм аккомодации заложен природой, постоянная тренировка и учет особенностей созревания катаракты могут позволить длительное время поддерживать от очковой коррекции.

Профессор Р.Л. Трояновский (Санкт-Петербург) в докладе об отслойках сетчатки при синдроме Стиклера призвал к обсуждению важной проблемы выбора стабильности лазерных и хирургических вмешательств, важности мониторинга.

О частом сочетании периферической витреохориоретинальной дистрофии и витреомакулярных тракций, а также о возможности их ОКТ-диагностики доложила д.м.н. В.А. Шаимова (Челябинск).

По завершении семинара лучшие докладчики (по результатам тайного голосования «тридцати первых») были премированы падающими подарками и возможностью карт-бланш-доклада на следующей «МАКУЛЕ» (В. Феррара, Ю.А. Иваннико, А.С. Измаилов, Г.Е. Столяренко, К.Б. Першин, В.П. Дмитриев и В.В. Мирошников). Также за большой вклад в развитие «МАКУЛЫ» и интересные сообщения на протяжении всего существования семинара (2004-2014 гг.) шести участникам был торжественно вручен Знак отличия «МАКУЛЫ»: кавалерами золотого (с бриллиантом) Знака отличия «МАКУЛА» стали В. Габель, Ю.А. Иваннико, Р. Бирнгрубер, И. Ройдер, Г.Е. Столяренко и А.С. Измаилов. Критериями отбора лауреатов служили средний рейтинг докладов на всех «МАКУЛАХ» (не менее 2,5 по 3-балльной шкале) и количество докладов (не менее 8).

В рамках «общего собрания вице-спикеров» С.В. Сдобниковой был поставлен и общим голосованием положительно решен вопрос о целесообразности проведения многоцентровых исследований по углубленному изучению системных влияний интравитреальной анти-VEGF-терапии. В инициативную группу по реализации этого исследования вошли Э.В. Бойко, И.М. Горшков, Д. Дорошенко, Ю.А. Иваннико, А.С. Измаилов, А.Н. Куликов, Г.Е. Столяренко, С.В. Сдобникова, А. Клетнар, М. Перуанский, В. Феррара.

«МАКУЛА» — едва ли не единственное научное мероприятие такого масштаба, в котором время, предоставляемое на вопросы и обсуждения докладов, превышает время самого доклада. Возможность развернуть дискуссию ценится здесь особенно высоко, и это заставляет докладчика быть собранным и конкретным. Сложностью работы, высокий уровень профессионализма в сочетании с неформальным общением с близостью были отмечены всеми участниками семинара. Заслуга организаторов семинара — профессора Ю.А. Иваннико и сотрудников клиники «ИнтерЮНА» — тем значительнее, что их совместными усилиями обеспечивается не только срез актуального состояния российской офтальмологии, но и вклад в ее будущее развитие. Успех семинара «МАКУЛА» позволяет надеяться на дальнейшее развитие этой высокопрофессиональной дискуссионной площадки, стимулирующей появление новых идей, подходов и методов решения проблем в борьбе с витреоретинальной патологией.

Материал подготовила

А.Е. Душина

Фото предоставлены оргкомитетом конференции

Профессор В.В. Страхов: «Моя жизнь в эксперименте»

Интервью с заведующим кафедрой офтальмологии Ярославской государственной медицинской академии, заслуженным врачом РФ, доктором медицинских наук, профессором **Владимиром Витальевичем Страховым**

12 июня 2016 года Владимиру Витальевичу Страхову, уважаемому ученому, исследователю, блестящему врачу, педагогу, большому другу нашей газеты исполнилось 65 лет. Уважаемый Владимир Витальевич, примите наши поздравления с юбилеем!

Коллеги знают Вас как талантливого человека с неиссякаемым творческим потенциалом. Вас уважают за профессионализм, честность и порядочность. Многие десятилетия Вы храните верность своей профессии, родной alma mater, а это означает, что у Вас есть мощный ресурс для дальнейшего развития, для покорения новых вершин. Желаем Вам доброго здоровья и успехов во всех начинаниях!

Газета «Поле зрения» и коллектив издательства «АПРЕЛЬ»

операции, занимаемся ортокератологией. Работает детское отделение, состоящее из прекрасно оснащенного лечебного кабинета, кабинета контактной коррекции. Клиника вошла в реестр ОМС, теперь половина факто-эмulsionификаций катаракты в области делается бесплатно у нас за счет средств обязательного медицинского страхования. Бюджет по линии ФОМС небольшой, доходность невелика, но если количество операций значительно, нам это становится выгодно. Кроме того, нельзя забывать, что больные оперируются амбулаторно бесплатно, хирурги постоянно заняты, совершенствуют свое мастерство. По линии ФОМС мы также занимаемся лечением детей, например, проводим лазерные процедуры.

— Это означает, что у вас сложились хорошие отношения с Департаментом здравоохранения области? — Конечно, а как же иначе? Наша клиника имеет такую же лицензию, что и областная больница.

— Владимир Витальевич, Ваши научные приоритеты остаются прежними? — Да, разумеется. Коей на переправе не меняют, верно? Продолжаю заниматься глаукомой, аккомодацией. В конце прошлого года я стал лауреатом премии Российского глаукомного общества, с вручением серебряной медали им. академика А.П. Нестерова.

— Это — большая честь для меня. Мы подготовили цикл работ, посвященных исследованию асимметрии глаукомного процесса. По этой тематике были защищены четыре кандидатские диссертации, опубликовано более 30 статей. Но самое главное заключается не в этом. Главное, на мой взгляд, в том, что многие офтальмологи стали применять исследования асимметрии в диагностике, мониторинге глаукомы. Другими словами, в распоряжении глаукоматологов появились дополнительный инструмент, который не требует значительного материального оснащения, только немного интеллекта и знаний. И я считаю, что мой коллектив прекрасно поработал. Вот, что самое главное, теперь можно и помереть спокойно!

— Помните в песенке фронтовых шоферов: «Помирать нам рановато, есть у нас еще дома дела... Владимир Витальевич, расскажите о Вашем профессиональном пути.

— Сразу скажу, что медиков у меня в роду не было. Многие спрашивают, откуда у меня такая интересная фамилия? Отвечаю: «От отца». Мой отец был одним из первых водителей троллейбусов в Ярославле, мама работала на шинном заводе в отделе технического контроля. В 9 классе я прочел трилогию Юрия Германа «Дорогой мой человек», «Я отвечаю за все» и «Все остается людям». И все, я понял: что хочу быть врачом, как главный герой Володя Устименко. Хотя до этого я не исключал для себя карьеры музыканта: окончил музыкальную школу, музыкальное училище. Но решение стать врачом уже ничто не могло изменить. Учился в Ярославском медицинском институте, на последнем курсе женился, и после окончания института вместе с женой и маленькой дочкой поехали по распределению в Большешельскую центральную районную больницу в Ярославской области. Я работал окулистом, жена — инфекционистом. Лучшие годы жизни! И не потому, что в молодости солнце ярче и трава зеленее. Я почувствовал себя самостоятельным: иду по улице, а со мной, молодым мальчишкой, люди вторые старше меня раскланиваются: «Здравствуйте, доктор! Мне пришлось принимать решения, ставить диагноз. Какая ответственность на меня легла! Большой

приходит ко мне на прием, я назначаю лечение, и через какое-то время он выздоравливает! Вот это да! Неужели это я смог ему помочь? Постепенно стал делать антиглаукомные операции. Тут я окончательно понял, что могу и буду лечить людей всю свою жизнь. Подал заявление в ординатуру, но профессор Мир Сергеевич Ремизов сказал: «Нет, в ординатуру не пошу, пойдешь в аспирантуру». Но для поступления в аспирантуру, надо было поработать еще год. Прошел год, я поступил в аспирантуру, защитил диссертацию на тему «Изменения в бассейне водных вен при первичной открытоугольной глаукоме», стал ассистентом кафедры.

— Актуальность работы, на Ваш взгляд, сохраняется? — Да, сохраняется. Нередко в своих презентациях я использую фотографии из кандидатской диссертации, когда тема касается, например, оттока внутриглазной жидкости. В 1990 году получил звание доцента. Если когда-нибудь меня попросят написать автобиографию, я уже знаю, как ее назвать: «Моя жизнь в эксперименте». В 39 лет стал заведующим кафедрой, самым молодым в то время. В 1997 году защитил докторскую диссертацию «Эссенциальная гипертензия глаза и первичная открытоугольная глаукома», через год меня утвердили в звании «профессор».

— Насколько я знаю, у вас, учеников профессора М.С. Ремизова, есть традиция: в день его кончины вы идете на кладбище и поминаете своего учителя. — Вы правы. Более того, ежегодно последнее, июньское, заседание Ярославского общества офтальмологов (в состав Общества входят около 100 докторов, а я являюсь его председателем) мы посвящаем памяти Мира Сергеевича. С утра мы идем на кладбище, возлагаем цветы, внутренне отчитываемся перед ним о работе. После чего все вместе едем на конференцию. Обычно я приглашаю одного-двух известных офтальмологов, корифеев в своем направлении. Научную часть мы сочетаем с культурно-просветительской, так как проводим наши мероприятия в разных городах области. У нас есть много интересных мест: Ростов Великий, Углич, Борисоглебск, Переславль-Залесский, Большие Соли. Нельзя отрываться от Родины! У нас столько красивейших мест! Я вчера приехал сюда, и не понимая, где я — в Сочи или в Швейцарии?

— Владимир Витальевич, Вы не утратили свою первую любовь, любовь к музыке? — Нет, конечно, не утратил, но выступать приходится редко. В последний раз — на 70-летию нашего института, где я пел, аккомпанируя себе на гитаре. У меня есть друг, мы учились с ним в одной группе, Сергей Новиков, он стал профессиональным исполнителем, у него прекрасный голос — тенор. Мы вместе окончили институт, я поехал по распределению, а он поступил в аспирантуру по травматологии, но скоро понял, что медицина — не его призвание, сдал экзамены в Гнесинку на вокальное отделение. До сих пор иногда мы выступаем вместе. А в институте у нас даже был свой вокально-инструментальный ансамбль, мы участвовали в фестивалях, на конкурсах, занимали даже призовые места.

— Какой репертуар исполняли? — Пели некоторые вещи Beatles, Rolling Stones, играли на танцах, но в основном советские эстрадные песни, как сказали бы сейчас, «попсу».

— Советская «попса» — совсем не то, что нынешняя.

— Вы совершенно правы. Сейчас насколько свежо, интересно слушаются песни прошлых лет. В моем репертуаре есть популярный советский песен. Помните: «Летят ли теплые дожди, падает ли снег...» Нет, я музыку не бросаю: играю, пою и с удовольствием слушаю.

— Больше ли у Вас стало свободного времени? — Гораздо меньше, вот в чем проблема. Сюда, в Сочи, я вчера приехал, и уже завтра рано утром надо возвращаться.

— Как любите проводить свое свободное время? — Летом однозначно хорошо на даче, по курортам почти не ездив. У меня две дочери, четверо внуков, правда, разница в возрасте большая: старшей внучке — 23 года, а младшей — 5 лет. И только один внук-мужичок, Тимофей, Тимоша. Недавно объявил, что решил свою судьбу: станет сантехником. Я про себя подумал: «Наверное, это в будущем будет как-то связано с гидродинамикой глаза»...

— Кто-то из Ваших родных пошел в медицину? — Обе дочери стали офтальмологами, одна — кандидатом медицинских наук, вторая — пока без степени, обе работают в клинике. Старшая внучка учится в университете, но к медицине отношения иметь не будет, средняя — оканчивает школу, но также не видит себя в будущем врачом, а я и не давлю, пусть сами выбирают свой путь. Может быть Тимошка или Верочка, когда подрастут, решат стать врачами...

— Когда Вы рядом со старшей внучкой, никому и в голову не придет, что это внучка. — Конечно, нет, хотя, помню один случай: я моложе, голова еще не седая, едем в трамвае. Внучка прошла немного и кричит через весь вагон: «Дедушка, дедушка, выходи!» Одна дама процедила сквозь зубы: «Надо же...» и вышла из вагона.

— Вам понравился место, где мы с Вами находимся? — Просто потрясающее место, начиная с аэропорта, автострады... Это не какой-то отдельно стоящий отель, здесь целый город. И это в нашей стране... Если Россию ждет такое будущее, я аплодирую. Хочется видеть такую красоту не только на побережье Черного моря, но и на побережье Волги, вот это было бы «да-а-а»...

— Во многих волжских городах будет проходить Чемпионат мира по футболу в 2018 году, наверное, и там все будет выглядеть достойно. — Хочется верить, что так и будет. Когда я сюда летел, не знал, что такое «Красная поляна». Представлял себе большую поляну на возвышении, стоит маленький отель, кафешки, подъемники...

— Именно так и было в недалеком прошлом... — Да, я себе примерно так и представлял. А здесь... Смотрите, что творится? То, что я увидел, меня просто потрясло. Конечно, стоило это дорого, но люди же пользуются, самые обычные люди, как мы с Вами. Я сюда ехал, видел красивые дома, отели с прекрасной архитектурой, и мне представилась рождественская картинка: снег, нарядные елки, гирляндные разноцветные огни... Это Давос? Нет, у нас — лучше...

— Я благодарю Вас, Владимир Витальевич, за беседу!

Интервью подготовил Сергей Тумар Фото Сергея Тумара



К.м.н. С.В. Сдобникова (Москва)



Профессор М.М. Шишкин (Москва), профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург)



Профессор А.А. Кожухов (Москва), к.м.н. И.М. Горшков (Москва), д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург)



К.м.н. О.А. Синяевский (Санкт-Петербург)



К.м.н. Е.К. Педанова (Москва)



Профессор В. Феррара (Италия)

XXII Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи»

30 мая – 3 июня 2016 года, Санкт-Петербург

Уже более двадцати лет одним из важнейших событий в рабочем календаре наших коллег является международный офтальмологический конгресс «Белые ночи». В этом году в Северной столице России собрались более двух тысяч врачей-офтальмологов, учёных-медиков и организаторов здравоохранения почти из всех регионов Российской Федерации и многих зарубежных стран.

Организаторами престижного форума стали Министерство здравоохранения Российской Федерации, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Северо-Западное отделение Российской академии наук, Санкт-Петербургский



государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова и общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов».

Сотрудники издательства «Апрель» и редакции газеты «Поле зрения» всегда уделяли большое внимание работе петербургского конгресса. Мы не только посещаем пленарные заседания и спутниковые симпозиумы, но и общаемся с коллегами в кулуарах.

В беседах с журналистом эскулапы дали экспертную оценку прозвучавшим докладам, рассказали о своих медицинских учреждениях, об особенностях работы в различных регионах страны, поделились последними

новостями и планами на будущее. Так как интервью проходили в последние дни весны и в первые дни лета, то разговор коснулся и наступающего отпускного сезона...

В дни работы конгресса «Белые ночи» всегда уделяли презентация книги «Офтальмология в лицах», выпущенной в издательстве «Апрель» в 2016 году. Нам очень приятно, что книга вызвала большой интерес участников и гостей форума. Надеемся, что и в следующем году наше издательство сможет порадовать своих давних и новых друзей книжными новинками, расширяющими офтальмологические горизонты.

Мы всегда уделяли большое внимание работе со статистикой. Но в последние годы эта работа стала ещё более интенсивной. Статистика нужна не только для отчётов вышестоящему начальству, как об этом, может быть, думают некоторые читатели... За каждой цифрой статистического отчёта — конкретные люди и судьбы.

В настоящее время во всех субъектах РФ составляется «Офтальмологический паспорт региона». Там приводятся самые различные статистические данные: обеспеченность кадрами, коечный фонд, хирургическая активность стационаров, статистика по различным заболеваниям и т.д.

Правда, профессор В.В. Нероев привёл в этой связи в своём докладе и курьёзный случай. Из одного региона ему представили сведения, что у них процент экстренной госпитализации равен нулю. То есть такого явления якобы там вообще нет! Это, конечно, абсурд! Не нужно быть врачом, чтобы понимать, что при любом уровне развития медицины экстренные ситуации всегда могут случаться... Значит, в этом регионе недостаточно внимательно подошли к подготовке отчёта.

— По Вашему рассказу можно судить о том, что анализ статистических данных — это важная часть работы главных офтальмологов регионов и главного офтальмолога страны.

— Мы всегда уделяли большое внимание работе со статистикой. Но в последние годы эта работа стала ещё более интенсивной. Статистика нужна не только для отчётов вышестоящему начальству, как об этом, может быть, думают некоторые читатели... За каждой цифрой статистического отчёта — конкретные люди и судьбы.

В настоящее время во всех субъектах РФ составляется «Офтальмологический паспорт региона». Там приводятся самые различные статистические данные: обеспеченность кадрами, коечный фонд, хирургическая активность стационаров, статистика по различным заболеваниям и т.д.

— Ольга Геннадьевна, у Вас большой опыт и лечебной, и научной, и организаторской работы...

Вероятно, этот опыт помогает Вам справиться с нелёгкими обязанностями главного офтальмолога Сибирского федерального округа. Не могли бы Вы рассказать об основных вехах Вашей биографии?

— Я — коренная сибирячка. Родилась в городе Прокопьевске Кемеровской области. С 1967 года по 1973 год училась в Новосибирском государственном медицинском институте. И с тех пор вся моя жизнь связана с Новосибирском. После окончания вуза обучалась в интернатуре по офтальмологии. После этого работала врачом-офтальмологом в районной поликлинике. С 1979 года по 1981 год обучалась в клинической ординатуре по офтальмологии. С 1988 года по 1998 год работала в Новосибирском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» в качестве заместителя директора и директора филиала.

С 1999 года являлась доцентом Новосибирского государственного медицинского университета, а с 2002 года — профессором этого вуза. В 1998 году защитила кандидатскую диссертацию по клинико-иммунологическим особенностям глаукомы. А в 2002 году — докторскую диссертацию по патогенезу и лечению этого заболевания.

С 2002 года по 2015 год являлась главным офтальмологом Новосибирской области, с 2015 года — главным офтальмологом Сибирского федерального округа.

— Конгресс «Белые ночи» проводится уже в двадцать второй раз. Сколько раз Вам довелось принимать в нём участие?

— Я уже в двадцатый раз на «Белых ночах».

— Какие доклады произвели на Вас наиболее сильное впечатление?

— Было много интересных докладов, которые содержали в себе новую, интересную информацию, становились поводом для дискуссий. Например, профессор N. Pfeiffer представил доклад «Лечение глаукомы: каковы новые направления?» Немецкий коллега рассказал и о медикаментозном, и о лазерном, и о хирургическом лечении глаукомы.

Меня заинтересовало описание комбинированного препарата тапификом, который ещё не сертифицирован в РФ. Он сочетает два компонента: тафлупрост и тимолол.

С интересным докладом «Особенности хирургии катаракты у пациентов с патологией роговицы» выступил д.м.н., профессор Б.Э. Малюгин. Этот доклад привлёк внимание тем, что речь идёт об очень сложных операциях. И в последние годы в этих операциях произошли значительные технологические изменения. Например, теперь возможно производить не только сквозную, но и послуюную пересадку роговицы.

В докладе Б.Э. Малюгина я обратила внимание на такой аспект: удаление хрусталика — это всегда риск для роговицы. Существует риск прогрессирования патологий роговицы... И раньше пациентам с патологией роговицы нередко отказывали в проведении катарактальных операций. Но офтальмологическая

наука не стоит на месте. И в настоящее время существует реальная возможность максимально минимизировать этот риск.

— Операции послуюной пересадки роговицы менее травматичные, чем при сквозной пересадке.

— С одной стороны, эти операции менее травматичные, с другой стороны, пересаженные слои роговицы лучше приживаются, если у пациента сохранилась часть своей роговицы.

— Целый ряд докладов на конференции был посвящён лечению диабетического макулярного отёка (ДМО). Эти выступления содержали какую-то новую информацию?

— Тема на самом деле очень актуальная! Меня особенно заинтересовало выступление американского коллеги P. Kaiser «DRCR.net исследование терапии ДМО». Был представлен фундаментальный анализ различных стратегий терапии ДМО. Профессор P. Kaiser проанализировал три препарата, которые в настоящее время применяются в мире для лечения ДМО: лувентис, афлиберцент и авастин. При этом в РФ разрешено применять только лувентис и афлиберцент. Авастин у нас не был сертифицирован, так как российские эксперты пришли к выводу, что он является токсичным.

Американский коллега не согласился с этим выводом. В своём докладе он привёл доказательства, что данный препарат токсичным не является.

— А в чём преимущества данного препарата?

— Речь не шла о каких-то преимуществах авастина по сравнению с лувентисом и афлиберцентом. По мнению докладчика, авастин — также эффективен, как и два других препарата. Но он является более дешёвым. Тут играет роль экономический фактор.

Я не берусь судить, какая точка зрения является более аргументированной: российская или американская. Но, во всяком случае, очень важно, что на конгрессе «Белые ночи» нередко звучат доклады, становящиеся поводом для дискуссий. Как говорится, в споре рождается истина!

— Поможет ли Вам в дальнейшей работе участие в работе конгресса «Белые ночи»?

— Несомненно! И научная дискуссия выступление американского коллеги P. Kaiser «DRCR.net исследование терапии ДМО», профессор Юрием Сергеевичем Астаховым, и с друзьями и коллегами из МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Фёдорова» принесли не только моральное удовлетворение, но и дали импульс для дальнейшей работы в Сибирском федеральном округе. Буквально 22 июня мы с главными специалистами региона нашего округа в г. Барнауле (Алтайский край) будем рассматривать вопросы по наполнению «Офтальмологического паспорта региона», намечать совместную научную деятельность, проведение региональных конференций в рамках непрерывного медицинского образования.



Зам. председателя Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга Я.С. Кабушка, ректор СПбГМУ, профессор С.Ф. Багненко, профессор Ю.С. Астахов



Профессор В.В. Нероев



Профессор Ю.С. Астахов, профессор Л.А. Катаргина



Профессор М.М. Шишкин (Москва), д.м.н. И.А. Филатова (Москва), профессор В.У. Галимова (Уфа)

Ольга Геннадьевна Гусаревич, д.м.н., профессор кафедры офтальмологии

Новосибирского государственного медицинского университета, главный офтальмолог

Сибирского федерального округа:

Внедрять современные технологии, повышать хирургическую активность

— Ольга Геннадьевна, чем запомнились Вам XXII Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи»?

— Разумеется, я как главный офтальмолог Сибирского федерального округа с особым вниманием слушала доклад главного офтальмолога РФ, д.м.н., профессора В.В. Нероева «Стационарная офтальмологическая помощь в РФ, дневные стационары, хирургическая активность».

В целом Владимир Владимирович положительно оценил процесс реформирования медицинской отрасли, процесс организации офтальмологической помощи. Деятельность офтальмологов Сибири также получила высокую оценку.

— Вы упомянули слово «реформирование». О каких реформах идёт речь?

— Реформирование — это внедрение современных технологий, повышение хирургической активности, повышение эффективности и качества лечения. В первую очередь, речь идёт

о стационарозамещающих технологиях. Этот процесс связан с сокращением избыточного коечного фонда в стационарах. Но важно, чтобы это сокращение проводилось осознанно, чтобы оно учитывало реалии каждого конкретного региона.

Владимир Владимирович Нероев привёл в своём докладе такую образную фразу: «Койка — это не лежбище». Это значит, что каждый день пребывания в офтальмологическом стационаре должен быть обоснованным. Пациент не может «просто так» лежать в стационаре, чтобы ему там капли закапывали...

Всегда необходимо выбирать адекватные формы лечения: кому-то нужен стационар, кому-то — дневной стационар, а кто-то вполне способен выполнять рекомендации врачей у себя дома.

— Как Вы оцениваете статистические данные по хирургической активности?

— Например, в Новосибирской области хирургическая активность в стационарах составляет 93%,

а в дневных стационарах — около 35%. Мне кажется, что это достойные цифры, которые близки к оптимальным.

В дневных стационарах в настоящее время проводятся самые различные хирургические операции, в том числе по поводу катаракты и глаукомы.

— В каких ситуациях целесообразно проводить операции в условиях круглосуточного стационара?

— Нередко целесообразность пребывания в стационаре связано с самыми хирургическими вмешательствами, а с общим состоянием больного. Таким образом, одну и ту же операцию можно проводить и амбулаторно, и стационарно.

Мы рекомендуем стационарное размещение в том случае, если у человека имеются тяжёлые сопутствующие заболевания, требующие наблюдения различных специалистов. Например, в стационаре проводятся экстракорпоральные методы лечения, такие как очищение крови.

Существуют и офтальмологические диагнозы, предполагающие стационарное наблюдение. При язве роговицы мы не можем выпустить человека домой, так как возможно выпадение оболочек глаза, то есть потеря органа зрения. В стационаре такое негативное развитие событий можно избежать, так как в экстренных ситуациях пациенту оказывается своевременная помощь.

Операции при отслойках сетчатки также целесообразно проводить в условиях стационара, так как в послеоперационный период может проявиться болевой синдром, требующий экстренного врачебного вмешательства.

— В своём докладе на конгрессе профессор В.В. Нероев говорил о необходимости снижения цифр экстренной госпитализации. Почему этот показатель является таким важным для организации офтальмологической помощи?

— Высокий уровень экстренной госпитализации в том или другом

регионе может свидетельствовать о недостатках в работе поликлинического звена. Большинство воспалительных заболеваний, например герпес, не требует госпитализации, если начать лечение вовремя и проводить его правильно. А если лечение не проводилось, то может возникнуть язва роговицы. И она требует экстренной госпитализации!

— Нередко запущенные формы офтальмологических заболеваний связаны с действиями — вернее, с бездействием! — самих пациентов. Человек обратился к врачу слишком поздно — и потребовалась экстренная госпитализация...

— Такие случаи тоже бывают... Но в любом случае, статистика экстренной госпитализации в каждом регионе тщательно отслеживается главными офтальмологами соответствующих субъектов РФ. Чем лучше работает первичное звено, тем меньше потребность в экстренной госпитализации. А значит, экономятся государственные средства.



Игорь Эдуардович Иошин, д.м.н., заведующий офтальмологическим отделением ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, профессор Российской государственной медицинской академии последипломного образования:

Что назначать и что отменять при факоемульсификации: научная дискуссия продолжается

— Игорь Эдуардович, в интервью с профессором О.Г. Гусаревич мы говорили о докладах форума, ставших поводом для бурных дискуссий... Знаю, что Ваше выступление тоже вызвало неоднозначный отклик среди коллег.

— У меня на форуме было два доклада, тематически связанных между собой. На сателлитном симпозиуме «От глазной поверхности к главному дну. Все уровни терапии», состоявшемся 30 мая, был представлен доклад «Что назначать и что отменять при факоемульсификации?» А 31 мая я прочитал доклад на утреннем пленарном заседании «Отменять или нет аналоги простагландинов при глаукоме перед факоемульсификацией?»

Почему пациентам с глаукомой отменяют аналоги простагландинов за определённое время перед факоемульсификацией? Некоторые врачи производят отмену за две недели перед операцией, некоторые — за четыре недели...

Существует мнение, что аналоги простагландинов могут вызвать воспаление. В моём докладе сохранилась чёткая формулировка: отмена аналогов простагландинов нецелесообразна. Они не могут вызвать воспаление и не имеют

никаких других побочных эффектов при факоемульсификации. Этот вывод опирается и на мою собственную врачебную практику, и на опыт коллег. Когда мы отменяем пациенту с глаукомой аналоги простагландинов — нам необходимо назначить ему на это время другие препараты. Во-первых, эти препараты могут быть менее эффективными, во-вторых, у пациента сбивается привычный график приёма лекарств. Пациенты испытывают дополнительные неудобства.

И дело не только в неудобствах... По моему мнению, отмена аналогов простагландинов — вещь опасная, так как нарушается системность и сбаластированность при приёме антиглаукомных препаратов.

— Как Вы считаете, Вам удалось убедить своих коллег?

— Мне трудно об этом судить. Но, во всяком случае, этот доклад может стать поводом поразмышлять на эту тему.

— Какие доклады, прозвучавшие на конференции, вызвали у Вас наибольший интерес?

— Я бы отметил три доклада по офтальмоонкологии. Академик

РАН, д.м.н., профессор А.Ф. Бровкина выступила с докладом «Меланома хориоидеи. Обсуждены ли лучевые методы лечения?» Д.м.н., профессор И.Е. Панова представила доклад «Рецидивы злокачественных эпителиальных опухолей койки век», д.м.н., профессор С.В. Саакян — доклад «Ретинобластома: современные протоколы лечения».

С.В. Саакян рассматривала не только медицинский, но и социальный аспект офтальмоонкологических заболеваний. Не секрет, что в настоящее время целый ряд благотворительных фондов собирает средства на лечение детей с онкологическими патологиями органа зрения в зарубежных клиниках. Таким образом, у россиян складывается впечатление, что в нашей стране эти заболевания не лечатся. Или лечатся недостаточно эффективно.

Доклад С.В.Саакян убедительно показал, что это не так! Офтальмоонкологические заболевания лечатся у нас не менее эффективно, чем в ведущих западных странах. И происходит это на бюджетной основе.

Волюлю невольно такая «благодарность» наносит ущерб отечественной медицине.

— А почему, на Ваш взгляд, это происходит?

— Возможно, у наших соотечественников зарубежные клиники вызывают больше доверия, больший «пиетет»... Но данные объективных научных исследований показывают, что в России добиваются результатов лечения, которые соответствуют самым высоким международным стандартам.

— Несколько лет назад мне довелось в качестве журналиста побывать в офтальмологическом отделении «Клинической больницы». Хотелось бы узнать, что нового происходит в отделении?

— Работа идёт в плановом режиме. Хирургическая активность у нас высокая, и она постоянно повышается. Осуществляются почти все офтальмологические хирургические вмешательства, которые относятся к сфере высокотехнологической медицинской помощи.

— На конгрессе «Белые ночи» целый ряд докладов был посвящён пересадкам роговицы. В Вашем отделении подобные операции тоже проводятся?

— Да, мы занимаемся пересадками роговицы... В этой сфере

сложилось, можно сказать, парадоксальная ситуация. С одной стороны, технологии операций постоянно совершенствуются, они становятся менее травматичными. Проводится послуюная пересадка роговицы. Используются фемтолазеры.

Но, с другой стороны, доступ к донорскому материалу был и остаётся неоправданно сложным. Это не может не огорчать! Здесь слишком много бюрократических препон, избыточного регулирования, нерешённых юридических вопросов.

— Какое мнение у Вас сложилось о конгрессе «Белые ночи»? Есть ли у этого форума своё лицо, своя специфика?

— Форум очень интересный и многоплановый. Он охватывает практически все проблемы современной офтальмологии: и фундаментальные, и прикладные.

— Что Вы думаете об организации офтальмологической помощи в России на современном этапе? Какими успехами мы можем гордиться? Какие проблемы являются на сегодняшний день наиболее актуальными?

— Я больше люблю говорить не об успехах, а о проблемах, о нерешенных задачах. Д.м.н., профессор В.В. Нероев упомянул в своем докладе, что на сегодняшний день 40% операций в связи с катарактой проводятся в России в круглосуточных стационарах. Это недопустимо высокая цифра! Значит, стационарзамещающие технологии ещё недостаточно развиты.

— А почему это происходит?

— Думается, что корень проблемы в том, что система обязательного медицинского страхования (ОМС), мягко говоря, недостаточно поддерживает стационарзамещающие технологии. Давайте разбираться с тарифами ОМС! Клиника гораздо выгоднее проводить операции именно стационарно, а не амбулаторно.

С добровольным медицинским страхованием (ДМС) дела обстоят по-другому. Здесь тарифы более соразмерные. Но на системе ДМС не мог не отразиться экономический кризис. Платежеспособный спрос населения упал. Частных клиентов у клиник тоже стало меньше. Всё-таки «становой хребет» российского здравоохранения — это система ОМС. Важно, чтобы эта система способствовала эффективной организации медицинской помощи, а не оплачивала «содержание коек».

Существует ещё целый ряд проблем во взаимоотношениях с ОМС. К сожалению, нередко на клиники накладываются необоснованные штрафы, связанные с мелкими ошибками в заполнении историй болезни или других документов... Я не хочу сказать, что оформление

документации — дело второстепенное. В медицине мелочей не бывает! Но всё-таки, думается, что главным критерием в оценке работы врача должны быть результаты лечения.

Хотелось бы, чтобы в системе ОМС работало больше профессионалов, поддерживающих и продвигающих передовые технологии в медицине. Медики и страховщики зависят друг от друга. Мы — одна команда. И должны работать слаженно в интересах наших пациентов.

Чёткое взаимодействие с ОМС — эта гарантия поступательного развития медицинских учреждений.

— Один из любимых журналистских вопросов: о планах на будущее. Какие идеи, какие

проекты Вы обсуждаете с руководством клиники и с сотрудниками Вашего отделения?

— Мне бы хотелось, чтобы наше отделение в ближайшем будущем стало развивать окуллопластическую хирургию (хирургию придатков глаза). Руководство и сотрудники эту идею поддерживают. Но необходимо принять ещё ряд организационных решений, чтобы идея была реализована.

Сейчас у меня два аспиранта подготовили к защите диссертацию по рефракционной хирургии. Пока не буду называть их имён, ни темы научных работ, так как защита ещё не состоялась... А когда защита состоится — появятся новые аспиранты. Эта работа доставляет мне большое удовольствие — и она будет продолжаться.

— Давайте в завершение нашей беседы поговорим о планах на лето. Когда у Вас намечается отпуск? Как Вы любите отдыхать?

— Люблю познавательные поездки. Люблю страны с умеренным климатом. В жаркие страны летом стараюсь не ездить. В этом году у меня намечается автомобильная поездка по Скандинавии. Перед этим хочу несколько дней провести в Санкт-Петербурге, потом заехать в красивый средневековый город Выборг, а потом — Хельсинки, Стокгольм и другие города Финляндии и Швеции...

Также во время отпуска хочу завершить работу над своей новой книгой о хирургии катаракты.



— Олег Иванович, чем, на Ваш взгляд, конгресс «Белые ночи» отличается от аналогичных отечественных форумов?

— Я достаточно давно участвую в работе конгресса. Среди офтальмологических конференций, которые проходят в России, «Белые ночи» — самый грандиозный конгресс, в первую очередь, по количеству участников. Другая особенность состоит в том, что он очень неоднородный по составу слушателей: здесь можно встретить маститого ученого, обладающего всеми возможными регалиями, и начинающего офтальмолога, и в этом я вижу большой «плюс».

«Белые ночи» с самого начала была заявлена как образовательная конференция и до сегодняшнего дня продолжает выполнять свою просветительскую функцию: примерно 2/3 участников — это начинающие врачи и 1/3 — люди с опытом. Под образовательную составляющую формируется программа, которая охватывает практически все направления офтальмологии. Преобладание зарубежных спикеров свидетельствует о престиже конгресса, т.к. уговорить европейского или американского ученого или именитого приехавшего в Россию не всегда бывает легко. Большая часть выступлений (прежде всего это относится к иностранным коллегам) построена по типу лекций, что повышало интерес слушателей к обсуждаемым темам. Нельзя не отметить прекрасную подготовку мероприятия, команда организаторов во главе с профессором Ю.С. Астаховым всегда работает четко и слаженно.

Хороший врач — это не только человек, обладающий определённым набором знаний и навыков. Большое значение имеет умение мыслить, умение анализировать полученную информацию, делать выводы из возникающих неожиданных ситуаций. Наша цель состоит в том, чтобы помочь каждому врачу повысить свой профессиональный уровень, открыть новые горизонты в своей профессии.

Конечно же, огромную роль для врачей всей специальности, в том числе офтальмологов, играет междисциплинарное взаимодействие. Наш институт также по мере сил ему способствует.

— Как правило, врачи, в том числе и офтальмологи, неплохо подготовлены по своей клинической специальности. Но им часто не хватает фундаментальных знаний в таких областях, как патофизиология, генетика, биохимия, фармакология и т.д. Для того чтобы врач сегодня мог грамотно работать с пациентами, он должен разбираться во всех этих дисциплинах.

Надеюсь, что мы не будем давать повод нашим пациентам вспоминать Вольтера, который написал в письме к Екатерине II: «Врачи — это те, кто прописывают лекарства, о которых мало знают, от болезней, о которых знают еще меньше, людям, о которых не знают совсем ничего».

Олег Иванович Лебедев, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии, декан лечебного факультета Омского государственного медицинского университета:

«Белые ночи» — грандиозный образовательный форум

Конечно, мы не ограничиваемся только глаукомой, другое направление, которое активно развивается на кафедре — воспалительные заболевания переднего отрезка глаза, этой проблемой углубленно занимается доцент, к.м.н. А.В. Суров.

— В последнее время отечественные глаукоматологи указывают на катастрофическое снижение процента антиглаукомных операций. Наблюдается подобное явление в Омской области?

— Впервые об этой проблеме примерно 5 лет тому назад заговорил профессор А.В. Золотарев из Самары. В одном из своих докладов он показал «ужасающую» картину, когда в связи с включением в программу ОМС препарата касалант в Самарской области едва ли не в 3 раза упало количество антиглаукомных операций. Что лучше, оперировать или лечить каплями? И тот, и другой методы имеют своих приверженцев и противников. Есть чрезвычайно интересная работа профессора В.Н. Алексеева (Санкт-Петербург), где он описывает проведенные сотрудниками кафедры исследования больных глаукомой. Пациенты (около 300 человек) были разделены на 3 группы: больные, принимавшие медикаментозное лечение; группа, в которой было проведено лазерное лечение; и третья группа, состоящая из пациентов, прооперированных традиционными хирургическими методами. Наблюдения продолжались в течение трех лет, и выяснилось, что лучшие результаты по ВГД, остроте зрения и суммарному полю зрения были получены у больных, лечившихся консервативным методом. С другой стороны, мы знаем имена офтальмологов, придерживающихся противоположной позиции. С.Н. Федоров, например, ратовал за то, чтобы пациенты оперировали сразу после постановки диагноза, не назначая медикаментозного лечения. Конечно, это — крайние точки зрения, истина находится, как всегда, где-то посередине.

Что касается Омской области, я не могу сказать, что у нас резко упало количество операций. По статистике последних лет, в нашей клинике, Омской офтальмологической клинической больнице им. В.П. Выходцева (190 коек), в год выполняется около 10 000 операций в целом, из них 3-4 тыс. операций — по поводу катаракты и 800-1000 антиглаукомных вмешательств. Эта цифра достаточно стабильна на протяжении многих лет. У офтальмологов на этот счет разные позиции, однако некоторые врачи «тянут» с операцией до последнего, пытаются перепробовать все возможные лекарства. Моя точка зрения заключается в том, что если нет «откалка» на 2-3 препарата, не стоит перебирать всю гамму антиглаукомных препаратов, и если нет общих соматических противопоказаний, больного необходимо оперировать. Другое дело, каким методом? Непроницающая или проникающая физиализирующая хирургия — этот вопрос до сих пор дискутируется. Лично я на 1-2 стадиях начинал бы с НГСЭ — операция с минимальным количеством интраоперационных и послеоперационных осложнений — и не увлеклась бы микроНГСЭ. Методика микроНГСЭ позволяет проводить вмешательства несколько раз, но насколько это оправданно экономически, морально по отношению к больному — пока большой вопрос, так

можно рассматривать как первоначальный этап комплексного лечения глаукомы. Если можно снизить давление каплями, удалить прозрачный хрусталик я бы ни за что не стал. Я уважаю Андрея Владимировича Золотарева (он защищает эту идею), но сам придерживаюсь иной позиции. При катаракте — другое дело.

— Вы удовлетворены оснащением клиник области современным оборудованием?

— Нет, не удовлетворен. Конечно, у нас есть современное диагностическое оборудование — НКТ, OCT, аппаратура, позволяющая на современном уровне выполнять сложные вмешательства. Мой аспирант, к.м.н. Андрей Евгеньевич Яворский, очень талантливый молодой человек, вплотную занимается витрорецинальным направлением. Но хотелось бы иметь больше аппаратуры для научных исследований, улучшить рефракционную хирургию. В лечении аномалий рефракции мы используем метод

кроссликинга роговичного коллагена, применяем кольцо Дастера. Профессор Дастер (Австрия) приезжал в Омск, проводил показательные операции, и один наш доктор уже освоил методику и с успехом ее применяет. Мы делаем сквозную пересадку роговицы (у нас есть лицензия также на транспортировку и забор материи), лазерную кератоэктасию — это современная малотравматичная методика. Иными словами, клиника неплохо работает, но всегда хочется большего.

— Жители Омской области могут получить любой вид лечения, не выезжая за пределы области?

— К сожалению, нет. Мы не можем оказать помощь больным с офтальмоонкологией, и я считаю, что большим минусом в нашей организаторской работе является отсутствие офтальмоонколога. Однако я очень рассчитываю, что в скором времени этот вопрос будет решен положительно.

— Спасибо, что согласились ответить на наши вопросы, и я желаю Вам удачи!



Александр Леонидович Онищенко, д.м.н., профессор кафедры офтальмологии

и проректор по научной работе ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения РФ:

Конгресс представляет весь спектр современной офтальмологии

Речь шла о лечении таких заболеваний, как диабетический макулярный отёк, возрастная макулодистрофия (ВМД) и т.д. Автор отметил, что такие препараты, как ранибизумаб и афлиберцепт, существенно улучшают качество жизни пациентов при ВМД и диабетической ретинопатии. Эффективность и безопасность интравитреальных инъекций зависит от размера молекулярных веществ и других параметров. Набор и анализ клинических наблюдений продолжается...

Мы тоже имеем опыт работы с анти-VEGF препаратами. На наш взгляд, сегодня выбор препарата этой группы не очевиден, учитывая, что препараты, применяемые off label, значительно доступнее нашим пациентам. А с другой стороны, более дорогостоящие конъюрирующие препараты могут также приводить и к географической атрофии и даже серьезным соматическим осложнениям.

— Какие доклады Вам больше всего запомнились?

— С ярким докладом «Меланомы хориоидеи. Обоснованы ли лучшие методы лечения?» выступила академик РАН, д.м.н., профессор А.Ф. Бровкина. В докладе речь шла о современных возможностях органосохраняющих технологий в офтальмоонкологии. И вместе с тем обозначены их границы. Алевтина Федоровна четко обозначила те ситуации, когда органосохраняющие технологии становятся неэффективными, имеется высокий риск метастазирования и необходима энуклеация.

— Мне думается, что перспективой улучшения зрительных функций у пациентов с ВМД или диабетическим макулярным отёком можно только приветствовать. Каждый «зрачный день» — это подарок для пациента, существенное улучшение его качества жизни.

— Я с Вами согласен. И доклад профессора М.М. Шишкина подтверждает этот тезис. Но существуют завышенные ожидания пациентов. Здесь нельзя не учитывать и экономический фактор. Анти-VEGF препараты — дорогостоящие. И это тоже способствует завышенным ожиданиям. Пациенты думают, что за «такие деньги» они могут рассчитывать на однозначно положительный и долговременный эффект лечения.

— Хотелось бы поближе познакомиться с Вашим учебным заведением.

— В настоящее время в системе Министерства здравоохранения России работают пять самостоятельных учебных заведений, занимающихся повышением квали-

фикации врачей. Они расположены в Москве, Казани, Иркутске, Пензе и у нас в Новокузнецке. Наш Институт усовершенствования врачей был основан в 1927 году в Томске. Это был третий по счету институт усовершенствования врачей после Петербургского (1885 г.) и Казанского (1920 г.). Центральный институт усовершенствования врачей в Москве был открыт только в 1930 году.

С 1935 года по 1951 год он располагался в Новосибирске. На базе нашего вуза был организован Новосибирский медицинский институт, часть профессорско-преподавательского состава перешла в мединститут, сформировал кадровое «ядро». В связи с бурным экономическим развитием Кузбасса технологическими требованиями подготовки квалифицированных медицинских кадров решением Правительства СССР институт в 1951 году переведен в г. Сталинск (ныне г. Новокузнецк) — один из крупнейших промышленных центров Сибири.

В настоящее время в институте работают более 500 человек профессорско-преподавательского состава. Научная острепленность сотрудников составляет 38%. На 36 кафедрах института ежегодно обучается около шести тысяч врачей различных специальностей на курсах повышения квалификации. Кроме того, ежегодно в институте обучаются более 300 интернов, ординаторов и аспирантов. В декабре 2015 года наш институт успешно прошел аккредитацию.

— Какие научные исследования выполняются на кафедре офтальмологии института?

— Наша кафедра в институте всегда была одной из ведущих. Исторически на кафедре были сильные и авторитетные в научных кругах руководители — профессор А.А. Колен, который впоследствии стал директором института им. Гельмгольца. Профессор О.И. Шершевская известна несколькими поколениями российских офтальмологов по классическим работам в области сосудистой патологии

органа зрения. Ее дочь — профессор С.Ф. Шершевская — автор известной монографии по дистрофическим и воспалительным заболеваниям сетчатой и сосудистой оболочек. Ее ученик — профессор А.И. Еременко — выполнил классическое исследование по сосудистым заболеваниям зрительного нерва. Последние годы Александр Иванович работал на Кубани. Сожалению, он рано ушел из жизни...

Несколько лет кафедрой руководил известный в стране профессор Г.Л. Старков, автор монографий «Патология стекловидного тела», «Ферментотерапия в офтальмологии» и соавтор руководства «Терапевтическая офтальмология».

В течение трех десятилетий профессор А.В. Колбаско выполняет фундаментальное исследование в области популяционной офтальмологии, в котором изучается влияние этнических, природно-климатических и других факторов на уровни и структуру офтальмопатологии у коренного и пришлого населения Сибири. Профессор А.В. Колбаско в течение 10 лет возглавляет наш институт.

С 1988 года нашей кафедрой руководит профессор В.И. Савиных, известный своими трудами по реабилитации пациентов с миопической болезнью.

— Что Вы думаете о современной российской системе повышения квалификации врачей?

— Я уверен в том, что последнее образование врачей — это важнейший фактор, гарантирующий оказание медицинской помощи на высоком уровне. Скажем, дистанционное обучение никогда не сможет полноценно заменить посещение курсов повышения квалификации в нашем вузе и других учебных заведениях. Вероятно, это допустимо при обучении организаторов здравоохранения или обучении по вопросам экспертизы. Но не по клиническим специальностям...

У нас курсанты под руководством опытных преподавателей обучаются у постели больного. Клинические разборы очень важны

не только для начинающих врачей. Мы не только помогаем осваивать новые методы диагностики и лечения, но и способствуем формированию аналитического мышления у наших коллег. Медицинское образование немаловажно без живого общения коллег, без обмена опытом, без жарких дискуссий! Всё это и многое другое присутствует в нашем институте.

Хороший врач — это не только человек, обладающий определённым набором знаний и навыков. Большое значение имеет умение мыслить, умение анализировать полученную информацию, делать выводы из возникающих неожиданных ситуаций. Наша цель состоит в том, чтобы помочь каждому врачу повысить свой профессиональный уровень, открыть новые горизонты в своей профессии.

Конечно же, огромную роль для врачей всей специальности, в том числе офтальмологов, играет междисциплинарное взаимодействие. Наш институт также по мере сил ему способствует.

— Олег Иванович, позвольте из Питера перенестись в Омск. Расскажите, пожалуйста, об основных научных направлениях работы Вашей кафедры.

— Начиная с 1972 года, мы фактически занимаемся одной проблемой — глаукомой. В 1972-м, окончив докторантуру, в Омск из Казани приехал профессор Герман Андреевич Киселев, успешно защитивший докторскую диссертацию по глаукоме под руководством Аркадия Павловича Нестерова. К слову, кандидатскую диссертацию он защищал, будучи первым аспирантом Михаила Михайловича Краснова, и также по глаукоме. Именно в те годы в главном направлении в научной работе кафедры стала глаукома. Под руководством профессора Г.А. Киселева было выполнено 10 кандидатских и 2 докторские диссертации по этой тематике. Затем кафедрой заведовал профессор Николай Владимирович Косых, под его руководством была защищена одна диссертация, т.к. он одновременно ушел из жизни. Сейчас заведует кафедрой я, и все 9 кандидатских диссертаций, подготовленных под моим руководством, также посвящены этому заболеванию. В свое время профессором Н.В. Косых был предложен оригинальный метод клинического исследования увеосклерального пути оттока; мы его усовершенствовали, и несколько аспирантов успешно защитили диссертации по этой теме.

— Александр Леонидович, в чём, по Вашему мнению, значение конгресса «Белые ночи» для российского офтальмологического сообщества?

— На конгрессе были представлены основные проблемы современной офтальмологии и их решения: вопросы рефракционной хирургии, хирургии хрусталика, травмы глаза, глаукомы, диабетической ретинопатии, офтальмопедиатрии, офтальмоонкологии и др. Каждый участник мероприятия мог посетить многочисленные пленарные заседания и спутниковые симпозиумы, которые интересны лично для него. В этой универсальности и состоит значение «Белых ночей». Нельзя не отметить и большую продолжительность конгресса, который работал в течение пяти дней, полной рабочей недели!

— Какие доклады Вам больше всего запомнились?

— С ярким докладом «Меланомы хориоидеи. Обоснованы ли лучшие методы лечения?» выступила академик РАН, д.м.н., профессор А.Ф. Бровкина. В докладе речь шла о современных возможностях органосохраняющих технологий в офтальмоонкологии. И вместе с тем обозначены их границы. Алевтина Федоровна четко обозначила те ситуации, когда органосохраняющие технологии становятся неэффективными, имеется высокий риск метастазирования и необходима энуклеация.

— Мне думается, что перспективой улучшения зрительных функций у пациентов с ВМД или диабетическим макулярным отёком можно только приветствовать. Каждый «зрачный день» — это подарок для пациента, существенное улучшение его качества жизни.

— Я с Вами согласен. И доклад профессора М.М. Шишкина подтверждает этот тезис. Но существуют завышенные ожидания пациентов. Здесь нельзя не учитывать и экономический фактор. Анти-VEGF препараты — дорогостоящие. И это тоже способствует завышенным ожиданиям. Пациенты думают, что за «такие деньги» они могут рассчитывать на однозначно положительный и долговременный эффект лечения.

— Хотелось бы поближе познакомиться с Вашим учебным заведением.

— В настоящее время в системе Министерства здравоохранения России работают пять самостоятельных учебных заведений, занимающихся повышением квали-

URSA PHARM Arzneimittel GmbH Ваш эксперт в решении проблем «сухого глаза» Уже более 10 лет инновационные продукты для увлажнения глаз		HYLO® ЗАБОТА О ГЛАЗАХ	
Постоянное использование			
XIALO-KOMOD® 0,1% гиалуроновая кислота		При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза»; до и после хирургического лечения. Лидер продаж в Германии* и России** Препарат года с 2007 по 2013 в Германии***	
XIALOMAX-KOMOD® 0,2% гиалуроновая кислота		Долгительное интенсивное увлажнение Высокая концентрация и высокая вязкость При тяжелых формах синдрома «сухого глаза»	
Бережный уход и восстановление			
XIALOZAR-KOMOD® 0,1% гиалуроновая кислота + декспантенол		Увлажнение глаз и заживление повреждений Дневной уход. Вместо мазей в течение дня При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», способствует заживлению повреждений глазной поверхности	
XIALOPARIN-KOMOD® 0,1% гиалуроновая кислота + гепарин		Увлажнение и восстановление Уход при раздражении роговицы и конъюнктивы При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», включая хроническое воспаление роговицы	
Защита в ночное время			
VITA-POS® Витамин А		Защита ваших глаз в ночное время. Улучшает свойства слезной пленки Ночной уход при всех формах синдрома «сухого глаза»	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ URSA PHARM Арцнайmittel GmbH 107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Тел./факс: (495) 684-34-43 E-mail: ursapharm@ursapharm.ru www.ursapharm.ru			
<small>* ИССЛ. ХЭЛС (Май 2012) ** Среди продуктов гиалуроновой кислоты MS Health Russia (2013) *** Результаты исследования Федеральной ассоциации Фармацевтов Германии (BVAO) </small>			



Станислав Станиславович Ильенков, к.м.н., главный врач КБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница им. профессора П.Г. Макарова», главный офтальмолог Красноярского края:

Модернизация здравоохранения — это не разовая акция, а непрерывный процесс

— Станислав Станиславович, с какими мыслями Вы уезжаете в родной Красноярск после завершения форума «Белые ночи»?

— Конгресс полностью оправдал мои ожидания. Многие доклады были не просто интересными, а имели большое практическое значение. В Санкт-Петербурге присутствовал не только я, но и несколько других сотрудников нашей организации. После некоторых докладов мы собирались и делились впечатлениями, размышляли о том, что можно и нужно использовать в клинической работе.

Так было, например, после доклада д.м.н., профессора Б.Э. Малюгина «Особенности хирургии катаракты у пациентов с патологией роговицы». Так было после двух докладов профессора из Германии N. Pfeiffer «Лечение глаукомы: каковы новые направления?» и «Трабекулэктомия: является ли она по-прежнему «золотым стандартом» в хирургии глаукомы?»

Много было интересных спутных симпозиумов. Например, мне особенно запомнился симпозиум «Заболевания глазной поверхности. Взгляд со всех сторон». Речь шла о синдроме «сухого глаза», о консервативном лечении глаукомы, об использовании целого ряда новых препаратов... И это был действительно «взгляд со всех сторон», как и обещало название симпозиума.

— В рамках форума «Белые ночи» ежегодно проводится заседание профильной комиссии

Минздрава по офтальмологии, в которой принимают участие все главные офтальмологи регионов РФ. О чём шла речь в этом году?

— На заседании профильной комиссии затрагивались самые разные вопросы организации офтальмологической помощи. В частности, обсуждались «офтальмологические паспорта регионов», обобщающие весь спектр статистических данных по нашей области здравоохранения.

— Не могли бы Вы представить Вашу клинику?

— В «Красноярской краевой офтальмологической клинической больнице им. профессора П.Г. Макарова» работают около 400 сотрудников. Из 84 врачей-офтальмологов 22 являются кандидатами медицинских наук. У нас действуют два отделения по 64 койки, то есть всего 128 коек. Также имеется отдельное отделение на 35 коек. В дневном стационаре 100 коек.

В течение года мы проводим более 12 000 операций, включая лазерные, из них 6500 операций — по поводу катаракты, 1000 операций — по поводу глаукомы, свыше 600 операций — по поводу патологии бинокулярного зрения и миопии у детей, до 500 витреоретинальных операций. В среднем каждый офтальмохирург в год проводит 360 операций. Это вполне достойные цифры хирургической активности!

Хирургическая активность взрослого стационара составляет 93%, детского стационара — 75%.

— Коечный фонд у Вас сокращается?

— За десять лет он сократился в полтора раза. Но я бы сказал, что это естественный процесс. Никто на нас давления не оказывал. Внедряются новые технологии — коечный фонд сокращается. Например, в настоящее время 70% операций в связи с катарактой у нас выполняются в условиях дневного стационара. За рубежом этот показатель ещё выше... Поэтому потребность в койках постепенно снижается. Но сейчас никаких массовых сокращений мы не планируем.

— Вы возглавляете краевую больницу с 1992 года. Как она менялась за эти четверть века?

— В больнице я работаю с 1987 года. Это моё первое и единственное место работы после окончания Красноярского медицинского института. Конечно, разрушение Советского Союза не могло не сказаться на нашем медицинском учреждении.

Десятилетие годы были самыми трудными. Но одновременно происходили яркие, знаменательные события... В начале девяностых годов по межгосударственным контрактам наши офтальмохирурги стали работать в Китае. Эта работа была важна и для отдельных сотрудников, и для всей клиники.

Именно с девяностых годов началась активная научная деятельность сотрудников клиники. Целый ряд наших коллег с 1996 года по 2000 год защитили кандидатские

диссертации. С 1998 года началось внедрение современных методик фактоэмulsionификации. С конца девяностых годов к нам стала приходиться новая техника, началось техническое перевооружение.

Среди важных событий последних лет — поступление оптического когерентного томографа, аппарата HRT (для диагностики глаукомы).

— Расскажите, пожалуйста, об особенностях организации офтальмологической помощи в Красноярском крае.

— Это огромный регион, второй по площади в России после Якутии. Его территория составляет 2 366 797 км². Уровень централизации в организации медицинской помощи ещё недопустимо высок. Часто людям приходится приезжать за сотни километров в Красноярск, чтобы получить необходимую медицинскую помощь.

Скажем, расстояние от Красноярска до Норильска составляет полторы тысячи километров. Автомобильной дороги из Красноярска в Норильск нет. Добраться можно только по воздуху или по воде (в летнее время). И к нам довольно много пациентов из Норильска приезжает. Конечно, было бы целесообразнее, чтобы необходимую помощь люди получали на месте.

— Процесс децентрализации постепенно происходит?

— Работа в этом направлении идёт. Например, в нашей больнице

уже в течение нескольких лет действует кабинет диабетической ретинопатии, где находится лазерная офтальмологическая установка и соответствующее диагностическое оборудование. В прошлом году такие же кабинеты были открыты в крупных городах края Ачинске и Минусинске, в этом году — в Канске.

— Наше интервью проходит в последний день весны... Есть ли у Вас отпусковые планы? Как Вы предполагаете отдохнуть этим летом?

— Думаю, что это лето будет для меня рабочим. Я член партии «Единая Россия». У нас сейчас проходит активная фаза предвыборной кампании. Выборы в Государственную Думу РФ и Законодательное собрание Красноярского края состоятся 18 сентября 2016 года.

Я не являюсь ни кандидатом в депутаты, ни членом руководящих партийных органов, но хотел бы помочь своим товарищам. Потому лето будет проходить в предвыборных баталиях.

Думаю, что медики должны быть представлены и в федеральном парламенте, и в региональных органах законодательной власти. Модернизация здравоохранения — это не разовая акция, а непрерывный процесс. И чтобы осуществлять эту модернизацию, чтобы осуществлять действенный и грамотный парламентский контроль, нужны профессионалы.



— Салаутдин Джалалович, какие впечатления остались у Вас от пяти дней работы форума?

— Главное впечатление: современные технологии находят применение в провинциальных клиниках, технический прогресс в офтальмологии не ограничивается столицами и городами-миллионниками. В провинциальных медицинских учреждениях, областных и районных центрах тоже проходит процесс модернизации, внедрения новых технологий, освоения новых методов консервативного и хирургического лечения.

Возможно, я поделюсь своим субъективным взглядом, но ещё десять лет назад на конгрессе «Белые ночи» провинциалы воспринимали представителей крупных столичных клиник как «посланцев с другой планеты»... На сегодняшний день техническое оснащение медицинских учреждений вполне можно сравнивать.

Таким образом, этот форум приобрёл ещё большую практическую направленность. У врачей

Салаутдин Джалалович Гаджиев, директор клиники микрохирургии глаза Ставропольского государственного медицинского университета:

Современные технологии находят применение в провинциальных клиниках

из регионов есть возможность использовать тот опыт, те ноу-хау, с которыми они познакомлены в Санкт-Петербурге.

— Расскажите, пожалуйста, о докладах, которые вызвали у Вас наибольший интерес?

— Д.м.н., профессор С.Ю. Астахов выступил с докладом «Современные возможности реконструкции переднего отрезка глаза». Речь шла об операциях, когда происходит одномоментная пересадка роговицы, удаление хрусталика и имплантация иридохрусталикового блока.

В докладе д.м.н., профессора Б.Э. Малюгина «Особенности хирургии катаракты у пациентов с патологией роговицы» я обратил внимание на хорошие показатели, несомненные успехи, которые были достигнуты в последние годы в этой сфере.

Доклад британского профессора G. Lelli «Важные аспекты лечения травм век» поведал о том, как избежать типичных осложнений при

лечении нижнего века. Большой проблемой являются вывороты и завороты нижнего века. Но этих осложнений можно избежать, если при проведении операции правильно сформировать лоскуты.

Д.м.н., профессор С.В. Саакян в докладе «Ретинобластома. Современные протоколы лечения» рассказала о внедрении органосохраняющих технологий. Таким образом, количество энуклеаций органа зрения постепенно сокращается. Это не может не радовать! Д.м.н., профессор М.М. Шишкин представил интересный доклад «Новые данные по антиангиогенной терапии: успехи и разочарования». Был дан подробный, объективный анализ эффективности и особенностей применения различных лекарственных средств, которые используются при диабетическом макулярном отёке.

— Салаутдин Джалалович, как давно Вы являетесь директором?

— Уже в течение трёх лет мне доверено быть директором этого

медицинского учреждения. До этого я был заведующим глазным отделением городской больницы и главным офтальмологом города Ставрополя.

— Представьте, пожалуйста, Вашу клинику.

— Клиника была создана в 1994 году на базе кафедры глазных болезней Ставропольского государственного медицинского университета. Инициатива по её созданию принадлежала тогдашнему руководителю кафедры, д.м.н., профессору Льву Павловичу Чередиенченко. Думаю, что создание клиники существенно улучшило качество офтальмологической помощи в Ставропольском крае. Есть у нас пациенты из соседних регионов и даже из зарубежных стран.

Зарубежные пациенты — это, в основном, граждане Греции, наши бывшие соотечественники, которые переехали в эту страну из Ставропольского края. Здесь у них остались родственники, друзья... Они сами оплачивают своё

лечение. И это обходится им дешевле, чем в странах Европейского Союза. При высоком качестве оказания медицинских услуг!

У нас работают 42 сотрудника, включая технических и вспомогательных. Приём пациентов проводит 11 врачей-офтальмологов, имеется 20 коек. Мы проводим более двух тысяч операций в год: в связи с катарактой, в связи с глаукомой, витреоретинальные, лазерные, косметические...

— Отпусковые планы у Вас уже созрели?

— Я редко совершаю дальние поездки. В основном отдыхаю на юге России. Родственники живут в Дагестане, в Дербенте. В этом году хочу съездить туда. В Дербенте и его окрестностях прекрасные пляжи на Каспийском море.

Ещё я очень люблю горные курорты, район Эльбруса, Домбая... Когда есть возможность подышать горным воздухом, полюбиться на горные вершины — это для меня лучший отдых!

Татьяна Алексеевна Уварова, врач-офтальмолог поликлиники № 95 (г. Санкт-Петербург):

Далеко не все мои коллеги могли присутствовать на конгрессе



— Татьяна Алексеевна, просят ли врачи-офтальмологи первичного звена интерес к конгрессу «Белые ночи»?

— Интерес очень большой. Но, к сожалению, далеко не все мои коллеги могли присутствовать на конгрессе. Мне тоже пришлось из-за рабочего графика пропустить большинство докладов... Эта ситуация связана с тем, что руководители медицинских учреждений не смогли или не захотели создать условия для участия в форуме своих специалистов. Врачей просто не отпустили с работы! Хотелось бы, чтобы в следующем году ситуация изменилась.

Вообще, мне думается, что в медицинских учреждениях необходимо уделять больше внимания повышению квалификации сотрудников.

— Какие доклады Вас особенно заинтересовали?

— Мне были интересны все доклады, связанные с офтальмохирургией, с которой врачи первичного звена обычно знакомы слабо. Конечно, мы сами не делаем операций. Но мы направляем на операции своих пациентов, поэтому должны разбираться и в новых методиках работы офтальмохирургов, и во всех возможных осложнениях...

Также мне были интересны доклады, посвящённые глаукоме и новым комбинированным препаратам. Этим препаратам, несомненно, принадлежит будущее, так как они более удобны для пациентов, у них удобный график приёма.

— Расскажите, пожалуйста, об особенностях и специфике своей работы.

— Врачом-офтальмологом я работаю с 1982 года, после окончания Ташкентского медицинского института. С 1988 года по 2002 год жила в Таджикистане, в городе Чкаловске Согдийской (бывшей Ленинабадской) области. В марте 2016 года этот город утратил своё советское название и был переименован в Бустон.

В 2002 году переехала в Россию, в город Балашов Саратовской области, а в 2012 году стала петербурженкой. И в Узбекистане, и в Таджикистане, и в Саратовской области я работала в районных поликлиниках. Но уровень оснащения в питерском учреждении — наилучший. Саратовской области и Таджикистану нужно стремиться вперёд!

У меня в поликлинике имеется прекрасно оборудованное рабочее

место офтальмолога. Имеются и отдельные авторефрактометры, и современные щелевые лампы, и аппараты для определения внутриглазного давления.

— Ваш рассказ звучит очень оптимистично...

— С оборудованием у нас действительно нет проблем. Но у одного пациента отводится всего 12 минут. За смену врач должен принять 26 пациентов. А ведь речь идёт, в основном, о пожилых людях! Некоторые мои пациенты старше восьмидесяти лет и даже старше девяноста лет... Им трудно переспрашивать. Некоторые пациенты находятся в очень подавленном или, наоборот, излишне возбуждённом состоянии. Например, сам по себе диагноз «глаукома» вызывает страх, так как он ассоциируется у людей со слепотой, беспомощностью...

Врач-офтальмолог должен не только провести диагностику и назначить лечение, но и объяснить пациенту суть диагноза. И всё это надо успеть за 12 минут!

Врач-офтальмолог должен не только провести диагностику и назначить лечение, но и объяснить пациенту суть диагноза. И всё это надо успеть за 12 минут!



Симона Валентиновна Симонова, заведующая организационно-методическим отделом по офтальмологии Департамента здравоохранения города Москвы:

Высокотехнологичная медицинская помощь пришла в муниципальное здравоохранение

в 46 амбулаторных центрах, подчинённых городскому Департаменту здравоохранения. В глазных отделениях наших девяти стационаров имеется в общей сложности 615 коек.

Главная новость и главное событие последнего времени: с 2015 года муниципальные учреждения здравоохранения города Москвы стали оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь в сфере офтальмологии. Раньше эти медицинские услуги

в основном москвичи получали в федеральных медицинских учреждениях, расположенных в столице. Мы и сейчас с ними активно взаимодействуем, но значительная часть офтальмохирургических вмешательств производится в учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения.

Конгресс «Белые ночи» мне очень понравился. Участвуя в нём регулярно. Нельзя не отметить высокий научный уровень докладов. Большое впечатление произвёл

доклад академика РАН, д.м.н., профессора А.Ф. Бровкиной «Меланома хориоидеи. Обоснованы ли лучевые методы лечения?» Также были и другие интересные докладчики.

Из спутных симпозиумов меня особенно заинтересовало мероприятие, проводившееся при поддержке фирмы «Байер»: «ВМД. Взгляд на лечение в начале XXI века». Там был представлен новый препарат «Элеа» (афлиберцент), сертифицированный

в нашей стране в марте этого года. Он является альтернативой лущентису.

— Этот препарат более эффективен, чем лущентис?

— Нельзя сказать, что он более эффективен. И по цене эти медикаменты сопоставимы. Но каждое лекарственное средство имеет свои особенности. И с этими особенностями врачи могли познакомиться на спутном симпозиуме.



Сергей Владимирович Янченко, д.м.н., доцент кафедры глазных болезней Кубанского государственного медицинского университета, врач офтальмологического отделения НИИ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского»:

Аншлаг длиной в 22 года

— Кто из лекторов произвел на Вас наибольшее впечатление?

— Самое сильное впечатление произвел на меня профессор из Германии Норберт Пфайфер, который выступил с лекцией о новых направлениях в лечении глаукомы. Глаукома, можно сказать, это — моя юношеская любовь. Мой учитель, профессор Александр Иванович Еременко, занимался имплантами из пористого никелида титана при данной патологии органа зрения. Поэтому большой интерес для меня представляли разделы лекции, посвященные стентированию шлеммова канала, супрациллиарного и субтенонного пространства. С удовлетворением узнал, что в ближайшее время в клинической практике будут применяться импланты для передней камеры и витреальной полости, содержащие простагландины. Большое впечатление на меня произвела также и вторая лекция, прочитанная профессором Пфайфером «Трабекулэктомия: является ли она по-прежнему аспектом и связи «диагностика — хирургия». Конгресс всегда отличался большим количеством зарубежных лекторов, но в этом году степень их участия просто поражает воображение. В связи с этим хочу поблагодарить переводчиков за их блестящую работу и выразить свое восхищение работоспособностью профессора Юрия Сергеевича Астахова. Конгресс проходит в 22-й раз с неизменным успехом, и в этом — его огромная заслуга.

— Регулярно я принимаю участие в конгрессе с 2011 года. С каждым годом, и это очевидно, становится все больше участников. Насколько я помню, в 2014 году их число превысило две тысячи человек, в этом году, уверен, будет еще больше. За последние годы, на мой взгляд, значительно расширилась тематика конгресса, больше внимания стало уделяться хирургическим аспектам и связи «диагностика — хирургия». Конгресс всегда отличался большим количеством зарубежных лекторов, но в этом году степень их участия просто поражает воображение. В связи с этим хочу поблагодарить переводчиков за их блестящую работу и выразить свое восхищение работоспособностью профессора Юрия Сергеевича Астахова. Конгресс проходит в 22-й раз с неизменным успехом, и в этом — его огромная заслуга.

— Сергей Владимирович, Вы представляете кубанскую офтальмологическую школу. Кто стоял у ее истоков?

— Это очень интересная история: я считаю, что существуют мистические связи Краснодара с Санкт-Петербургом. Приват-доцент Военно-медицинской академии Станислав Владимирович Очаповский, потрясенный событиями первой русской революции 1905 года, подал в отставку, покинул Санкт-Петербург и уехал на Юг России. В 1909 году ему поступило предложение возглавить офтальмологическую службу Кубанской области, что послужило мощным толчком к ее развитию. В 1920 году при активном участии С.В. Очаповского был образован Кубанский медицинский институт. Среди отцов-основателей Кубанского медицинского института и профессор Павел Петрович Авроров, основатель фармакологического направления, также бывший приват-доцент Военно-медицинской академии.

И в моей жизни Санкт-Петербург и Военно-медицинская академия сыграли немалую роль: здесь, в ВМА им. С.М. Кирова, я защитил кандидатскую и докторскую диссертации, проходил стажировку по витреоретинальной хирургии. Если говорить о сегодняшнем дне кубанской офтальмологической школы, кафедру глазных болезней Кубанского государственного медицинского университета возглавляет к.м.н., к.э.н., академик РАЕН Сергей Николаевич Сахнов, директор Краснодарского

филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова. На кафедре трудятся 15 сотрудников с Санкт-Петербургом. Приват-доцент клинической базы: клиника МНТК, открытая в 1987 году, и Научно-исследовательский институт «Краснодарская краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского», отметившая в этом году 200-летний юбилей. Главный офтальмолог края — д.м.н. Алексей Владиславович Малышев, доцент кафедры, руководитель офтальмологического отделения клинической больницы.

— В какой ипостаси Вы больше себя видите?

— Глаукома, как я уже сказал, это — первое юношеское увлечение, как практический врач занимаюсь витреоретинальной патологией, последние четыре года — рефракционной хирургией. Докторская диссертация посвящена глазной поверхности.

— Не могли бы Вы вспомнить своих учителей?

— Лучшим, что в нас есть, мы обязаны своим учителям. Хочу вспомнить профессора А.И. Еременко, который 21 год своей жизни отдал Кубани и внес огромный вклад в развитие кубанской офтальмологической школы. Сам Александр Иванович вспоминал сибирскую офтальмо-

логическую школу: династию Шершевских, профессора Г.Л. Старкова. Профессор А.И. Еременко, будучи заведующим нашей кафедры, развил сосудистое направление — мы с увлечением занимались внутриартериальными инфузиями, синокаротидными и периферическими блокадами, лимфотропной терапией и т.д. Широкий круг его интересов также включал глаукому, воспалительную патологию, травмы органа зрения и применение ферментов в офтальмологии.

Последние 10 лет своей научной работы А.И. Еременко посвятил глазной поверхности. Честно говоря, я не хотел заниматься этой проблематикой: мне казалось, что это направление фармакологическое ангажировано. Однако время показало, что профессор оказался прав: сегодня тема глазной поверхности — чрезвычайно актуальна. Хочу вспомнить также доцента Лиру Александровну Каленич, дай ей Бог здоровья, нашего бесменного руководителя студенческого кружка. Я пришел к ней в кружок на 2-м курсе, она сумела вселить в меня уверенность в моих силах, заинтересовать предметом настолько, что о выборе другой специальности я уже не мог думать.

— Я благодарю Вас, Сергей Владимирович!

— Я благодарю Вас, Сергей Владимирович!

Беседы вели Илья Бруштейн и Сергей Тумар. Фотографии Ильи Бруштейна и Сергея Тумара

Министерство здравоохранения Самарской области / Самарская областная клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского Самарский государственный медицинский университет / НИИ глазных болезней СамГМУ

«ВИДЕОРЕТИНА 3D» – 2016

Витреоретинальная мастерская

8-9 июля 2016 г., г. Самара

Уважаемые коллеги!

8-9 июля 2016 г. в Самаре состоится I витреоретинальная мастерская «ВИДЕОРЕТИНА 3D» - 2016, организованная Самарской областной клинической офтальмологической больницей им. Т.И. Ерошевского и НИИ ГБ СамГМУ при поддержке Министерства здравоохранения Самарской области.

Мастерская «ВИДЕОРЕТИНА 3D» — это новый формат обмена опытом, творческими находками и тактикой выполнения операций при патологии сетчатки посредством диалога аудитории с мастерами витреоретинальной хирургии.

Особенности Мастерской «ВИДЕОРЕТИНА 3D» — это сотрудничество и сотворчество с ведущими витреоретинальными хирургами России:

• «живая хирургия» в формате 3D

Мы предлагаем развитие и передачу опыта витреоретинальной хирургии посредством 3D-технологии. Каждый участник может ощутить всю глубину операции и погрузиться вместе с мастерами своего дела на глазное дно.

3D-технологии позволяют расширить объем восприятия зрителем в зале до уровня мастера-хирурга и стать участником процесса.

• дискуссионные интерактивные видеоклады

Мы не даем готовых ответов, наоборот, наша задача — ставить правильные вопросы и совместно искать оптимальные решения в нестандартных ситуациях.

В 2016 году на «ВИДЕОРЕТИНА 3D» мастер-класс проведут витреоретинальные хирурги: М.М. Шишкин, Г.Е. Столяренко, Я.В. Байбородов, Д.О. Шкворченко, В.Н. Казайкин, О.Е. Ильяхин, Д.В. Петрачков.

Дата проведения: 8 июля 2016 г.

Место проведения: конференц-зал ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», г. Самара, ул. Ново-Садовая, 158

Открытие Мастерской: 9.00

Регистрация участников: 8.30 – 9.00

Заявки на участие в мастерской принимаются до 1 июля 2016 г. on-line на сайте www.zrenie-samara.ru/conferences/videoretina_3d/ Количество мест ограничено.

Координатор организационного комитета: Гапонова Елена Васильевна e-mail: videoretina@gmail.com Сот.: 8-917-115-00-34

Мероприятие аккредитовано в системе непрерывного профессионального развития.

Подробная информация на сайте www.zrenie-samara.ru



Внутрикапсульная фиксация ИОЛ у пациентов с разрывом задней капсулы

Интервью доктора **Jonathan Kahn** (EyeWorld) с профессором **Б.Э. Малюгиным** в рамках XIV Бразильского конгресса катарактальной и рефракционной хирургии



< стр. 2

Jonathan Kahn (J. Kahn): Добрый день! Мы рады приветствовать в Бразильском конгрессе катарактальной и рефракционной хирургии доктора Бориса Малюгина из Москвы (Россия). Спасибо, что согласились прийти к нам в студию.

Б. Малюгин (Б.М.): С большим удовольствием!

J. Kahn: Я знаю, что Вы дожили крайне интересную и дискуссионную тему, а именно: какую хирургическую тактику избрать у пациента с катарактой при разрыве задней капсулы. А если точнее, какие существуют варианты имплантации ИОЛ в подобных случаях. Не могли бы Вы описать в целом Ваше видение этой проблемы?

Б.М.: Безусловно. В подобных ситуациях, насколько возможно, необходимо особое внимание уделить максимальному сохранению капсульной сумки хрусталика. При этом важное значение имеет то, на каком этапе операции произошел разрыв капсулы. Как правило (по крайней мере, в моей практике), это происходит на этапе ирригации-аспирации хрусталиковых масс. Причин тому может быть множество. Много внимания сейчас уделяется качеству полировки и обработки кончика и аспирационного отверстия ирригационно-аспирационного наконечника, в частности, предпочтение отдается использованию одноразовых пластиковых канюль. Следует отметить, что несмотря на наличие разрыва капсулы, у хирурга имеется реальная возможность избежать выпадения стекловидного тела и произвести имплантацию ИОЛ интракапсулярно.

J. Kahn: Почему нам так важно сохранить анатомию капсульного мешка и имплантировать ИОЛ интракапсулярно, вместо имплантации, скажем, в склеральную борозду или шовной фиксации линзы? Почему капсульный мешок нам так важен?

Б.М.: Он нам действительно важен, ведь он секвестрирует ИОЛ и служит защитой для окружающих

тканей глаза. Следует отметить, что капсула — это абсолютно ареактивная ткань, не имеющая нервных волокон и кровеносных сосудов. А это значит, что в данной ткани, в послеоперационном периоде, не будут развиваться процессы воспаления.

J. Kahn: Какова последовательность действий с того момента, когда вы увидели, скажем, маленький разрыв в центре задней капсулы на этапе ирригации-аспирации? Какие шаги следует предпринять, как нам стабилизировать ситуацию и впоследствии имплантировать ИОЛ в капсульный мешок?

Б.М.: Прежде всего, следует побороть естественно возникающее в этот момент желание немедленно вынуть из глаза ирригационную канюлю или факонкончик. Этого делать категорически нельзя, положение наконечника должно быть стабильным, следует поддерживать постоянный объем передней камеры путем ирригации (не активируя аспирацию!!!). Следует взять шприц с вискоэластиком (предпочтительнее дисперсивный) и инжестировать его в переднюю камеру через канюлю, введенную через боковой парацентез. Только после этого можно удалять из глаза наконечник факонкончика. Это позволяет в подавляющем большинстве случаев избежать дальнейшего распространения разрыва капсулы. Последнее, повторяю, возможно только при заполненной передней камере, т.е. в отсутствие коллапса глазного яблока.

J. Kahn: А после того, как мы стабилизировали переднюю камеру и, возможно, посредством тампонады, предотвратили выпадение стекловидного тела через разрыв, что нам делать с этим разрывом? Мы его оставляем как есть, или возможны какие-то дальнейшие манипуляции?

Б.М.: Практически всегда при наличии центрального разрыва в задней капсуле хирург может идентифицировать заостренный край образовавшегося отверстия. И если не «закрутить» этот край, выполнив задний круговой капсулорексис, то при дальнейших манипуляциях, включая имплантацию

ИОЛ, из данного места разрыв задней капсулы распространится к экватору. В такой ситуации крайне маловероятной представляется возможность сохранения капсульной сумки и имплантации внутри нее интраокулярной линзы.

J. Kahn: После этого, когда мы переходим к имплантации ИОЛ, какую модель ИОЛ лучше выбрать в подобной ситуации?

Б.М.: Во-первых, если вы работаете по методике имплантации, так называемой «wound-assisted», я бы рекомендовал расширить хирургический доступ. Данная техника подразумевает оказание компрессии на операционную рану, что в нашем случае крайне нежелательно. Во-вторых, вовсе не обязательно сразу направлять инжеструемую ИОЛ непосредственно в капсульный мешок.

Это крайне важно, поскольку имплантация непосредственно в капсульный мешок может привести к попаданию гаптики в разрыв и увеличению разрыва. Я предпочитаю имплантировать ИОЛ в переднюю камеру, поверх радужки. После этого следует произвести повторную репозицию гаптических элементов и оптики в капсульный мешок. Что касается модели ИОЛ, то выбор — между моноблочной и трехчастной. При имплантации трехчастной линзы значительно шире спектр способов альтернативной фиксации, если ситуация сложится неблагоприятно. Таким образом, трехчастная линза более универсальна, хотя возможна и имплантация моноблочной ИОЛ, если разрыв небольшой, расположен центрально, хирург полностью контролирует ситуацию и уверен, что во время вмешательства разрыв не увеличится.

J. Kahn: И, конечно, преимущество описанного Вами способа контроля ситуации является то, что после операции и в течение восстановительного процесса пациенту не потребуются YAG-лазерная капсулотомия. Верно?

Б.М.: Да, абсолютно верно.

J. Kahn: Таким образом, можно сэкономить на последующих процедурах! Вы прекрасно объяснили, что следует делать при разрыве задней капсулы в ходе стандартной факонзульсификации и как правильно имплантировать ИОЛ. Я счастлив, что Вы сочли возможным поделиться с нами своим опытом сегодня. Спасибо!

Б.М.: Спасибо Вам за внимание!

Перевод А.Е. Душиной <http://ewreplay.org/>

Расходные материалы для факонзульсификации

ИНТРАОКУЛЯРНЫЕ АКРИЛОВЫЕ 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

VII Международная конференция по офтальмохирургии «ВОСТОК – ЗАПАД»

2-3 июня 2016 года, Уфа

2-3 июня 2016 года в Уфе состоялась VII Международная научно-практическая конференция по офтальмохирургии «Восток-Запад», которую провёл Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ. Она была приурочена сразу к нескольким знаменательным историческим датам: 130-летию со дня основания Уфимского отделения Попечительства Императрицы Марии Александровны от слепых, 115-летию образования Уфимской глазной лечебницы, 90-летию Уфимского НИИ глазных болезней и 25-летию Академии наук Республики Башкортостан, в состав которой входит институт.

В Уфе собрались более 1100 офтальмологов из 15 стран мира. Россию представляли специалисты из самых разных регионов от Москвы и Санкт-Петербурга до Хабаровска, от Чукотки до Крыма. В работе конференции приняли участие делегации офтальмологов ближнего зарубежья, наиболее многочисленной из которых была делегация из Казахстана. Очень радует, что продолжает расширяться спектр стран мира, принимающих участие в конференции.

Конференция проходила по политематическому плану, всего было заслушано более 130 докладов на пленарных заседаниях и спутниковых симпозиумах.

Перед официальным открытием конференции в главном зале прошла демонстрация «живой хирургии», организованной фирмами «Алкон» и «БиСиКей-ЭМ». Офтальмологи получили возможность наблюдать из операционной Уфимского НИИ глазных болезней мастерство и безукоризненную технику фактомальсификации с имплантацией торической ИОЛ T-flex (Rayner) в исполнении С.В. Иванова (Ижевск), а также торической AcrySof Toric IQ с использованием ультразвуковой системы Centurion (И.И. Хуснидинов, Уфа) и мультифокальной AcrySof Restor (Б.В. Лаптев, Екатеринбург).

На торжественной церемонии открытия конференции с приветствием в адрес участников конференции и пожеланиями им плодотворной работы выступил директор Уфимского НИИ глазных болезней,



Профессор М.М. Биков торжественно вручил приват-доценту Г. Воллензаку (Германия) медаль им. профессора В.П. Одинцова

профессор М.М. Биков. Сотрудники института с юбилеем поздравили генеральный директор Всероссийского центра глазной и пластической хирургии, профессор Э.Р. Муддашев, от лица региональных офтальмологов — заведующий глазным отделением Белевской РКБ О.К. Диреев и директор частных офтальмологических клиник, имеющие филиалы в разных городах России, А.Г. Казакабаев и Р.Х. Искандаров. Все выступившие подчеркнули, что Уфимский институт глазных болезней является для них alma mater и всем, чего они добились в офтальмологии в профессиональном плане, они обязаны институту.

В 2016 г. в Уфимском НИИ глазных болезней была учреждена медаль им. проф. В.П. Одинцова как дань памяти и уважения основателю одной из крупнейших офтальмологических школ России и первому директору института, уроженцу г. Уфы. О жизненном пути профессора В.П. Одинцова и его вкладе в развитие отечественной офтальмологии рассказала заместитель директора по научно-производственной работе, д.б.н. Н.Е. Шевчук. Первым лауреатом этой почетной награды стал приват-доцент Г. Воллензак (Германия), являющийся основателем лечения кератоктазий с помощью

принципиально нового метода — кроссликинга роговицы и внесший значительный вклад в развитие мировой офтальмологии.

На сессии, посвященной диагностике и лечению глаукомы, президент РГО, профессор Е.А. Егоров обозначил новые подходы к лечению глаукомы, особое внимание уделив перспективам и возможностям бесконсервантных гипотензивных препаратов. Заметный интерес вызвал доклад доцента Университетской клиники г. Базеля (Швейцария) М. Грисхабера, который представил новые подходы в диагностике и лечении закрытоугольной глаукомы. О скрининге на глаукому в рамках государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан доложила Б.И. Иссергетова (Казахстан). Профессор Т.В. Гаврилова (Пермь) поделилась опытом и проблемами при организации оказания помощи больным глаукомой в Пермском крае. Д.Н. Ловлаче (Москва) остановилась на оптимизации и качестве гипотензивного лечения, особенно у пациентов с синдромом «сухого глаза», и рассказала о собственных исследованиях применения тафлупроста. Проблемам глаукомы и синдрома «сухого глаза» были посвящены доклады В.Ю. Попова (Санкт-Петербург) и А.Ю. Брежнева (Курск).

На лекционной сессии офтальмологов Германии огромный интерес и оживленную дискуссию вызвало сообщение заведующего кафедрой офтальмологии Гейдельбергского Университета (г. Маннгейм), главного редактора «British Journal of Ophthalmology», профессора Й. Йонаса, касающееся эпидемиологических аспектов миопии в различных странах мира, причин ее развития и морфологических особенностей. Главный врач глазной клиники г. Дрездена, приват-доцент Г. Зак представил отдаленные результаты антиангиогенной терапии ВМД. Приват-доцент Г. Воллензак предложил вниманию аудитории первые результаты кроссликинга в ходе проведения LASIK (Xtra) для профилактики развития возможных послеоперационных кератоктазий.

Секция патологии роговицы и хрусталика началась с доклада профессора И.Э. Июшина (Москва) о современном медикаментозном сопровождении фактомальсификации. Своим 25-летним опытом применения лазерных технологий в коррекции зрения поделился основатель метода LASIK Ц.-Т. Линь (Тайвань). Особое внимание офтальмологов привлекло сообщение директора департамента офтальмологии Нью-Йоркского медицинского колледжа, основателя и президента Ассоциации специалистов по детской кератопластике, доктора Д. Зайдмана (США) о результатах проведения пересадки роговицы у детей и подростков. Проблема кератопластики была продолжена



Профессор Д. Зайдман (США), профессор И.Э. Июшин (Москва), доктор Ц.-Т. Линь (Тайвань), О.В. Шиловских (Екатеринбург)



Президиум научной сессии офтальмологов Университета г. Чибя (Япония) — профессор С. Ямамото, профессор Т. Ошитару, профессор Т. Баба, профессор Г. Миура, доцент Г.М. Бикбова

А.Ю. Слонимским (Москва), представившим новый способ хирургического лечения кератоконуса — фемтолазерную рефракционную аутокератопластику. Доклад О.В. Шиловских (Екатеринбург) был посвящен особенностям и результатам хирургии увеальной катаракты. Руководитель офтальмологического отделения больницы им. Иоанна Павла II в Риме К. Карлевали (Италия) поделился своим опытом применения ИОЛ с самоблокирующей гангликой для бесшовной склеральной фиксации. Ф.И. Абдуллаева (Азербайджан) представила сравнительные результаты транспептимального и традиционного кроссликинга роговицы при лечении прогрессирующего кератоконуса. С.Л. Легких (Москва) доложил о результатах коррекции роговичного астигматизма и катаракты новыми гидрофобными акриловыми асферическими торическими ИОЛ.

На интерактивной постерной сессии были представлены политематические доклады молодых ученых из РФ и Малайзии в формате пятиминутных сообщений с последующим их обсуждением. Большой интерес вызвала сессия, посвященная вопросам диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний глаз, которые по-прежнему остаются в центре внимания ученых. К. Таппейнер (Швейцария) сообщил о лечении увеитов, ассоциированных с ювенильным артритом. Поражение глаз у ВИЧ-инфицированных пациентов и больных туберкулезом легких были посвящены доклады

профессора Т.В. Гавриловой (Пермь) и профессора В.М. Хокканен (Санкт-Петербург), проблеме синдрома «сухого глаза» с изучением экспрессии интерферонов в слезной жидкости и ультразвуковой картины слезной железы — д.м.н. Н.В. Коноваловой (Украина) и д.м.н. И.Р. Газизовой (Санкт-Петербург). Об эффективности комбинированного физиотерапевтического лечения задних увеитов рассказала С.Р. Меджидова (Азербайджан). В заключение были представлены доклады Л.И. Поповой (Киров) об особенностях патоморфоза метастатической офтальмии и Д.С. Мальцева (Санкт-Петербург), посвященный мультимодальной визуализации в офтальмологии.

На сессии, посвященной актуальным вопросам офтальмологии, были представлены доклады по различным аспектам детской офтальмопатологии, глаукомы и катаракты. Так, профессор Т.Б. Круглова (Москва) сообщила об особенностях хирургической тактики и результатах лечения детей с односторонними врожденными катарактами. У. Кэмпф (Германия) доложил об эффективности зрительных упражнений с помощью специально разработанной компьютерной программы для лечения амблиопии в формате телемедицины. Были представлены сообщения о флюоресцентно-ангиографических особенностях активных стадий ретинопатии недоношенных (И.Г. Трифаненкова, Калуга), радиологической хирургии косоглазия с гиперфункцией нижней челюсти (В.М. Горбенко, Волгоград), эпидемиологических рисках развития ретинобластомы (Т.В. Янченко, Керемеров), новой модификации антиглаукомной операции (В.И. Лапочкин, Москва) и микроинвазивной хирургии глаукомы с использованием авторского экспандера (В. Кумар, Москва), НКТ-исследовании диска зрительного нерва в норме и при глаукоме (Г.Е. Манаенкова, Тамбов), динамике ВГД у пациентов после фактомальсификации катаракты (М.П. Югай, Москва), первом опыте использования цифровой системы Verion для расчета торических ИОЛ (А.В. Черкашина, Москва), об использовании фемтосекундного лазера VisuS в хирургии катаракты (С.В. Шухаев, Санкт-Петербург).

Параллельно пленарным заседаниям состоялись курсы по витреоретинальной патологии. Международная команда лекторов (М. Голдбаум, Ф. Лафранко — оба США, С. Ямамото — Япония, Й. Шмидт — Германия, С. Мендель — Австрия) представила лекции с демонстрацией клинических случаев, посвященные диагностике, особенностям тактики, хирургической тактики, сравнительным результатам и осложнениям лечения (склерального пломбирования, витреотомии, лазерной коагуляции, интравитреальной фармакотерапии) отслоек сетчатки, диабета глаза, возрастной макулярной дегенерации. Кроме того, были обсуждены вопросы диагностики и лечения интраокулярных опухолей.



Профессор Ф. Лафранко (США)



Профессор Ц.-Т. Линь (Тайвань)



Профессор Й. Йонас (Германия)

профессора Т.В. Гавриловой (Пермь) и профессора В.М. Хокканен (Санкт-Петербург), проблеме синдрома «сухого глаза» с изучением экспрессии интерферонов в слезной жидкости и ультразвуковой картины слезной железы — д.м.н. Н.В. Коноваловой (Украина) и д.м.н. И.Р. Газизовой (Санкт-Петербург). Об эффективности комбинированного физиотерапевтического лечения задних увеитов рассказала С.Р. Меджидова (Азербайджан). В заключение были представлены доклады Л.И. Поповой (Киров) об особенностях патоморфоза метастатической офтальмии и Д.С. Мальцева (Санкт-Петербург), посвященный мультимодальной визуализации в офтальмологии.

На сессии, посвященной актуальным вопросам офтальмологии, были представлены доклады по различным аспектам детской офтальмопатологии, глаукомы и катаракты. Так, профессор Т.Б. Круглова (Москва) сообщила об особенностях хирургической тактики и результатах лечения детей с односторонними врожденными катарактами. У. Кэмпф (Германия) доложил об эффективности зрительных упражнений с помощью специально разработанной компьютерной программы для лечения амблиопии в формате телемедицины. Были представлены сообщения о флюоресцентно-ангиографических особенностях активных стадий ретинопатии недоношенных (И.Г. Трифаненкова, Калуга), радиологической хирургии косоглазия с гиперфункцией нижней челюсти (В.М. Горбенко, Волгоград), эпидемиологических рисках развития ретинобластомы (Т.В. Янченко, Керемеров), новой модификации антиглаукомной операции (В.И. Лапочкин, Москва) и микроинвазивной хирургии глаукомы с использованием авторского экспандера (В. Кумар, Москва), НКТ-исследовании диска зрительного нерва в норме и при глаукоме (Г.Е. Манаенкова, Тамбов), динамике ВГД у пациентов после фактомальсификации катаракты (М.П. Югай, Москва), первом опыте использования цифровой системы Verion для расчета торических ИОЛ (А.В. Черкашина, Москва), об использовании фемтосекундного лазера VisuS в хирургии катаракты (С.В. Шухаев, Санкт-Петербург).

Насыщенным оказался и второй день конференции, включивший видеосессию, 5 пленарных заседаний, 2 лекционных сессии офтальмологов Японии и Индии, а также спутниковые симпозиумы. На видеосессии огромный интерес вызвали операции по имплантации миниатюрного телескопа вместо ИОЛ при фактомальсификации катаракты у пациентов с возрастной макулярной дегенерацией (З. Зайдман, США), инновационной технологии трансплантации субретинальных электронных чипов у больных с пигментным ретиномом (Г. Закс, Германия), фактомальсификации на афакичном глазу при вывихах хрусталика (О.В. Шиловских, Екатеринбург). Видеодоклады А. Эбнетера (Швейцария) и Суджатха Мохан (Индия) были посвящены проблемам лечения макулярных разрывов и послонной кератопластике. В своих видео-сообщениях докладчики поделились также опытом, как избежать осложнений при использовании кольца Малюгина у пациентов с узким зрачком (К. Карлевали, Италия), результатами фактомальсификации катаракты с ультразвуковой высотой



Доктор К. Карлевали (Италия)



Академик РАН С.Э. Аветисов (Москва)

ирригационной бутылки (Б.В. Лаптев, Екатеринбург), фемтолазерной дисцизии фимоза передней капсулы (С.В. Шухаев, Санкт-Петербург) и удаления внутриглазных инородных тел, осложненных эндофтальмитом и металлозом (М.А. Плахотный, Калуга).

На лекционной сессии офтальмологов университета Чибя (Япония) было представлено 5 докладов, посвященных лечению пигментного ретинопатии (профессор С. Ямамото), структурным изменениям макулярных капилляров после витреотомии (профессор Т. Баба), разработке лекарственных средств для профилактики потери зрения при заболеваниях, связанных с накоплением продуктов гликирования (доцент Г. Бикбова). Кроме того, были рассмотрены вопросы патогенеза гибели нейронов при диабетической ретинопатии (профессор Т. Ошитару) и дана электрофизиологическая оценка ганглионарных клеток сетчатки при глаукоме (профессор Г. Миура).

На сессии, посвященной проблемам современной клинической офтальмологии, профессор Е.А. Егоров (Москва) рассказал об

эффективности комплексного лечения глаукомы. Академик РАН С.Э. Аветисов доложил о прогрессировании гиперметропии (за счет снижения «жесткости» роговицы и повышения ВГД) в отдаленном периоде после радиальной кератотомии, что следует рассматривать как риск развития глаукомы. Профессор С.В. Саакян (Москва) рассказала о современной стратегии лечения ретинобластомы у детей, что позволяет в результате лечения сохранить глаза, а в ряде случаев и зрение, и часто нет необходимости в лечении таких детей за рубежом. Профессор Н.С. Ходжаев (Москва) представил экспериментальные исследования по изучению 4 образцов полимерных матриц (полиамида ПА-6, полиуретрана, полиэтилентерефталата и полилактида) в качестве дренажных имплантатов для антиглаукомных операций с управляемой биорезорбцией, наиболее перспективным из которых оказался полилактид.

Лекционная сессия офтальмологов Индии состояла из 4 сообщений. Они касались практических вопросов фактомальсификации в осложненных случаях — при набухающей,

бурой, задней полярной, травматической и увеальной катарактах (Раджан Мохан), тактики хирурга при разрыве задней капсулы хрусталика при фактомальсификации (Мадживан Нивен), лечения осложнений при формировании роговичного лоскута методом LASIK (Суджатха Мохан). Также были представлены три новых продукта — новая мультифокальная ИОЛ, специальное кольцо, имплантируемое для предупреждения помутнения задней капсулы хрусталика и рефракционная линза для коррекции гиперметропии (Д. Кумар Редди).

На сессии «Патология роговицы и хрусталика» было сделано 10 докладов. В них были освещены различные проблемы комбинированного лечения катаракты и глаукомы (профессор М.А. Фролов, Москва), предоперационного выявления зонулярной слабости поддержки хрусталика при возрастной катаракте (Я.В. Белоноженко, Хабаровск), эксимерлазерной коррекции зрения при смешанном астигматизме (Е.М. Маковкин, Пермь), УФ-кроссликинга (А.Н. Ульянов, Екатеринбург); С.И. Чураков, Санкт-Петербург), «сухого глаза» при диабетической ретинопатии (С.Г. Гергушев, Москва), особенностей медикаментозного сопровождения глаукомы при фактомальсификации катаракты (профессор И.Э. Июшин, Москва), современных возможностей контроля миопии у подростков (профессор Э.И. Сайдашева, Санкт-Петербург). Ю.А. Плотникова (Киров) поделилась функциональными результатами хирургии катаракты у пациентов, ранее перенесших радиальную кератотомию, а М.А. Кошуба (Тюмень) представила характеристику эндотеоцитов роговицы после введения вискоэластиков в субтенуозное пространство.

На сессии «Актуальные вопросы офтальмологии» профессор В.П. Еричев (Москва) свое сообщение посвятив взаимной ответственности врача и пациента при лечении глаукомы. Профессор Н.А. Листопадова (Москва) рассказала о значении препаратов из группы простагландинов в коррекции интраокулярных факторов прогрессирования глаукомной оптической нейропатии. С.Ю. Петров (Москва) акцентировал внимание офтальмологов на эффективности и целесообразности использования фиксированных комбинаций в терапии глаукомы. Ф. Клемм (Германия) представил исторический экскурс факомашин и современное состояние вопроса различных бифокальных линз. Т.Ю. Вержанская (Москва) — дань об отдаленных результатах стабилизирующего эффекта ортокератологической коррекции. О.М. Жукова (Москва) сообщила о результатах комбинированной терапии в лечении «влажной» формы ВМД, А.И. Прозорова (Рязань) — о сравнительном анализе частоты формирования вторичной катаракты после имплантации различных моделей акриловых ИОЛ. Д.Г. Арсенов (Чекбоксары) доложил об апробированном подходе к хирургическому лечению рубцовой



Президиум заседания сессии «Проблемы современной клинической офтальмологии» — академик РАН С.Э. Аветисов (Москва), профессор Е.А. Егоров (Москва), к.м.н. Е.Н. Орлова (Москва), профессор Н.С. Ходжаев (Москва)



Глава Республики Башкортостан Р.З. Хамитов поздравил участников конференции «Восток – Запад» с успешным завершением ее работы и 90-летием Уфимского НИИ глазных болезней

стадии субретинальной неоваскулярной мембраны, профессор Е.Е. Гришина (Москва) — о возможности органосохранного лечения гигантских опухолей придаточного аппарата глаза. О.А. Жабина (Москва) обратила внимание офтальмологов на зависимость эффективности антиангиогенной терапии от сроков начала лечения. Доклад И. Кунди (Пакистан) был посвящен результатам модифицированной автором методики миотомии при спазме круговой мышцы глаза.

На сессии «Лечение заболеваний сетчатки и зрительного нерва» большим числом сообщений касалось современных возможностей лечения диабетического макулярно отек и макулярной возрастной дегенерации, главным образом, посредством применения ингибиторов ангиогенеза с анализом причин побочного действия антиангиогенной терапии, например, макулярной атрофии (профессор М.М. Шинкин, Москва; профессор В.Ф. Экгардт, Челябинск; Н.В. Коновалова, Украина; профессор Т.Г. Каменских, Саратов; Ж.К. Отарова, Казахстан). Два сообщения касались диабетической ретинопатии, в частности, живой интерес у слушателей вызвал доклад профессора М.М. Шинкина (Москва), посвященный организационным проблемам оказания высокотехнологичной помощи пациентам с тяжелыми формами пролиферативной диабетической ретинопатии. С обзорным сообщением, касающимся современных методов диагностики (ОКТ-ангиография) и лечения



Торжественное заседание в большом зале Башкирского государственного театра оперы и балета

(лазерного, хирургического, в т.ч. интравитреального введения различных VEGF-препаратов и интравенозного — фибринолитиков) заболеваний сетчатки выступил доктор А. Эбнетер из Университетской клиники г. Берна (Швейцария).

Тематика спутниковых симпозиумов отражала наиболее актуальные направления офтальмологической науки. В частности, на симпозиуме компании «Новартис Фарма» были представлены достижения и рассмотрены дискуссионные вопросы антиангиогенной терапии, о которых доложили профессор И.Э. Иошин и С.Г. Сергушев (Москва). Диагностическим возможностям анализатора переднего отрезка глаза Pentacam, о которых

сообщили А.Н. Ульянов (Екатеринбург) и А.В. Матяш (Москва), был посвящен симпозиум компании «Эр Оптик». Спутниковый симпозиум компании «Валеант» был посвящен осложнениям при ношении контактных линз (профессор А.Ю. Слонимский, Москва) и нестандартному течению и профилактике послеоперационных осложнений в амбулаторной хирургии (С.А. Марных, Москва). На спутнике компании «Алкон Фармацевтика» были представлены современные технологии рефракционной катарактальной хирургии. Так, Б.В. Лаптев представил свой опыт использования системы «Центрион», а М.В. Крешков (оба из Екатеринбурга) — результаты



Почетные гости конференции «Восток-Запад» на торжественном заседании, посвященном юбилейным датам

имплантации ИОЛ «Рестор» +2,5 и +3,0 по технологии blended. О новом подходе к терапии возрастных заболеваний говорилось на «Михондральном симпозиуме» компании «Митотех».

Помимо научной части, на конференции была развернута весьма представительная выставка медицинского оборудования и фармацевтической продукции. Достоянное место на выставке заняла инновационная офтальмологическая продукция Уфимского НИИ глазных болезней. В частности, были представлены устройства для проведения ультрафиолетового облучения роговицы — «УФалинк Квант», склеры — «УФалинк С», для ионофореза — «ИОН», измеритель мощности ультрафиолетового облучения — «УФ-тестер», протекторы роговицы — «Декстралинк», «Риболинк», «ЭпиТранс», «Хитолинк», трансплантат для склеропластики, устройство для каналоластики «ГлауСтент» и портативная целевая лампа.

В связи с большим числом поступивших работ, были изданы сразу три номера научно-практического журнала «Точка зрения. Восток-Запад», в который вошли 206 работ по наиболее актуальным вопросам офтальмологии.

Празднованию юбилейных мероприятий было посвящено торжественное пленарное заседание, на котором присутствовали Глава Республики Башкортостан Р.З. Хамитов, президент Академии наук РБ А.С. Газзов, министр здравоохранения РБ А.А. Бакиров, заместитель председателя Государственного собрания — Курултая РБ Ю.С. Ильясова, мэр г. Уфы И.И. Ялалов и др. Почетный гость — Глава Республики Башкортостан Р.З. Хамитов отметил, что Уфимский НИИ глазных болезней заслуженно пользуется авторитетом не только в России, но и за рубежом, а данный форум занял достойное место в череде крупнейших конгрессов, проходивших в республике в 2016 году, в т.ч. в области здравоохранения. Он также подчеркнул, что добросовестное выполнение сотрудниками института научных исследований, развитие инновационных, импортозамещающих технологий и внедрение новых разработок в практическое здравоохранение, постоянный обмен опытом, регулярное проведение международных научно-практических конференций с участием ведущих зарубежных ученых способствуют динамичному развитию и росту показателей работы института, позволяя обеспечивать высокое качество оказания офтальмологической помощи населению республики. Р.З. Хамитов высоко оценил работу ученых и практических врачей института на благо здоровья населения республики и поздравил ряд сотрудников, которые за профессиональное мастерство и многолетний добросовестный труд были удостоены государственных наград.

Материал и фото предоставлены оргкомитетом конференции

Материал и фото предоставлены оргкомитетом конференции

Основные проблемы и достижения в диагностике и лечении ретинопатии недоношенных в Республике Крым

Е.Ю. Биркун,
Т.А. Березовская,
С.А. Серокина

ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», г. Симферополь

Цель: обозначить основные проблемы и достижения в диагностике и лечении ретинопатии недоношенных (РН) в Республике Крым, определить приоритетные направления в решении вопросов организации помощи детям с РН.

Материалы и методы

Анализ результатов обследования недоношенных новорожденных, диагностики и лечения детей с РН в Крыму за период с 1999 по 2016 гг.

Результаты и обсуждение

За исследуемый период в Крыму осмотрено 2105 недоношенных детей, проходивших лечение в отделении недоношенных новорожденных ГБУЗ РК «РДКБ» и перинатальном центре г. Симферополя. Дебют активной РН выявлен у 281 (26%) детей, из них было 109 девочек и 172 мальчика в постконцепционном возрасте от 31 до 38 недель (в среднем 34,3 нед.) или через 4,67 (от 3 до 9) нед. после рождения ребенка. Среди детей

с активной РН было 28 близнецов и 4 тройни, что составляет 14,2%. У всех больных наблюдалось двустороннее поражение. Однако стоит отметить, что у 23 детей (8,2% от общего количества) процесс на правом и левом глазу протекал асимметрично в отношении стадии и времени регресса.

Пороговая стадия РН развивалась у 64 детей. Сроки развития пороговой стадии варьировали от 1 до 12 нед. после выявления активной РН (в среднем — 3-4 недели). РН по типу задней агрессивной выявлена у 15 пациентов, что явилось абсолютным показанием к неотложному лазеркоагуляции сетчатки при первом же осмотре. Всем новорожденным с пороговой стадией заболевания и РН по типу задней агрессивной проведена лазеркоагуляция сетчатки.

Ввиду отсутствия лазерной аппаратуры в офтальмологическом микрохирургическом отделении ГБУЗ РК «РДКБ» ни в одном случае не удалось провести лазеркоагуляцию сетчатки в течение 72 часов от момента диагностики пороговой стадии. Для проведения процедуры приходится приглашать специалистов с материка, что каждый раз связано со значительными трудностями организационного характера — переезд, командировка, оплата труда специалиста и так далее. После проведенного профилактического лечения индуцированный регресс достигнут в 100% случаев.

Благодаря своевременной диагностике и проведенному лечению за исследуемый период в Крыму не зарегистрировано ни одного случая слепоты в исходе РН у детей.

Проведено обучение специалистов из офтальмологического микрохирургического отделения ГБУЗ РК «РДКБ» на курсах по лазеркоагуляции сетчатки.

Выпущен проспект о РН для родителей детей из группы риска. Проводятся лекции и беседы среди педиатров, неонатологов, реаниматологов и акушеров Республики Крым.

В результате проведенной работы были обозначены основные проблемы диагностики и лечения детей с РН в Республике Крым.

Основной проблемой, на наш взгляд, является отсутствие необходимой диагностической («RetCam», УЗИ, ручной авторефрактометр) и лазерной аппаратуры. В конце 2015 г. в рамках программы модернизации Республики Крым отделение получило и начало использовать аппарат «RetCam» для документирования результатов исследования и лечения РН. Однако для проведения лазеркоагуляции сетчатки приходится приглашать специалистов с материка ввиду отсутствия в офтальмологическом микрохирургическом отделении ГБУЗ РК «РДКБ» лазерной аппаратуры. Это делает невозможным проведение необходимого объема помощи в установленных сжатые сроки, особенно

при наличии молниеносных форм заболевания.

Следующей проблемой явилась недостаточная координация работы неонатологической, реанимационной и офтальмологической служб, особенно на переходном этапе — от стационарного к амбулаторному. Причиной этого являлись неполная информированность врачей и средних медицинских работников соответствующих специальностей и недооценка серьезности РН. Решение этой задачи мы видим в оптимизации организационно-методической работы, разработке маршрутизации пациентов группы риска на уровне главных специалистов.

Нередко вызывает затруднения и транспортировка недоношенных детей из отдаленных районов Республики Крым в Симферополь для проведения очередного обследования неонатологом-офтальмологом. Для решения этого вопроса целесообразно провести обучение диагностике РН специалистов-офтальмологов в основных крупных регионах Крыма — Керчь, Феодосия, Судак, Ялта, Евпатория, Раздольное, Джанкой.

Для оказания консультативной помощи детям Республики Крым, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела и перенесших первый этап выхаживания с целью предупреждения органических заболеваний, связанных с врожденной или перинатальной патологией,

ранней их диагностики, устранения проблем, препятствующих нормальному росту и развитию ребенка, снижения вероятной инвалидизации с детства целесообразна организация катamnестической службы в виде отделения катamnеза на базе ГБУЗ РК «РДКБ».

Выводы

1. В Республике Крым организована эффективная модель диагностики и лечения РН, позволяющая исключить слепоту за рассматриваемый период в исходе РН.

2. Определены приоритетные направления в решении вопросов организации помощи детям с РН в Республике Крым:

– обеспечение диагностической и транспортной помощи недоношенных детей из отдаленных районов Республики Крым в Симферополь для проведения очередного обследования неонатологом-офтальмологом.

– координация совместной работы неонатологической, реанимационной и офтальмологической служб;

– организация катamnестической службы — отделения катamnеза на базе РДКБ;

– обучение диагностике РН специалистов-офтальмологов в основных крупных регионах Крыма;

– расширение организационно-методической и санитарно-просветительной работы среди населения и педиатров, акушеров Республики Крым (лекции, беседы, выступления в СМС, создание печатных проспектов). ■

Сборник научных трудов «Ретинопатия недоношенных – 2016», Москва, ФБУЗ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца»

Анализ результатов оказания комплексной офтальмологической помощи детям в перинатальном центре

М.А. Белашова¹, М.В. Белова^{1,2},
С.В. Лесовой¹, О.В. Качалова¹,
С.А. Зеленкин¹, И.В. Девочкина¹

¹ГБУЗ ГКБ № 70 ДМ;
²ФБУЗ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца»
Минздрава России; г. Москва

В настоящее время улучшение качества неонатальной помощи и методов интенсивной терапии приводит к увеличению выживаемости глубоко недоношенных детей, что в значительной степени вызывает рост различной офтальмопатологии, характерной для данного контингента детей.

Основной причиной снижения остроты зрения у детей, родившихся недоношенными, является ретинопатия недоношенных (РН) и органические поражения проводящих путей зрительного анализатора. Правильная организация постнатального ведения недоношенных и новорожденных детей, а также комплекс мер, направленных на улучшение качества профилактики, диагностики, лечения и реабилитации этих состояний, позволит значительно снизить риск тяжелых осложнений среди недоношенных и новорожденных вскоре после родов, а также в более позднем периоде их жизни и свести к минимуму процент инвалидности среди этих детей.

Цель: проанализировать результаты оказания офтальмологической помощи детям в перинатальном центре ГБУЗ ГКБ № 70 ДМ.

Материалы и методы

За период с апреля по декабрь 2014 г. в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных, патологии новорожденных Консультативно-реабилитационное

отделение проводит катamnестическое наблюдение, оказывает комплекс развивающих, реабилитационных и восстановительных мероприятий пациентам до 3 лет, в том числе с офтальмопатологией.

За 2015 г. офтальмологом в консультативно-диагностическом центре (КДЦ) осмотрено 150 недоношенных детей в возрасте до 4-6 мес. На 3-м этапе выхаживания (в педиатрическом отделении педиатрического стационара) преобладали дети в возрасте от 1 до 6 месяцев (41,6-53,8%), нуждающиеся в комплексной индивидуальной реабилитации.

В это отделение в 61,3% случаев дети поступали по направлению амбулаторно-поликлинических учреждений, в 20% — из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра ГКБ № 70 и других стационаров.

После выписки из стационара большинство детей (68,0%) продолжали наблюдаться в КДЦ при перинатальном центре в декретированные сроки.

Результаты

РН была диагностирована у 142 (37%) из общего числа осмотренных детей. Из них РН с минимальной сосудистой активностью выявлена у 131 (92,2%) ребенка, задняя агрессивная форма РН — у 2 (1,4%) детей, «плюс-болезнь» — у 9 (6,3%) детей. У 131 (92,2%) ребенка произошел самопроизвольный регресс заболевания и лишь 11 детям (7,7%) была проведена лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки.

В результате своевременно проведенной коагуляции сетчатки остановлено прогрессирование заболевания, а также реабилитация детей. Консультативно-реабилитационное

отделение проводит катamnестическое наблюдение, оказывает комплекс развивающих, реабилитационных и восстановительных мероприятий пациентам до 3 лет, в том числе с офтальмопатологией.

За 2015 г. офтальмологом в консультативно-диагностическом центре (КДЦ) осмотрено 150 недоношенных детей в возрасте до 4-6 мес. На 3-м этапе выхаживания (в педиатрическом отделении педиатрического стационара) преобладали дети в возрасте от 1 до 6 месяцев (41,6-53,8%), нуждающиеся в комплексной индивидуальной реабилитации.

В это отделение в 61,3% случаев дети поступали по направлению амбулаторно-поликлинических учреждений, в 20% — из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра ГКБ № 70 и других стационаров.

После выписки из стационара большинство детей (68,0%) продолжали наблюдаться в КДЦ при перинатальном центре в декретированные сроки.

Результаты

РН была диагностирована у 142 (37%) из общего числа осмотренных детей. Из них РН с минимальной сосудистой активностью выявлена у 131 (92,2%) ребенка, задняя агрессивная форма РН — у 2 (1,4%) детей, «плюс-болезнь» — у 9 (6,3%) детей. У 131 (92,2%) ребенка произошел самопроизвольный регресс заболевания и лишь 11 детям (7,7%) была проведена лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки.

В результате своевременно проведенной коагуляции сетчатки остановлено прогрессирование заболевания, а также реабилитация детей. Консультативно-реабилитационное

отделение проводит катamnестическое наблюдение, оказывает комплекс развивающих, реабилитационных и восстановительных мероприятий пациентам до 3 лет, в том числе с офтальмопатологией.

За 2015 г. офтальмологом в консультативно-диагностическом центре (КДЦ) осмотрено 150 недоношенных детей в возрасте до 4-6 мес. На 3-м этапе выхаживания (в педиатрическом отделении педиатрического стационара) преобладали дети в возрасте от 1 до 6 месяцев (41,6-53,8%), нуждающиеся в комплексной индивидуальной реабилитации.

В это отделение в 61,3% случаев дети поступали по направлению амбулаторно-поликлинических учреждений, в 20% — из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей перинатального центра ГКБ № 70 и других стационаров.

После выписки из стационара большинство детей (68,0%) продолжали наблюдаться в КДЦ при перинатальном центре в декретированные сроки.

Результаты

РН была диагностирована у 142 (37%) из общего числа осмотренных детей. Из них РН с минимальной сосудистой активностью выявлена у 131 (92,2%) ребенка, задняя агрессивная форма РН — у 2 (1,4%) детей, «плюс-болезнь» — у 9 (6,3%) детей. У 131 (92,2%) ребенка произошел самопроизвольный регресс заболевания и лишь 11 детям (7,7%) была проведена лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки.

В результате своевременно проведенной коагуляции сетчатки остановлено прогрессирование заболевания, а также реабилитация детей. Консультативно-реабилитационное

на этапе ранней реабилитации включал индивидуальный подбор питания, ЛФК, массаж, физиотерапию, бальнеолечение, плавание, медикаментозные и традиционные методы лечения, обучение матери уходу и занятиям на дому. В последующие курсы реабилитации были подключены индивидуальные и групповые занятия с логопедом, психологом, специалистами лечебной физкультуры.

Выводы

1. Невысокая частота развития тяжелых форм заболевания (1,4% задней агрессивной РН) и низкий процент нуждающихся в лазеркоагуляции (7,7%) связаны с соблюдением строгих протоколов выхаживания недоношенных детей в перинатальном центре, а также слаженной работой неонатологов, реаниматологов, медицинских сестер и офтальмологов.

2. При раннем начале реабилитационных методов и индивидуального подбора курса реабилитации сокращается количество пациентов, нуждающихся в комплексной стационарной реабилитации в старшем возрасте.

3. Существование в структуре перинатального центра отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных, патологии новорожденных и недоношенных детей, реабилитационного отделения и КДЦ позволяет оптимизировать методики выхаживания и реабилитации недоношенных детей и снизить процент неблагоприятных исходов.

4. Наблюдение детей в КДЦ при перинатальном центре позволяет осуществлять преемственность между стационаром и амбулаторным этапом наблюдения.

Сборник научных трудов «Ретинопатия недоношенных – 2016», Москва, ФБУЗ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца»

Комплексный подход в терапии синдрома сухого глаза

Артелак® Всплеск
БЫСТРЫЙ ЭФФЕКТ + ЕСТЕСТВЕННОЕ УВЛАЖНЕНИЕ

- Гиалуроновая кислота 0,24% (флакон 10 мл) — максимальная концентрация среди каплевальных форм на рынке РФ
- Не содержит консервантов
- Можно закапывать без снятия линз

Увлажнение

Артелак® Баланс
ДАТЕЛЬНОЕ УВЛАЖНЕНИЕ + АНТИОКСИДАНТНЫЕ И ТРОФИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

- Гиалуроновая кислота 0,15%
- Витамин В12: участвует в процессах метаболизма тканей
- Стабилизатор Оксид: распадается на NaCl, O₂, H₂O при закапывании
- Компонент Протектор: пролонгирует действие раствора
- Можно закапывать без снятия линз

Регенерация

Корнерезель
декспантенол 5%
гель глазной 5 и 10 г

- Декспантенол 5% (максимальная концентрация среди глазных гелей на рынке РФ): увлажняет, оказывает локальный противовоспалительный эффект
- Карбомер (гелевая форма): увлажняет, облегчает неприятные ощущения, пролонгирует контакт действующего вещества с роговицей

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

VALEANT

BAUSCH+LOMB

НОВОЕ ИЗДАНИЕ — РУКОВОДСТВО ПО МЕДИЦИНСКОЙ ОПТИКЕ

Издательство «АПРЕЛЬ» представляет вниманию читателей газеты «Поле зрения» главу из книги «Руководство по медицинской оптике». Часть 1. Основы оптометрии.

Авторы: **А.В. Мягков, Н.П. Парфенова, Е.И. Демина** (НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии») Издание подготовлено в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Выход из печати — июль 2016 г. ISBN 978-5-905212-60-4



Первая часть «Руководства по медицинской оптике» посвящена основам оптометрии, без которых невозможно изучение методов коррекции рефракционных нарушений. Основываясь на собственном многолетнем медицинском и педагогическом опыте, авторы доступно изложили анатомию и физиологию глаза, а также основные методы диагностики анатомо-физиологических и зрительных функций глаза. Отдельная глава посвящена организации кабинета оптической коррекции зрения.

Книга рекомендована для медицинских оптиков, оптометристов, офтальмологов, организаторов здравоохранения, а также для студентов и ординаторов профильных образовательных учреждений.

ГЛАВА 2. Геометрическая и физиологическая оптика. Понятие о клинической рефракции

➤ 2.1. Основы геометрической оптики

Понятие «оптика» можно рассмотреть с нескольких позиций. Во-первых, оптика — это раздел физики, который изучает природу оптического излучения (света), его распространение и явления, наблюдаемые при взаимодействии света и вещества. С другой стороны, оптика изучает физические явления, связанные с распространением коротких электромагнитных волн. В-третьих, оптику можно рассматривать как часть общего учения об электромагнитном поле, поскольку оптическое излучение представляет собой электромагнитные волны. В итоге оптику можно охарактеризовать как учение о природе света, световых явлений и взаимодействии света с веществами.

Одна из первых теорий света — теория зрительных лучей — была выдвинута греческим философом Платоном около 400 г. до н. э. Данная теория предполагала, что из глаза исходят лучи, которые, встречаясь с предметами, освещают их и создают видимость окружающего мира. Взгляды Платона поддерживали многие ученые древности и, в частности, Евклид (3 в. до н. э.), который исходя из теории зрительных лучей основал учение о прямолинейности распространения света, сформулировал закон отражения. В те же годы были открыты следующие факты:

- прямолинейность распространения света и закон отражения;
- явления отражения и преломления света;
- фокусирующее действие вогнутого зеркала.

Древние греки положили начало отрасли оптики, получившей название геометрической.

Свет представляет собой сплошное физическое явление: с одной стороны, это электромагнитная волна, с другой стороны, свет ведет себя как поток фотонов (особых частиц — квантов). Траектория распространения света, проходящего через однородную оптическую среду, всегда прямолинейна. Свет в природе распространяется в виде волн, но схематично его часто представляют в виде прямой линии или луча. Распространение световых волн представляет собой прохождение энергии через среду. Сама среда не движется, но образующие ее частицы колеблются перпендикулярно направлению распространения волны.

Световая волна характеризуется длиной и амплитудой. Длина волны λ определяется как расстояние между двумя симметричными участками волнового движения. Одно полное колебание, называемое периодом, например, T на рис. 2.1, занимает одну длину волны, обозначаемую λ . Амплитуда A — это наибольшее смещение ображаемой точки волны от основной линии (t). Любой участок периода называется фазой. Если две волны равной длины (но обязательно равной амплитуды) распространяются в одном направлении, но не совпадают по фазе, то доля периода или длины волны, на которую одна волна обгоняет другую, называется разностью фаз (отрезок b , см. рис. 2.1).

Световые волны с несовпадающей фазой называются некогерентными, а совпадающие по фазе — когерентными.

Говоря о свете, мы всегда подразумеваем видимый свет, то есть электромагнитные волны в узком

частотном диапазоне с длиной волны в промежутке от 380 до 760 нм, непосредственно воспринимаемые человеческим глазом. С точки зрения электродинамики Максвелла распространение света ничем не отличается от распространения других электромагнитных излучений — радиоволн, инфракрасного, ультрафиолетового, рентгеновского и гамма-излучения.

Возникновение термина «световой луч» связано с основным источником света в природе — Солнцем. Световой луч — это прямая линия, которая в каждой точке перпендикулярно волновому фронту, проходящему через эту точку. Направление светового луча совпадает с направлением распространения света. Световая точка — это источник света, не имеющий размеров. Световой пучок — это несколько световых лучей.

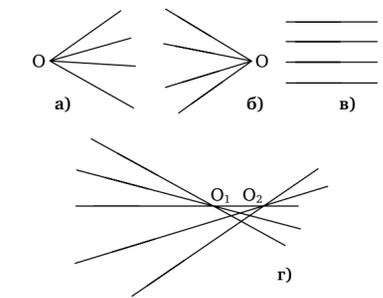


Рис. 2.2. Гомоцентрические и негомоцентрические световые пучки: а) расходящийся; б) сходящийся; в) параллельный; г) негомоцентрический

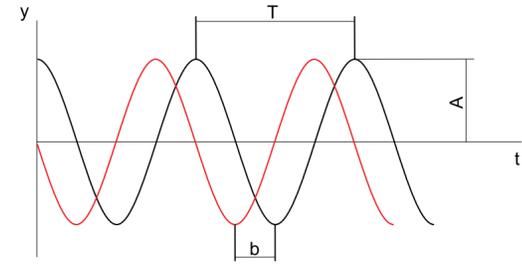


Рис. 2.1. Световая волна: длина, амплитуда, период. Пояснения в тексте

Световые пучки могут быть гомоцентрическими и негомоцентрическими (рис. 2.2). В гомоцентрическом пучке лучи пересекаются в одной точке — O , и могут быть расходящимися, сходящимися и параллельными. Параллельный гомоцентрический пучок также имеет центр, который находится в бесконечности. В природе существуют расходящиеся и параллельные гомоцентрические пучки, а вот сходящихся не существует. В негомоцентрическом пучке лучи пересекаются в нескольких точках, например, O_1 и O_2 .

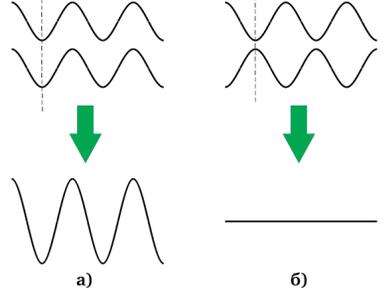


Рис. 2.3. Интерференция света. Пояснения в тексте

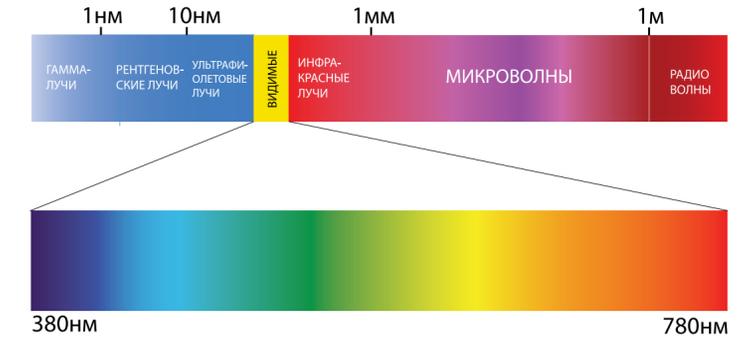


Рис. 2.4. Электромагнитный спектр

– инфракрасная область А (ИК-А) — 760-1400 нм;
– инфракрасная область В (ИК-В) — 1400-3000 нм;
– инфракрасная область С (ИК-С) — 3000-10000 нм.
Чем короче длина волны спектра, тем больше энергия фотонов, которая в свою очередь влияет на характер и интенсивность первичных фотобиологических реакций.
Роговица и склера глаза поглощают все попадающие на них части оптического излучения как

очень коротких длин волн в ультрафиолетовой области, так и очень длинных волн в инфракрасной области. Излучение УФ-А почти полностью поглощается хрусталиком, в то время как видимый свет и ближнее инфракрасное излучение проходят через среды глаза и попадают на сетчатку. Волны видимого спектра стимулируют фоторецепторы сетчатки, вызывая ощущение света, а инфракрасное излучение вызывает повышение температуры тканей. Многие излучения, кроме

видимых, могут оказывать негативное влияние на зрительный анализатор и окружающие ткани.

Цвет любого объекта определяется длиной волны, которую поверхность излучает и отражает. Белый цвет представляет собой сочетание длин волн видимого спектра. Цвет воспринимается тремя видами фоторецепторов сетчатки, вызывая ощущение света, а инфракрасное излучение вызывает повышение температуры тканей. Многие излучения, кроме

Две световые волны, имеющие одну и ту же траекторию, могут сопровождаться эффектами, которые зависят от того, находятся эти волны в одной фазе или нет. Взаимное увеличение или уменьшение результирующей амплитуды двух или нескольких волн при наложении друг на друга называется интерференцией. Результат интерференции зависит от разности фаз накладываются волн. Если они в фазе, то результирующая волна будет суммой этих двух волн, что именуется конструктивной интерференцией (рис. 2.3а). Если две волны равной амплитуды сдвинуты по фазе на половину периода, они погасят друг друга — деструктивная интерференция (рис. 2.3б). Конечный эффект в каждом случае таков, как если бы волны были наложены друг на друга и суммированы алгебраически.

Явления деструктивной интерференции очень важны. Коллагеновые волокна в строении роговицы расположены таким образом, что всякий отклоненный ими свет подается вследствие деструктивной интерференции. Деструктивная интерференция используется и в оптике при нанесении просветляющих покрытий на очковые линзы. Покрытие состоит из нескольких

тонких слоев прозрачного материала определенной толщины. Свет, отраженный от передней поверхности слоя, и свет, отраженный от задней поверхности, взаимно уничтожают друг друга вследствие деструктивной интерференции, делая оптику более прозрачной.

Видимый свет — это электромагнитные волны с частотой и длиной, которые определяют его цвет. Люди и животные видят большой спектр электромагнитного излучения (рис. 2.4). Большинство людей и животных реагируют на видимый свет, а некоторые животные — еще и на ультрафиолетовые (например, пчелы и некоторые птицы) и инфракрасные лучи.

Оптическое излучение располагается в электромагнитном между рентгеновским и микроволновым излучениями. Оптическое излучение подразделяется на диапазоны, которые объединяют длины волн, вызывающие сходные биологические реакции:
– ультрафиолетовая область С (УФ-С) — 200-280 нм;
– ультрафиолетовая область В (УФ-В) — 280-315 нм;
– ультрафиолетовая область А (УФ-А) — 315-380 нм;
– видимое излучение — 380-760 нм;

➤ 2.2. Законы геометрической оптики

Геометрическая оптика изучает распространение световых лучей. В основе геометрической оптики лежат четыре основных закона: закон независимости световых лучей, закон прямолинейного распространения света, законы отражения и преломления света. Геометрическая оптика отлично работает, когда длина световой волны λ много меньше размеров объектов, присутствующих в данной физической ситуации, т.е. геометрическая оптика есть предельный случай волновой оптики при λ , стремящейся к нулю.

Закон независимости световых лучей. Если световые лучи пересекаются, то они не оказывают никакого влияния друг на друга. Каждый луч распространяется в пространстве так, как если бы других лучей вообще не было.

Закон прямолинейного распространения света. В прозрачной однородной среде световые лучи являются прямыми линиями и соответственно распространяются прямолинейно. Среда, в которой может распространяться свет, прозрачна. Среда называется однородной, если ее свойства не меняются от точки к точке, например, вода. При отсутствии вышеназванных условий — прозрачность и однородность — прямолинейное распространение светового луча невозможно.

Если световой луч падает на границу раздела двух сред, например, воздух — вода, происходит отражение света: луч изменяет направление своего хода и возвращается в исходную среду. На рис. 2.5 изображены падающий луч АО, отраженный луч ОВ, а также перпендикуляр (нормаль) СО, проведенный к отражающей поверхности PQ в точке падения О. Угол АОС, образованный падающим лучом и нормалью, называется углом падения. Угол отражения — это угол СОВ,

образованный отраженным лучом и нормалью. Величины углов падения и отражения отсчитываются от нормали.

Закон отражения: падающий луч, отраженный луч и перпендикуляр (нормаль) к отражающей поверхности, проведенный в точке падения, лежат в одной плоскости. Угол отражения равен углу падения, таким образом, АОС = СОВ. Закон отражения описывает ход отдельных световых лучей — узких пучков света. Однако во многих случаях пучок является достаточно широким и состоит из множества параллельных лучей. Картина отражения такого широкого пучка будет зависеть от свойств отражающей поверхности.

Преломление света. На границе раздела двух прозрачных сред наряду с отражением света наблюдается его преломление — свет, переходя в другую среду, меняет направление своего распространения. Преломление светового луча происходит при его наклонном падении на поверхность раздела. Если же луч падает перпендикулярно поверхности, то преломления не будет — во второй среде луч сохранит свое направление и также пойдет перпендикулярно поверхности.

Закон преломления. Для простоты понимания этого закона рассмотрим частный случай, когда одна из сред является воздухом, а другая любой другой отличной от воздуха средой. Рассмотрим ситуацию, когда луч света, идущий в воздухе, наклонно падает на поверхность стекла (очковой линзы). При переходе в среду луч преломляется, и его дальнейший ход показан на рис. 2.6.

В точке падения О проведен перпендикуляр (нормаль) CD к поверхности среды. Луч АО, называемый падающим лучом, а угол α между падающим лучом и нормалью — углом падения. Луч

ОВ — это преломленный луч; угол β между преломленным лучом и нормалью к поверхности называется углом преломления.

Всякая прозрачная среда характеризуется величиной n , которая называется показателем преломления этой среды. Показатель преломления для оптического стекла нормируется для зеленого спектра. Для измерения этого показателя в Европе используют метод для линии ртути (n_D), в США — для линии гелия (n_H). Показатель преломления у стекла $n_g = 1,553$, у пластика CR-39 $n_g = 1,498$, у воздуха $n_g = 1,0003$, у воды $n_g = 1,33$, а у хрусталика — 1,386, т.е. показатель преломления у любой среды, кроме вакуума, всегда больше 1,0.

Исходя из вышесказанного, можно сформулировать закон преломления:

1) падающий луч, преломленный луч и нормаль к поверхности, проведенная в точке падения, лежат в одной плоскости;
2) отношение синуса угла падения α к синусу угла преломления β равно показателю преломления среды:

$$n = \frac{\sin \alpha}{\sin \beta}$$

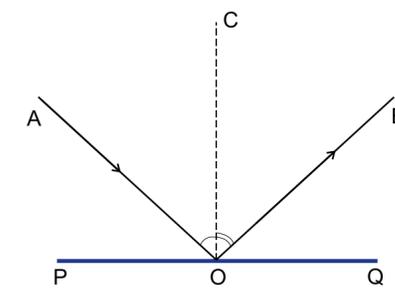


Рис. 2.5. Закон отражения

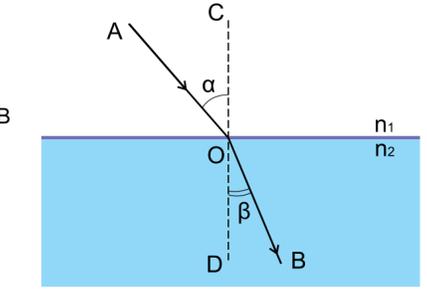


Рис. 2.6. Преломление луча на границе «воздух-среда»

Результаты ИАГ-лазерной витреошвартотомии при закрытой воронкообразной отслойке сетчатки у детей с рубцовой фазой ретинопатии недоношенных

Л.А. Катаргина, Н.Н. Арестова,
Л.В. Коголева, Н.С. Егян,
Р.В. Калинин

ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца»
Минздрава России, г. Москва

Ретинопатия недоношенных (РН), несмотря на значительные достижения в выявлении и лечении этой патологии, в настоящее время остается одной из основных причин слепоты и слабослышания с раннего детства в развитых странах. Тяжелые формы заболевания с существенным нарушением зрения возникают у 10-40% детей с РН. Наиболее тяжелый прогноз по зрению и перспективам лечения имеют дети с терминальной степенью РН, к которой относится 5-я степень рубцовой фазы заболевания, характеризующаяся закрытым профилем воронкообразной отслойки сетчатки с выраженным рубцеванием в стекловидном теле

(Hirose T., 1993; Cusick M., 2006; Катаргина Л.А., Белова М.В., Коголева Л.В., 2013).

Пациенты с терминальной степенью рубцовой фазы РН, несмотря на проведенное лечение, как правило, не имеют предметного зрения, а только светоощущение, в лучшем случае обладают способностью ориентироваться и различать основные цвета.

Хирургическое лечение поздних стадий рубцовой РН включает витректомию, левитректомию и экстраретинальное пломбирование, а также комбинированные операции с применением современного оборудования: высокостратостных витреотомов, технологии малых разрезов (20-25G) и т.д. Хирургическое лечение терминальных стадий РН с целью восстановления анатомических взаимоотношений в глазах недоношенных детей остается недостаточно эффективным, нередко служит попыткой сохранения глаза как органа (Дискаленко О.В., Бржеский В.В., 2005).

(образование вторичных мембран, деформация и секлюзия зрачка, вторичная глаукома, репролиферация, швартобразование, рецидивизирующие внутриглазные кровоизлияния), требующих выполнения неоднократных хирургических вмешательств. Повторные операции негативно сказываются на состоянии глаз и качестве жизни ребенка в целом. Общезвестен неблагоприятный прогноз многократных инструментальных внутриглазных операций в глазах недоношенных детей (Hartnett M.E., 2003; Коголева Л.В. с соавт.).

Инструментальный способ витреошвартотомии (ВШТ) при данной патологии весьма травматичен, учитывая выраженную васкуляризацию витреальных шварт при РН, часто сопровождающуюся внутриглазными кровоизлияниями, вплоть до тотального гемофтальма, с потерей остаточных зрительных функций и гибелью глаза как органа (Дискаленко О.В., Бржеский В.В., 2005).

При закрытой воронкообразной отслойке сетчатки лазерное рассечение тяжей, фиксирующих купола, потенциально способно привести к раскрытию воронки, что может улучшить состояние оптического канала и повысить зрительные функции. Нами разработан и запатентован метод ИАГ-лазерной ВШТ при закрытой воронкообразной отслойке сетчатки у детей с 5-й степенью рубцовой фазы РН (патент на изобретение № 2547801 от 16 марта 2015 г. Авторы: Катаргина Л.А., Арестова Н.Н., Егян Н.С., Коголева Л.В., Калинин Р.В.).

Цель: оценка результатов применения разработанного метода ИАГ-лазерной витреошвартотомии при закрытой воронкообразной отслойке сетчатки у детей с 5-й степенью рубцовой фазы РН.

Материалы и методы

За период с 2013 по 2015 гг. в отделе патологии глаз у детей ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России ИАГ-лазерная ВШТ произведена на 14 глазах 12 детей в возрасте от 11 мес. до 7 лет (средний возраст — 3,6 года ± 7,82 мес.) с 5-й степенью рубцовой фазы РН, закрытой отслойкой сетчатки, перенесших ранее инструментальную левитректомию, ВШТ.

Лазерные операции выполнены на офтальмологической ИАГ-лазерной системе «Nidek YC-1800» (Япония) в режиме модуляции добротности (Q-switched) с длиной волны 1064 нм, длительностью импульса 2-3 нс, диаметром фокального пятна 30-50 мкм.

Всем детям лазерная ВШТ проводилась с применением методического приема, сочетающего фокусированное и расфокусированное излучение. Сначала лазерную ВШТ проводили с помощью фокусированного излучения ИАГ-лазера с энергией в импульсе 1,5-8,0 мДж, количеством импульсов 20-100. Причем шварту расщелили в участки ее минимальной толщины и васкуляризации перпендикулярно направлению натяжения шварты, затем смещали освобожденные от сращений купола отслоенной сетчатки из центральной зоны к периферии с помощью ударной волны расфокусированного излучения ИАГ-лазера с энергией импульса 1,0-2,0 мДж.

При выраженной васкуляризации в расщеливаемых зонах при необходимости проводили диодлазерную коагуляцию активных сосудов (длина волны 532 нм, мощность 120-200 мВт, длительность импульса 0,1 с, диаметр фокального пятна 200 мкм).

Для точной фокусировки и дополнительного обездвиживания глаза у всех детей использовали контактные линзы Манделльорна, Пеймана 12,5 и 18 дптр для передних и средних отделов стекловидного тела соответственно. Лазерные вмешательства детям младшего возраста и неконтрастным детям проводились в условиях общей анестезии.

Результаты

Анализ результатов разработанного нами способа ИАГ-лазерной ВШТ показал, что в сроки от 1 мес. до 2 лет после лазерной операции у всех детей глаз сохранил как орган, тракционное воздействие на сетчатку значительно уменьшилось у большинства из них (85,7%). Рассечены трансретинальные сращения, уменьшена высота воронкообразной отслойки сетчатки, конфигурация приобрела вид «открытой воронки» с возможностью офтальмоскопии ДЗН — оптический эффект достигнут в 1/5 случаев. Функциональный эффект невысок (от светоощущения до движения руки у лица), однако дети стали лучше ориентироваться в пространстве, что отмечено всеми родителями. Серьезных осложнений в ходе операции и после нее не отмечено. Диодлазерная коагуляция активных сосудов витреальных тяжей способствовала частичному или полному запустению сосудов, что снизило риск кровотечения во время операции (до 21,4%). Микрогеморрагии из расщеливаемых витреальных шварт в большинстве случаев были остановлены компрессией контактной линзой.

Выводы

1. При закрытой воронкообразной отслойке сетчатки ИАГ-лазерное рассечение тяжей, фиксирующих ее купола, ведет к раскрытию воронки, что устраняет тракцию сетчатки, позволяет расправить купола закрытой воронкообразной отслойки, превратить ее закрытую форму в открытую, а формирование оптического чистого центрального канала в стекловидном теле ведет к визуализации центральной зоны глазного дна — имеет оптический эффект.
2. Восстановление более правильных анатомических взаимоотношений внутри глаза ведет к улучшению зрительных функций (в рамках предельных функциональных возможностей зрительно-нервного аппарата при терминальной степени этой инвалидирующей перинатальной патологии), поведенческих реакций детей и ориентирования их в пространстве, а также предупреждает развитие тракционного субатрофии глазного яблока и гибели глаза как органа.
3. Разработанные нами методические приемы (сочетание фокусированного и расфокусированного излучения) и дифференцированные энергетические параметры лазерного воздействия значительно снижают энергетические затраты лазерной операции и риск осложнений.
4. Противопоказанием к лазерной ВШТ при закрытой воронкообразной отслойке сетчатки при РН следует считать плоскостные протяженные сращения куполов отслоенной сетчатки и выраженную васкуляризацию витреальных шварт.

Материалы и методы

Исследование выполнено на 48 крыс породы вивар, разделенных на 4 группы по 12 крыс: опытная группа (крысы с ЭРН), опытная группа на фоне введения мелатонина, контрольная группа и контрольная группа на фоне введения мелатонина. С целью воспроизведения ЭРН новорожденных крыс на 14 суток помещали в инкубатор вместе с родившей их самкой. Каждые 12 часов концентрация кислорода в инкубаторе колебалась от 60 до 15%. Контрольную группу составили крысы, находившиеся с момента рождения в условиях с нормальным содержанием кислорода (21%). Еще двум группам крыс, находившихся в опытных

и контрольных условиях, с 1-х по 14-е сутки интраперитонеально вводили раствор мелатонина («Sigma-Aldrich») в стерильном растворе 0,05 М фосфатного буфера (рН 7,4) объемом 30 мкл в дозе 10 мг/кг. Крысы вводили из эксперимента на 7, 14 и 18 сутки (по 4 крыски из каждой группы на каждом сроке исследования). Всем крысам проводили биохимическую оценку и в образцах стекловидного тела определяли концентрацию общего белка и уровень антиокислительной активности (АОА).

Результаты и обсуждение

Полученные результаты представлены в табл. 1 и 2.

Сравнительный анализ уровня общего белка в стекловидном теле крыс, являющегося отражением состояния гемоторетинального барьера, в контрольной и опытной группах без введения мелатонина показал, что данный показатель у опытных крыс существенно превышал таковой у крыс контрольной группы: на 7 сутки — в 1,5 раза, на 14 сутки — почти в 3 раза и на 18 сутки — в 2 раза. АОА у крыс с ЭРН на 7 сутки не отличалась от контроля, на 14 сутки становилась выше контрольного уровня в 6,4 раза, а на 18 сутки снижалась, однако по-прежнему превышала норму практически в 2 раза.

Обсуждение

Полученную динамику можно объяснить следующим. В течение первой недели, несмотря на повышенную по сравнению с контролем проницаемость гемоторетинального барьера, АОА не увеличивалась, возможно, в силу «расходования» плазматических антиоксидантов на связывание свободных радикалов, содержание которых в этот период возрастает. Значительное увеличение АОА в стекловидном теле на второй неделе связано с поступлением в него плазматических антиоксидантов из патологически измененной ретикулярной сосудистой сети вследствие процессов активной васкуляризации, что подтверждается высоким значением

Сборник научных трудов
«Ретинопатия недоношенных-2016»,
Москва, ФГБУ «МНИИ глазных
болезней им. Гельмгольца»

Экспериментальное моделирование как платформа для поиска новых мишеней лекарственной терапии ретинопатии недоношенных

Л.А. Катаргина, Н.Б. Чеснокова,
О.В. Безнос, Н.А. Осипова

ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава
России, г. Москва

Ретинопатия недоношенных (РН) — тяжелое инвалидирующее вазо-пролиферативное заболевание, многие аспекты патогенеза которого остаются неясными до сих пор. Большую роль в решении данного вопроса играет экспериментальное моделирование, объектом которого являются новорожденные животные, васкуляризация сетчатки которых не закончена к моменту срочных родов, что позволяет сравнивать ее параметры с таковыми у недоношенного ребенка. Фактором, запускающим развитие ретинопатии в эксперименте, служат изменения концентрации вдыхаемого ими кислорода.

Наиболее популярными являются модели РН на грызунах, в частности на крысах, в силу довольно высокого сходства процесса васкуляризации и строения сосудистой системы крысиных и человеческих глаз и, как следствие, сходства развивающейся у них экспериментальной РН (ЭРН) с РН у детей. Ключевую роль в развитии ретинопатии в крысиной модели играют колебания концентрации подаваемого в ходе эксперимента кислорода, не достигающей высоких значений, копирующие колебания уровня кислорода в крови недоношенных детей, отмечаемые в первые недели их жизни, что позволяет сравнивать патогенетические основы развития ЭРН и РН в клинике.

Актуальность проведения исследований с использованием экспериментальных моделей, помимо изучения вопросов этиопатогенеза РН, обусловлена возможностью поиска новых патогенетически ориентированных подходов к ее профилактике и лечению. Так, в настоящее время в качестве перспективного агента для профилактики и лечения заболеваний, индуцируемых окислительным стрессом, к числу которых в определенной мере относят и РН, активно рассматривается мелатонин. Известно, что он обладает широким спектром антиоксидантных, противовоспалительных, нейропротекторных, а также антиаггиогенных свойств. Кроме того, есть данные, свидетельствующие о способности мелатонина стабилизировать гемоторетинальный барьер в условиях экспериментальной гипоксии.

Цель: оценка влияния экзогенного мелатонина на состояние гемоторетинального барьера и окислительный статус стекловидного тела крыс с экспериментальной ретинопатией недоношенных (ЭРН) и анализ перспектив его применения для профилактики и лечения ретинопатии недоношенных (РН) в клинике.

Материалы и методы

Исследование выполнено на 48 крыс породы вивар, разделенных на 4 группы по 12 крыс: опытная группа (крысы с ЭРН), опытная группа на фоне введения мелатонина, контрольная группа и контрольная группа на фоне введения мелатонина. С целью воспроизведения ЭРН новорожденных крыс на 14 суток помещали в инкубатор вместе с родившей их самкой. Каждые 12 часов концентрация кислорода в инкубаторе колебалась от 60 до 15%. Контрольную группу составили крысы, находившиеся с момента рождения в условиях с нормальным содержанием кислорода (21%). Еще двум группам крыс, находившихся в опытных

Концентрация общего белка (мг/мл)

Таблица 1

Срок получения материала	Контрольная группа	Контрольная группа на фоне введения мелатонина	Опытная группа	Опытная группа на фоне введения мелатонина
7 сутки	4,75±0,54	4,49±0,53	7,01±1,06 (p<0,01)*	3,65±0,4 (p<0,01)**
14 сутки	2,38±0,29	1,92±0,43	6,71±1,91 (p<0,01)*	2,5±0,32 (p<0,01)**
18 сутки	2,77±0,43	1,99±0,39	5,38±1,55 (p<0,05)*	3,01±0,47 (p<0,05)**

Примечание: * – достоверное отличие от контрольной группы;
** – достоверное отличие от опытной группы.

Таблица 2

Антиокислительная активность (мкМ тролокса)

Срок получения материала	Контрольная группа	Контрольная группа на фоне введения мелатонина	Опытная группа	Опытная группа на фоне введения мелатонина
7 сутки	29,25±8,88	41,38±9,75	33,5±13,5	31,0±8,37
14 сутки	47,75±16,56	66,0±12,18	307,25±90,41 (p<0,01)*	54,45±33,98 (p<0,01)**
18 сутки	75,60±16,22	90,19±17,62	155,36±22,95 (p<0,01)*	95,07±43,29 (p<0,05)**

Примечание: * – достоверное отличие от контрольной группы;
** – достоверное отличие от опытной группы.

и контрольных условиях, с 1-х по 14-е сутки интраперитонеально вводили раствор мелатонина («Sigma-Aldrich») в стерильном растворе 0,05 М фосфатного буфера (рН 7,4) объемом 30 мкл в дозе 10 мг/кг. Крысы вводили из эксперимента на 7, 14 и 18 сутки (по 4 крыски из каждой группы на каждом сроке исследования). Всем крысам проводили биохимическую оценку и в образцах стекловидного тела определяли концентрацию общего белка и уровень антиокислительной активности (АОА).

Результаты и обсуждение

Полученные результаты представлены в табл. 1 и 2.

Сравнительный анализ уровня общего белка в стекловидном теле крыс, являющегося отражением состояния гемоторетинального барьера, в контрольной и опытной группах без введения мелатонина показал, что данный показатель у опытных крыс существенно превышал таковой у крыс контрольной группы: на 7 сутки — в 1,5 раза, на 14 сутки — почти в 3 раза и на 18 сутки — в 2 раза. АОА у крыс с ЭРН на 7 сутки не отличалась от контроля, на 14 сутки становилась выше контрольного уровня в 6,4 раза, а на 18 сутки снижалась, однако по-прежнему превышала норму практически в 2 раза.

Обсуждение

Полученную динамику можно объяснить следующим. В течение первой недели, несмотря на повышенную по сравнению с контролем проницаемость гемоторетинального барьера, АОА не увеличивалась, возможно, в силу «расходования» плазматических антиоксидантов на связывание свободных радикалов, содержание которых в этот период возрастает. Значительное увеличение АОА в стекловидном теле на второй неделе связано с поступлением в него плазматических антиоксидантов из патологически измененной ретикулярной сосудистой сети вследствие процессов активной васкуляризации, что подтверждается высоким значением

содержания общего белка в стекловидном теле в этот период. Кроме того, определенный вклад может вносить возможное увеличение синтеза антиоксидантов in situ в самой сетчатке в ответ на развивающийся окислительный стресс. Последующее снижение АОА у крыс опытной группы на 18 сутки говорит скорее не об уменьшении интенсивности процессов перекисного окисления и начавшейся нормализации состояния стенок сосудов сетчатки, а о возросших затратах антиоксидантов в борьбе с активными формами кислорода, поскольку сохраняющаяся высокая концентрация белка в стекловидном теле свидетельствует о том, что проницаемость гемоторетинального барьера по-прежнему остается нарушенной.

Ежедневное интраперитонеальное введение мелатонина в течение первых 14 суток после рождения привело к тому, что содержание общего белка и уровень АОА в стекловидном теле опытных крыс снизился практически до уровня данных показателей в контрольной группе на всех сроках наблюдения, что, по-видимому, объясняется способностью мелатонина стабилизировать гемоторетинальный барьер и его выраженными антиоксидантными свойствами, а также косвенно подтверждает его антиаггиогенную активность.

Заключение

Воспроизведенная нами модель ЭРН по своей фазности обладает схожестью течения с РН в клинике: полученные в результате биохимических исследований данные свидетельствуют об этапности ретикулярной неоваскуляризации. Применяемая при моделировании схема подачи кислорода, ведущая к дисбалансу ростовых факторов, позволяет рассчитывать на копирование патогенетических основ развития РН в эксперименте и делает модель адекватной для изучения различных аспектов ее патогенеза, а также для поиска новых перспективных медикаментозных подходов к ее профилактике и лечению.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о выраженных нарушениях проницаемости гемоторетинального барьера при развитии ретинопатии и важной роли нарушений окислительного статуса как одного из звеньев этиопатогенеза РН. Полученная динамика изменений АОА подтверждает обоснованность применения антиоксидантов именно на ранних этапах развития ретинопатии, т.е. до развития «пика» собственной антиокислительной активности.

Мелатонин при ежедневном интраперитонеальном введении в период начального нарушения постнатального развития сосудистой сети сетчатки при ЭРН способствует стабилизации гемоторетинального барьера, что, по-видимому, связано с его антиаггиогенным действием, а также проявляет антиоксидантные свойства. Полученные нами данные позволяют рассматривать мелатонин и его аналоги в качестве потенциального медикаментозного средства для профилактики и лечения РН в клинике. Важно отметить, что очень низкая токсичность мелатонина и его способность воздействовать на несколько факторов патогенеза РН может повышать его эффективность при низких дозах введения и тем самым обеспечивать безопасность применения у крайне ослабленных соматически недоношенных детей. ■

Сборник научных трудов
«Ретинопатия недоношенных-2016»,
Москва, ФГБУ «МНИИ глазных
болезней им. Гельмгольца»

ALLERGAN
ophthalmology

Лечение глаукомы:
мощный и нежный

Первый выбор для лечения пациентов с ранней и поздней закрытой глаукомой!

Ганфорт
Комбинация 2-х активных веществ в одной капле

Достижение максимального эффекта в терапии глаукомы!

Альфеган Р
Препарат с 15% капля глазные

Первый выбор для пациентов с начальной глаукомой!

Комбиган

Соблюдая все инструкции, вы можете получить в адрес компании ООО «Аллерган СНГ САРТ» Россия по телефону: +7(495) 778-98-25, +8(800)250-98-25 (звонок по России бесплатный) Факс: +7(495) 778-98-26 или по электронной почте: info@allergan.ru

Комбиган® (Бромиды 2 мг/мл + тимолол 5 мг/мл), капли глазные — ЛСР-007279/10, Аллерган Фармасьютикалс Айрландия, Ирландия

Ганфорт® (Биматопрос 0,3 мг/мл + тимолол 5 мг/мл), капли глазные — ЛСР-007278/10, Аллерган Фармасьютикалс Айрландия, Ирландия

Альфеган® Р (Бромиды 0,15%), капли глазные — ЛСР-008960/10, Аллерган, Иллис, США

ООО «Аллерган СНГ САРТ»: 109004, г. Москва, ул. Станиславского, дом 21, строение 2, тел.: +7 (495) 974 03 53, www.allergan.ru

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению. *Биосовместимость (in vitro) подтверждена — зарегистрированы в России (www.fda.gov)

© Schering-Plough, Inc. Оригиналы 1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

МН/01/3/2013

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

www.xentec.ru

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

ЛОКОЛИНК
Аппарат для фототерапии роговой оболочки методом локального криоохлаждения

БИОСОВМЕСТИМОСТЬ
БЕЗОПАСНОСТЬ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Cirrus Angioplex — новые возможности оптической когерентной томографии

М.А. Руднева

Руководитель отдела офтальмологического оборудования ООО «ОПТЭК»

ОКТ-ангиография (ОКТ-А) — новый метод визуализации сосудов заднего отрезка глаза, не требующий введения контрастного вещества.

Метод оптической когерентной томографии (ОКТ) основан на регистрации интенсивности сигнала, отраженного от внутриглазных структур, и построении трехмерного изображения этих структур. Принцип ОКТ-ангиографии — регистрация изменений интенсивности и фазы отраженного сигнала, вызванных движением эритроцитов в сосудах сетчатки и хориоидеи. Каждый В-скан повторяется четырежды в одном и том же участке, при их сравнении определяются различия, вызванные движением эритроцитов. Таким образом идентифицируется расположение сосудов, и в этом состоит отличие ОКТ-А от флуоресцентной ангиографии (ФАГ), при которой регистрируется излучение введенного в кровяное русло флуоресценции.

Важнейшими преимуществами ОКТ-А является возможность визуализации сосудов обоих глаз без введения препаратов, отсутствие противопоказаний и ограничений по частоте проведения исследований. Разрешающая способность ОКТ-А выше, чем ФАГ, что позволяет визуализировать более мелкие сосуды. В настоящее время клиническое применение ОКТ-ангиографии еще находится в процессе изучения, в первую

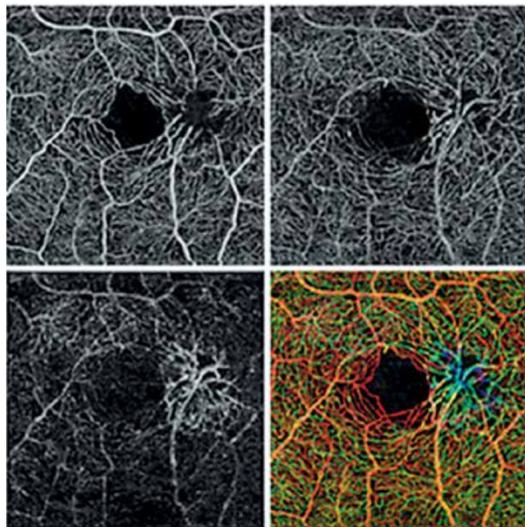


Рис. 1. ОКТ-ангиограмма левого глаза пациента, 69 лет, с телеангиоэктазией сосудов макулярной области. В темпоральной части макулы видны микроваскулярные изменения, распространяющиеся на внутренние, средние и наружные слои сетчатки, которые условно обозначены соответственно красным, зеленым и синим цветом. *Левый верхний снимок* — ОКТ-ангиограмма внутренних слоев сетчатки. *Справа сверху* — средние слои сетчатки, сосуды которых умеренно изменены. Кроме того, сосуды визуализируются и в наружных слоях, где в норме они отсутствуют (*левый нижний снимок*)

очередь при сосудистых заболеваниях сетчатки и болезнях хориоидеи. Вполне возможно, что ОКТ-А в ряде случаев может быть альтернативой ФАГ, т.к. является более быстрым и неинвазивным методом исследования, обладающим высокой разрешающей способностью.

Регистрация ОКТ-ангиограммы на приборе Cirrus HD-OCT производства Carl Zeiss Meditec (Германия) осуществляется просто и быстро. Система трекинга и процессор высокого быстродействия позволяют получить изображение менее чем за 1 минуту. Даже при невозможности

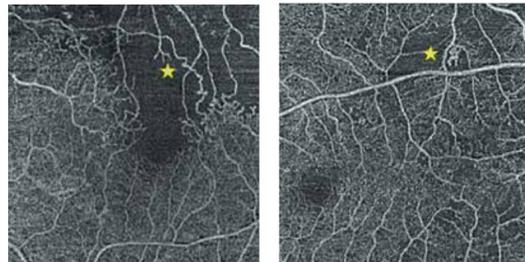


Рис. 2. ОКТ-ангиограмма пациента с окклюзией ветви вены сетчатки: визуализируется неперфузируемая область, распространяющаяся на границу аваскулярной зоны фovea

четкой фиксации взгляда пациента возможно получение изображения высокого качества. Работать на приборе может средний медицинский персонал после непродолжительного обучения.

Cirrus HD-OCT с модулем «Ангиоплекс» для получения ОКТ-ангиограмм использует частоту сканирования — 68 сканов в секунду, что позволяет увеличить число А-сканов в одном В-скане. Увеличение плотности пикселей обеспечивает повышение качества изображения при визуализации структур макулярной области и микроваскулярной сети.

По предварительным данным, ОКТ-ангиография наиболее информативна в случаях диабетического макулярного отека и окклюзии вен сетчатки, когда данный метод позволяет определить неперфузируемые зоны макулы и пограничных с ней областей. Эти зоны бывает трудно увидеть при офтальмоскопии, но они четко визуализируются при проведении

ОКТ-ангиографии. Трехмерное изображение сосудистого русла в HD-качестве позволяет в многих случаях не проводить флуоресцентную ангиографию. Результаты ОКТ-А позволяют прогнозировать эффективность интравитреальных инъекций. Если перфузия макулы резко снижена, прогноз повышения остроты зрения после введения ангиопротективных препаратов будет неблагоприятным.

ОКТ-ангиография может стать информативным диагностическим методом раннего выявления хориоидальной неоваскуляризации при переходе сухой формы ВМД во влажную. ОКТ-А позволяет идентифицировать неоваскулярные комплексы, находящиеся под пигментным эпителием до начала трансудативных и геморрагических проявлений. В настоящее время ведутся исследования в данном направлении. ■

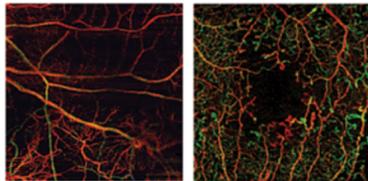
ОСТ Ангиоплекс от Карл Цейсс - непревзойденная четкость объемной визуализации сосудов

Новая информация о сосудах:

- Сверхчеткие 3D-изображения микрососудов, получаемые на платформе OMAGC
- OMAGC — это запатентованный компанией ZEISS метод обнаружения движения эритроцитов в рамках последовательной ОКТ в В-режиме, проводимой в одной и той же области
- Цветная сегментация слоев сосудов сетчатки для упрощения визуальной оценки

Улучшенный рабочий процесс:

- Идеальный метод неинвазивной ангиографии без использования красителя
- Простота однократного сканирования: получение ОКТ-ангиограммы всего за одно сканирование
- Отслеживание в реальном времени с системой FastTrac™ позволяет избежать артефактов и точно определить расположение области сканирования во время контрольных визитов



ОПТЭК
Объединяя решения

www.optecgroup.com

8-800-2000-567 Звонки по России бесплатно

Современный бизнес требует фундаментальных знаний

Интервью с руководителем отдела офтальмологического оборудования ООО «ОПТЭК», кандидатом медицинских наук Мариной Альбертовной Рудневой

— Марина Альбертовна, Вы — опытный врач-офтальмолог, кандидат медицинских наук, долгие годы работали в МНТК «Микрохирургия глаза» в отделе клинико-функциональной диагностики. Ваша врачебная деятельность способствовала развитию успешной карьеры в выбранной области. Что заставило в определенный период круто изменить жизнь и уйти в бизнес?

— Честно говоря, уход в бизнес не был для меня крутым поворотом, потому что с аппаратурой Zeiss я была связана практически всю жизнь, с первых дней работы в институте. История складывалась таким образом, что приборы первыми попадали в МНТК, литературы по ним не было, и приходилось постигать тонкости работы буквально «на ощупь». Фактически я была первой или одной из первых, в чьи руки попадала новая аппаратура для функциональной диагностики. К тому же мне было интересно знать о ней все, «до последнего винтика». Выразаясь современным языком, я стала продвинутым пользователем и вскоре уже обучала других офтальмологов.

Со временем я стала все чаще и чаще приходить к выводу о том, что ничего качественно нового в моей профессиональной жизни уже не произойдет, до пенсии я буду заниматься тем, что делаю сейчас.

Честно говоря, эта мысль меня встревожила. Я прекрасно понимала, что у меня последний шанс, после 50-ти будет поздно. Однако я продолжала сотрудничать с компанией Zeiss (фирмы «ОПТЭК» в то время еще не существовало): читала лекции по их приборам, ездила по стране, обучала новых пользователей, совмещая врачебную, научную работу и просветительскую. Иными словами, я была хорошо знакома с компанией, с Гоар Давтян, которая на тот момент уже возглавляла отдел медицинской техники, куда входит подразделение офтальмологического оборудования. В один из дней мне позвонила Гоар и спросила, нет ли среди моих знакомых человека, кто хотел бы работать в компании, что у нее есть интересная вакансия, но она не может найти подходящую кандидатуру. В моей голове пронеслась мысль: «Это для меня». Я приехала к Гоар и честно сказала, что у меня никого нет, но такой вариант хотела бы рассматривать для себя, на что она ответила, что будет счастлива видеть меня в своем коллективе. Правда, я попросила время еще раз все обдумать: необходимо было узнать мнение семьи, друзей, завершить начатые дела в институте. Все в один голос мне советовали принять предложение. Муж и брат к тому времени уже довольно долго и успешно занимались медицинским бизнесом, и я понимала, насколько это может быть интересно, но более, имея медицинское образование.

Вот так моя жизнь изменилась, не знаю, насколько это был крутой поворот, скорее постепенный, плавный, но я сменила род деятельности. Первое время я была экспертом, занималась тем же, что я делала, работая в МНТК, читала лекции,



знакомила врачей с новым оборудованием. В этом я вижу определенную логику и, конечно, ни секунды не жалею о своем выборе.

— Вы сказали, что всю жизнь работаете с оборудованием Zeiss. Начали Вы с Carl Zeiss Jena (ГДР) или сразу с приборами Zeiss, произведенными в Западной Германии?

— Даже не могу сказать точно... Я всегда считала себя человеком рациональным, к мистическим знакам и предзнаменованиям отношусь довольно скептически, но первая в Москве неоновая реклама в уже далекие 60-е годы была установлена в доме, где я жила...

— Очевидно на Ленинградском проспекте...

— ...Совершенно верно, на Ленинградском проспекте, дом 4, и это была реклама Carl Zeiss Jena. Вот такой знак. На самом деле я впервые начала работать на компьютерном периметре американской компании Humphry, которая впоследствии была куплена концерном Carl Zeiss. В то время (1984-1985 гг.) в «МНИИ микрохирургии глаза» мы в основном пользовались приборами Opton западногерманского подразделения Zeiss: щелевые лампы, микроскопы — до сих пор их можно найти в институте. В 1987 году был приобретен первый периметр Zeiss, в это время я и заинтересовалась высокими технологиями в диагностике, о которых тогда еще мало кто знал. У меня возникла идея подготовить диссертацию на тему — мне очень хотелось поделиться своими знаниями со всеми. Основная ценность диссертации, на мой взгляд, заключалась в том, что мне удалось сделать широкий и глубокий анализ литературы. Я свободно владею английским языком и прочла, наверное, все материалы по периметрической технике, изданные на тот момент, и изложила свои знания в доступной и понятной форме.

В 1989 году уже образовался МНТК, во всех филиалах были закуплены периметры, и я ездила обучать офтальмологов работать с новейшим оборудованием... Уже через много лет я взяла свою диссертацию в библиотеке, и меня очень порадовало, что она была не раз читана, на полях осталось множество замечок. Так я начала работать с приборами Zeiss.

— Почему Ваш выбор пал именно на функциональную диагностику?

— В 1983 году я пришла работать к Святославу Николаевичу Федорову, и сначала он направил меня работать в Международный отдел. Проработав какое-то время, поняла, что такая работа мне совсем не по душе. Я призналась в этом Святославу Николаевичу, и он мне посоветовал не идти в хирургию, куда стремились попасть очень многие врачи: это было романтично, интересно, модно. Он сказал, что по моему складу ума мне подошла бы функциональная диагностика. В тот момент речь шла только об электрофизиологии, это было малопонятное направление, и я чувствовала себя не вполне комфортно, однако с появлением периметрии возникли вдохновение и интерес к работе. Это был фактически первый этап моей работы в МНТК. Начало второго этапа совпало с появлением в институте оптического когерентного томографа. Ситуация повторилась: на русском языке литературы не было, и мне в который раз пригодились знания английского. Прибор привезли к нам на апробацию, и первыми с ним работали витреоретинальные хирурги. Они ничего особенного в нем не нашли, и прибор не был приобретен. Только когда ОСТ попал в отдел функциональной диагностики, где я уже работала старшим научным сотрудником под руководством Александра Анатольевича Шпака (для меня Александр Анатольевич

является огромным авторитетом в науке), мы начали проводить параллельно с Иркутским филиалом совместные научные исследования и прошли путь от совершенного непонимания методики до экспертного уровня. Безусловно, это была революция в диагностике: то, что раньше мы могли видеть только на гистологических препаратах, мы увидели на живом органе зрения, при этом не причиняя пациенту никаких беспокойств. Мы методично осваивали методику, брали пациентов с уже установленным диагнозом, смотрели, как это выглядит на ОСТ. Довольно интересным было отношение к методике сотрудников лазерного отдела, занимающихся лазерным дном. Сначала они совершенно не воспринимали методику: по их мнению, ОСТ в сравнении с флуоресцентной ангиографией сушая ерунда — ну кому интересен маленьких кусочек сетчатки, хотя и с огромным разрешением? А сейчас попробуйте найти врача, кто был бы готов обойти пациента без ОСТ. Процесс становления методики происходил на наших глазах, при нашем непосредственном участии, я с удовольствием посещала конференции, выставки офтальмологического оборудования.

— С 2009 года исполнительным директором компании Carl Zeiss Meditec в России является компания ООО «ОПТЭК». Ваша должность в компании — руководитель отдела офтальмологического оборудования. Пожалуй, в офтальмологии, как ни в одной другой отрасли медицины, активно используются и внедряются инновационные технологии, разрабатывается новое оборудование. Какое текущее положение компании «ОПТЭК» занимает на российском рынке?

— В прошлом году исполнилось 10 лет, как я пришла в этот бизнес, и для меня «доля рынка» представляет собой определенный маркетинговый показатель. Спектр продукции на самом деле очень широкий, и однозначно ответить на вопрос нельзя. Например, по хирургическим микроскопам мы в различные годы занимали до 90% рынка. Микроскопы Zeiss очень успешные, пользуются заслуженным признанием. По таким новым направлениям, как эксимерлазерная и фемтосекундная хирургия наша доля рынка — 20-25%. Приборы фантастические, фемтосекундный лазер VisuMax уникален, так как позволяет работать микроинвазивно, проводить коррекцию аномалии рефракции без применения эксимерного лазера. Конечно, приборы дорогие, и преобладающие конкуренты на отечественном

которые делают просто уникальные операции. Это — люди с блестящим интеллектом и «золотыми» руками. Святослав Николаевич Федоров со своими соратниками, организовав производство искусственных хрусталиков, доказал, что и мы способны на многое. В Советском Союзе в свое время производилась высокотехнологичная аппаратура, способная конкурировать с западными аналогами. Но когда я начала работать, отечественные приборы, к сожалению, не шли ни в какое сравнение с зарубежными. Это были примитивные ручные периметры, которые годились только для ориентировочной диагностики, об ОСТ я даже и не слышала. Это очень грустно.

— Как Вы считаете, происходит ли сдвиг в отношении налаживания производства высокотехнологичного оборудования внутри страны? С самой высокой трибуны было заявлено, что импортозамещение — одно из главных направлений развития экономики.

— Радует хотя бы то, что о необходимости производства современного качественного оборудования внутри страны говорят на самом высоком государственном уровне, но продукция, которую можно было поставить в один ряд с импортными приборами, мы не видим. При этом на рынке появляется высококачественная продукция корейских, китайских производителей. А отечественные компании пока предлагают простейшие оптические приборы типа щелевых ламп и наборов стекол для подбора очков. Мне бесконечно жаль, но будем надеяться на лучшее.

— В прошлом году исполнилось 10 лет, как я пришла в этот бизнес, и для меня «доля рынка» представляет собой определенный маркетинговый показатель. Спектр продукции на самом деле очень широкий, и однозначно ответить на вопрос нельзя. Например, по хирургическим микроскопам мы в различные годы занимали до 90% рынка. Микроскопы Zeiss очень успешные, пользуются заслуженным признанием. По таким новым направлениям, как эксимерлазерная и фемтосекундная хирургия наша доля рынка — 20-25%. Приборы фантастические, фемтосекундный лазер VisuMax уникален, так как позволяет работать микроинвазивно, проводить коррекцию аномалии рефракции без применения эксимерного лазера. Конечно, приборы дорогие, и преобладающие конкуренты на отечественном



рынке объясняется тем, что их продукция дешевле. Однако я считаю, что Visumax — это высший класс в хирургии, и пациентам я бы рекомендовала только операцию по технологии SMILE. На мой взгляд, эта операция является вершиной в рефракционной хирургии: максимально щадящая, абсолютно безболезненная, на следующий день после операции пациент видит 100%, и не каждый доктор увидит след на роговице после вмешательства. Мой племянник, имея несколько образований и занимааясь навигацией на водном транспорте, захотел поступить в Академию гражданской авиации, и ему было необходимо иметь 100% зрение, так как был он близорук. Ему сделали операцию SMILE, и на медкомиссии он честно рассказал, что была сделана такая операция. Его не взяли, хотя следов вмешательства никто не увидел. На следующий год племянник уже хранил молчание, прошел медкомиссию и успешно поступил в академию.

Диагностические оборудование, которое я знаю лучше всего (кроме руководства отделом, я веду диагностическое направление и, помимо продаж, обучаю офтальмологов с ним работать), занимает 30-35% рынка, иногда может доходить до 40%. Это — справедливая доля. Компания Zeiss не является монополистом, и у потребителей могут быть свои предпочтения.

— С учетом количества производителей на российском рынке это — хорошая доля.

— Я согласна с Вами, но в области высокотехнологичного оборудования мы лидируем. Однако я не беспристрастна: я испытываю к оборудованию Zeiss очень теплое личное отношение.

— Я был во многих клиниках, государственных и частных, и они, как правило, оснащены оборудованием различных производителей. Причина, очевидно, заключается в том, что все производители могут полностью обеспечить своим оборудованием диагностическую линию. Можете ли Вы привести примеры, когда клиника или отделение оборудованы только аппаратурой фирмы Zeiss?

— Скорее всего, нет. Можно найти примеры, когда диагностика представлена в основном компанией Zeiss. Смотрите, Zeiss не выпускает ультразвукового оборудования. До самого последнего времени компания не производила оборудования для первичной

— С учетом нюансов, о которых Вы только что сказали, емкость рынка еще достаточно велика?

— Даже если исходить из стандартов оснащения офтальмологических кабинетов, отделений, клиник, разработанных и утвержденных Минздравом, потребности на сегодняшний день огромные. Отставание клиник от стандартов колоссальное. Конечно, решение вопроса оснащения государственных клиник зависит от бюджета, выделяемого министерством. Хотя программа модернизации здравоохранения дала свои положительные результаты. Сегодня государственные клиники оснащены современным оборудованием, и порой не хватает квалифицированного персонала, чтобы освоить новую технику. Если говорить о частной медицине, сейчас открывается много клиник больших и малых, и оценить их потребности порой бывает трудно, но у них большой потенциал, и основной акцент в работе мы делаем именно на частных клиниках.

— Вы взаимодействуете с дилерами? На каких условиях?

— У компании «ОПТЭК» — 10 филиалов во всех федеральных округах, есть представительства в большинстве стран СНГ и целая сеть дилерских центров. Нашим дилером может стать любая компания, занимающаяся поставкой медицинского оборудования. Мы с удовольствием сотрудничаем с дилерами, так как они оказывают нам большую помощь, увеличивая объем наших продаж. Мы в свою очередь оказываем им информационную поддержку, раз в год устраиваем дилерские семинары, где рассказываем обо всех новинках, о конкурентах, о наших сильных и слабых сторонах. Вы знаете, некоторые приборы Zeiss можно продавать, буквально не вставая из-за стола: настолько хорошо они себя зарекомендовали. А есть техника, продажа которой связана с серьезной разъяснительной работой, борьбой с конкурентами, предлагающими хорошее аналогичное оборудование. Компания Zeiss всегда была лидером: она сделала первый компьютерный периметр, первый экзермерный лазер, первый ОСТ — и конкуренты стремятся повторить успех Zeiss и вывести на рынок первоклассную технику. И мы очень благодарны дилерам за то, что они берут на себя труд участвовать и выигрывать конкурсы, иногда жертвуя своей прибылью. Мы ценим наших постоянных дилеров, и, судя по их количеству, можно сделать вывод о том, что с нами комфортно работать.

— О надежности оборудования Zeiss ходят легенды, срок службы некоторых приборов исчисляется десятками лет.

— Вы правы, это очень надежное оборудование. В первые годы работы в компании мне приходилось много ездить по России, и однажды в Воронеже я увидела комбайн Carl Zeiss Jena 1972 года выпуска, то есть ему было около 40 лет. Доктора за ним ухаживали, правильно чистили оптику, работали на превосходно, эргономика — идеальная. На эту целевую лампу врачи водили всех пациентов, у которых нужно было увидеть то, что нельзя было увидеть на других лампах. Представляете? Это Zeiss 72 года. Конечно, для нас, бизнес-структуры, такой срок службы — минус: только подумайте, если все приборы будут работать по 30-40 лет... Хотя для меня этот пример служит лишим подтверждением высочайшей надежности аппаратуры.

— Конечно, 30-40 лет — это возраст, когда техника становится антиквариатом. А что делать с прибором, который поработал 3-5 лет, находится в прекрасном техническом состоянии, а на рынке появился новый, более совершенный аналог? Всегда ли найдется покупатель на старую технику? Работает ли у нас вторичный рынок?

— Безусловно, работает и, прежде всего, на благо частных клиник, которым необходимо развиваться, становиться на ноги. Многие начинают с того, что оснащают свои кабинеты приборами б/у. Такая техника пользуется большим спросом: их цена значительно ниже, но ресурса хватит еще на 5-6 лет. Я сама проводила такие сделки, и покупатели оставались довольны: они приобретали хороший прибор за половину стоимости. Более того, прибор, проработавший 3 года, показывал, что не имеет скрытых производственных дефектов и будет работать еще много лет.

— Какие конкурентные преимущества продукции Zeiss Вы могли бы отметить?

— Первая мастерская Zeiss была создана в 1846 году, и она называлась «Мастерская точной механики и оптики». Точность механики и оптики, высочайшее качество, надежность — это качества, отличающие продукцию компании Zeiss

уже 170 лет. Все без исключения доктора отмечают эргономичность аппаратуры. В МНТК в Москве, например, ежедневно обследуются на ОСТ 60-70 человек. Ни на одном другом аналогичном приборе сделать это нельзя. В последние десятилетия большую роль играет компьютерное обеспечение, и необходимо отметить «дружественный», очень удобный, понятный интерфейс приборов Zeiss.

— Одной из главных проблем российской экономической модели является тот факт, что бизнес ориентируется на цену покупки, а не на стоимость эксплуатации. Что необходимо предпринять, чтобы исправить такое положение вещей?

— Честно говоря, я никогда глубоко об этом не задумывалась, но считаю, что Zeiss в отношении стоимости эксплуатации имел бы большие конкурентные преимущества, благодаря надежности продукции.

— У компании Zeiss есть производственные мощности за пределами Германии?

— Среди наших соседей — это Белоруссия, где на заводе БелОМО собираются щелевые лампы; есть производство в Китае, Корея; планируются наладить высокотехнологичное производство в Сингапуре. Благодаря тщательному контролю качества приборы не отличаются от аналогов, собранных в Германии.

— Основным активом любой успешной компании являются кадры. Каким образом создана сильная команда профессионалов, объединенная одной философией?

— Кадровая политика — очень сильная сторона компании «ОПТЭК». Сейчас руководителем департамента кадров является Гоар Давтян (параллельно она возглавляет департамент медицинской техники). Мне кажется по своему призванию Гоар — лидер и организатор кадров. У нее талант, кроме того, она этому бесконечно учится, поэтому вопрос подбора кадров решается в высшей степени профессионально. На моей памяти мы ошиблись с людьми всего один или два раза, быстро поняли это и расстались с ними. Большинство сотрудников работает в компании более 10 лет. Здесь царит очень близкая мне атмосфера, высокая корпоративная культура. Люди, которым интересно в высшей степени комфортно. Не секрет, что у нас не самые высокие зарплаты на рынке, и делается это сознательно: на работу приходит человек, которому важнее сама работа, но не материальное вознаграждение. Такой человек — самый эффективный сотрудник. Руководство «ОПТЭК» — образованные, культурные люди. Я понимаю, что в сознании многих людей понятия «бизнес» и «культура», «интеллигентность» не всегда сочетаются. Конечно, в нашем Уставе записано, что целью компании является получение прибыли, но это не мешает сотрудникам быть интеллигентными, эрудированными людьми, хорошо разбираться не только в медицинской технике (конечно, в первую очередь они должны быть компетентными в своей области), но и в других областях, владеть иностранными языками. Еще раз хочу повторить: «ОПТЭК» — это коллектив образованных, культурных, интеллигентных людей.

— Существуют клиники, являющиеся референтными центрами Zeiss. Какими достоинствами необходимо обладать, чтобы стать референтным центром?

— Конечно, это должна быть клиника соответствующего уровня: внешний вид, дизайн интерьера и, самое главное, компетентность, профессионализм врачей и персонала, готовность делиться своими знаниями, так как референтный центр предполагает обязательное обучение новейшим технологиям практикующих врачей других клиник. Еще одно важное условие: люди должны быть влюблены в технику Zeiss и получать эстетическое удовольствие от работы на ней.

— Какими конкурентными преимуществами продукции Zeiss Вы могли бы отметить?

— Первая мастерская Zeiss была создана в 1846 году, и она называлась «Мастерская точной механики и оптики». Точность механики и оптики, высочайшее качество, надежность — это качества, отличающие продукцию компании Zeiss

— Головной офис в Германии оказывает ли влияние на вашу кадровую политику?

— Никак не влияет. В этом отношении «ОПТЭК» абсолютно самостоятельная компания. Мы работаем по договору, между нами

существуют определенные финансовые обязательства за возможность обладать эксклюзивным парамом на распространение продукции Zeiss в России и странах СНГ.

— Компания Carl Zeiss Meditec имеет представительства на разных континентах. В каждой стране свои законы, нормы и традиции ведения бизнеса. Скажите, пожалуйста, за счет чего компании удается везде быть успешной?

— Я бываю в Германии минимум два раза в год на различных тренингах, где даются конкретные знания по ведению бизнеса. Кроме того, встречи по обмену мнениями, семинары с участием коллег из других стран позволяют делиться своим опытом. К примеру, общаешься с представителем Сингапура и понимаешь, что это — совершенно другой мир, но вдруг находишь нечто, что можешь применить у себя, хотя, конечно, схемы, методы работы абсолютно разные. Много зависит от величины страны — Австрия и Россия. В Австрии представитель лично знает каждого доктора, приезжает к нему раз в три-четыре месяца; я уже не говорю о совсем крошечных европейских государствах. Безусловно, имеет значение менталитет. Суть в том, что благодаря общению и обмену опытом, мы, с одной стороны, учимся путем спецификой своей страны, с другой, перенимаем друг у друга различные подходы, которые можем адаптировать к нашим условиям. Опять же многое зависит от продукта: если занимаешься интраокулярными линзами, это индустрия, оборудование предполагает иной. Важнейшую роль играют коммуникации, необходимо понимать, как работают твои коллеги, что ты можешь у них позаимствовать и чем с ними поделиться. За счет этого, на мой взгляд, компания Carl Zeiss удается быть успешной во всем мире. Современный бизнес — это не купеческая торговля, он требует достаточно фундаментальных знаний, которые мы пытаемся постепенно приобретать.

— Марина Альбертова, в отношении ведения бизнеса Россия, на Ваш взгляд, находится в мировом тренде?

— Да, безусловно, это касается и ведения бизнеса, где перелетают как европейские, так и азиатские черты, так и азиатские. С одной стороны, мы ведем цивилизованный бизнес, изучаем его основы, правда, не у всех есть диплом MBA (Гоар Давтян — профессиональный бизнес-менеджер, окончила MBA). С другой стороны, работая, например, в кавказском регионе, понимаешь, что успех в значительной степени зависит от личных взаимоотношений с заказчиками. В Европе бизнес и privacy не пересекаются.

— Все мы переживаем кризис. И каждый ищет ответ на вопрос: «Как увеличить эффективность работы в кризис?»

— Нынешний кризис далеко не первый, который мы переживаем. Грустно, что кризис связан с падением цен на нефть, Россия достойна быть лидером не только в добыче природных ресурсов. Разумеется, кризис не может не касаться деятельности компании, и как бы эффективно ты ни работаешь, ты можешь не достичь нужных результатов по объему продаж. С другой стороны, кризис предоставляет новые возможности в организации бизнеса: становится больше времени, начинаешь думать, какие новые формы работы можно использовать при ограниченных финансовых возможностях. Если раньше можно было давать рекламу, но сильно задумываясь о ее отдаче, сейчас приходится хорошо подумать, прежде чем вложить



деньги в рекламу или какой-то иной проект, тщательно просчитывая возможный эффект. Это очень дисциплинирует бизнес-мышление, в результате находишь новые формы — менее затратные, но не менее эффективные. Если раньше я бы сама поехала к заказчикам, показала презентацию, сейчас я приглашаю их на вебинар, и мы общаемся в сети. Информация о новинках очень востребована клиниками, так как они хотят купить самое лучшее и при этом не ошибиться. Сейчас я могу позволить себе писать письма, обращаясь лично к заказчику, на что он очень живо реагирует. А когда у тебя госзаказ на миллионы евро, и заказчиком выступает Минздрав или департамент здравоохранения, ты даже не знаешь своего конечного пользователя... Так что новые формы работы помогают нам держаться на плаву.

— Позвольте остановиться на теме госзаказа по программе модернизации здравоохранения. Скажите, пожалуйста, существовал ли конкурс на участие в программе?

— Отбор был очень жесткий. С участием ведущих экспертов-офтальмологов было сформировано техническое задание по поручению Департамента здравоохранения Москвы, который занимался оснащением поликлиник офтальмологическим оборудованием. Техзаданию предусматривало поставку высококачественного оборудования с учетом экономии государственного бюджета, то есть преимуществом при отборе пользовались компании, готовые идти на снижение прибыльности проекта за счет его масштабы. Работали буквально днем и ночью. Я говорила выше, что Zeiss не покрывает полностью линейку диагностического оборудования, и нам приходилось выбирать партнеров, производителей оборудования для первичной диагностики, уговаривать их идти на определенные потери в относительной прибыльности, которая была не слишком высока. Но участие в подобном проекте — это престиж компании. Мы оснастили 230 московских поликлиник компьютерными периметрами, обучили персонал работать на них. Мы приглашали сотрудников поликлиник к нам в офис, специалисты

из НИИГБ проводили занятия; занятия транслировались в сети по поликлиникам города, то есть была проделана огромная работа.

— Какие планы у компании «ОПТЭК» на 2017 год?

— Сейчас, планируя бюджет на 2017 год, мы не расцениваем ситуацию как кризисную. В кризис доходы не соответствуют расходам, компаниям приходится привлекать кризисных менеджеров. Мы остаемся на стабильном уровне, который позволяет нам инвестировать в продвижение новых продуктов и нормально существовать. Мы взяли обязательства перед компанией Zeiss на следующий финансовый год, который у нас начинается в октябре и заканчивается в сентябре. Эти обязательства практически не отличаются от объемов, выполненных нами в прошлом и в этом году. Мы рассчитываем, что нам удастся сохранить стабильный уровень продаж в столь неблагоприятной обстановке. В любой ситуации надо уметь зарабатывать.

— Что Вы цените более всего в Ваших коллегах?

— Прежде всего, компетентность, профессионализм. Я уже говорила, что лучше всех работает тот человек, который свою работу любит, поэтому очень важными чертами я считаю интерес и любовь к работе. Мне очень импонирует интеллигентность людей, с ними легко и комфортно.

— Как бы Вы оценили свои главные качества?

— Очень люблю учиться, осваивать что-то новое, внедрять это в свою работу. Думаю, что я — человек ответственный, пунктуальный, трудолюбивый. Я очень люблю свою работу. Кто-то видит во мне ответственного человека, кто-то находит во мне хорошего слушателя.

— Где Вы учили английский язык?

— Язык я учила в прекрасной советской спецшколе № 39 на ул. Беговая. В ней учились дети кинематографистов, художников

люблю его, но основы были заложены в школе. В университете я выучила французский, но он остался невостребованным.

— Ваше любимое занятие?

— На этот вопрос ответить невероятно сложно. Я люблю свою работу, это мое любимое занятие. Люблю путешествовать, проводить время с семьей, с друзьями, люблю бывать на природе, очень люблю читать. Не могу долго не ходить в театр, не слушать музыку. Все это — мои любимые занятия.

— Если не секрет, какая книга сейчас лежит на Вашей прикроватной тумбочке?

— Наверное, не секрет. Сейчас я учу немецкий, и на тумбочке лежит томик Стефана Цвейга на языке оригинала. Люблю читать современных писателей: мне нравятся Людмила Улицкая, последний ее роман «Лестница Якова», нравятся «Даниэль Штайн, переводчик». К сожалению, на художественную литературу остается мало времени, приходится читать книги по специальности, и на работе не всегда это получается.

— Любимые литературные герои?

— Любимые литературные герои были в далекой юности и молодости. Мне ужасно нравился Печорин, неисчерпаем Гамлет. Трагедия Шекспира я перечитывала на русском и английском много раз.

— Три книги, которые бы Вы взяли с собой на необитаемый остров?

— Я много раз перечитывала Набокова «Другие берега», очень люблю «Анну Каренину», каждый раз находишь в романе что-то новое. Нескучно раз перечитывала на английском Фаулза «Башню из черного дерева» и роман «Волхв». Пожалуй, эти книги и составили бы мне компанию на необитаемом острове.

— Ваше жизненное кредо?

— Моим жизненным кредо могли бы служить строки Б. Пастернака: «Во всем мне хочется дойти до самой сути...»

— Благодарю Вас, Марина Альбертова, за интервью!

Беседу вел Сергей Тумар

РЕФРАКЦИЯ

офтальмологическая/оптометрическая конференция

2016

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ ДЛЯ ОПТОМЕТРИСТОВ,
ОПТОМЕТРИЯ ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в XII офтальмологической/оптометрической конференции «Рефракция-2016. Офтальмология для оптометристов, оптометрия для офтальмологов».

Основные направления работы конференции:

- Дискуссионные вопросы взаимодействия оптометристов и офтальмологов
- Оптометрические аспекты в работе офтальмологов
- Офтальмологические аспекты в работе оптометристов:
 - Скрининг глаукомы, катаракты, патологии сетчатки;
 - Первичная диагностика;
 - Маршрутизация;
 - ОМС

Специальные гости конференции:

Boris Dejonckheere
Vice President ZEISS Vision Care, Germany

Tatiana Kuschel
Consultant IDP Rodenstock, Germany

Мероприятие аккредитовано в системе непрерывного профессионального развития.

Материалы конференции «Рефракция-2016» будут изданы в виде сборника статей и зарегистрированы в электронной базе eLIBRARY и РИНЦ.

Срок подачи работ в сборник «Рефракция-2016» - до 15 сентября 2016 г. на электронный адрес: refraction2016@mail.ru

Авторы наиболее интересных работ будут приглашены для участия в конференции в качестве докладчика.

Программа мероприятий конференции

25 ноября 2016 г. (пятница)
Школа офтальмохирурга в формате 3D. «Живая хирургия»
Ведущие офтальмохирурги в режиме on-line продемонстрируют операции при катаракте, глаукоме, операции на сетчатке и стекловидном теле.

26 ноября 2016 г. (суббота)
Открытие конференции.
Пленарное заседание. Научная программа. Сателлитные симпозиумы. Круглые столы. Мастер-классы. Дискуссии.

27 ноября 2016 г. (воскресенье)
Научная программа. Круглые столы. Мастер-классы. Дискуссии. Закрытие конференции.

В рамках конференции состоится специализированная медицинская выставка.

Участие в конференции и публикация работ в сборнике — бесплатно.

Предварительная регистрация участников обязательна.

Заване на участие принимаются до 20 ноября 2016 г. on-line на сайте zrenie-samara.ru или по e-mail: refraction2016@mail.ru

Практические рекомендации: нестандартный «сухой глаз»

Сателлитный симпозиум при поддержке компании «Урсафарм»

Председатель: д.м.н., профессор С.Ю. Астахов (Санкт-Петербург)

Одним из мероприятий конгресса «Белые ночи», вызвавших большой интерес практикующих врачей, стал сателлитный симпозиум, организованный компанией «Урсафарм».

Открыл работу симпозиума д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва), представивший доклад на тему «Вы вывели кератит. Что делать дальше?». Трагизм ситуации, по словам докладчика, заключается в том, что после окончания терапии может остаться гиперемия — признак хронического воспаления — отек, помутнение роговицы, лекарственная аллергия, рецидивирующая эрозия, блефарит, повторные герпетические атаки. В качестве средств Д.Ю. Майчук остановился на средствах репаративной и защитной терапии, которые необходимо применять уже после окончания лечения пациента, в частности, на ночных слезозаместительных препаратах. Солкосерил ускоряет миграцию и пролиферацию базальных клеток эпителия роговицы и кератоцитов стромы, активирует биосинтез коллагена, повышает устойчивость тканей к гипоксии, активирует клеточный метаболизм. Однако действия Солкосерила не хватает на всю ночь, поэтому от рецидивирующей эрозии необходимо использовать Вита-ПОС — лучший препарат на отечественном рынке на сегодняшний день». Во всех случаях после вирусных кератитов необходимо проведение длительной слезозаместительной терапии, при этом препарат должен быть гипоаллергенным (без консервантов), не вязким (не препятствующим вымытию токсинов), заменяющим водный слой, пролонгируемым, задерживающим водный слой. Этим требованиям отвечают пролонгированные препараты с трансформационным эффектом: гиалуроновая кислота (Хило-), Систейни. К этой группе относятся препараты с различной концентрацией — от 0,1% (ХИЛО-КОМОД) до 0,3% (Визмед гель). «Идеальная концентрация — 0,15-0,18%. Гиалуроновая кислота является естественной составляющей тканевой матрицы, одним из лучших натуральных репаративных, способствует миграции эпителия. Несомненным достоинством гиалуроновой кислоты является способность одной ее молекулы удерживать до 1000 молекул воды. Гиалуроновая кислота может различаться по длине молекулы: чем длиннее цепь, тем больше жидкости она абсорбирует; по буферу, отвечающему за стабильность раствора и pH — фосфатный, цитратный. Препараты линейки КОМОДов имеют самую большую молекулярную массу и вязкость; обладают максимальной способностью абсорбировать воду; цитратный буфер при длительном применении препарата обеспечивает минимальную травматизацию роговицы. Далее докладчик остановился на терапии при различных остаточных состояниях. При гиперемии — признаке хронического воспаления: Дексаметазон до 4-х недель; слезозаместители (ХИЛО-КОМОД — 4 раза в день 3-6 месяцев); при отеке, помутнении роговицы: ХИЛОПАРИН-КОМОД — 6-8 раз в день, затем — 4 раза в день 6 месяцев; Дексаметазон до 4-х недель; при рецидивирующей эрозии: монотерапия препаратом ХИЛОПАРИН-КОМОД — 6 раз в день 3 дня; при блефарите: мазь Дека-Гентамицин — 2 раза в день 2 недели или Колбиоцин — 3 раза в день 2 недели; ХИЛО-КОМОД или ХИЛОПАРИН-КОМОД — 3-4 раза в день постоянно; после антибиотиков: Теа-гель с массажем 2 раза в день 4-6 недель; при лекарственной аллергии: Аллергодил — 2 раза в день до 2-х месяцев; слезозаместители (ХИЛО-КОМОД — 4 раза

в день 3-6 месяцев); при рецидивирующей эрозии: Дексаметазон разведенный — 1-2 недели; слезозаместители (ХИЛОЗАР-КОМОД, Стиллавит или ХИЛОМАКС-КОМОД — 4 раза в день 1 год; репарат — Солкосерил — 1-3 раза в день 6 мес., Вита-ПОС — на ночь 1 год; при повторных герпетических атаках: Дексаметазон разведенный — 1-2 недели; слезозаместители (ХИЛОЗАР-КОМОД, Стиллавит или ХИЛОМАКС-КОМОД — 4 раза в день 1-3 раза в день 6 мес.; Вита-ПОС — на ночь 4 раза в день, Вальтрек 1000 мг в сутки — 3 недели 4 курса.

С докладом «Конъюнктивит: синдром «сухого глаза» при опухолях» выступила академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва). По заключению ВОЗ, ежегодный прирост кожного рака составляет 3-8%, при этом у каждого 5-10-го возникает рак век. «Рак век — злое заболевание в 100% случаев, и эти 100% излечения целиком и полностью зависят от нас с вами». Опухоли на коже век растут десятилетиями; на стадии Т1-Т2 опухоли не привлекают внимания ни пациента, ни врача. Пациент жалуется на чувство инородного тела, что врачи сразу ассоциируют с симптомами «сухого глаза». Доктора часто рекомендуют пациентам инстилляции антибиотиков или других антибактериальных капель, что принципиально не верно. Пока ведется обследование, необходимо проводить пациенту симптоматическую, заместительную терапию, при этом «я не привязываю больного к частоте закапывания и рекомендую ему капать только при ощущении дискомфорта», — отметила А.Ф. Бровкина. При раке век страдает интраокулярное пространство, вызывающее страдание пальпебральной конъюнктивы. Опухоли конъюнктивы подразделяются на доброкачественные, злокачественные. К доброкачественным относятся врожденные гемангиомы, которые находятся в субэпителиальном слое. Жалоб пациент не предъявляет. При папилломатозе происходит эпителиальное повреждение, значительное количество желез не функционирует, что вызывает у пациента неприятные ощущения, при этом «лучебный исход в плане ССГ — хороший». Значительно сложнее обстоит дело со злокачественными опухолями конъюнктивы. 70% опухолей локализуется на бульбарной конъюнктиве. Чаще встречаются меланомы, значительно реже — раки. 10% меланом — беспигментные, сливаются на фоне гиперемии конъюнктивы, и доктора их не видят. Гематогенные метастазы развиваются в 22-30% случаев. Факторами риска являются: толщина опухоли более 1,5 мм; распространение на слезное



Профессор С.Ю. Астахов, академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор В.В. Бржецкий, д.м.н. Д.Ю. Майчук

эффективного увлажнения является гиалуроновая кислота. Гиалуроновая кислота способствует клеточной пролиферации, увеличивает миграцию эпителиальных клеток, что ускоряет процесс эпителизации поверхности поврежденных бульбарной конъюнктивы и роговицы. В вопросе выбора слезозаместительной академик А.Ф. Бровкина отметила большую роль индивидуальной переносимости препаратов. Докладчик, основываясь на своем личном опыте, дала положительную оценку препарату ХИЛОМАКС-КОМОД, который обеспечивает большую вязкость и более длительную комфортное состояние пациента. ХИЛОПАРИН-КОМОД также хорошо переносится пациентами, особенно перенесшими брахитерапию кожных раков и злокачественных опухолей конъюнктивы. Химическая структура препарата близка к муцину, ХИЛОПАРИН-КОМОД увеличивает биоадгезию капель; большая анионная формула обладает высокой способностью связывать воду и поддерживать смазывающий эффект гиалуроната натрия. В заключение доклада А.Ф. Бровкина обратила внимание на удобство использования системы КОМОД.

О возможности гиалуроновой кислоты в лечении больных с синдромом «сухого глаза» доложил профессор В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург). Основным направлением в лечении синдрома «сухого глаза» является увлажнение поверхности глазного яблока вне зависимости от этиологии ССГ путем инстилляции препаратов «искусственной слезы». На отечественном рынке присутствует 41 препарат, которые можно классифицировать как препараты низкой, средней и высокой вязкости, а также гелевые. Назначение и действие каждого препарата зависит от тяжести течения роговично-конъюнктивального кератита, существует разница в переносимости препаратов. Значительным преимуществом обладают, прежде всего, препараты, не содержащие консерванты. Основой наиболее популярных препаратов «искусственной слезы» являются природные мукополисахариды, из них 20 — основаны на гиалуроновой кислоте. За последние 5 лет в распоряжении офтальмологов появилось 8 новых составов на гиалуроновой кислоте. Далее профессор В.В. Бржецкий остановился на истории ее применения в офтальмологии; в частности, в середине XX века обсуждалась возможность использования гиалуроновой кислоты в витреоретинальной хирургии и замещении стекловидного тела; в 1979 году появились работы, описывающие ее использование в хирургии катаракты в качестве вискоэластика; с 1982 года натриевая соль гиалуроновой кислоты стала применяться как слезозаместитель. В качестве источника ГК использовали стекловидное тело быка, куриные гребешки. В настоящее время производится в промышленных масштабах путем биологической ферментации. Гиалуроновая

кислота чувствительность роговицы, нарушает состав слезной пленки. Пациенты предъявляют жалобы на покраснение глаз, ощущение инородного тела в глазу, слезотечение, изменение остроты зрения в течение дня, неприятные ощущения при инстилляции противовоспалительных капель. При этом докладчик отметила, что почти половина пациентов, идущих на катарактальную или гипотензивную хирургию, уже имеют ССГ. При выборе препарата для лечения постоперационного ССГ необходимо учитывать ряд факторов: препарат должен иметь хороший регенеративный эффект, не должен иметь консервантов, не должен влиять на остроту зрения. Докладчик посоветовала использовать препарат низкой вязкости ХИЛОЗАР-КОМОД. Причинами развития ССГ после гипотензивных вмешательств являются: исходное нарушение стабильности слезной пленки, в т.ч. на фоне предшествующей гипотензивной терапии; интраоперационные факторы; послеоперационное лечение; изменение конгруэнтности глазной поверхности и век. Докладчик отметила, что добавление гиалуроновой кислоты вдвое снижает цитотоксичность БАХ. При проведении гипотензивной операции может появиться кровоизлияние в фильтративной зоне, в этом случае помогает препарат ХИЛОПАРИН-КОМОД. Препарат безопасен, не проникает глубже эпителия, однако обладает мощным осмотическим эффектом и способствует рассасыванию кровоизлияний. Гепарин, входящий в состав ХИЛОПАРИН-КОМОДА, является прямым антикоагулянтом, эффективно борется с инфекцией, купирует воспаление, нейтрализует токсины, участвует в дифференцировке клеток, их росте и миграции, и действует при этом исключительно топически. В офтальмологии гепарин стимулирует процессы регенерации роговичного эпителия, оказывает противовоспалительное действие, уменьшает невакцилизацию роговицы. Использовался в выборе препарата имеет патогенетический тип «сухого глаза». При легкой форме применяются препараты низкой вязкости без консервантов (ХИЛОЗАР-КОМОД, ХИЛОПАРИН-КОМОД, ХИЛО-КОМОД); средняя тяжесть — препараты высокой вязкости (ХИЛОМАКС-КОМОД, ХИЛОПАРИН-КОМОД); тяжелая форма — высокой вязкости и гелевые препараты (ХИЛОМАКС-КОМОД, Лакропос (гель)); крайне тяжелая форма — препараты низкой вязкости без консервантов (ХИЛОЗАР-КОМОД, ХИЛО-КОМОД). При всех вариантах клинического течения на ночь используется Вита-ПОС. Показаниями к применению препарата Вита-ПОС является системная недостаточность витамина А; клинические признаки кератита бульбарной конъюнктивы; чешуйчатая метаплазия эпителия конъюнктивы; поверхностные язвы роговицы без тенденции к заживлению. Н.В. Ткаченко обратила внимание на необходимость осведомления пациента о возможности появления признаков ССГ в послеоперационном периоде; выявлять группы риска и обеспечить своевременное лечение ССГ, в т.ч. на догоспитальном этапе; назначать дробными длительными действиями, содержащими менее токсичные консерванты, в послеоперационном периоде на 1 месяц и более; практиковать индивидуальный подход при выборе препарата.

Большое количество слушателей и интерес, с которым были выслушаны доклады, свидетельствовали об актуальности избранной организаторами симпозиума темы.

Материал подготовил Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара

Заболевания глазной поверхности. Взгляд со всех сторон

Сателлитный симпозиум при поддержке компании «ТЕА ФАРМА»

Председатели: д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва), д.м.н. В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург)

30 мая 2016 г. в рамках XXII офтальмологического конгресса «Белые ночи» состоялся сателлитный симпозиум, организованный при поддержке компании «ТЕА ФАРМА».

Открывая заседание, д.м.н. Д.Ю. Майчук обратил особое внимание, что компания «ТЕА ФАРМА» полностью решает проблемы синдрома «сухого глаза», антибиотиков, т.е. всех прочих проблем, связанных с глазной поверхностью».

Профессор В.В. Бржецкий (Санкт-Петербург) представил доклад «Ангидробноз — новое направление в слезозаместительной терапии». Естественной причиной синдрома «сухого глаза» (ССГ) является снижение объема жидкости в конъюнктивальной полости либо в результате повышенной испаряемости, либо в результате снижения слезопродукции, что приводит к нарушению стабильности прероговичной слезной пленки, параллельно повышается осмолярность прероговичной слезной пленки. Наиболее доступным методом лечения ССГ являются препараты искусственной слезы, при этом выбор остается за бесконсервантными препаратами низкой вязкости. Значительная часть препаратов в своей основе имеет природный полисахарид — гиалуроновую кислоту, которая обладает максимальной гидрофильностью и мукометическими свойствами, позволяющими фиксировать структуру гиалуроновой кислоты на муцинозной поверхности.

В отличие от прочих препарат Теалоз в своей основе имеет трегалозу, природный дисахарид, состоящий из двух молекул глюкозы, связанных альфа, альфа-1, 1-гликозидной связью, имеет низкую молекулярную массу и низкую вязкость, что является положительным фактором при закапывании и при мигательных движениях. Трегалоза широко распространена в природе, но не содержится в организме человека. Трегалола обеспечивает ангидробноз — устойчивость к высушиванию и способность к выживанию в условиях сухого климата. Она стабилизирует липидный слой мембран клеточной поверхности, замещая воду и формируя стабильные водородные связи между гидроксильной (трегалоза) и фосфатной (фосфолипиды) группами. Трегалола имеет способность встраиваться между полярными группами липидов, обеспечивая жизнеспособность клетки при отсутствии воды в составе фосфолипидной мембраны. Таким образом, обеспечивается тройной механизм действия препарата Теалоз: механическая защита клеток, улучшение водного обмена в клетках, предупреждение липидного окисления клеточных мембран и денатурации белков. В результате замедляется апоптоз, и клетки не погибают. Доклинические испытания препарата, проведенные в 2010 году, показали, что Теалоз снижает выраженность повреждения роговицы под действием УФ-излучения, обусловленного реактивными формами кислорода и азота, а также уменьшает изменения оптической силы роговицы; способствует уменьшению воспаления и васкуляризации роговицы и значительно снижает гибель эпителиальных клеток роговицы. Профессор В.В. Бржецкий отметил, что Теалоз обладает также осмопротекторными свойствами.

Препарат не содержит консерванты, выпускается во флаконах системы АБАК, обеспечивающей стерильность и возможность использования препарата в течение 8 недель после вскрытия. Показания к назначению препарата Теалоз: ССГ, развившийся на почве повышения испаряемости слезной пленки; ССГ с выраженным снижением количества влаги в конъюнктивальной полости; дегенеративные изменения роговицы на почве окислительного стресса.

Д.м.н. Д.Ю. Майчук в своем докладе рассказал о роли блефаритов, мейбоминитов в синдроме «сухого глаза». По мнению докладчика, последствием мейбоминитов могут быть язвы роговицы и кератиты; халазион; травматизация роговицы из-за неровного утолщенного века; синдром «сухого глаза» как следствие быстрого испарения слезы; ухудшение зрения. Мейбоминиты могут возникать в результате нарушения кислотно-жирового обмена; эндокринных заболеваний; хронических блефаритов; хронической бактериальной инфекции век; хронической аллергии. В качестве терапевтического подхода докладчик предложил следующие пути решения: очистить выводные протоки мейбомиевых желез; восстановить липидный слой слезной пленки; погасить и остановить воспаление глазной поверхности и век; лечить поражение глазной поверхности и «сухого глаза». Д.Ю. Майчук обратил внимание, что компания «ТЕА» предлагает все возможные препараты для проведения лечения. Далее докладчик подробно остановился на методах лечения: гигиена век — Теагель — 2 раза в день в течение 1 месяца; салфетки Блефаклин; теплые компрессы — 1-2 раза в день курсами по 2 недели; массаж краев век — 2 раза в день с нанесением Теагеля; увлажнитель воздуха; системный тетрациклин, доксицилин; БАДы с Омега 3 (НутроФол плюс) — 3 месяца. Антибактериальная терапия: Азитромицин (Азитрол) — 2 раза в день 3 дня, затем 1 раз в день 12 дней или 2 раза в день 3 дня, каждые 10 дней в течение 6 месяцев; антибиотик и кортикостероид в комбинации — мазь Дека-Гентамицин 2 раза в день 14 дней на края век; комбинированные антибиотики в мази: Колбиоцин. Противовоспалительная терапия включает: Циклоспорин 0,05% (Рестасис) 2 раза в день 6 месяцев; кортикостероиды — Гидрокортизон ПОС 1 или 2,5% 2 раза в день на края век 14 дней; антигистаминные препараты — Аллергодил (Азеластин); Омега 3 жирные кислоты. Слезозаместительная терапия: препараты искусственной слезы с гиалуроновой кислотой (Хилабак — 0,15%); глазные капли с липидным компонентом; препарат с осмопротекцией эпителия (Теалоз) обеспечивает эффект улучшения репарации и восстановление муцинов.

Доклад на тему «Опыт применения препарата «Теалоз» у пациентов с кераторефракционными операциями» представила д.м.н., профессор Э.Н. Эскина (Москва). Синдром «сухого глаза» — многофакторное заболевание, сопрягающееся с снижением остроты зрения. Ведущими причинами развития ССГ, по результатам проведенного в 2015 г. исследования, являются гепатит С, гипертоническая болезнь, гипотиреоз, прием препаратов, снижающих слезопродукцию, связанные с транслентальной стенозом, лучевая терапия в области шеи головы, в то время как диабет, ношение контактных линз не являются доминирующими причинами развития ССГ. Изменения глазной поверхности в результате ФЭК также влияют на развитие ССГ, что стабильности слезной пленки в группе, получавшей Теалоз, была достоверно выше; значительно менее выражены — повреждение эпителия роговицы и конъюнктивы. Достоверных отличий в остроте зрения, качестве зрения, субъективных жалобах, а также в динамике теста Ширмера между пациентами двух групп выявлено не было. В заключение Э.Н. Эскина подчеркнула, что препарат Теалоз не влияет на остроту зрения, обладает репаративным эффектом, замедляет апоптоз клеток переднего эпителия роговицы, увеличивает количество бокаловидных клеток конъюнктивы, за счет чего, по мнению автора, увеличивается стабильность слезной пленки.



Сотрудники компании «ТЕА ФАРМА».

Слева: президент Лаборатории Théa Жан-Фредерик Шибре (Франция)

заболевания, связанные с транслентальной стенозом, лучевая терапия в области шеи головы, в то время как диабет, ношение контактных линз не являются доминирующими причинами развития ССГ. Изменения глазной поверхности в результате ФЭК также влияют на развитие ССГ, что стабильности слезной пленки в группе, получавшей Теалоз, была достоверно выше; значительно менее выражены — повреждение эпителия роговицы и конъюнктивы. Достоверных отличий в остроте зрения, качестве зрения, субъективных жалобах, а также в динамике теста Ширмера между пациентами двух групп выявлено не было. В заключение Э.Н. Эскина подчеркнула, что препарат Теалоз не влияет на остроту зрения, обладает репаративным эффектом, замедляет апоптоз клеток переднего эпителия роговицы, увеличивает количество бокаловидных клеток конъюнктивы, за счет чего, по мнению автора, увеличивается стабильность слезной пленки.

С докладом на тему «Влияние комплаентности на эффективность консервативного лечения больных с ПОУТ» выступила к.м.н. Т.Н. Магдильская (Тюмень). На следующий день, отметила докладчик, хорошо известны методы диагностики заболевания, врачи используют метод индивидуального подхода к каждому пациенту, однако далеко не все пациенты придерживаются терапии. Более того, при однократном закапывании трегалола в глаз статистически достоверно происходит увеличение толщины слезной пленки. Профессор Э.Н. Эскина представила результаты исследования эффективности препарата Теалоз в группе пациентов, которым была проведена ЭЛК по методу ФРК или одномоментной ТрансФРК. Пациенты

закапывания и своевременное обследование у офтальмолога. Данные проведенных с участием автора в 2013 г. исследований показывают, что на протяжении 5 лет при кажущемся отсутствии ухудшения состояния пациенты привыкают к своему заболеванию, что приводит к снижению комплаентности. После 10 лет заболевания начавшиеся изменения функций органа зрения заставляют пациентов выполнять рекомендации врача, однако время часто бывает упущено. Пациенты с глаукомой особенно подвержены синдрому «сухого глаза». Значительное число препаратов содержит бензалкония хлорид, и побочные эффекты утраивают риск прогрессирования глаукомы. Докладчик познакомила с результатами открытых рандомизированных исследований эффективности применения препарата Теалоз глаукомным пациентам, проведенных в Тюмени. К концу второго месяца исследования сравнение с контрольной группой пациентов показало, что дискомфорт у пациентов, принимавших Теалоз, был ниже; тест Ширмера практически достиг нормы; линия тренда (математическое анализа прогнозирования) позволяла считать, что дальнейшее применение Теалоза приведет к дальнейшему улучшению суммарной слезопродукции; качество слезы практически достигло нормальных показателей; снизилось оседлывание слезы; уменьшились признаки ССГ.

С заключительным докладом выступил д.м.н. С.В. Янченко (Краснодар). Он поделился опытом периоперационного применения препарата Теалоз и представил клинические случаи. В исследовании приняли участие 48 пациентов, большинство перенесли хирургические операции (в основном — катарактальную хирургию, несколько пациентов — после витреоретинального вмешательства), а также пациенты с синдромом «сухого глаза». В результате применения препарата Теалоз в 97,6% (на 80 из 82 глаз) наблюдалось повышение стабильности прероговичной слезной пленки; снижение выраженности эпителиопатии конъюнктивы и роговицы (показатели кератоз при окрашивании лиссаминового зеленым) было зафиксировано в 93,9% (на 77 из 82 глаз). Все пациенты отметили хорошую переносимость препарата, снижение уровня дискомфорта. Далее С.В. Янченко подробно остановился на клинических примерах предоперационного и послеоперационного использования препарата Теалоз, которые позволили сделать вывод о том, что препарат способствует уменьшению проявления эпителиопатии и муцинодефицита, повышает стабильность слезной пленки. На фоне терапии, включающей Теалоз, отмечается снижение интенсивности субъективных проявлений ССГ. Препарат, по мнению докладчика, может быть рекомендован к включению в состав периоперационного фармакологического сопровождения офтальмохирургии.

Симпозиум вызвал большой интерес врачей-аудитории. Более 90 врачей присутствовали в зале и 126 офтальмологов слушали доклады on-line.

Материал и фото подготовил Сергей Тумар



Рустам Гилязов: «Первые 10 лет прошли не зря...»

Интервью с главным врачом Центра микрохирургии глаза «Прозрение» (г. Набережные Челны) **Рустамом Махмутовичем Гилязовым**

Дорогие друзья!

Поздравляем вас со знаменательным событием — 10-летием создания Центра микрохирургии глаза «Прозрение»! Ваша клиника объединяет представителей молодого поколения врачей — людей энергичных и инициативных. Вы чтите лучшие профессиональные традиции, при этом открыты всему новому. Желаем и впредь добросовестно трудиться, добиваться успеха в профессиональной деятельности! Здоровья вам, вашим коллегам и пациентам! Удачи и процветания!

Газета «Поле зрения» и коллектив издательства «АПРЕЛЬ»

— Рустам Махмутович! Вы находитесь в начале пути, впереди еще много дел, с которыми Вы с честью справитесь. Расскажите, с чего все началось? Почему Вы выбрали медицину, офтальмологию?

— Наверное, это было предопределено судьбой, так как моя мама была офтальмологом и 37 лет проработала в Тукаевской центральной районной больнице. В 1984 году я поступил в Казанский медицинский институт. В 1986 году меня, как тогда было принято, забрали в армию, а через два года я восстановился и в 1992 году окончил институт с красным дипломом. В том же году поступил в интернатуру в Республиканскую офтальмологическую больницу, где работал под руководством Эльзы Хамзаевны Амировой. После интернатуры вернулся в Набережные Челны, откуда я родом, и три года проработал офтальмологом в Больнице скорой помощи, оперировал катаракты, глаукомы, делал склеропластики. В 1996 году поступил в ординатуру в Казанскую медицинскую академию. В 1998 году, после ординатуры, мне предложили должность заведующей отделением в только что открывшейся в Казани частной клинике «Третий глаз». Первым в Татарстане начал делать лазерную коррекцию зрения: ФРК и ЛАСИК. После пяти лет работы в Казани вернулся в Набережные Челны с идеей открыть в городе свою частную клинику.

— То есть Вы решили воспользоваться своим опытом уже не только врача-офтальмолога, но и доктора, проработавшего именно в частной клинике.

— Разумеется, я уже имел довольно четкое представление о том, как ведутся дела в частной клинике, у меня появилось свое видение, которое порой не совпадало с точкой зрения тогдашнего руководства клиники, и я решил попробовать организовать свой бизнес. В 2004 году нашел первых спонсоров, мы приобрели здание, оборудование. Однако процесс, как водится, затянулся: разрешительный механизм в то время работал очень медленно. Пока шло оформление передачи здания из жилого фонда в нежилой, чтобы не стоять на месте, мне пришлось взять в аренду кабинет в городской поликлинике, и первые лазерные операции мы делали там. Но в конце концов все бюрократические проволочки были пройдены, я набрал сотрудников, и 1 июня 2006 года мы начали работать. Сначала у нас было два кабинета — диагностики и лазерный, где стоял 532-й лазер компании Nidek, на котором я проводил лечение пациентам



С коллегами и единомышленниками

с диабетом, глаукомой, ПВХРД. Затем решил ввести новое направление — факэмульсификация катаракты. Как сейчас помню, 16 декабря 2006 года мы сделали первые ФЭК. В тот период в Закамском регионе (Набережные Челны — Нижнекамск — Альметьевск) мы были первыми и единственными, кто делал факэмульсификацию.

— Оборудование для проведения факэмульсификации — дорогое удовольствие...

— Чтобы начать делать ФЭК, мне даже пришлось продать свою двухкомнатную квартиру! Но в то время двухкомнатная квартира в Набережных Челнах стоила дешевле, чем операционный микроскоп Leica. В итоге три года мы с супругой жили на мансардном этаже в здании клиники.

Первые два этажа занимали кабинеты, а на третьем располагалась наша комната.

— До революции врачи, занимающиеся частной практикой, так и жили: лечили людей на первом этаже, жили этажом выше... Решение продать квартиру ради микроскопа — довольно серьезное. Очевидно, семья Ваше решение поддержала.

— Конечно, риск был. Но оставаться на уровне «диагностика — донный лазер» означало бы топтание на месте. С самого начала основная идея создания клиники заключалась именно в хирургии. Я был уже довольно опытным хирургом, выполнял эксимерлазерные операции и продвигал идею организовать ФЭК в клинике «Третий глаз», но меня не поняли, и я был вынужден уйти.

Понятно, что вопрос с факэмульсификацией катаракты в моей собственной клинике был решен заранее.

— Можно сказать, что Ваши разногласия с руководством послужили стимулом к принятию решения заняться собственным бизнесом?

— Думаю, что да. Это был толчок, который заставил меня активнее «грести лопами». Как я уже говорил, в июне мы открыли клинику, через полгода у нас уже стояла факмашина Alcon, и мы начали делать ФЭК. Спрос на эту операцию был огромный: в месяц оперировали больше двухсот человек. Постепенно дела «пошли в гору», и в июле 2007 года мы приступили к эксимерлазерным операциям. Нашими пациентами были не только жители Набережных Челнов, но и соседнего Нижнекамска, находящегося в 40 км. В этом городе проживают 230 тыс. человек, и мы решили организовать там свой филиал. Сначала мы открыли лазерный кабинет в здании кожно-венерологического диспансера, затем подобрали здание, выкупили его и сделали ремонт, прошли лицензирование. В 2010 году клиника в Нижнекамске была открыта официально. А в начале 2015 года заработала новая полноценная клиника в Набережных Челнах, теперь — самая большая из трех существующих. Там имеются два диагностических кабинета, работают донный лазер, YAG-лазер, SLT-лазер, проводятся ФЭК, эксимерлазерная коррекция, витреоретинальные операции. Таким образом, 10-летие Центра микрохирургии глаза «Прозрение» мы встречаем, с одной стороны, будучи уверенными в своих возможностях, с другой — находясь в постоянном поиске. Надеемся, что сумеем пережить нынешний кризис с минимальными потерями, через пару лет рассчитаемся с кредитными и будем осваивать новые направления.

— Долго ли пришлось ждать первого пациента после открытия своей клиники?



Поздравить Центр микрохирургии глаза «Прозрение» с 10-летним юбилеем приехали друзья, коллеги и партнеры со всей России

— В 2005 году, когда я работал в арендованном помещении в поликлинике — лечил диабет, ПВХРД, миопию, проводил диагностику, — мой кабинет был единственным в своем роде в городе, в других поликлиниках ничего подобного не было. Кроме того, пациенты кабинета знали, что готовится открытие моей клиники, и ждали этого момента, и летом 2006 года (обычно провальное время — дачный сезон), когда клиника наконец-то открылась, пациентов было вполне достаточно.

— Поставщики оборудования, понимая, что частным клиникам бывает тяжело стать на ноги, могут ли пойти им навстречу, предложить льготные схемы сотрудничества?

— Безусловно, фирмы-поставщики взвешивают потенциальные возможности вновь организованной частной клиники. Я проработал пять лет в клинике «Третий глаз», меня хорошо знали в компаниях, поставщиках оборудования, например, в компании Stormoff, где я позже приобрел не только микроскоп Leica, но и большую часть оборудования. Возникают доверительные отношения, которые играют свою положительную роль в дальнейших контактах с поставщиками. Давно и очень плодотворно работаем с дистрибьютором Alcon в Татарстане.

— Вы думаете расширять сеть клиник?

— Пока таких мыслей нет. Объем работы большой, уследить за всем довольно сложно. К тому же на периферии серьезной остается проблема недостатка врачей. Никто не хочет ехать в «лубинку», хотя бы работать в больших, красивых городах. В крупных городах «частнику» значительно проще решать вопрос с кадрами.

— Однако в крупных городах возникает проблема конкуренции. Появились ли у Вашей клиники конкуренты?

— Безусловно, есть конкуренты и в Набережных Челнах. Когда я открыл свою клинику, люди поняли, что это вполне реально, и сейчас в городе работают три частные клиники, и все делают ФЭК. Обороты, конечно, снизились, но пациентов хватает. Работает «имя», узнаваемость бренда. Опять же наша клиника предлагает самый широкий спектр оказания офтальмологической помощи. Кроме нас, никто не делает витреоретинальных операций, не проводит эксимерлазерные вмешательства, мы одни делаем инъекции люцетиса, так как только в наших клиниках есть OCT. Так что, работы всем хватает.

— Вы работаете в системе ОМС?

— Пока не получается, хотя я знаю, в соседних регионах частные клиники работают в системе ОМС, у нас пока, к сожалению, такой возможности нет. Хотя мы дважды «заявлялись» для участия в Программе госгарантий.

— Сколько операций в год вы проводите в своих клиниках?

— В год мы делаем около тысячи эксимерных операций, столько же факэмульсификаций. На первый взгляд может показаться, что не так много. Конечно, в Чебоксарском филиале МНТК или клиниках Казани объемы несравнимо больше, но там и пациентов больше. К тому же нельзя забывать, что Набережные Челны, Нижнекамск — моногорода, и финансовый кризис, в первую очередь, сказывается на жителях именно таких городов. Зарплаты падают, падает покупательская способность, и мы сразу ощущаем это на себе.

— Вы каким-то образом реагируете на это?

— Конечно, у нас работает гибкая система скидок, чтобы поддерживать оборот. Сокращается прибыльная часть, теряется «маржа», но оборот поддерживается. Кризис приходит и уходит, а лояльные пациенты остаются. Коллектив не хочется сокращать. Я перед своими сотрудниками несу определенную социальную ответственность. У меня в трех клиниках работает около 80 человек, из них — 15 докторов и среди них мой старший сын, что для меня является большой гордостью. Он окончил медицинский институт, отслужил в армии, окончил ординатуру, оперирует катаракты, делает эксимерлазерные и лазерные операции. Работает у нас и в клинике «Кузляр» в Казани. У него есть возможность посмотреть, оценить, как поставлено дело в различных лечебных учреждениях. Подходы у всех разные. У нас, например, подробный осмотр пациента занимает 2-2,5 часа; есть клиники, где человек заплатил деньги, он должен иметь возможность пройти подробное диагностическое обследование, после которого он получает подробную выписку и распечатки результатов дополнительного исследования.

— Вас можно видеть практически на каждой офтальмологической конференции в Москве, других городах.

— Действительно, я очень люблю посещать научные конференции, езду по разным городам, вожу своих врачей. У нас правило: от филиала мы берем по 1-2 врача на различные конференции. По локальной сети врачи непосредственно в клиниках могут посмотреть все доклады, то есть процесс образования идет непрерывно.

— Кого Вы берете к себе на работу?

— Как правило, я беру молодых докторов после ординатуры. Их проще всего обучить. Я тут же отправляю их на различные курсы повышения квалификации, ветлабы. У человека, проработавшего пусть даже 5 лет в профессии, появляется некий стереотип в мышлении, с ним порой бывает

трудно. Хотя есть доктора, пришедшие ко мне с приличным стажем работы, которые легко адаптировались. В отличие от других клиник, где врачи часто имеют узкую специализацию, наши доктора делают практически все: проводят диагностическое обследование, все обучены доннолазерной хирургии, YAG-лазерной хирургии, все делают OCT. Пациента от начала и до конца ведет один врач, но в любой момент его может заменить коллега. Считаю, что любой врач должен иметь максимальный объем навыков...

...Первые 10 лет прошли не зря: мы встали на ноги, организовали филиалы и, самое главное, — преемственность. Старший сын уже работает офтальмологом, средний — учится на 3-м курсе лечфака, надеюсь, также пойдет по моим стопам. Уверен, что следующие 10 лет будут не менее интересными и эффективными!

— Благодарю Вас, Рустам Махмутович, за интересную беседу!

Интервью подготовил Сергей Тумар



История офтальмологии в лицах

Издательство «АПРЕЛЬ». Москва, 2015 г. 2-е издание, переработанное и дополненное. ISBN 978-5-905212-56-7

Под редакцией академик РАН, д.м.н., профессора С.Э. Аветисова

Составители:

А.С. Обрубов, филиал №1 Городской клинической больницы им. С.П. Боткина. Н.С. Ярцева, кафедра ГМГМСУ

Глубокоуважаемый читатель!

На протяжении всей своей многолетней истории Московское научное общество офтальмологов неизменно следовало традициям бережного отношения к истории, почтения учителей и объединения разных поколений коллег-офтальмологов. Еще раз хочется вспомнить слова великого российского историка В. Ключевского: «История — что власть: когда людям хорошо, они забывают о ней и свое благосостояние приписывают себе самим; когда им становится плохо, они начинают чувствовать ее необходимость и ценить ее благоденствие...»

В 2014 году увидело свет издание «Офтальмология в лицах, событиях, очерках», инициатором которого выступила старейшина нашего профессионального сообщества Н.С. Ярцева. Как уже отмечалось в предисловии к этой книге, представленное издание естественно было пропитано некоторым субъективизмом выбора материала и его изложения. Тем не менее книга вызвала огромный интерес и быстро стала библиографической редкостью.

При подготовке нового, дополненного издания редколлегией по мере возможности учтены замечания наших коллег и представлены материалы, касающиеся наших соотечественников-офтальмологов — докторов медицинских наук и профессоров. Подготовка издания предполагала элемент самостоятельного творчества ныне здравствующих наших коллег. Именно этим объясняется некоторая «разномастность» материала, но, возможно, именно это позволит читателю более полноценно судить о масштабе той или иной личности.

Председатель Московского научного общества офтальмологов, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор С.Э. Аветисов

Приобрести книгу можно в издательстве «АПРЕЛЬ» Контактный телефон: 8-916-875-96-55



Первые самостоятельные шаги



Разина Мирхазияновна Гилязова, мама Р.М. Гилязова, на открытии третьего филиала. Январь 2015 г.



Главный приз — выбор жизненного пути

В прошлом номере газеты «Поле зрения» мы начали рассказ о Курском музыкальном колледже-интернате слепых Министерства труда и социальной защиты РФ, а также о VI Международном детско-юношеском фестивале-конкурсе незрячих музыкантов-исполнителей, проходившем в его стенах в ноябре 2015 года. Сегодня нас ожидают новые встречи с конкурсантами из различных регионов России, а также преподавателями и студентами колледжа.

Илья Бруштейн

Окончание.
Начало в предыдущем номере

Широта звучания, широта русской души...

Владиславу Буяльскому двадцать лет. Незрячий с рождения. Студент четвертого курса колледжа. В 2013 году парень принимал участие в V Международном детско-юношеском фестивале-конкурсе музыкантов-исполнителей и получил специальный приз за лучшее исполнение произведения незрячего композитора.

— На прошлом фестивале-конкурсе я получил приз за исполнение обработки украинской народной песни «Ой, чий то кінь стоїть» незрячего композитора Владимира Яковлевича Подгорного. В этом году я уже не мог принять в нём участие, так как он ориентирован на исполнителей не старше восемнадцати лет. Но мне было интересно присутствовать на конкурсных прослушиваниях.

Владислав — гражданин Республики Казахстан. Родился и вырос в городе Темиртау. Учился в Карагандинской школе-интернате для слепых и слабовидящих детей И.И. Батищев. Игорь Иванович — единственный в России сотрудник образовательного учреждения для детей-инвалидов, удостоенный высшего педагогического звания страны — «Народного учителя Российской Федерации».

В чём, по его мнению, состоит цель проведения детско-юношеского фестиваля музыкантов-исполнителей?

Открывать таланты, зажигать новые «звёздочки»

Одним из почётных гостей фестиваля стал член Общественной палаты РФ, директор Липецкой специальной (коррекционной) школы-интерната для слепых и слабовидящих детей И.И. Батищев. Игорь Иванович — единственный в России сотрудник образовательного учреждения для детей-инвалидов, удостоенный высшего педагогического звания страны — «Народного учителя Российской Федерации».

— Главная цель — это открыть детские таланты, зажечь новые «звёздочки». В музыке ранняя профессионализация имеет большое значение. Но даже если эти дети и не свернут свою судьбу с исполнительской деятельности, музыка будет способствовать формированию их внутреннего мира. Музыкальное творчество способствует становлению интеллектуального, образованного, трудолюбивого, уверенного в себе человека. Это важная составная часть реабилитации детей — инвалидов по зрению.

— Почему Вы решили лично приехать в Курск, кто и не является музыкантом?

— В этом фестивале принимают участие несколько наших учащихся, которым мне хотелось поддержать. Кроме того, я принял участие в круглом столе по развитию музыкального образования, а также использовал это командировку для дальнейшего знакомства с опытом колледжа-интерната. Я не первый раз сюда приезжаю. Каждый год выпускники нашей школы-интерната поступают на учёбу в Курск. У нас с 1991 года действует музыкальное отделение. Это полноценная детская музыкальная школа.

— Почему Вы решили лично приехать в Курск, кто и не является музыкантом?

— В этом фестивале принимают участие несколько наших учащихся, которым мне хотелось поддержать. Кроме того, я принял участие в круглом столе по развитию музыкального образования, а также использовал это командировку для дальнейшего знакомства с опытом колледжа-интерната. Я не первый раз сюда приезжаю. Каждый год выпускники нашей школы-интерната поступают на учёбу в Курск. У нас с 1991 года действует музыкальное отделение. Это полноценная детская музыкальная школа.

— Почему Вы решили лично приехать в Курск, кто и не является музыкантом?

— Я люблю баян за его певучесть, за лирические пассажи. Музыканты говорят о «широте звучания» этого инструмента. Что означает «широта звучания»? Это понятие столь же многогранно, как и широта русской души. Когда играет баян, то хочется петь во весь голос. Например, знаменитая русская народная песня «Вдоль по Питерской» лучше всего звучит именно под аккомпанемент баяна.

— Вас не смущает, что в последние годы среди молодёжи баян утратил свою популярность?

— Он менее популярен, чем во времена наших дедушек и бабушек. Но этот инструмент всё также способен удивлять и завораживать. Например, в баяне есть специальный регистр «орган», и на нём можно замечательно исполнять произведения для органа. Фортепианная музыка, например Глинка, Чайковского, Рахманинова, в переложении для баяна приобретает новое, неожиданное, «свежее» звучание.

Хороший баянист всегда играет легко, непосредственно... Кажется, что он не прикладывает никаких усилий, что так может сыграть каждый. Именно в этой лёгкости и проявляется настоящий виртуоз!

— Вы присутствовали на гала-концерте, посвящённом открытию фестиваля, на конкурсных выступлениях. С какими впечатлениями Вы уезжаете из Курска?

— Я не берусь оценивать творческий уровень участников, так как это дело профессионалов, но как зритель я получил большое удовольствие. Также не могу не отметить, что музыка способствует раскрытию незрячих и слабовидящих детей. У них пропадает робость, зажатость, боязливость, излишняя застенчивость и неуверенность в себе, столь характерные для этой инвалидности... Юные музыканты искренне радуются возможности выступить перед публикой, они гордятся своими успехами. Детям из Липецка очень важно быть не хуже других, не ударить в грязь лицом!

— Вы стали водителем, зато стали аккордеонистом

Пятнадцатилетний Александр Дёмин, также как и большинство героев нашей публикации, является незрячим с рождения. С шести лет Саша начал заниматься фортепиано, с девяти лет — баяном. Родной родой юности — Курск. Но с семи лет он учился в Липецкой специальной (коррекционной) школе-интернате. Для фортепиано в качестве аккордеониста. Став лауреатом третьей степени.

— Почему Вы решили лично приехать в Курск, кто и не является музыкантом?

— Руска — увлечённый и способный музыкант, — с гордостью рассказывает папа. — Он ведь не только на аккордеоне играет, но и поёт отличного, на фортепиано играет, на синтезаторе, на акустической гитаре... Сейчас собирается электрогитару осваивать. Когда мы с женой ожидали рождения ребёнка, я мечтал о том, что родится сын и тоже, как и я, станет водителем-дальнობойщиком. Даже во сне снилось, что через много-много лет будет он моим напарником, и станем мы с ним по всей стране ездить... Сын родился, но тотально слепым, не чувствовал он ни тьмы, ни света. Зато с раннего детства полюбил музыку.

— Александр Григорьевич, раскройте секрет, всё-таки Вы научили Руслана освоению вождения автомобиля?

— Были такие вопросы провокационные задаёт, чтобы мной потом доменная полиция заинтересовалась... За руль грузовика я ему никогда не давал садиться, а на своей личной машине — было дело, каюс... Это, наверное, каждому незрячему мальчишке хочется: самому взобраться за руль, завести машину и проехать по прямой дороге хотя бы пару сотен метров. Как я мог сыну в таком удовольствии

Что значит слово «аранжировка»?

Инвалид второй группы по зрению Сергей Александрович Морозов в 1991-1995 годах был студентом Курского музыкального колледжа-интерната слепых. Он родом из Кемеровской области. После окончания колледжа вернулся к себе на родину. Окончил Кемеровский государственный институт культуры, получил специальность преподавателя баяна и руководителя оркестра русских народных инструментов.

С юности Сергей серьёзно занимался компьютерными технологиями и аранжировкой. Поэтому после окончания вуза он остался там работать в качестве преподавателя этих дисциплин, хотя с его дипломом они не были связаны... А в 2007 году вернулся в Курск, чтобы работать в родном колледже.

— Я веду групповые занятия по «музыкальной информатике», а также индивидуальные занятия по «компьютерной аранжировке». «Музыкальная информатика» — это предмет, дающий общие, начальные представления о компьютерных технологиях в современном музыкальном творчестве. Студентам важно понять, каким образом звук может и должен быть представлен в электронном виде.

— Все ли студенты, приходящие на занятия по компьютерной аранжировке представляют, что означает слово «аранжировка»?

— На самом деле, далеко не все музыканты, которые начинают заниматься аранжировкой, представляют, что же это такое... Чтобы овладеть аранжировкой, необходимы глубокие знания компьютерных технологий, а их многим не хватает. Для totally незрячих людей требуются дополнительные знания, связанные с адаптацией конкретных компьютерных программ для данной группы пользователей. Кроме того, для аранжировщика важно владеть сразу несколькими музыкальными инструментами, разбираться в их тембральных и динамических особенностях.

— Каким образом человек, далёкий от музыки, может понять суть профессии аранжировщика?

— Мне думается, лучше всего послушать несколько самых разных аранжировок какого-нибудь одного хрестоматийного произведения, например, «Лунной сонаты» Бетховена. Можно найти аранжировку «Лунной сонаты» для оркестра русских народных инструментов, для симфонического оркестра и т.д. И каждый раз знакомая мелодия будет звучать по-новому. Эта новизна знакомой мелодии и появляется благодаря аранжировке. Аранжировщик может внести существенные изменения в мелодию, проигрывать, и выигрывать. На этом фестивале-конкурсе было много достойных баянистов.

— Может ли аранжировка стать будущей профессией для незрячих людей?

— Таких примеров очень много. Например, руководители хореографических коллективов, в том числе и любительских, нередко приглашают аранжировщиков для совместной работы над постановкой танца. Аранжировщик важно учитывать не только идеи хореографа, но и профессиональный уровень, творческую «планку» конкретного танцевального коллектива.

Удачная аранжировка должна помочь танцорам в полной мере проявить свои способности, показать себя в «лучшем свете». Аранжировку можно сравнить с костюмом, который опытный портной кроит и шьёт для конкретного заказчика, учитывая все особенности, достоинства и недостатки его фигуры.



Юный композитор
Владислав Буяльский



Лауреат третьей степени
Руслан Копылов с отцом
Александром Григорьевичем



Обладатель Гран-при
Юлия Пивень (г. Армавир,
Краснодарский край)



Участник конкурса из Липецка
Александр Дёмин с мамой
Мариной Михайловной



Роман Винокуров исполняет
попури народных песен
на якутском национальном
инструменте кырымпа

Работу для аранжировщиков предоставляют не только балетмейстеры, но и композиторы, певцы, музыкальные коллективы самой различной направленности. Недостатка заказов сейчас нет. Все компьютерные программы, необходимые для профессиональной работы, могут быть успешно адаптированы для незрячих пользователей. Поэтому в этой профессии полностью отсутствуют ограничения в связи с инвалидностью по зрению.

— Наверное, аранжировщики нередко становятся композиторами?

— Далеко не все аранжировщики могут стать успешными композиторами. Но умение сочинять музыку тоже способствует коммерческому успеху. Мне нередко приносит стихи, посвящённые юбилеям различных курских коммерческих компаний или частных лиц. Я пишу музыку и сам делаю аранжировку. Заказчики довольны — они получают «персональную песню», эксклюзивный и оригинальный подарок.

— Нельзя ли обратить внимание на обиле аппаратуры в Вашем кабинете.

— Для учебного процесса нам необходимы не только компьютеры и лицензионные компьютерные программы, но и многочисленные электронные инструменты. Например, у нас есть замечательный электронный баян фирмы Roland. С виду он выглядит как самый обыкновенный концертный баян. У него такой же мех, играть на нём можно как на любом другом баяне.

— Каким образом человек, далёкий от музыки, может понять суть профессии аранжировщика?

— Мне думается, лучше всего послушать несколько самых разных аранжировок какого-нибудь одного хрестоматийного произведения, например, «Лунной сонаты» Бетховена. Можно найти аранжировку «Лунной сонаты» для оркестра русских народных инструментов, для симфонического оркестра и т.д. И каждый раз знакомая мелодия будет звучать по-новому.

— Может ли аранжировка стать будущей профессией для незрячих людей?

— Таких примеров очень много. Например, руководители хореографических коллективов, в том числе и любительских, нередко приглашают аранжировщиков для совместной работы над постановкой танца. Аранжировщик важно учитывать не только идеи хореографа, но и профессиональный уровень, творческую «планку» конкретного танцевального коллектива.

— Может ли аранжировка стать будущей профессией для незрячих людей?

— Таких примеров очень много. Например, руководители хореографических коллективов, в том числе и любительских, нередко приглашают аранжировщиков для совместной работы над постановкой танца. Аранжировщик важно учитывать не только идеи хореографа, но и профессиональный уровень, творческую «планку» конкретного танцевального коллектива.



Преподаватель компьютерной
аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов

Преподаватель компьютерной аранжировки С.Н. Морозов



Директор школы-интерната из Липецка
И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

Директор школы-интерната из Липецка И.И. Батищев с юными музыкантами

С семи лет стала учиться игре на фортепиано. В 2010 году, после переезда из Краснодар в Армавир, занялась академическим вокалом. Мои кумиры — Анна Нетребко и незрячий итальянский певец Андреа Бочелли.

— В специальной музыкальной школе обучаются только дети — инвалиды по зрению?

— Хотя наша музыкальная школа и называется «специальной», но инвалиды по зрению составляют всего около трети от состава учащихся. У нас учатся около ста незрячих и слабовидящих детей, учащихся Армавирской коррекционной школы-интерната, и около двухсот детей — жителей ближайших микрорайонов города. В музыкальном образовании «инклюзия» применяется на практике.

— Почему ты решила заняться академическим вокалом?

— Моя мечта — стать оперной певицей. Мне нравится выступать на сцене, чувствовать дыхание зала, интерес и восхищение слушателей. Я люблю тишину в зале, а шум — гром аплодисментов и привет! У меня было много ярких выступлений. Запомнилось участие (в составе сводного хора) в церемониях открытия и закрытия Паралимпийских игр в Сочи, сольные выступления на «Пасхальных концертах» в Большом зале Московской консерватории в 2014 году и в 2015 году.

— Ты являешься стипендиатом фонда «Новые имена», который возглавляет народный артист России Денис Мацуев.

— У этого проекта много различных программ, в которых мне довелось принять участие. Например, летом 2015 года фонд организовал в городе Суздаль Владимирской области летнюю двухнедельную творческую школу для юных музыкантов со всей России. За нами занимались профессора и доценты Московской государственной консерватории им. П.И. Чайковского и Российской академии музыки им. Гнесиных. Моим преподавателем была заслуженная артистка России Татьяна Павловна Шарова. Также для нас проводили экскурсии по древнему Суздалью и его окрестностям, физкультурные занятия и различные развлекательные мероприятия.

— Почему этот инструмент пользуется популярностью в Якутии?

— Он прекрасно сочетается с якутским горловым пением, с нашими народными песнями. Он передаёт душу якутского народа и бескрайние просторы тундры и тайги.

— С какими впечатлениями ты уезжаешь из Курска?

— Я рада своей победе. Мне понравилась атмосфера этого конкурса. Специализированные конкурсы для детей и подростков — инвалидов по зрению — обязательно нужно проводить. Но одновременно я люблю участвовать и в общих конкурсах, в которых соревнуются юные музыканты без физических ограничений. В таких мероприятиях мне также сопутствовал успех. Например, в феврале 2015 года стала победителем конкурса юных дарований «Акамарини» в Сочи.

Мне нравится не только выступать соло, но и петь в хоре, а также в вокальных дуэтах и квартетах. Очень люблю выступать в сопровождении симфонического оркестра, когда представляется такая возможность. Надеюсь, что в моей жизни будет ещё много конкурсов!

Фотографии Илья Бруштейна и из архива Курского музыкального колледжа-интерната слепых

iSert® Toric

Предустановленная ИОЛ

HOYA
SURGICAL OPTICS

Торическая гидрофобная моноблочная ИОЛ с особым асферическим дизайном

HOYA-Онлайн-калькулятор:
hoyatoric.com



Предустановленная торическая ИОЛ
Цилиндры в диапазоне от **T3 до T9**
(от 1.5 Д до 6.0 Д на уровне ИОЛ)



iSert® Toric 351

www.surgix.ru
www.hoyasurgicaloptics.com
info@surgix.ru

Surgix
ophthalmic surgical products

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей.
Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Подписной индекс: 15392
www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственности за иллюстративный материал, а также за содержание рекламных, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: июнь 2016. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 115184 Москва, Большой Ордынский переулок, д. 4, строение 3, Офисный центр «Ордынский». © «Поле зрения», 2016. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.