ИЗДАНИЕ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГОВ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ №3(53) МАЙ-ИЮНЬ 2019 ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Ретинопатия недоношенных и ретинобластома

Научно-практическая конференция с международным участием

4-5 апреля 2019 года в ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней имени Гельмгольца» состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Ретинопатия недоношенных и ретинобластома».

С приветственным словом выступила директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ, профессор Е.Н. Байбарина. Она отметила, что в настоящее время наблюдается колоссальный прогресс в лечении ретинопатии недоношенных, в результате чего наблюдается тенденция к снижению числа детей-инвалидов по зрению. Е.Н. Байбарина обратила особое внимание на необходимость максимально оперативного проведения офтальмологического осмотра недоношенного ребенка и в случае необходимости безотлагательного проведения лазеркоагуляции сетчатки.

Далее профессор Е.Н. Байбарина остановилась на работе детской офтальмологической службы.

Раздел «Детство», входящий в Национальный проект «Здравоохранение», включает 3 глобальных направления: поликлиники (в течение трех последних лет закупается оборудование для детских поликлиник и поликлинических отделений на 10 млрд руб. в год); строительство 40 детских больниц; развитие профилактической помощи; включающее в том числе раздел «Улучшение диспансерного наблюдения». В соответствии с приказом 1344н от 21.12.2012 года, на диспансерное наблюдение необходимо ставить всех детей с выявленными неинфекционными хроническими заболеваниями, при этом один из худших показателей постановки на учет детей с впервые выявленными хроническими заболеваниями был зарегистрирован в офтальмологии (14%). Задача на 2019 год — повысить показатель до 40%, к 2024 году — до 90%.

Профессор Е.Н. Байбарина обратилась к главным офтальмологам регионов с просьбой уделить особое внимание диспансеризации детей-инвалидов, находящихся в интернатах, в частности, на осмотр этих детей офтальмологами. Ребенок с отставанием в умственном развитии начинает быстрее развиваться, если ему будут прописаны очки. «Наша задача — продвинуть этих детей в развитии, обеспечить им возможность

> стр. 4

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

«Аккомодация» собирает друзей:

о IV Межрегиональной конференции с международным участием «Аккомодация. Проблемы и решения»

Если встреча профессионалов становится традиционной, значит, она действительно нужна. Собираться в Ярославле в конце апреля и обсуждать «горячие» вопросы аккомодации и рефракции стало именно такой доброй и востребованной традицией. А круг заинтересованных в этой встрече специалистов становится все шире: на этот раз в рамках весьма насыщенной программы был проведен симпозиум Российской секции Европейской Академии Ортокератологии и Контроля Миопии (EurOK), впервые обсуждался блок докладов, посвященных проблеме косоглазия, расширился и обучающий формат конференции — проведены пять мастер-классов, где все желающие могли усовершенствовать свои навыки в диагностике нарушений аккомодации и рефракции.

О том, что организатор конференции — Ярославская школа офтальмологов профессора Владимира Витальевича Страхова и его сотрудников — пользуется высоким авторитетом среди коллег, сказал в своем приветственном слове ректор Ярославского медицинского университета, профессор А.В. Павлов, обращаясь к участникам встречи — офтальмологам из самых разных регионов России: Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Самары, Ижевска, Волгограда, Иванова, Якутска, Красноярска, Тамбова и многих других городов, а также к впервые участвующим в этой конференции коллегам из Италии.

Открывая конференцию, профессор В.В. Страхов отметил, что оргкомитет при составлении программы старался уловить вектор основных научных и практических интересов и запросов офтальмологов, работающих в области аккомодации и рефракции, где еще много белых пятен, «поймать тренд», развить и обсудить его («потрендеть», как образно выразился Владимир Витальевич).

Дискуссионный формат конференции организаторы метко обозначили в названии программных блоков: так, первая часть — блок № 1 «Бездонная миопия» — содержал весьма разнообразные по тематике короткие лекции, охватывающие при этом основные перспективные направления контроля близорукости на разных стадиях ее развития. В первом сообщении

> стр. 10

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Четверть века на службе отечественной и мировой офтальмологии

25-й Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи»

Ежегодно в конце мая — начале июне в Северной столице России собираются учёные-офтальмологи, медики практического звена, организаторы здравоохранения, представители высших учебных заведений медицинского профиля. В этом году на форум зарегистрировалось более полутора тысяч коллег из большинства регионов России и многих зарубежных стран.

В качестве организаторов мероприятия выступили: Министерство здравоохранения РФ, Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Северо-Западное отделение РАН, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, а также Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов».

Главой оргкомитета стала первый заместитель министра здравоохранения РФ Т.В. Яковлева. Обязанности сопредседателей приняли на себя член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор В.В. Нероев и д.м.н., профессор С.Ю. Астахов.

Во время работы форума обсуждались вопросы диагностики и лечения глаукомы, хирургического лечения катаракты, нейроофтальмологии, лечения воспалительных и дистрофических заболеваний роговицы и конъюнктивы, медикаментозного и хирургического лечения сосудистых заболеваний сетчатки и хориоидеи, лечения патологии орбиты, рефракции, очковой и контактной коррекции, рефракционной хирургии и другие актуальные проблемы современной офтальмологии.

> стр. 13

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«Ретинопатия недоношенных: состояние проблемы и текущие задачи»
Доклад главного детского офтальмолога Минздрава РФ, профессора Л.А. Катаргиной > стр. 3

ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ

«Главная должность — врач-офтальмолог»
Интервью с к.м.н. Э.Л. Сапегиной > стр. 23

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

«Команда увлеченных людей!»
Интервью с генеральным директором Екатеринбургского центра «МНТК «Микрохирургия глаза» О.В. Шиловских > стр. 26

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ В ЛИЦАХ

«Дорогой добра»
Профессору Е.Г. Лазареву и его коллегам — земским врачам Тульской губернии — посвящается (продолжение) > стр. 28

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

«Рефракционные нарушения: симптомы дезадаптации и текущие заболевания»
(продолжение) > стр. 30

Также в номере:

Новости > стр. 2

Конференции > стр. 4-22

Оптический бизнес > стр. 36

Чтение для души > стр. 37

К незримому солнцу > стр. 38

В Свердловской области впервые закуплен мобильный лечебно-профилактический модуль «Офтальмология»

Губернатор Свердловской области Евгений Куйвашев передал в больницы региона девять передвижных ФАПов, пять стоматологических кабинетов и впервые — передвижной офтальмологический комплекс. Церемония состоялась на площадке Территориального центра медицины катастроф.

Техника отправится в 13 муниципалитетов Свердловской области, в числе которых — Ивдель, Ачит, Верхняя Синячиха, Асбест, село Покровское Каменского района.

Передвижной кабинет офтальмологии передан в распоряжение Свердловской областной клинической больницы № 1.

«Такой комплекс в этом году мы закупили впервые. Модуль оснащен современным оборудованием, позволяющим проводить диагностику и оказывать специализированную медицинскую помощь. Рассчитываю, что ФАПы будут работать долго и эффективно. С их помощью первичная медицинская помощь максимально приблизится к сельским жителям и жителям отдаленных территорий, будет способствовать сохранению и укреплению здоровья уральцев», — отметил губернатор Евгений Куйвашев.

ФАПы предназначены для оказания медицинской помощи жителям населенных пунктов, в которых живут меньше 100 человек. Они оснащены электрокардиографом, дефибриллятором, всем необходимым для оказания скорой медицинской помощи, дыхательным ручным аппаратом и многим другим.

Комплекс работает по определенному графику, который сообщается жителям территорий через сельских старост и медработников. Выезды осуществляются не реже двух раз в неделю в каждый населенный пункт.

«Обеспечение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи жителям Свердловской области является одним из приоритетных направлений деятельности правительства Свердловской области в силу высокой социальной и медико-демографической значимости для системы здравоохранения региона», — заявил министр здравоохранения Андрей Цветков.

Напомним, что для повышения доступности медицинской помощи в малонаселенных пунктах на территории Свердловской области в 2017-2018 годы были приобретены 22 передвижных медицинских комплекса, в том числе 21 передвижной ФАП и один передвижной стоматологический кабинет.

Rosminzdrav.ru

Градус здоровья

Владимир Путин утвердил Стратегию развития здравоохранения

Президент России Владимир Путин утвердил Стратегию развития здравоохранения РФ до 2025 года и поручил правительству в течение полугода утвердить план мероприятий по ее реализации.

Авторы приводят цифры. С 2012 по 2017 годы ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила 72,7 лет, увеличившись на 2,5 года. Снизились показатели смертности: граждан трудоспособного возраста — на 15,8%, младенческой смертности — на 35%, материнской — на 23,5%. Абортов стало меньше на 26,7%.

Уровень профессиональных заболеваний снизился на 23,4%, но при этом в документе отмечаются дефицит врачей-профпатологов и недостаточная заинтересованность работодателей в сохранении здоровья сотрудников.

В 2,3 раза увеличилось число тех, кому оказана высокотехнологичная помощь. Реабилитационных коек стало в 1,7 раз больше, но в полной мере это не обеспечивает потребность в реабилитации, утверждается в документе. Почти вдвое уменьшилось количество недоброкачественных и фальсифицированных средств.

Объем платных медуслуг увеличился в 1,9 раза — до 626,6 млрд рублей. Доля платных медуслуг также увеличилась с 16 до 20%. Уровень удовлетворенности граждан качеством медицинской помощи в 2017 году составил почти 40%.

Авторы документа отмечают недостаточный уровень качества первичной медпомощи и ее доступности, а также недостаточное развитие инфраструктуры детского здравоохранения. Почти треть региональных зданий детских больниц не отвечает требованиям.

Остаются высокими уровень потребления табака (30,1%) и алкоголя (10 литров на человека). Наряду с низкой физической активностью и нерациональным питанием, а также недостаточной мотивацией к здоровому образу жизни — это угроза заболеваний у мужчин трудоспособного возраста.

Также авторы концепции отмечают формальный подход к диспансеризации и недостаточное развитие санаторно-курортного комплекса. Не в полной мере развита паллиативная помощь. В концепции констатируется дефицит врачей — анестезиологов-реаниматологов, онкологов, включая детских, рентгенологов, фтизиатров, психиатров, патологоанатомов, а также работников поликлиник (при избытке медиков в стационарах). «Российское здравоохранение отстает в технологическом отношении от здравоохранения западных государств», — также считают авторы документа.

Угрозами национальной безопасности названы высокий уровень неинфекционных заболеваний, отток высококвалифицированных медиков из госучреждений, достаточно высокий уровень распространенности наркомании, алкоголизма, ВИЧ, гепатитов, туберкулеза, риск возникновения новых инфекций, а также биологического терроризма. Среди вызовов национальной безопасности — старение населения, неудовлетворенность доступом и качеством медпомощи, замещение бесплатных медуслуг платными и рост числа детей-инвалидов.

Первый этап реализации стратегии закончится к 2021 году, и планируется, в частности, достичь увеличения ожидаемой продолжительности жизни до 74 лет, снизить смертность, сократить потребление алкоголя (до 9,1 литра на человека) и табака. К 2025 году продолжительность жизни должна увеличиться до 78 лет, а потребление алкоголя снизиться до 8 литров на человека.

Кира Латухина, RG.ru

ISSN 2222-4408

The EYE ГЛАЗ

ЖУРНАЛ ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ И ОПТОМЕТРИСТОВ

ОТ РЕДАКТОРА

Главный редактор журнала «Глаз», доктор медицинских наук, профессор **А.В. Мягков**

Уважаемые коллеги!

Коллектив редакции журнала «Глаз» выражает вам огромную благодарность за интерес, проявленный к первому номеру нашего издания. Ваши положительные отзывы подтвердили актуальность публикаций, правильность выбора формата и тематики журнала.

Предлагаем познакомиться со вторым номером, который вышел под новым названием «The EYE» – «ГЛАЗ». Название журнала и резюме публикаций на английском языке позволят нашим зарубежным коллегам знакомиться с результатами исследований отечественных специалистов, что повысит их авторитет. Важно и то, что журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ).

Второй номер журнала «Глаз» посвящен сложной, но одновременно и актуальной теме – прогрессирующей миопии и наиболее эффективным методам ее стабилизации. Миопия как рефракционная ошибка не является проблемой ни для пациента, ни для офтальмолога, ни для оптика. Современные оптические и хирургические методы коррекции позволяют пациенту с миопией прекрасно адаптироваться к средствам коррекции или избавиться от них с помощью рефракционной хирургии. По данным многочисленных исследований, у пациентов с миопией до 6 дптр при длине глаза до 26 мм заболевание не вызывает серьезных проблем в течение жизни. Однако профилактика прогрессирования миопии и ее контроль очень важны именно для предотвращения более тяжелого течения заболевания и развития миопии высокой степени, и начинать мероприятия по предупреждению более агрессивных ее форм необходимо как можно ранее, при манифестной миопии или наличии ее предиктов. Перспективными и наиболее эффективными методами профилактики прогрессирования миопии являются ортокератология, использование бифокальных (мультифокальных) мягких контактных линз с центром для дали и длительное воздействие низких доз атропина. Авторы настоящих публикаций представили результаты своих клинических исследований, которые, по мнению редакционного совета, интересны как для использования в практике, так и для понимания перспектив их применения.

Уважаемые коллеги, редакция журнала и коллектив авторов традиционно приглашают врачей-офтальмологов и оптометристов выразить свое отношение к описанным методам, поделиться собственными наблюдениями, представить на обсуждение результаты своих наблюдений и неоднозначные клинические случаи.

Надеемся на длительное и интересное сотрудничество с авторами настоящих и будущих публикаций, активное участие наших читателей и подписчиков в дискуссиях и ждем ваших предложений о наиболее актуальных темах, которые были бы интересны для обсуждения на страницах журнала!

С уважением,

Здоровью нашли свой цвет

Обнаружить заболевание поможет новый вид диагностики

Молодой ученый Самарского национального исследовательского университета Иван Братченко получил грант президента на исследование по диагностике тяжелых заболеваний — от сердечно-сосудистых патологий до диабета и рака кожи.

Он предложил способ диагностирования болезней с помощью исследования химического состава кожи по спектрам. В перспективе этот метод может заменить анализ крови или биопсию.

Сначала ученые нескольких самарских вузов проводили опыты в области диагностики рака кожи — обследовали порядка 350 пациентов онкологического центра. Им делали спектроскопический анализ проблемных участков кожи, а медики помогали интерпретировать данные. Такой анализ позволяет одномоментно регистрировать параметры кожи пациента во многих спектральных диапазонах. Патологические изменения можно заметить на клеточном уровне, больные клетки по «оттенку» отличаются от здоровых.

Для обнаружения онкопатологий в клинической практике обычно используется УЗИ, рентгеновская и компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Эти методы имеют ограничения как по точности результатов, так и по безопасности. Метод гиперспектральной диагностики, разработанный учеными Самарского университета, абсолютно безопасен, не требует использования химических реагентов и позволяет быстро и с высокой точностью определить наличие или отсутствие патологии.

Ольга Дмитренко, RG.ru

«Ретинопатия недоношенных: состояние проблемы и текущие задачи»

Доклад главного внештатного специалиста детского офтальмолога Минздрава РФ, профессора **Л.А. Катаргиной** на научно-практической конференции «Ретинопатия недоношенных и ретинобластома».

Несмотря на совершенствование диагностики и лечения, ретинопатия недоношенных (РН) остается в центре внимания и офтальмологов, и организаторов здравоохранения, являясь одной из ведущих причин снижения зрения с детства как в развитых, так и в развивающихся странах.

Характеризуя современный этап развития этого направления, профессор Л.А. Катаргина обратила внимание на существенное улучшение качества выхаживания недоношенных детей (перинатальные центры, современные технологии и др.), что привело к возрастанию удельного веса глубоко недоношенных и соматически отягощенных, ранее нежизнеспособных, младенцев (выживаемость детей с гестационным возрастом 22 недели при рождении составляет 9-25%, 26 недель — 77,5-85%); а также на изменение структуры РН с увеличением частоты РН I зоны и задней агрессивной ретинопатии недоношенных (ЗАРН). Докладчик также отметила снижение частоты и тяжести РН у детей с массой тела при рождении более 1200 г при отсутствии соматической патологии и высокую эффективность лечения РН у данной группы детей. При гестационном возрасте (ГВ) 22 недели РН развивается в 96% случаев, потребность в лечении составляет более 50%; при ГВ 27 недель частота РН — 72,7% случаев, потребность в лечении — 19,6%; при ГВ 31 неделя РН развивается в 31,9%, потребность в лечении составляет 5,7%. При соблюдении рекомендованных протоколов выхаживания недоношенных детей, правильной тактике выявления и лечения РН сохранить зрение удается подавляющему большинству детей (95-98%). Таким образом, в целом на сегодняшний день проблему выявления и лечения РН у «зрелых» недоношенных детей (с массой тела при рождении более 1200 г) можно считать успешно решенной.

Центральной проблемой сегодня является РН, развивающаяся у детей с экстремально-низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении, которая характеризуется следующими особенностями: высокий удельный вес РН I зоны и ЗАРН — 17-18% (при средней частоте 3,3-7%); вариабельность сроков дебюта заболевания; частое отсутствие характерной стадийности течения; вероятность двухволнового течения; резистентность к традиционным методам лечения.

Для более точного прогнозирования течения и выбора тактики лечения ЗАРН необходимо правильно диагностировать заболевание, исключив как гипо-, так и гипердиагностику при анализе РН I зоны; акцентировать внимание следует на наличие flat-васкуляризации с тонкими сосудами в зоне демаркации, сети анастомозов и «щеток» геморрагий, не связанных с прогрессированием РН до 2-3 стадии. Необходим осмотр глазного дна с большим увеличением (НБО с линзой 20 D, RetCam с линзами 30° и 80°).

К традиционным методам лечения активной РН относится лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки. Однако недостаточная эффективность ее проведения у детей с РН I зоны (55,2%, согласно данным ETROP) и плохие анатомические и функциональные исходы привели к активному обсуждению вопроса применения анти-VEGF терапии в качестве метода выбора при лечении «современной» РН.

На сегодняшний день имеется свыше 100 публикаций, касающихся применения анти-VEGF препаратов в лечении РН, очень разнородных по дизайну и «качеству». Проведено два рандомизированных многоцентровых контролируемых исследования: BEAT-ROP (Bevacizumab) и RAINBOW (Ranibizumab). Однако, несмотря на 10-летний опыт применения и наличие многоцентровых исследований, анти-VEGF препараты при РН применяются off-label. На основании многоцентровых исследований разработаны предварительные показания к анти-VEGF терапии при РН: РН I зоны I типа (любая стадия РН с «плюс»-болезнью в I зоне или 3 стадия РН без «плюс»-болезни в I зоне); ЗАРН; невозможность проведения лазеркоагуляции сетчатки (ригидность зрачка, низкая прозрачность сред, технические затруднения). При этом, подчеркнула профессор Л.А. Катаргина, эффективность данного вида лечения является предметом дискуссии.

Преимуществами анти-VEGF терапии являются относительная простота и быстрота процедуры; более быстрое развитие первичного эффекта; отсутствие блокады периферической сетчатки с возможностью продолжения роста сосудов и созревания сетчатки; меньшая частота развития и степень миопии.

Недостатки анти-VEGF терапии при РН: частота рецидивов и длительный период их возможного появления (до 70 недель), что требует длительного наблюдения и частых осмотров; возможность развития тракционных фиброваскулярных мембран в области заднего полюса; риск побочных системных эффектов.

Остается нерешенным ряд вопросов, касающихся анти-VEGF терапии при РН: сроки выведения препаратов (обсуждается вопрос введения на допороговой и постпороговой стадиях); дозировка (1/2 взрослой дозы?); выбор препарата (ранибизумаб, бевацизумаб, афлиберцепт); риск побочного влияния на развитие незрелых органов и систем недоношенных детей; сочетание с лазеркоагуляцией (необходимость, последовательность); тактика мониторинга и лечения поздних рецидивов РН.

Обсуждается вопрос о месте лазеркоагуляции аваскулярной зоны сетчатки при РН I зоны и комбинации ее с интравитреальным введением анти-VEGF препарата; в частности, обсуждается необходимость проведения лазеркоагуляции сохраняющихся аваскулярных зон сетчатки детям на 60-70 неделе ПКВ (постконцептуальный возраст) после инъекции анти-VEGF препарата в активной фазе РН как попытке предотвращения развития поздних рецидивов заболевания (с флюоресцентной ангиографией (ФАГ) или без нее).

Однако возможность «отсроченного» повторного нарастания вазопролиферативной активности (6-30%) после введения ингибиторов ангиогенеза ставит вопрос о необходимости изменения системы мониторинга таких детей после лечения. Обсуждается также и частота осмотров после введения анти-VEGF препаратов.

Развивается «ранняя» витреальная хирургия («постпороговая» 3 стадия и 4 стадия активной фазы РН). Однако вариабельность показаний и отсутствие многоцентровых контролируемых исследований не позволяют четко определить показания и тактику ранней хирургии для внедрения в широкую практику, а также оценить эффективность вмешательств.

Немаловажными остаются организационные аспекты, поскольку, по данным статистики, только 8-15% детей группы риска нуждаются в проведении лечения, актуальным представляется вопрос о необходимости оптимизации скрининга РН. Для этого предлагается не осматривать детей с риском развития лишь I-II стадии РН, т.е. без потребности в лечении; заменить дорогостоящие врачебные осмотры на телемедицинские технологии. Таким образом, целью оптимизации скрининга и мониторинга РН является снижение экономических затрат и рабочей загруженности офтальмологов.

Для практического внедрения телемедицинских технологий в РФ необходимо: оснащение перинатальных центров и отделений для выхаживания недоношенных детей широкоугольными цифровыми педиатрическими камерами; внедрение методики регистрации и программного обеспечения; подготовка специалистов; создание консультативных центров, обеспечивающих анализ полученной информации.

По мере повсеместного увеличения числа пациентов, перенесших РН (до 20 лет назад), все более актуальным становится вопрос диспансерного наблюдения, диагностики и лечения поздних осложнений.

Подводя итог своему выступлению, главный внештатный специалист детский офтальмолог Минздрава РФ, профессор Л.А. Катаргина указала основные направления деятельности на сегодняшний день: изучение особенностей патогенеза РН при ранних сроках гестации (22-27 недель) с целью поиска новых подходов к лечению и повышению его эффективности; изменение тактики скрининга глубоко недоношенных детей (сроки первичного осмотра, интервалы, длительность); оптимизация скрининга у более «зрелых» детей в связи с низкой частотой РН, требующей лечения; определение показаний, сроков и объема лазеркоагуляции в системе лечения глубоко недоношенных детей (I тип РН); определение показаний и выработка тактики медикаментозной терапии РН (в том числе активный поиск новых мишеней лекарственной терапии); развитие телемедицинских технологий.

Ретинопатия недоношенных и ретинобластома

Научно-практическая конференция с международным участием

4-5 апреля 2019 года, г. Москва

Главный внештатный специалист офтальмолог Минздрава России, член-корреспондент РАН В.В. Нероев

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ, профессор Е.Н. Байбарина

Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург)

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

Е.Е. Сидоренко (Москва)

Д.м.н. Л.В. Коголева (Москва)

Е.А. Степанова (Екатеринбург)

И.Г. Трифаненкова (Калуга)

> стр. 1

самостоятельной жизни, научить их простым навыкам жизнеобеспечения, улучшить качество жизни обделенных судьбой детей». Е.Н. Байбарина указала на важность и актуальность обсуждаемых проблем и пожелала успехов в работе конференции.

В своем приветственном обращении директор Института, профессор, член-корреспондент РАН В.В. Нероев подчеркнул, что конференция стала трибуной для обсуждения наиболее острых и животрепещущих проблем детской офтальмологии — ретинопатии недоношенных и ретинобластомы. Несмотря на успехи в диагностике и различных видах лечения пациентов с ретинопатией недоношенных и ретинобластомой, проблема остается чрезвычайно актуальной. Научные исследования ведутся на молекулярно-генетическом уровне; повсеместно проводится диспансеризация детей с офтальмологической патологией; создана нормативно-правовая база; созданы клинические рекомендации оказания медицинской помощи. Он искренне поблагодарил профессора Л.А. Катаргину, главного внештатного специалиста детского офтальмолога Минздрава РФ, являющуюся инициатором проведения конференции. «Всю свою профессиональную жизнь, с первого дня работы в Институте имени Гельмгольца профессор Л.А. Катаргина посвятила разработке и развитию новых методов диагностики и лечения детских глазных заболеваний. Вы являетесь создателем школы, которая успешно занимается лечением ретинопатии недоношенных, ретинобластомы. Вы продолжаете традиции, заложенные предыдущим поколением детских офтальмологов».

В заключение член-корреспондент РАН В.В. Нероев пожелал участникам конференции активной и плодотворной работы.

Профессор С.В. Саакян в приветственном слове отметила, что подобные конференции имеют огромное значение для развития детского направления. В диагностике и лечении ретинобластомы в настоящее время достигнуты огромные успехи. «Несмотря на то что российские офтальмологи ни в чем не уступают, а по некоторым направлениям опережают своих зарубежных коллег, задач, стоящих перед нами, по-прежнему много. Самая главная проблема — первичное звено. Если не будет успешной ранней диагностики ретинобластомы, мы не сможем воспользоваться теми передовыми технологиями, которые находятся в нашем распоряжении. Хочу призвать главных специалистов организовать работу в регионах таким образом, чтобы каждый ребенок был обследован офтальмопедиатром. Обследование обязательно должно проводиться с широким зрачком. Это является единственным залогом выявления ретинобластомы на ранней стадии.

В настоящее время наступает эра молекулярно-генетических исследований при ретинобластоме, появляются новые данные о патогенезе развития заболевания, позволяющие прогнозировать развитие патологии и использовать эффективные методы профилактики новых очагов и метастазирования ретинобластомы и привести к нулю смертность от этого заболевания. Сейчас выживаемость находится на очень хорошем уровне (98-99%)».

Профессор С.В. Саакян обратила внимание на то, что только офтальмологи могут поставить диагноз ребенку и определить тактику лечения.

С.В. Саакян поблагодарила члена-корреспондента РАН В.В. Нероева, профессора Л.А. Катаргину за огромное внимание и поддержку, которое оказывают руководители МНИИ ГБ им. Гельмгольца развитию данного направления. «Институт обладает всем необходимым оборудованием, самыми передовыми технологиями, позволяющими нам работать на высшем уровне».

Профессор Л.А. Катаргина в приветственном слове выразила удовлетворение в связи с тем, что конференция позволила собраться детским офтальмологам, поблагодарила Общероссийскую ассоциацию врачей-офтальмологов за поддержку и возможность организовать такое мероприятие. «Детские офтальмологи достаточно редко встречаются, чтобы обсудить конкретные и значимые проблемы. Для сегодняшней повестки мы выбрали разные проблемы, ретинопатия и ретинобластома, но это те проблемы, которые имеют огромное значение в детской офтальмологии, развитие которых идет буквально семимильными шагами, и каждый день появляется что-то новое». Профессор Л.А. Катаргина выразила надежду, что конференция будет полезна как для детских, так и для «взрослых» офтальмологов.

Особенностям РН у детей с ЭНМТ, значении ФАГ для диагностики формы течения заболевания был посвящен доклад д.м.н. Э.И. Сайдашевой (Санкт-Петербург). В России выживаемость детей с ЭНМТ достигла более 80%, в ведущих перинатальных центрах — около 90%. Выживаемость новорожденных с ЭНМТ колеблется от 6% при 22 неделях ГВ до 92% при 28 неделях ГВ.

Сравнительный углубленный анализ результатов динамического наблюдения за активной РН у детей с ЭНМТ позволил установить следующее: начало ангиогенеза сетчатки протекает в соответствии с нормальным внутриутробным развитием, поэтому нарушение процесса васкуляризации, приводящее к формированию активной РН, происходит в постнатальном периоде, в сроки, соответствующие зонам созревания во внутриутробном периоде, тяжесть течения заболевания определяется степенью зрелости сетчатки.

Учитывая, что зона I сетчатки начинает формироваться (васкуляризироваться) с 25-26 по 30 неделю ПКВ, именно в этот сенситивный период неблагоприятное экзо- или эндогенное воздействие на сетчатку провоцирует развитие ЗАРН. Определены предикторы ЗАРН: васкуляризация сетчатки только в зоне I, преретинальные геморрагии на концевых сосудах, ангиоспазм центральных сосудов сетчатки, формирование артериовенозных шунтов, неоваскуляризация в центральной зоне, являющиеся показанием для выполнения более ранней ЛКС.

Доклад H. Hideyuki (Япония) на тему «Диагностика и лечение задней агрессивной ретинопатии недоношенных » представила профессор Л.А. Катаргина. Признаками ЗАРН являются задняя локализация (I зона, задняя часть II зоны); выраженная плюс-«болезнь»; шунтирование сосудов внутри сетчатки; трудности в дифференциации артериол и венул; значительное расширение и извитость обоих типов сосудов; отсутствие стадийности заболевания; образование артерио-венозных анастомозов в зоне демаркации; наличие flat-васкуляризации сетчатки; геморрагического компонента; перед демаркационной линией сосуды приобретают вид «щеток».

Далее профессор Л.А. Катаргина прокомментировала изображения глазного дна, отражающие различные характерные проявления

ЗАРН: зоны измененных сосудов в виде щеток; интраретинальное шунтирование, выявленное при осмотре глазного дна с большим увеличением; интраретинальные геморрагии; выраженные геморрагии в зонах демаркации; анастомозы, геморрагии, мягкая неваскуляризация; фовеальная васкуляризация до введения бевацизумаба; флюоресцентная ангиограмма с сосудистыми петлями; глазное дно после введения бевацизумаба с рецидивом геморрагии и т.д.

Для раннего выявления ЗАРН с целью определения начальной неоваскуляризации целесообразно при исследовании на ретинальной педиатрической камере RetCam использовать линзы с большим увеличением 30°; непрямую офтальмоскопию с линзой 20 D; при подозрении на ЗАРН показано применение ФАГ. В случаях нарушения прозрачности стекловидного тела или ригидного зрачка крайне затруднительно поставить правильный диагноз.

«Прогноз и особенности лазеркоагуляции сетчатки при РН I зоны и ЗАРН» — тема доклада, с которым выступила к.м.н. Н.В. Фомина (Санкт-Петербург). Ретроспективный анализ изображений, полученных с помощью RetCam показал, что проявления ЗАРН носят разнообразный характер; прогностически к самым неблагоприятным формам относится ЗАРН с локализацией в задней части I зоны. Высокая эффективность лечения ЗАРН в различных медицинских учреждениях может определяться критериями постановки данного диагноза с вероятной гипердиагностикой ЗАРН. Проведение лазеркоагуляции сетчатки при ЗАРН и I зоне РН методически сложнее и длительнее, чем при классической РН, что необходимо учитывать при проведении анестезиологического пособия. При постановке диагноза ЗАРН целесообразно указывать зону локализации, принимая во внимание, что традиционное лазерное лечение ЗАРН в I-й зоне практически неэффективно.

И.А. Мальцева (Самара) от группы авторов представила доклад «Эффективность лазеркоагуляции при тяжелых формах ретинопатии недоношенных». Цель исследования заключалась в изучении эффективности панретинальной лазерной коагуляции сетчатки при тяжелых формах РН. Результаты показали, что эффективность лазерной коагуляции сетчатки при РН с «плюс»-болезнью составляет 85,3%., однако при ЗАРН доля неблагоприятных исходов остается достаточно высокой — 61,1%. Лазерную коагуляцию сетчатки, по мнению авторов, следует рассматривать как первый этап в лечении ЗАРН и искать дополнительные способы для нормализации васкулогенеза сетчатки у данной категории детей.

Об опыте применения анти-VEGF препаратов у детей с прогрессирующей РН после ранее проведенной лазеркоагуляции сетчатки рассказал к.м.н. Е.Е. Сидоренко (Москва). По мнению автора, преимущества этого вида лечения заключаются в следующем: отсутствие повреждающего действия на сетчатку; существенное сокращение времени лечения (3-4 мин.), отсутствие необходимости в дорогостоящем оборудовании. В то же время докладчик отметил необходимость длительного наблюдения пациентов после введения ингибиторов ангиогенеза (в среднем до 70 недель постконцептуального возраста) в связи с возможностью рецидивов и репролиферации.

Тему анти-VEGF терапии при РН продолжила к.м.н. Е.Н. Демченко (Москва), представившая доклад «Поздняя реактивация ретинопатии недоношенных после антиангиогенной терапии, тактика наблюдения и лечения». Докладчик указала, что клиническим предвестником развития репролиферации после введения анти-VEGF препарата является очень медленная, продолженная васкуляризация глазного дна или остановка роста сосудов сетчатки к периферии; возвращение сосудистой активности по типу «плюс»-болезни; развитие неоваскуляризации в зоне исходной локализации экстраретинальной пролиферации и/или на продвинутой к периферии границе васкуляризированной сетчатки. Рецидив сосудистой активности на фоне персистирующих обширных аваскулярных зон может быть предиктором молниеносного развития экстраретинальной пролиферации и отслойки сетчатки, что требует длительного мониторинга пациентов после антиангиогенной терапии.

По данным авторов, постконцептуальный возраст развития рецидива составляет 39-61 неделю ПКВ (в среднем — 46 недель). Рекомендуется проводить регулярное наблюдение за детьми после лечения анти-VEGF препаратами до полной васкуляризации сетчатки; до 70-80 недель ПКВ.

Реактивация РН после анти-VEGF терапии чаще развивается при ЗАРН (частота рецидивов — 31,6-67%); чаще при РН 1 зоны (62% реактивации), чем при локализации во 2 зоне (31%); чаще при пороговых стадиях РН (38% реактивации), чем при допороговых (16%); чаще после введения ранибизумаба, чем бевацизумаба.

Определены показания к дополнительному лечению при поздних рецидивах после анти-VEGF терапии: 1 зона — длительная остановка роста сосудов и появление сосудистой активности без формирования демаркации с аваскулярной сетчаткой; появление сосудистой активности и демаркация с аваскулярной сетчаткой; появление экстраретинальной пролиферации; 2 зона — остановка роста сосудов, сосудистая активность с появлением демаркации с аваскулярной сетчаткой; появление экстраретинальной пролиферации; 3 зона — появление экстраретинальной пролиферации.

Н.Н. Юдина (Калуга) от группы авторов доложила об особенностях первичной ранней витрэктомии при задней агрессивной РН на стадии манифестации. Преимуществами первичной витрэктомии на стадии манифестации ЗАРН являются: полное удаление фиброваскулярной ткани единым конгломератом; снижение риска возникновения ятрогенных разрывов; возможность одномоментного проведения лазерной коагуляции в необходимом объеме; уменьшение количества и длительности анестезиологического пособия. Сложностями витрэктомии после проведенной ранее лазеркоагуляции сетчатки при ЗАРН являются: активация пролиферативного процесса; трудности удаления фиброваскулярной ткани; риск образования ятрогенных разрывов; вероятность рецидивов отслойки сетчатки; длительность анестезиологического пособия.

Первичная ранняя витрэктомия у детей с ЗАРН на стадии экстраретинальной пролиферации в условиях отсутствия ранее проведенной транспупиллярной лазерной коагуляции сетчатки позволяет в ходе одного вмешательства устранить витреоретинальные тракции, удалить фиброваскулярную ткань, провести дозированную эндолазерную коагуляцию сетчатки, что создает условия для формирования правильного витреоретинального интерфейса и развития зрительных функций.

Диагностическую и прогностическую значимость оптической когерентной томографии (ОКТ) в мониторинге ретинопатии недоношенных в своем докладе подробно осветила к.м.н. Н.А. Осипова (Москва). Появление ручных приборов значительно расширило возможности ОКТ-исследования сетчатки у детей в активную фазу РН, что обусловлено быстротой получения изображения; возможностями обследования детей в положении лежа и точной оптической корректировки в зависимости от величины переднезадней оси глазного яблока, рефракции, кривизны роговицы, т.е. параметров, претерпевающих значительные изменения в зависимости от возраста ребенка.

В активную фазу РН ОКТ позволяет выявлять такие субклинические состояния, как кистовидный макулярный отек, ретиношизис, преретинальную фиброваскулярную ткань, эпиретинальную мембрану, невизуализируемые при офтальмоскопии, а также точно локализовать границу отслойки сетчатки по отношению к фовеа, что имеет несомненное прогностическое значение.

Проведение ОКТ новорожденным недоношенным детям сделало доступным изучение механизмов постнатального развития макулярной зоны сетчатки недоношенных детей; выявление структурных особенностей центральной зоны сетчатки в период активной фазы РН, что имеет большое значение для изучения

Е.Н. Демихова (Рязань)

патогенеза заболевания и возможности прогнозирования его течения и функциональных исходов.

С помощью ОКТ выявлен ряд особенностей строения центральной зоны сетчатки у детей с благоприятными исходами РН, в частности, персистенция внутренних слоев сетчатки в области фовеолярной ямки; снижение глубины фовеолярной депрессии; увеличение параметров толщины макулярной зоны; задержка развития фоторецепторов; истончение слоя фоторецепторов. ОКТ также позволяет оценивать динамику структуры макулярной зоны сетчатки у недоношенных детей с благоприятными исходами РН. В проведенном авторами исследовании было выявлено, что при РН I и II степени отмечается более позднее, чем в норме, формирование макулы, составляя к 6 месяцам жизни лишь 7% случаев; при РН III степени макулярный рефлекс появляется лишь в 6% случаев к 12 месяцам и отсутствует к 3-4 годам в половине случаев (49%). При РН III степени к 4 годам жизни отмечено нарастание признаков эпи- и интраретинального фиброза (4-20% случаев), а также усиление эктопии макулы (до 30% случаев).

С докладом «Определение стадии РН на основе фрактальной соразмерности сосудистых сетей» от группы авторов выступила профессор М.А. Ковалевская (Воронеж).

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

HYLO® ЗАБОТА О ГЛАЗАХ

Постоянное использование

ХИЛО-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота
При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза»;
до и после хирургического лечения. Лидер продаж в Германии*
Препарат года с 2007 по 2015 в Германии**
До 3-й степени сухости

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

Бережный уход и восстановление

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

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

ПАРИН-ПОС® Гепарин
Защищает и поддерживает роговицу, конъюнктиву и веки. Бережная помощь при раздражении глаз. 24-х часовая быстрая и надежная защита от раздражения глаз
1-4 степень сухости

Защита в ночное время

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

РЕКЛАМА

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

* ИМСАЙТ ХЕЛС (Май 2014)
** Результаты исследования Федеральной ассоциации фармацевтов Германии (BVDA)

Академик РАН А.Ф. Бровкина

Д.м.н. А.А. Яровой (Москва)

Профессор И.П. Хорошилова-Маслова (Москва)

Профессор С.В. Саакян

О результатах лазерного лечения детей с РН в Алтайском крае в КГБУЗ «АККДБ» от группы авторов доложил В.И. Лебедев.

К.м.н. М.А. Карякин (Екатеринбург) от группы авторов представил доклад на тему «Хирургическое лечение постпороговых стадий РН (4а, 4в, 5) в активном периоде». Эффективность лазерного лечения пороговых стадий РН составляет 99% при неосложненном течении заболевания и 86,3% при задней агрессивной форме заболевания. Осложненное течение заболевания («плюс»-болезнь и задняя агрессивная форма заболевания) в последние годы достигает 80%.

Показаниями к оперативному лечению в активном периоде РН, по мнению докладчиков, служит отслойка сетчатки площадью более 3 часовых меридианов. Хирургическое лечение РН включает непроникающие операции и витреоретинальную хирургию. Показаниями к экстрасклеральным вмешательствам являются: малая площадь отслойки сетчатки; малая высота отслойки сетчатки; минимальная сосудистая активность; прилегание макулярной области. Однако в настоящее время этот вид вмешательств применяется редко по причине невысокой эффективности (37-75%) и формирования миопии II-III степени у 85% пациентов.

Целями витреоретинальной хирургии при РН являются: IVа стадия — остановка прогрессирования заболевания, прилегание сетчатки, сохранение зрительных функций, особенно при ленссберегающей витрэктомии; IVв стадия — остановка прогрессирования заболевания, прилегание сетчатки, по возможности сохранение зрительных функций; V стадия — профилактика развития иридокорнеального контакта, бельма роговицы, вторичной глаукомы, анатомическое сохранение глаза, при этом можно достигнуть хорошего анатомического эффекта и в некоторых случаях создать предпосылки для формирования остаточного зрения.

Е.В. Ерохина (Калуга) от группы авторов сделала доклад «Анатомо-топографические особенности переднего сегмента глаза у детей с тяжелыми стадиями РН в активную фазу заболевания по данным ультразвуковой биомикроскопии». Цель работы — изучить особенности анатомо-топографических соотношений структур переднего сегмента глаза у детей с тяжелыми стадиями РН в активную фазу заболевания с помощью метода ультразвуковой биомикроскопии, а также оценить возможность использования полученных данных для оптимизации хирургического лечения РН.

С помощью УБМ были изучены и определены математические выражения анатомо-топографических соотношений структур переднего сегмента глаза у детей с IV и V стадиями РН. Методом УБМ выявлены и изучены специфические структурные нарушения в области крайней периферии сетчатки, а также в постзонулярном и ретролентальном пространствах при IV и V стадиях РН, недоступные исследованию с помощью имеющихся методов обследования. УБМ позволяет расширить диагностические возможности у детей с активными стадиями РН, определить объем хирургического вмешательства, разработать индивидуальный план хирургического лечения тяжелых стадий РН с учетом всех имеющихся особенностей, что позволяет минимизировать риск интра- и послеоперационных осложнений.

К.м.н. Е.В. Денисова (Москва) доложила о поздних осложнениях РН, диагностике и лечении. Проведенные исследования показали, что поздние витреоретинальные осложнения развиваются у половины пациентов с благоприятными исходами РН, что требует пожизненного динамического наблюдения детей с любой степенью заболевания (при I — 1 раз в год, при II-IV — 1 раз в 6 мес.) Для выявления и мониторинга поздних витреоретинальных осложнений целесообразно применение комплекса клинических и инструментальных методов, включая ОКТ. Основными видами осложнений при благоприятных исходах РН являются периферические ретинальные дистрофии, усиление витреоретинальной тракции, тракционный ретиношизис, которые могут привести к отслойке сетчатки. В этих случаях необходимо проведение лазеркоагуляции сетчатки Поздние отслойки сетчатки у пациентов с РН в большинстве случаев имеют тракционно-регматогенный или тракционный характер. Тактика лечения поздней отслойки сетчатки у ребенка с РН определяется ее распространенностью, тяжестью и выраженностью пролиферативной витреоретинопатии. Своевременное выявление и лечение поздних ВРО позволят избежать развития отслойки сетчатки и сохранить зрение большинству детей с благоприятными исходами РН.

К.м.н. И.Г. Трифаненкова (Калуга) от группы авторов представила доклад на тему «Особенности периферии сетчатки у пациентов с неблагоприятными исходами самопроизвольного регресса РН по данным ОКТ». Результаты показали, что спектральная ОКТ является специфичным и высокоинформативным методом у детей с рубцовыми изменениями сетчатки при РН, позволяющим на качественно новом уровне оценить тяжесть течения заболевания в каждом конкретном случае. Методом ОКТ выявлены минимальные, не видимые офтальмоскопически ретинальные изменения, существенно влияющие на выбор тактики ведения пациентов с рубцовыми стадиями РН.

По мнению авторов, ОКТ необходимо включать в перечень основных методов диагностики детей с рубцовыми стадиями РН с целью оценки тяжести, распространенности, а также динамики прогрессирования структурных патологических изменений на периферии сетчатки и своевременной коррекции лечебных мероприятий индивидуально для каждого пациента.

Дети с рубцовой РН требуют особой настороженности у офтальмологов по месту жительства. Мониторинг пациентов с рубцовыми стадиями РН должен осуществляться в высокотехнологичных специализированных офтальмологических центрах.

Доклад д.м.н. Л.В. Коголевой касался отдаленных клинико-функциональных исходов РН у глубоко недоношенных детей. Цель исследования заключалась в изучении отдаленных клинико-функциональных исходов РН у детей, родившихся на раннем сроке гестации, в подростковом и юношеском возрасте. Клинические особенности рубцовой РН у детей с ранним ГВ при рождении: смещение ретинальных сосудов и тракция сетчатки в носовую сторону (19,2%); остаточные аваскулярные зоны на височной периферии сетчатки при самопроизвольном регрессе, персистирующие в отдаленный период наблюдения; сосудистые анастомозы на границе с аваскулярной сетчаткой (предикторы витреоретинальных осложнений).

Недоношенные дети, родившиеся на раннем сроке гестации, являются группой высокого риска по развитию слепоты и слабовидения (67% в школьном и юношеском возрасте). Снижение зрения связано с тяжелой степенью рубцовой РН, выраженными аномалиями рефракции (92%); поздними осложнениями (68%), нарушением электрогенеза сетчатки, как следствие РН, так и глубокой морфофункциональной незрелости сетчатки.

Данный контингент пациентов требует особого контроля офтальмологов и пожизненного динамического наблюдения.

К.м.н. Е.А. Степанова (Екатеринбург) в своем выступлении остановилась на клинико-функциональном состоянии детей, перенесших РН разной тяжести в отдаленном периоде, а также на необходимости привлечения различных специалистов для адекватного ведения пациентов с целью их медицинской и социальной адаптации.

Н.Ш. Кокоева (Москва) от группы авторов представила доклад на тему «Особенности регионарной и магистральной гемодинамики при рубцовой РН». Выявленные нарушения линейной скорости кровотока в ЦАС и ЗКЦА у детей с РН свидетельствуют о возможной роли регионарной гемодинамики в патогенезе нарушений зрения.

С заключительным докладом первого дня конференции «Применение светофильтровых очков в профилактике развития и прогрессирования РН» выступила О.А. Ушникова (Ростов-на-Дону). Одним из внешних факторов, влияющих на развитие ребенка после рождения, является яркий дневной свет, особенно его коротковолновая часть спектра, стимулирующая работу незрелой сетчатки, что приводит к компенсаторному ускоренному росту неполноценных сосудов, развитию РН. В родильном отделении ребенок подвергается воздействию не только естественного света, но и в большей степени яркого искусственного света, источниками которого являются лампы светильников палат, а также диагностической аппаратуры — офтальмологических ретинальных камер.

По мнению авторов, применение красных очков при соблюдении всех основных правил выхаживания недоношенных детей, по предварительным данным, уменьшает развитие РН на 16% и потребность в лазерном лечении на 20%, а также повышает количество благоприятных исходов после операции. Это, в свою очередь, снижает риск возникновения миопии и нарушения периферического зрения после применения лазерной коагуляции сетчатки.

Профессор F. Munier (Швейцария), V. Vishnevskaya-Dai (Израиль)

Профессор Д.В. Залетаев (Москва), академик РАН В.Г. Поляков (Москва)

Ретинобластома

Второй день конференции был посвящен проблеме ретинобластомы. С приветственным словом к участникам обратился академик РАН, директор НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» В.Г. Поляков. Он, в частности, сказал: «Лечение детей с ретинобластомой — это целый «космос». Заболевание касается всей педиатрической службы… В лечении глаз принимают участие эндокринологи, онкологи, офтальмологи, реабилитологи, генетики, нейрохирурги — т.е. практически все специальности представлены вокруг этого небольшого, но такого важного для ребенка, для человека, органа».

Профессор Д.В. Залетаев, руководитель лаборатории эпигенетики Медико-генетического научного центра, обращаясь к участникам конференции, отметил, что вместе со С.В. Саакян они стояли у истоков генетических и молекулярно-генетических исследований ретинобластомы. «В настоящее время доклады по ретинобластоме на подобных конференциях становятся все интересней, исследования все глубже». Профессор Д.В. Залетаев призвал молодых докторов присоединиться к исследованиям этого заболевания, чтобы в будущем сделать еще много важных научных открытий.

Со словами приветствия к собравшимся также обратились профессор Ф. Мунье (Швейцария) и В. Вишневская-Дай (Израиль).

Научную часть второго дня конференции открыла профессор С.В. Саакян, представившая доклад на тему «Современная стратегия лечения ретинобластомы в России».

РБ — злокачественная опухоль оптической части сетчатки нейроэктодермального происхождения. Составляет 3% всех опухолей детского возраста и 14% — у детей до 10 лет; частота встречаемости — 1:15 000 живых новорожденных. Опухоль чрезвычайно агрессивная, прорастает в окружающие ткани, в мозг, дает метастазы. Различают три вида ретинобластомы: бинокулярная, монокулярная, трилатеральная. Монокулярная форма встречается чаще, чем бинокулярная. Возраст — 0-9 лет. Основные жалобы: «светящийся» глаз или лейкокория, наличие кальцификатов; косоглазие, если опухоль расположена в центральной зоне.

Ретинобластома впервые упоминается в 1597 году; подробное изучение заболевания началось в XIX веке: 1809 год — первая клиническая зарисовка РБ; энуклеация как профилактика метастазирования; в 1817 году — введено понятие «кошачий глаз»; в 1836 году Роберт Лангенбек провел первое исследование РБ под микроскопом; 1850 год — хлороформный наркоз, а Альбрехт фон Грефе доказал, что иссечение большей части зрительного нерва спасает жизнь ребенка; 1851 год — внедрена прямая офтальмоскопия (Герман Гельмгольц); 1926 год — утверждено название «ретинобластома» (Фредерик Верхофф).

До 60-70-х годов единственным видом лечения была энуклеация при низкой выживаемости (около 5%). В 1973 году появилась методика брахитерапии с применением стронциевых офтальмоаппликаторов (А.Ф. Бровкина, Г.Д. Зарубей). Брахитерапия впервые позволила локально разрушить опухолевый очаг в глазу; сохранить глаз и в ряде случаев — зрительные функции. Важнейшим этапом в лечении РБ стало внедрение в конце 1990-х годов неоадъювантной химиотерапии, способной разрушать опухоль внутри глаза. В последние 10-15 лет внедряются различные протоколы химиотерапии, системные и локальные методы.

Основная стратегия лечения РБ в настоящее время — комбинированное органосохранное лечение: контактная лучевая терапия; лазерные методы; криодеструкция опухоли; системная химиотерапия (ХТ) — двухкомпонентная при ранних стадиях, трехкомпонентная при запущенных стадиях; локальная ХТ — селективная интраартериальная химиотерапия (СИАХТ) и интравитреальная химиотерапия (ИВХТ).

Сейчас в России внедряется единый протокол лечения, разработанный совместно с РОНЦ им. Блохина. Показаниями для СИАХТ являются экзофитный рост, резистентные формы, юкста-, парапапиллярная локализация; для ИВХТ — эндофитный рост, притуморальная и диффузная диссеминация, рецидивы. Противопоказания — вторичная гипертензия, распространение на цилиарное тело.

Как подчеркнула профессор С.В. Саакян, благодаря комплексу лечебных мероприятий, был сделан огромный прорыв в лечении заболевания. Если до 2010 года существовавшие методики позволяли спасать 8% глаз при монокулярной ретинобластоме, в настоящее время доля спасенных глаз возросла до 53%. На сегодняшний день абсолютными показаниями к энуклеации являются следующие: вторичная глаукома, непрозрачные среды (гемофтальм, катаракта), экстрабульбарный рост.

Основной причиной энуклеации является отсутствие ранней диагностики, что объясняется отсутствием онконастороженности у офтальмопедиатров; осмотр с узким зрачком; отсутствие диспансеризации; врачебные ошибки; недооценка состояния ребенка родителями; задержка поступления в медучреждения по причине большой удаленности, а также экономического фактора, несвоевременного оформления квот.

По данным литературы, в странах Европы и США отмечается крайне низкая (до 5%) частота экстраокулярного роста РБ или метастатического поражения ЦНС или их отсутствие, что связано с более ранней диагностикой, лечением и мониторингом состояния пациентов.

Остановившись на вопросе современного лечения ретинобластомы, профессор С.В. Саакян отметила, что, несмотря на большие успехи в плане сохранения глаза, возникают проблемы, осложняющие течение заболевания. По данным отдела офтальмоонкологии и радиологии, после проведения локальной ХТ в 70% наблюдений требуется проведение фокального лечения (брахитерапия, лазерное лечение, криодеструкция). Кроме того, фокальное лечение после локальной ХТ сопровождается утяжелением и пролонгированием лучевой реакции (усилением экссудативной и сосудистой реакций, увеита и т.д.)

Отдельной проблемой является изучение влияния химиопрепаратов на сетчатку и зрительный нерв: ангиопатия сетчатки, спазм центральной артерии сетчатки, перипапиллярный отек сетчатки, распространяющийся на макулу; хориоретинальная атрофия, ретробульбарный неврит, нейроретинит, частичная атрофия нервных волокон, атрофия ДЗН.

Виды лучевой терапии в офтальмоонкологии: брахитерапия с использованием радиоактивных аппликаторов. Основными показаниями для брахитерапии являются отсутствие метастазов; размеры опухоли: толщина — до 6 мм, максимальный диаметр — до 16 мм.

Условия проведения брахитерапии: точная топометрия опухоли; аппликатор должен перекрывать видимые размеры опухоли на 2-4 мм; операция проводится под наркозом; обеспечивается диафаноскопический контроль при фиксации аппликатора; УЗИ-контроль; микрохирургическая техника операции. Полная регрессия опухоли достигается в 56,3% случаев. Показано, что метод особенно эффективен для тех опухолей, которые не подвергались терапии другими консервативными методами.

Дистанционное облучение, включающее фотонное облучение, рентгенотерапию и гамма-терапию, необходимо использовать только при экстрабульбарном росте опухоли. Использование фотонной терапии, даже прецизионной в виде облучения гамма-ножом для сохранения глаза, в большинстве случаев приводит к развитию вторичных опухолей и смерти ребенка через несколько лет.

Подводя итог своему выступлению, профессор С.В. Саакян подчеркнула, что за последние годы отмечен значительный прогресс в лечении РБ. На начальных стадиях заболевания цель лечения состоит в сохранении органа зрения и в минимизации летальности. Это стало возможным благодаря успешному применению комбинации разных видов химиотерапии и локального лечения опухоли. В последнее время многообещающие результаты показало применение адресной доставки химиотерапевтических препаратов в глаз (селективная интраартериальная и интравитреальная химиотерапия). Лучевая терапия РБ полезна в отдельных случаях либо в форме брахитерапии с применением офтальмоаппликаторов, либо в виде наружной лучевой терапии.

Будут продолжены работы по внедрению тотального молекулярно-генетического обследования, пренатальной диагностики в группе риска, новых химиопрепаратов, их комбинаций (топотекан), таргетной терапии, чипов из генно-модифицированных стволовых клеток для восстановления функции сетчатки.

Перспективные направления в диагностике и лечении РБ: применение онколитических вирусов как в виде монотерапии, так и в составе комбинированной терапии в эксперименте; молекулярно-генетические особенности РБ, включая изучение роли прогениторных клеток и других звеньев патогенеза опухоли; использование минимально инвазивных методов изучения соматических мутаций при РБ — жидкая биопсия (стекловидное тело, влага передней камеры); создание новых клеточных линий и животных моделей РБ, испытания новых режимов локальной химиотерапии.

Далее выступили зарубежные гости: V. Vishnevskaya-Dai (Израиль) с докладом «Ретинобластома: генетика, клиника и классификация» и профессор F. Munier (Швейцария) с докладом «Отсевы в стекловидное тело при РБ: патофизиология и клинические особенности».

А. Аубакирова (Казахстан) рассказала об организации медицинской помощи больным ретинобластомой в Республике Казахстан.

К.м.н. Т.В. Янченко (Кемерово) представила доклад «Диспансерное наблюдение пациентов с ретинобластомой». По мнению авторов, при наличии наследственной предрасположенности необходимо оценивать состояние здоровья других членов семьи. Рекомендуемое пожизненное диспансерное наблюдение офтальмологов и онкологов за пациентами, пролеченными по поводу РБ, является необходимым для своевременного выявления рецидива заболевания и опухолей другой локализации.

Д.м.н. О.Г. Пантелеева (Москва) выступила с докладом «Клинические особенности ретинобластомы старшего возраста». К 2010

Д.м.н. И.А. Филатова (Москва), И.А. Сироткина (Челябинск)

году известно только о 24 случаях первично выявленной РБ в возрасте от 20 до 74 лет во всем мире.

Особенностями клинической картины являются: снижение зрения, косоглазие (наиболее частая жалоба), вялотекущий характер, смешанный рост РБ, диффузно-распространенный рост, вовлечение переднего отрезка с наличием псевдопреципитатов и/или псевдогипопиона (часто симулирует увеит), развитие вторичной глаукомы, отслойка сетчатки.

Дифференциальный диагноз: увеит, отслойка сетчатки, катаракта, ретинит Коатса, миелиновые волокна, капиллярная гемангиома сетчатки, колобома диска зрительного нерва и сосудистой оболочки и др.

В 7% случаев РБ диагностируется у пациентов в возрасте 5 лет и старше; необходимо повысить онкосторожность офтальмопедиатра при осмотре детей, в т.ч. в возрасте от 5 лет; все пациенты с жалобами на снижение зрения и косоглазие подлежат тщательному офтальмологическому обследованию обоих глаз, включающему офтальмоскопию в условиях максимального медикаментозного мидриаза с осмотром периферии глазного дна, а также ультразвуковое исследование.

Ретинобластома может маскироваться под увеит, с появлением опухолевых преципитатов и псевдогипопиона; отсутствие положительной динамики при лечении увеита требует более детального обследования детей для исключения РБ; всем больным с увеитом следует проводить УЗИ, а в сложных диагностических случаях — КТ/МРТ орбит.

«Дифференциальная диагностика ретинобластомы» — тема сообщения, с которым от группы авторов выступила д.м.н. Л.В. Коголева (Москва). Одним из первых симптомов, побуждающих родителей обратиться с ребенком к офтальмологу, является лейкокория или симптом свечения зрачка, который развивается при поздних стадиях болезни. Однако лейкокория может также сопровождать и такие заболевания, как ретинопатия недоношенных, ретинит Коатса, болезнь Ландузи-Дежерина, увеит различной этиологии, в т.ч. токсокарозный, семейная экссудативная витреоретинопатия, синдром Блоха-Сульцбергера, болезнь Норри. По данным обращаемости в МНИИ ГБ им. Гельгольца, частота ошибочных диагнозов составляет 38%.

Современные методы диагностики и визуализации позволяют правильно и своевременно осуществить раннюю диагностику и предотвратить необратимую потерю зрения: данные анамнеза, особенности перинатального периода, соблюдение сроков и динамики осмотров; методики обследования глазного дна: офтальмоскопия под мидриазом методом непрямой бинокулярной офтальмоскопии и/или на RetCam с линзой 130°; УЗИ; ФАГ, ОКТ + ангио-ОКТ; КТ и МРТ; ЭФИ; генетическое исследование.

О возможностях оптической когерентной томографии в диагностике и мониторинге РБ доложила к.м.н. Е.Б. Мякошина (Москва). Как отметила докладчик, ОКТ позволяет установить диагноз РБ на ранних стадиях и определить характер ее роста; оценить степень кальцификации РБ с целью выбора метода лечения; диагностировать хориоретинальный рубец, остаточную опухоль, продолженный и скрытый рост; выявить доклинические признаки макулопатии и оптиконейропатии с целью прогнозирования зрительных функций.

А.Г. Амирян (Москва) рассказала о преимуществах ультразвуковых методов исследования в схеме комплексной диагностики РБ. Современные ультразвуковые методы, к которым относятся двухмерная эхография, цветовое допплеровское картирование, спектральный допплеровский анализ, позволяют определить размеры (h, d), локализацию очага, отношение к структурам глаза, состояние оболочек глаза (сетчатки, склеры), зрительного нерва, эхоструктуру опухоли, наличие кальцификатов, васкуляризацию опухоли, состояние стекловидного тела (взвесь в стекловидном теле, гемофтальм).

О.В. Югай (Москва) с соавторами представила доклад на тему «Роль молекулярно-диагностических подходов в диагностике, мониторинге и профилактике ретинобластомы». Автор отметила, что совершенствование методов молекулярных исследований значительно улучшило идентификацию носителей мутаций, облегчило генетическое консультирование, открыло возможность выявления заболевания на ранних стадиях, позволило осуществлять профилактику наследственных форм, сделало возможным прогнозирование течения заболевания, а также выявление наследственных синдромов, ассоциированных с псевдоопухолями сетчатки.

Возможности тонкоигольной аспирационной биопсии в дифференциальной диагностике внутриглазных поражений у детей были представлены в докладе М.Г. Жильцовой (Москва). Дифференциальная диагностика эндофитных форм и поздних стадий РБ резко затруднена из-за сходных клинических признаков с другими опухолевыми и воспалительными заболеваниями глаза. В трудных случаях единственным методом, позволяющим уточнить диагноз и определить тактику лечения, является морфологическое исследование методом ТИАБ с последующим цитологическим исследованием.

Биологической особенностью РБ является раннее развитие в ней дистрофических изменений и некрозов, отложений солей кальция.

Основными цитологическими признаками РБ являются некротический фон мазка, присутствие двух типов клеток, зоны некрозов, наличие кальцификатов, скопления клеток, имеющих округлые, шарообразные формы, розеткоподобные структуры.

Тонкоигольная аспирационная биопсия позволила уточнить диагноз в 68% случаев, провести своевременное адекватное лечение в 54,8%, в 31,8% случаев — сохранить глаза детям при неопухолевой патологии.

Профессор И.П. Хорошилова-Маслова от группы авторов выступила с докладом на тему «Морфогенез РБ при локальном введении цитостатиков». Цель исследования заключалась в морфологическом изучении энуклеированных глаз пациентов, получавших локальное лечение РБ путем интраартериальной и интравитреальной химиотерапии мелфаланом в сочетании с системной химиотерапией; в определении характера резорбции опухоли при воздействии химиотерапии и возможных осложнений, связанных с ретинотоксическим действием препарата мелфалан.

Морфологически изучено 11 энуклеированных глаз и РБ от 10 пациентов, получавших комбинированную химиотерапию, включая системную и локальную, в различных дозах, обеспечивающую органосохранное лечение. В 6 случаях отмечали монокулярную форму, в 4 — бинокулярную.

ФОКУС
Материалы для микрохирургии
BIO-HYALUR
Вискоэластик на основе гиалуроната натрия с хондроитинсульфатом натрия
• Превосходная защита эндотелия
• Гиалуроновая кислота высокой степени очистки
• Большой объем 1 мл
НОВИНКА

Bio-Hyalur CS
• 2% Гиалуронат Натрия & 2% Хондроитинсульфат Натрия
• Вязкость 40000mPas±15000mPas
• Шприц 1 мл с канюлей 27G
• Инструкция на русском языке
Легкость и простота в использовании
Всегда в наличии
Быстрая доставка
(495) 646-72-51 info@focus-m.ru www.focus-m.ru
На правах рекламы

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

XIV ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«РЕФРАКЦИЯ – 2019»

28-29 ноября 2019 г., г. Самара

Уважаемые коллеги и партнеры!

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

Направления работы конференции:

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

Мероприятие будет аккредитовано в рамках непрерывного медицинского образования.

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

Участие в конференции бесплатное.

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

Показана роль локальной химиотерапии, преимущественно СИАХТ, при которой наблюдали существенные изменения в опухолевой ткани, ведущие к резорбции опухолевых узлов. В 3 из 11 глаз выявили полную резорбцию опухоли. Однако осложнения, возникшие в процессе резорбции опухоли, способствовали развитию патологических процессов (вторичная глаукома), которые обосновывали необходимость энуклеации в этих случаях.

Наряду с положительным эффектом у пациентов, получивших локально мелфалан, возникали осложнения ретинотоксического характера, а именно: геморрагические изменения, связанные с сосудистой патологией — очаговым некрозом центральных сосудов сетчатки при интраартериальном введении мелфалана; деструктивные изменения ретинального пигментного эпителия, связанные с накоплением мелфалана в РПЭ, приводят к атрофическим процессам в сетчатке.

Показано, что большой объем системной химиотерапии в комбинации с недостаточным объемом локальной (1 курс) химиотерапии не способствует полной резорбции.

В связи со сложной методикой СИАХТ целесообразна дальнейшая разработка более доступного для офтальмоонкологов метода интравитреального введения мелфалана при использовании локальной химиотерапии и определение оптимальной терапевтической дозы препарата.

«Транспупиллярная термотерапия (ТТТ) в схеме лечения малых форм ретинобластомы» — тема доклада Р.А. Тацкова (Москва). Транспупиллярная термотерапия (ИК диодлазерная терапия) — метод разрушения опухоли в инфракрасном диапазоне 810 нм путем субпорогового термического воздействия на ткань опухоли (>41°); мощность излучения — 300-500 мВт; разовая временная экспозиция — 60 сек.

Терапевтический эффект ТТТ основан на небольшом прогревании меланина в пигментном эпителии сетчатки и меланоцитах сосудистой оболочки. Заключается в тепловом шоке с кратковременной активацией белков теплового шока, высвобождении свободного кислорода, денатурации белка, хромосомной аберрации, нарушении биохимических процессов в опухоли.

Методика проведения: общее обезболивание; широкий мидриаз; трехзеркальная контактная линза Гольдмана или широкоугольная лазерная линза Майнца, или лазерная линза Рейхеля-Майнстера; диаметр пятна — 1-3 мм; мощность — 600-950 мВт.

F. Munier, академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор С.В. Саакян, V. Vishnevskaya-Dai, академик РАН В.Г. Поляков

Предикторы эффективности: высота опухоли ≤ 3 мм; диаметр опухоли <10 мм; гомогенность опухолевого очага; пигментация глазного дна; высокая прозрачность сред; отсутствие субретинальной экссудации.

Факторы, ограничивающие применение ТТТ: отек и дистрофия роговицы; катаракта; гемофтальм; субретинальная экссудация; слабая пигментация глазного дна; степень кальцинации опухоли.

После применения ТТТ могут возникать следующие осложнения: кровоизлияние в стекловидное тело; окклюзия сосудов сетчатки «горячие пятна»; истончение склеры; тракционная отслойка сетчатки; кистовидный макулярный отек; неоваскуляризация сетчатки.

Т.Л. Ушакова (Москва) от группы авторов представила доклад «Прорывные технологии в органосберегающем лечении больных ретинобластомой (селективная интраартериальная и интравитреальная химиотерапия).

И.В. Цапенко (Москва) от группы авторов выступила с докладом на тему «Функциональная активность зрительной системы у больных с различным характером роста РБ до и после лечения». На сегодняшний день актуальными остаются вопросы объективного определения степени потери зрительных функций у детей с РБ до лечения, выявления побочных воздействий лекарственных препаратов и прогноза восстановления зрительных функций после проведения ХТ. Не изучена специфика нарушений электрогенеза сетчатки при различном характере роста опухоли. Актуальным остается определение функциональных маркеров, имеющих прогностическую ценность.

Целью исследования явилась оценка эффективности системной НПХТ и ее влияние на функциональную активность сетчатки и зрительного нерва у детей с различным характером роста РБ.

Результаты проведенных исследований показали, что у детей с РБ имеются выраженные нарушения функциональной активности сетчатки на уровне фоторецепторов и нейронов внутреннего ядерного слоя, ослабление глио-нейрональных взаимоотношений; степень изменений функции сетчатки зависит от характера роста опухоли: снижение амплитуды основных волн ЭРГ до лечения более выражено при эндофитной и смешанной формах опухоли по сравнению с экзофитной формой РБ; после окончания ХТ в половине случаев отмечена резорбция опухоли по данным офтальмологического и ультразвукового исследований и возрастание амплитуды биопотенциалов сетчатки; регистрация ЭРГ у детей с РБ полезна в мониторинге прогрессирования изменений в сетчатке и эффективности проводимого лечения.

А.А. Макарова (Москва) от группы авторов выступила с сообщением «Аметропии у детей с РБ». Цель исследования — анализ частоты аметропий и особенности рефракции у детей с РБ. Исследования показали, что частота аметропий у детей с РБ — 67%; характерна высокая частота астигматизма (>1 дптр) — 39,6%; высокая частота анизометропии — 70,2%. Аметропии и анизометропии — значимый фактор развития амблиопии при РБ, влияющий на развитие зрительных функций при органосохраняющем лечении, что требует индивидуального подхода к их коррекции.

Д.м.н. А.А. Яровой (Москва) рассказал о внедрении в России первичного эндопротезирования орбиты при энуклеации по поводу РБ. По мнению автора, первичное эндопротезирование орбиты при РБ значительно улучшает косметический исход лечения. Первичное протезирование орбиты (ППО) является стандартной процедурой при РБ в мире. Выполнение энуклеации при РБ при отсутствии противопоказаний следует сопровождать ППО, как это в настоящее время принято в МНТК «Микрохирургия глаза» и НМИЦО им. Блохина.

«Система хирургической реабилитации пациентов с анофтальмом и постлучевой атрофией тканей орбиты» — тема доклада д.м.н. И.А. Филатовой. Цель работы — разработка системы оперативного лечения пациентов с лучевой атрофией тканей орбиты для достижения стабильного протезирования и улучшения внешнего вида пациентов.

Схема оперативного лечения при постлучевой атрофии тканей орбиты: прежде всего необходимо добиться стабильного положения протеза в полости, для чего проводится пластика полости для протеза; далее увеличивается объем тканей орбиты (культи и/или виска), для этого проводится пластика культи и/или контурная пластика орбиты; в заключение выполняется дополнительная коррекция век.

Таким образом, функциональная и косметическая реабилитация пациентов с постлучевой атрофией тканей орбиты после лечения РБ возможна путем этапного хирургического лечения. При планировании хирургических вмешательств у пациентов после удаления глаза по поводу РБ всегда следует руководствоваться принципами безопасности, подчеркнула И.А. Филатова.

Клинический случай наследования РБ в Алтайском крае представил В.И. Лебедев (Барнаул).

С заключительным докладом «Опыт создания первичной культуры ретинобластомы и проведения МТТ-теста для оценки ее химиочувствительности» от группы авторов выступил А.Ю. Цыганков. Проведенные исследования позволили авторам прийти к выводу о том, что МТТ-тест на первичных культурах РБ позволяет выявить различия в чувствительности к препаратам, что в дальнейшем может быть использовано как в клинической практике для уточнения режима химиотерапии зарегистрированными препаратами, так и для разработки новых подходов к лечению РБ при оценке резистентности опухолевых клеток in vivo на животных моделях.

Индивидуализация химиотерапии РБ, особенно при билатеральных ее формах, необходима для снижения токсичности лечения и обеспечения хорошего качества жизни пациента в будущем.

Материал подготовил ***Сергей Тумар***
Фото Оргкомитета и Сергея Тумара

Новый магнито-лазерный офтальмологический аппарат для орбитального воздействия в бегущем режиме
trima®
“АМО-АТОС-ИКЛ”

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

Пример использования лечебного терминала аппарата "АМО-АТОС-ИКЛ" в орбите глаза
ПОКАЗАН при:
- глаукоме (снижение внутриглазного давления, нейропротекторная терапия)
- тиреоидной офтальмопатии
- отслойках сетчатки
- послеоперационных осложнениях и их профилактике
- нарушениях аккомодации (спазм, ПИНА)
Разработчик и изготовитель
ООО “ТРИМА”
410033, г. Саратов, ул. Панфилова, 1.
Тел./факс: (8452) 450-215, 450-246, 340-011.
trima@trima.ru www.trima.ru

«Аккомодация» собирает друзей:

о IV Межрегиональной конференции с международным участием «Аккомодация. Проблемы и решения»

> стр. 1

этого блока профессор Е.П. Тарутта (Москва) представила результаты очень четко и тщательно выполненного исследования, посвященного оценке дефокуса миопических глаз детей в горизонтальном и вертикальном меридианах в различных средствах оптической коррекции: монофокальных, прогрессивных и перифокальных очках (Перифокал), а также в мягких и ортокератологических (ОК) контактных линзах. Благодаря хорошо продуманному дизайну исследования удалось установить, что профиль периферической рефракции в мягких контактных линзах (так же как и в интактных глазах) не зависит от направления взора, в отличие от обычных монофокальных очков, но и в том, и в другом случае на периферии формируется гиперметропический дефокус. В то же время благоприятный (с точки зрения влияния на прогрессирование миопии) периферический миопический дефокус формируется только при использовании ОК — коррекции и очков Перифокал; именно эти оптические средства, как показали длительные наблюдения, оказывают наибольший тормозящий эффект на прогрессирование миопии.

Другие, не оптические, возможности контроля миопии были представлены в докладе волгоградских коллег — профессора С.В. Балалина и Л.П. Труфановой — «К вопросу о медикаментозном контроле прогрессирующей миопии», в котором авторы привели результаты применения инстилляций латанопроста в сочетании с функциональным лечением и склеропластикой у детей с высокой миопией. По данным авторов, латанопрост, снижая внутриглазное давление, улучшая увеосклеральный отток и расслабляя волокна цилиарной мышцы, повышает ее работоспособность (коэффициент аккомодационного ответа по результатам аккомодографии увеличивается) и тем самым способствует стабилизации высокой миопии. Доклад вызвал много вопросов и оживленную дискуссию. В частности, обсуждался риск дальнейшего ослабления опорных свойств миопической склеры под влиянием латанопроста, который стимулирует активность металлопротеиназ и вызывает тем самым деструкцию соединительной ткани, в то время как именно снижение биомеханической устойчивости склеры, как известно, является ведущим фактором прогрессирования миопии средней и высокой степени. В такой ситуации возможное улучшение аккомодационной способности под действием латанопроста может быть несопоставимо с риском критичного для прогрессирующего и осложненного течения миопии ухудшения биомеханической стабильности склеры.

О новом подходе к укреплению миопической склеры шла речь в докладе профессора Е.Н. Иомдиной (Москва) «Хирургический кросслинкинг склеры при прогрессирующей миопии». Представленные результаты малоинвазивного склероукрепляющего вмешательства у детей и подростков с миопией с использованием биологически активного пластического материала, в полимерном покрытии которого депонирован препарат хитозан, стимулирующий формирование дополнительных поперечных связей в коллагеновых структурах склеры реципиента, убедительно свидетельствуют о реальной возможности повышения эффективности склероукрепляющей и антидистрофической терапии при быстро прогрессирующей миопии средней и высокой степени за счет кросслинкинга склеры.

Подробный анализ стабилизирующего эффекта перифокальных очков на основе результатов 5-летнего наблюдения в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца был продемонстрирован д.м.н. О.В. Проскуриной в докладе «Отдаленные результаты применения перифокальных очков у детей с прогрессирующей миопией». Снижение по крайней мере в два раза годичного градиента прогрессирования миопии в группе детей, использующих такие очки, по сравнению с группой контроля, позволяет рекомендовать их в качестве надежного неинвазивного оптического средства, способствующего замедлению темпа прогрессирования миопии и даже ее стабилизации. Показанием для назначения перифокальных очков служит прогрессирующая миопия слабой и средней степени у детей (назначение у детей с миопией высокой степени тоже возможно) или эмметропия у детей с повышенным риском развития миопии (Perifocal-P).

Как отметила в своем сообщении «Обзор методов контроля прогрессирующей миопии. Оптические решения» Р.В. Ибрагимова (Москва), причины, вызывающие развитие миопии, многообразны, поэтому не существует единственного универсального решения для

Во время работы конференции

ее профилактики или стабилизации прогрессирующего течения. В частности, в качестве одного из оптических средств контроля миопии в докладе представлены успешно использующиеся детские очковые линзы прогрессивного (Myopilux plus) и бифокального (призматические Myopilux max) дизайна, снабженные сенсорным датчиком, регулирующим наклон головы ребенка при зрительной работе вблизи.

Сообщения, включенные в этот программный блок, убедительно демонстрировали бурное развитие оптических методов контроля миопии, в том числе об этом красноречиво свидетельствовал доклад к.м.н. Н.П. Парфеновой (Москва) «Контактные линзы у детей и подростков: проблемы выбора и возможные решения», где подробно обсуждались преимущества контактной коррекции и, в частности, дефокусных мягких контактных линз, а также их сочетанного применения с перифокальными очками, что позволяет постоянно и длительно в период бодрствования обеспечивать периферический миопический дефокус у детей с прогрессирующей миопией. Одной из «изюминок» доклада было упоминание автора об интересном опыте обучения детей навыкам манипуляций с МКЛ — использование «игрушек-глазастиков», которым дети одевали и снимали линзы.

При всех известных и неоспоримых преимуществах контактной коррекции миопии длительное применение КЛ может приводить к нарушению стабильности слезной пленки, снижению слезопродукции и даже к возникновению эпителиопатии, к развитию синдрома «сухого глаза» (ССГ). В докладе Т.С. Митичкиной (Москва) «Возможности медикаментозной коррекции ССГ у пользователей контактных линз» были представлены результаты изучения с помощью комплекса объективных методик степени воздействия использования различных типов КЛ на возникновение симптомов ССГ, а также эффективность применения слезозаменителей и кератопротекторов с целью коррекции ССГ на фоне ношения КЛ.

Близкие вопросы обсуждались и в фундаментальном докладе профессора В.В. Бржеского (Санкт-Петербург) «Ксеротические осложнения кераторефракционной хирургии: новое о старом». Доклад был посвящен актуальной проблеме — развитию поражения поверхности глаза после различных видов контактной и лазерной коррекции аномалий рефракции и, в частности, диагностике и патогенетическому лечению ССГ. Подробнейший анализ причин развития различных форм ССГ, обзор целого спектра препаратов искусственной слезы различной вязкости (полимерных и неполимерных), противовоспалительных и имуннокорригирующих препаратов позволил получить полное представление о современных возможностях профилактики и таргетного лечения ССГ.

Второй блок программы под названием «Фокус на зрительную ось» впервые в рамках этой конференции включал еще один аспект проблем, в той или иной степени связанных с нарушениями аккомодации и рефракции, а именно вопросы глазодвигательной патологии. В докладе «Аккомодационные и неаккомодационные корни косоглазия и принципы его лечения», сделанном д.м.н. О.В. Жуковой (Самара), на самом высоком уровне были представлены патогенетические звенья участия нарушений аккомодации и рефракции в развитии содружественного косоглазия, а также новые методы его лечения. Безусловно, «ядром» этого доклада были данные гистологического изучения наружных мышц глаза и их сухожилий, находящихся в состоянии постоянного растяжения при косоглазии (так называемых «ослабленных» мышц). Обнаруженные дистрофические изменения и потеря эластичности сухожилий являются следствием постоянного или периодического отклонения глаза. Индивидуальный подход к хирургии содружественного косоглазия с учетом патогенетических и топографо-анатомических особенностей, по мнению автора, позволяет получить правильное положение глаз после первой операции даже при больших углах девиации и сократить общее число операций. Планомерная борьба с амблиопией и работа по подавлению функциональной скотомы в естественных условиях в сочетании с достигнутым хирургически правильным положением глаз обеспечивают стабильный положительный анатомический и функциональный результат лечения этой патологии.

Врожденной форме косоглазия, обнаруживаемой в первые 6 месяцев жизни ребенка, которая не сочетается с неврологическими отклонениями и какими-либо рефракционными или аккомодационными нарушениями, а также младенческой эзотропии с изометропической гиперметропией был посвящен доклад профессора И.М. Мосина (Москва) «Алгоритм реабилитации детей с врожденной эзотропией». В докладе были представлены сведения о клинических формах этих состояний, о вариантах патогенеза и особенностях клинически схожих с ними нозологических форм. Отражены методы диагностики эзотропии у младенцев и сопутствующих ей осложнений в первые месяцы жизни, рекомендован алгоритм предоперационного и послеоперационного ведения младенцев с этой патологией, обсуждались также различные методики хирургического лечения эзотропии у детей и подростков в возрасте 7-18 лет.

В структуре детской глазной патологии у дошкольников многие офтальмологи ставят амблиопию на первое место, а у школьников — на второе после миопии. Именно поэтому доклад А.В. Апаева (Москва) «Новое в лечении амблиопии» вызвал большой интерес у слушателей. В докладе были представлены различные виды амблиопии, их подробная классификация и новые методы диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. В частности, были продемонстрированы результаты определения амплитуды и плотности зрительной фиксации на микропериметре NIDEK MP-1. Нарушение этих параметров при всех видах амблиопии коррелирует со снижением остроты зрения. Наибольшие сдвиги всех показателей фиксации отмечены при нистагме и (несколько менее выраженные) при дисбинокулярной амблиопии. Представлен новый способ плеоптического лечения амблиопии при оптическом нистагме, который заключается в блокировании нистагма с помощью максимального напряжения конвергенции с одновременной стимуляцией светом центральных ямок сетчаток под контролем бифовеального слияния на синоптофоре.

Заключительное сообщение в этом блоке программы под названием «Влияние аномальной корреспонденции сетчатки на развитие гиперметропии и миопии у детей» сделал П.Н. Эрастов (Магадан). Доклад носил дискуссионный характер и был посвящен аномальной корреспонденции сетчатки (АКС) и ее влиянию на рефрактогенез при гиперметропии и прогрессирующей миопии. По мнению автора, своевременное блокирование АКС позволяет эффективно предупреждать развитие близорукости или успешно бороться с ее прогрессированием, а также своевременно исключить увеличение угла сходящегося косоглазия и развития амблиопии.

В коротком, но емком 3-м блоке программы, остроумно названном организаторами «На дне», выступила д.м.н. М.В. Будзинская (Москва) с докладом «Изменения глазного дна при миопии», в котором была подробнейшим образом представлена классификация осложненной миопии и современная трактовка дистрофических изменений центра и периферии сетчатки, их основные клинические проявления, диагностика и лечебная тактика, в частности, терапия с помощью витаминно-минеральных комплексов.

Большой интерес участников конференции привлек прошедший в рамках конференции симпозиум Российской секции Европейской Академии Ортокератологии и Контроля Миопии (EurOK). Симпозиум открыла представитель EurOK в России, руководитель отдела профессиональной поддержки ООО «Доктор Линз Консалтинг» (Москва) и сотрудник кафедры офтальмологии факультета дополнительного образования РНИМУ им. Н.И. Пирогова П.В. Аситинская. В приветственном слове она коротко охарактеризовала EurOK как международную некоммерческую организацию, объединяющую офтальмологов, оптиков, оптометристов, производителей контактных линз и материалов для их изготовления, а также других специалистов, занимающихся ортокератологией и в целом вопросами контроля миопии. В научный комитет этой организации входят два присутствовавших на конференции ведущих специалиста в этой области — профессор Е.П. Тарутта (Россия) и профессор Антонио Калосси (Италия).

С первой обзорной лекцией в рамках этого блока программы «Ортокератология: эволюция теории, конструкций ортокератологических линз и клинической практики» выступил Антонио Калосси (Флоренция, Италия). Докладчик подробно представил взаимосвязь между теориями, объясняющими торможение прогрессирования миопии при применении ортокератологических линз (ОКЛ), биомеханикой и оптикой при конструировании ОКЛ и клинической практикой; обозначил возможности и ограничения метода в зависимости от различных клинических ситуаций, охарактеризовал особенности конструкции ОКЛ, предназначенных для использования у пациентов с различными аномалиями рефракции.

Накопленный научный потенциал в изучении ортокератологии и огромный практический опыт длительного использования ОКЛ представила профессор Е.П. Тарутта (Москва) в докладе «Ортокератология: 17 лет научных и клинических исследований в России». Доклад суммировал научные основы эффективности метода с точки зрения теории периферического и центрального дефокуса, его безопасность, влияние ОКЛ на различные анатомо-оптические характеристики миопического глаза, в том числе на параметры волнового фронта (аберрации) и, безусловно, на течение миопии. Полученные результаты позволяют заключить, что ортокератологию можно рассматривать как метод лечения прогрессирующей миопии у детей и подростков, поскольку под действием ОК-линз наступает нормализация показателей аккомодации и торможение прогрессирования близорукости. Вполне возможно комбинирование ортокератологического метода с медикаментозным, аппаратным и склероукрепляющим лечением, что повышает его тормозящий эффект.

Доклад профессора В.В. Страхова (Ярославль) не был посвящен непосредственно теме ортокератологии, но увлек слушателей «Зрелыми размышлениями о миопии». Владимир Витальевич так назвал свое сообщение, потому что не стремился дать готовые рецепты контроля миопии, а старался включить слушателей в ход своих мыслей о сути процесса эмметропизации, причинах миопического рефрактогенеза и его превращения в патологию. Авторский взгляд на эпидемиологию миопии, роль аккомодации в ее развитии, ретинальный механизм роста глазного яблока, включая возможные биохимические регуляторы, роль сосудистой оболочки в компенсации дефокуса, возможности медикаментозного влияния позволил обозначить основные вопросы, требующие дальнейшего углубленного изучения.

Выступление доктора Лауры Бокардо (Италия) «Ортокератология: о чем мы часто забываем» вновь

Профессор В.В. Бржеский (Санкт-Петербург)

Профессор Е.Н. Иомдина (Москва)

Профессор Е.П. Тарутта (Москва)

Профессор В.В. Страхов (Ярославль)

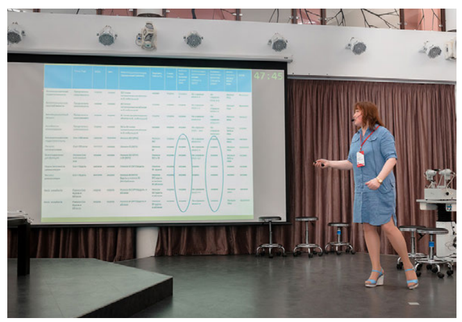
Профессор И.М. Мосин (Москва)

Профессор Антонио Калосси (Италия)

Н.П. Парфенова (Москва)

Д.м.н. О.В. Проскурина (Москва)

М.В. Махова (Ярославль)



Мастер-класс проводит Н.В. Хватова (Иваново)

вернуло слушателей к теме ортокератологии. Наша итальянская коллега подробно остановилась на применении ОКЛ при гиперметропии, роговичном и хрусталиковом астигматизме, пресбиопии, а также у пациентов, перенесших рефракционные операции. Подробные клинические примеры были восприняты аудиторией с большим интересом как весьма важная информация с практической точки зрения.

Метод ортокератологии включен в Федеральные клинические рекомендации (ФКР) по миопии. Недавно произошли изменения, определенные Федеральным законом № 489-ФЗ по вопросам клинических рекомендаций. Профессор Э.И. Сайдашева (Санкт-Петербург) в своем докладе «Роль и место ФКР «Диагностика и лечение близорукости у детей» в практике офтальмолога» осветила медицинские и юридические аспекты деятельности врача-офтальмолога в свете этих изменений, что, безусловно, необходимо знать каждому практикующему врачу. Профессор Э.И. Сайдашева также представила свой опыт и опыт своих коллег по успешному применению ортокератологии при миопии.

В конце весьма насыщенного первого дня работы конференции в рамках круглого стола прозвучало несколько коротких выступлений. В частности, д.м.н. О.В. Проскурина отметила, что в новой редакции ФКР (в текущей редакции КР109 они называются «Миопия у детей») будут расширены показания к ОКЛ, в качестве медикаментозной терапии при миопии останутся глазные капли циклопентолат, фенилэфрин и другие разрешенные и зарегистрированные в России препараты, но не сантипроцентный атропин, поскольку эта лекарственная форма в виде глазных капель не прошла официальную регистрацию. Это же касается гипотензивных препаратов, их применение у детей с миопией не разрешено.

Своим опытом применения метода ортокератологии поделились Ю.С. Левченко (Красноярск), выступившая с коротким докладом «Эффективность коррекции миопии высокой степени у детей и подростков ортокератологическими контактными линзами»; к.м.н. П.Г. Нагорский (Новосибирск), представивший краткое сообщение на тему «ОК-терапия: расширяя возможности офтальмологической клиники»; П.Н. Эрастов (Магадан), который представил новый прогностический критерий эффективности метода в докладе «Прогноз стабилизационного воздействия ортокератологии в зависимости от формы кератотопограммы».

Второй день конференции начался с блока докладов «Бескрайняя … аккомодация», и первым в этом блоке выступил профессор К.Б. Першин (Москва), который в своем очень интересном сообщении «Псевдофакия и псевдоаккомодация» детально представил целый спектр современных мультифокальных ИОЛ, их преимущества и недостатки, сформулировал показания и противопоказания к мультифокальной коррекции, обосновал выбор метода восстановления аккомодации при псевдофакии.

Важным звеном в развитии нарушений аккомодации является их взаимосвязь с изменениями состояния вергенции. Проблему взаимовлияния нарушений вергенционной и аккомодационной систем у детей детально обсудила к.м.н. Н.В. Хватова (Иваново) в докладе «От нарушений аккомодации к нарушениям вергенции». В докладе были представлены дифференциально-диагностические особенности различных видов нарушения аккомодационной способности, современные методы ее исследования, механизмы бинокулярного зрения вблизи и клинические формы его нарушений, а также дифференциальная диагностика с нарушениями аккомодации и основные принципы терапии этих состояний.

К одним из немногочисленных объективных методов оценки аккомодации относится аккомодография. В докладе «Аккомодографические критерии оценки глубины циклоплегии у пациентов с миопией» М.В. Махова (Ярославль) представила количественные результаты определения глубины циклоплегии и мидриаза после инстилляции Циклопенталата 1% и Мидримакса при различных нарушениях аккомодации у детей и лиц молодого возраста с помощью аккомодографических критериев. Использование этих критериев позволило выявить несколько состояний аккомодации, влияющих на глубину циклоплегии, и соответственно определить адекватность применения тех или иных циклоплегических и/или комбинированных средств.

Аккомодография может быть полезна не только при миопии, но и при других аномалиях рефракции, связанных с нарушением аккомодации. Это аргументированно показала в своем докладе «Результаты аккомодографии у пациентов с анизогиперметропической амблиопией средней степени» Ю.В. Матросова (Тамбов). У обследованных детей 5-9 лет по данным компьютерной аккомодографии выявлено нарушение аккомодации (снижение аккомодационного ответа), как в амблиопичных, так и в парных глазах, и улучшение аккомодационной функции в результате плеоптического лечения. Отмечено увеличение количества «пропусков» в аккомодограммах амблиопичных и парных глаз по мере усиления аккомодационного стимула. После курса лечения выявлено достоверно меньшее количество «выпадений», что свидетельствует об улучшении аккомодационного ответа.

К проблемам нарушения аккомодации и рефракции условно можно отнести и пресбиопию, актуальность этого состояния с точки зрения качества жизни старших возрастных групп трудно переоценить. Учитывая увеличение средней продолжительности жизни и доли работоспособного населения в этом возрастном сегменте, неудивителен рост различных предложений (в основном хирургических) для «радикального» решения этого вопроса. И.А. Лещенко (Москва) в докладе «Клинические случаи подбора мультифокальных контактных линз» познакомила участников конференции с достаточно новым подходом к коррекции пресбиопии с помощью инновационных мультифокальных контактных линз у пациентов в возрасте от 40 до 65 лет. Обсуждались факторы, оказывающие влияние на качество зрения, а также алгоритм действий специалиста при подборе данного типа линз. Разбор 5 клинических случаев подбора мультифокальных КЛ пациентам с различными аномалиями рефракции и состоянием поверхности роговицы был встречен с большим вниманием.

Дискуссионная панель «Два фокуса — одна цель» и пять мастер-классов, посвященных различным аспектам практической работы врача-офтальмолога и оптометриста, связанным с диагностикой нарушений аккомодации и рефракции, а также с их коррекцией, завершили работу конференции.

Активность и неослабевающий интерес участников ко всем докладам, их непосредственное участие в мастер-классах, слова благодарности, прозвучавшие как во время работы конференции, так и в кулуарах конференционного зала гостиничного комплекса «Любим», не оставляют сомнения: мы все любим эти встречи, мы ждем с нетерпением следующей возможности узнать и научиться новому, поспорить, встретить новых и старых друзей и коллег, порадоваться этому профессиональному празднику!

Благодаря организаторам конференции можно посмотреть и послушать доклады на https://m.youtube.com/watch?v=OlE5TzVJNFc и https://www.youtube.com/watch?v =CRROLS2g240

Репортаж подготовили
профессор ***Е.Н. Иомдина***
и профессор ***В.В. Страхов***

Фото предоставлены
Оргкомитетом конференции

* при покупке прибора без принтера

За подробностями обращайтесь к сотрудникам ОПТЭК, ZEISS Group
www.optecgroup.com
Тел.: +7 495 933 51 51
8 800 2000 567 (по России бесплатно)
ZEISS

Четверть века на службе отечественной и мировой офтальмологии

25-й Международный офтальмологический конгресс **«Белые ночи»**

27-31 мая 2019 года, г. Санкт-Петербург

Каждый год во время работы симпозиума корреспондент газеты «Поле зрения» встречается в кулуарах с его участниками из разных регионов России и зарубежных стран. Героями публикации становятся и умудрённые доктора, и кандидаты наук, в течение нескольких десятилетий вносящие значительный вклад в развитие офтальмологии, и молодые специалисты, делающие только первые шаги в профессии. Мы с удовольствием общаемся и с докторами из государственных клиник, и с представителями коммерческих медицинских структур.

Темой беседы становится не только программа форума, но и профессиональная деятельность наших собеседников. Что нового произошло в их жизни в последнее время? Как организовано оказание офтальмологической помощи в их странах и регионах?

Григорий Владимирович Пантелеев, главный врач офтальмологической клиники «CorVic» *(г. Луганск):*

Для врачей не существует «своих» и «чужих»

— Григорий Владимирович, перед тем, как поговорить на профессиональные темы, хотелось бы разобраться в житейском вопросе: город Луганск, в котором Вы живёте и работаете, на сегодняшний день является территорией Украины, частью Украины (не только в политическом, но и в духовном смысле)? Или луганчане считают себя жителями отдельного государства?

— Вы затронули очень больной вопрос, который, разумеется, волнует жителей Луганска и Луганской области. Как известно, после печальных, трагических и кровавых событий 2014 года часть Луганской области — около одной трети её территории — вышла из государственно-правового поля украинского государства, из-под контроля украинских властей. На этой территории области, включая областной центр, возникла Луганская Народная Республика (ЛНР). Другая часть области осталась под украинской юрисдикцией.

Аналогичное развитие событий имело место и в Донецкой области, на территории которой образовалась Донецкая Народная Республика (ДНР).

В отношении к сложившейся ситуации — как говорится, сколько людей, столько мнений… На Луганщине можно встретить самые разные точки зрения относительно будущего нашей малой родины. Есть те, кто выступает за объединение региона в рамках единого украинского государства. Есть люди, ратующие за вхождение в состав России…

Во многом позиция человека зависит от «дозы боли», которую он получил во время вооруженного конфликта и умения понять и простить. Позиция человека зависит и от того, где именно он сейчас живёт: в ЛНР, или в Луганской области, остающейся в составе Украины.

За годы вооруженного конфликта, луганчане в ЛНР ментально отдалились от Украины… Это естественный процесс. В любом случае, решение проблем Донбасса возможно только с учётом позиции местного населения, на основе демократических принципов.

Хочу сказать, что для врачей, как и для священников, не существует «своих» и «чужих». Наш долг состоит в том, чтобы оказывать необходимую помощь каждому.

— Расскажите, пожалуйста, о деятельности вашей клиники.

— Офтальмологический центр «Corvis» представляет собой комплексное специализированное медицинское учреждение. В центре проводится полная комплексная диагностика заболеваний органа зрения взрослых и детей, все виды лечения заболеваний глаз на современном уровне.

Центр оснащен современным оборудованием; штат укомплектован профильными сертифицированными специалистами. Это дает возможность проведения качественной углубленной диагностики и грамотного лечения основной офтальмопатологии у пациентов.

Наши пациенты — не только жители ЛНР. Это и жители Луганской области Украины, и россияне, жители соседней Ростовской области. В клинике работают шесть врачей-офтальмологов, из них три — офтальмохирурги. В год мы проводим примерно 1800 оперативных вмешательств.

— Как сказалось на Вашей работе существенное снижение платежеспособности населения Луганщины?

— Да, действительно, после начала братоубийственной войны значительная часть состоятельных, обеспеченных людей покинула пределы Луганской области. Экономике государства, частному бизнесу был нанесён значительный урон.

Но, несмотря на тяжёлую политическую и экономическую ситуацию, на Луганщине — и в ЛНР, и в Луганской области — сохраняется государственная система здравоохранения. Поэтому необходимую медицинскую помощь, в том числе и офтальмологическую, люди могут получить бесплатно. Хотя и не всегда в необходимом объёме.

Я бы отметил, что на работе нашей клиники больше сказалось существенное ухудшение здоровья населения Луганщины. Это, к сожалению, страшная закономерность после пережитого ужаса войны и стресса послевоенного периода. Количество обращений в наш центр увеличивается ежедневно.

К счастью, так сложилось, что у нас государственные и частные клиники воспринимают друг друга не как конкуренты, а как партнеры в деле оказания медицинской помощи населению.

Наша клиника продолжает успешно работать по двум причинам. Во-первых, у нас за долгие годы сложилась достойная репутация. Во-вторых, наши цены остаются приемлемыми даже в условиях существенного снижения уровня жизни населения.

— Какая сейчас обстановка в Луганске в сфере безопасности?

— В самом Луганске обстановка сравнительно спокойная. Хотя и в настоящее время случаются теракты.

На всей территории ЛНР вынуждено сохраняется действие комендантского часа. Тяжелая ситуация сохраняется на так называемой «линии соприкосновения», на границе между ЛНР и Луганской областью (в составе Украины) — там практически ежедневно происходят обстрелы, гибнут люди…

Пока конфликт на Донбассе не только не решён, но даже не «заморожен». Мы ещё не смогли достичь даже этого! Главная задача — это прекратить боевые действия, начать восстанавливать экономику. А уже потом можно говорить о политических и государственных вопросах.

— Сколько сейчас людей живёт в Луганске?

— До войны у нас было около семисот тысяч человек. В настоящее время численность населения точно определить невозможно. Думаю, около четырёхсот тысяч человек постоянно проживают в Луганске.

— Оказание квалифицированной офтальмологической помощи связано с приобретением дорогостоящего оборудования и расходных материалов. Как в вашей клинике решается этот вопрос?

— К огромному сожалению, у нас в настоящее время нет возможности приобретать новое оборудование. И с расходными материалами имеются существенные проблемы. Более того, к сожалению, имеются огромные трудности с сервисным обслуживанием и ремонтом имеющегося оборудования.

Это связано с режимом международных санкций, наложенных на ЛНР и ДНР. А оборудование у нас, в основном, импортного производства.

— Нельзя ли в этой ситуации перейти на российское оборудование?

— Это один из вариантов решения проблемы. Я обсуждал эти возможности во время нынешнего приезда в Санкт-Петербург. Организаторы конгресса «Белые ночи» грамотно соединили участие не только ведущих специалистов-офтальмологов, но и производителей оборудования, поставщиков расходных материалов.

Россия оказывает ЛНР и ДНР большую экономическую помощь. Но в развитии экономического сотрудничества между РФ и непризнанными республиками Донбасса имеется и немало проблем, бюрократических препон. Это связано как раз с их неопределённым политическим статусом, с неопределённым пограничным режимом и т.д.

Надеюсь, что несмотря на сложности, совместными усилиями мы найдём решение любой поставленной задачи.

— Почему, несмотря на сложную экономическую и политическую ситуацию, Вы остались жить и работать в Луганске?

— Это моя родина. Я люблю эту землю. И чувствую свою ответственность перед коллегами и пациентами.

Гульнара Нилевна Резбаева, заведующая детским консультативно-диагностическим отделением Всероссийского центра глазной и пластической хирургии *(г. Уфа):*

Мы ведём борьбу за каждый процент зрения

— Гульнара Нилевна, как давно Вы работаете во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии?

— Более десяти лет мне доверено возглавлять детское консультативно-диагностическое отделение. Мы ведём амбулаторный приём, а также уделяем много внимания маленьким пациентам, находящимся в стационаре.

Врачи консультативно-диагностического отделения активно взаимодействуют с коллегами из детского хирургического отделения, которое возглавляет к.м.н. Елена Юрьевна Полякова.

— С какими зрительными патологиями Вам приходится иметь дело?

— С аномалиями рефракции, глазодвигательными нарушениями, заболеваниями сетчатки и зрительного нерва… В стационаре находятся дети с последствиями ретинопатии недоношенных, с глаукомой, хориоретинитами, кератитами, новообразованиями глазного яблока и окологлазничной области, маленькие пациенты с косоглазием, птозами, непроходимостью слезоотводящих путей, последствиями травм…

Значительную долю пациентов отделения составляют дети с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва, как наследственными, так и приобретёнными формами. При регенеративном подходе удаётся не только сохранить зрительные функции, но и делается всё возможное, чтобы улучшить зрение при этих заболеваниях. Но это очень длительная работа. Борьба идёт за каждый процент зрения у ребёнка, который находится под угрозой полной слепоты.

Большое внимание уделяется послеоперационной реабилитации. В этом процессе участвуют и отделы физиотерапии, психофизиологической коррекции, при необходимости отдел акупунктурной терапии. Зрительные тренировки в нашем отделе проводит высококвалифицированный медицинский клинический психолог.

Особенность Всероссийского центра глазной и пластической хирургии состоит в том, что к нам обращается немало пациентов — и взрослых, и юных — которым не смогли помочь в других клиниках. География пациентов очень широкая: практически все регионы России, страны ближнего и дальнего зарубежья. Это накладывает на нас большую ответственность.

— Какие доклады, прозвучавшие на форуме, произвели на Вас наибольшее впечатление?

— Я бы отметила доклад С.Э. Аветисова «Несодружественные формы косоглазия: диагностика и хирургическое лечения». В нём представлено ведение пациентов с данным диагнозом, клинические особенности различных форм косоглазия, особенности диагностики и хирургии.

Академик Аветисов подчеркнул значение индивидуального подхода в вопросе исправления косоглазия в каждом конкретном случае. Например, некоторым пациентам с косоглазием целесообразно как можно раньше провести оперативное вмешательство, а уже потом проводить очковую коррекцию и аппаратное лечение. А в других случаях стратегия врача должна быть совершенно другой, поэтапной, многоступенчатой: сначала — консервативное лечение, а уже потом — направление на операцию.

Индивидуальный подход возможен при тесном взаимодействии (тандеме) докторов амбулаторного приёма и офтальмохирургов. Любой врач-офтальмолог должен знать особенности хирургических технологий, даже если он сам не проводит операции.

— Какие ещё темы, обсуждавшиеся на конференции, Вас заинтересовали?

— Хотелось побольше узнать обо всех новшествах, связанных с глаукомой. Особенно актуальна тема ранней диагностики глаукомы. И у взрослых, и у детей. В этой связи нельзя не отметить доклад профессора, д.м.н. В.У. Галимовой, посвящённый психологическим особенностям больных глаукомой. Психологические аспекты также были затронуты в выступлении А.В. Золотарёва «Остановить глаукому: стратегия и тактика». Оба докладчика отметили личностные, характерологические особенности пациентов, больных глаукомой, особенности их реагирования на те или иные события в жизни, стратегии поведения, высокую тревожность, чаще депрессивный эмоциональный фон.

Информационная работа врача-глаукоматолога должна учитывать такого рода индивидуальные особенности пациентов. Некоторым больным необходимо подробно рассказать обо всех особенностях их заболевания. В других случаях целесообразно избегать «тяжёлых разговоров» и вместо этого способствовать улучшению эмоционального состояния пациента.

В любом случае, важно задействовать внутренний психологический ресурс больного. Человек должен осознавать ответственность за своё здоровье, дисциплинированно выполнять рекомендации врача, но при этом избегать излишней тревожности. Поэтому очень важна совместная работа офтальмолога и медицинского клинического психолога при любых глазных заболеваниях.

Впечатлили доклады, посвященные офтальмоонкологии, эндогенным увеитам. Меня также интересуют все темы, связанные с миопией у детей. Поэтому отмечу доклад польского коллеги A. Grzybovski, посвящённый этой проблеме.

На приёме часто сталкиваешься с миопией в сочетании с нарушениями аккомодации и конвергенции, экзо- и эзофорией. С удовольствием для себя получила образование оптометриста, чтобы полноценно разбираться в этой теме, так как врачам-офтальмологам при обучении дается очень краткий курс оптометрии и делается больший акцент на заболеваниях глаз. Поэтому еще одна любимая тема на всех конференциях и конгрессах, это всё, что касается оптических аномалий рефракции, страбологии.

У нас очень много на приёме пациентов с миопией. За последние годы частота её значительно увеличилась, и рост продолжается, так как продолжается рост информационной нагрузки на зрительную систему.

Активное использование различных электронных гаджетов — начиная буквально с младенческого возраста! — существенно увеличивает нагрузку на несформировавшийся орган зрения у маленького ребёнка. Это способствует развитию миопии еще в дошкольном возрасте. Сейчас растёт не только сама миопия, но и её степень, соответственно высок процент отдалённых осложнений. Сказывается в первую очередь конечно генетическая предрасположенность, а потом уже внешние неблагоприятные факторы запускают заболевание.

Мы в своей клинике стараемся обратить внимание родителей на профилактические и лечебные меры, которые можно легко осуществить в каждой семье. Ребёнок должен регулярно бывать на свежем воздухе. Большую пользу приносят прогулки и подвижные игры, полноценный своевременный сон. Также необходимо обратить внимание на правильное сбалансированное питание и соблюдение режима зрительных нагрузок, организацию рабочего места, освещённость, обратить внимание на общее состояние ребёнка, сопутствующие заболевания, нехватку витаминов и микроэлементов. Рекомендуем консультацию невролога, при необходимости эндокринолога, психолога, др. специалистов. В любом случае важен индивидуальный персонализированный подход к каждому.

Наталья Борисовна Юзеева, врач-офтальмолог медицинского центра «ДиаМед» *(г. Владивосток):*

Мне доставляет радость повышать квалификацию

— Наталья Борисовна, у нас в газете, к сожалению, не так часто появляются герои интервью из Приморского края, одного из самых отдалённых российских регионов. Почему Вы решили принять участие в работе конференции «Белые ночи»?

— Я приехала сюда по своей инициативе, за счёт отпускных дней и за собственные средства. Мне доставляет радость повышать квалификацию. В нашем медицинском центре я занимаюсь оптической когерентной томографией (ОКТ).

Думаю, что ОКТ можно с полным правом обозначить как «высокие технологии в офтальмологии». Эти исследования помогают диагностировать заболевания сетчатки, в том числе её макулярной зоны, зрительного нерва и т.д.

Запомнилось выступление М.В. Будзинской «ОКТ-биомаркеры при патологии сетчатки». Также мне были интересны все доклады, посвящённые лечению возрастной макулодистрофии (ВМД). Каким образом новые препараты могут способствовать снятию отёка сетчатки? Как остановить переход сухой формы ВМД во влажную форму? Эти вопросы интересовали не только меня, но и многих других участников форума.

Также я посетила сателлитный симпозиум «Нейроофтальмология: практический подход». Прозвучали интересные доклады об офтальмологических проявлениях целого ряда системных заболеваний, в том числе рассеянного склероза. Рассматривались ишемические поражения зрительного нерва, которые мы можем наблюдать при многих заболеваниях.

Анализ состояния органа зрения, сосудистой системы глаза позволяет врачам всех специальностей лучше понять сосудистую систему организма. Например, сосуды сердца у человека могут быть здоровыми, но состояние органа зрения помогает кардиологам оценить риски развития сердечно-сосудистых заболеваний. Этот аспект в работе врачей-офтальмологов нельзя недооценивать!

В первый день на пленарном заседании прозвучал доклад Т.Н. Юрьевой «Ошибки и возможности ОКТ-диагностики глаукомы».

— Какие ошибки, на Ваш взгляд, чаще всего происходят при ОКТ-диагностике?

— Я бы в первую очередь говорила не об ошибках, а о трудных случаях. Например, существует специфическая «глаукомная атрофия зрительного нерва». Её трудно отличить от неглаукомной атрофии. В любом случае, с этой задачей томограф сам не справится. Это вопрос экспертной оценки врача.

— Вы довольны техническим оснащением вашей клиники?

— У нас имеется оптический когерентный томограф последнего поколения, который способен самостоятельно определить границы поражения и макулы, и диска зрительного нерва. На старых томографах врачи рассматривали «картинку», а границы поражения определял сам доктор. Современная техника уменьшила в этом вопросе субъективный фактор.

— Во Владивостоке проводятся офтальмологические конференции, которые можно было бы сравнить с конгрессом «Белые ночи»?

— К сожалению, нет. В этом плане Дальний Восток обделён вниманием научной общественности. У нас в городе действует филиал Мариинского театра, свой культурный центр открывает Эрмитаж. Было бы замечательно, если бы и организаторы конгресса «Белые ночи» помогли осуществить нечто подобное на берегу Тихого океана.

Радик Завилович Кадыров, д.м.н., генеральный директор Всероссийского центра глазной и пластической хирургии, профессор Академии военных наук *(г. Уфа):*

Биоматериалы Аллоплант открывают новые возможности в офтальмохирургии

— Радик Завилович, в конце прошлого года во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии произошла смена руководства. Вы стали генеральным директором. Не могли бы Вы рассказать о себе, о своём пути в медицине?

— Я был назначен на должность генерального директора 30 ноября 2018 года. Основатель и многолетний руководитель нашей организации, д.м.н., профессор Э.Р. Мулдашев стал «главным научным консультантом». Кроме того, Эрнест Рифгатович был и остаётся ведущим офтальмохирургом Всероссийского центра глазной и пластической хирургии.

Он является моим учителем в офтальмологии. Мы познакомились в 1986 году, когда я проходил интернатуру в Уфимской лаборатории консервации тканей МНТК «Микрохирургия глаза». Эта структура, которой руководил Э.Р. Мулдашев, не только занималась консервацией ткани, но уже в то время имела своё клиническое отделение. Осуществлялись офтальмохирургические вмешательства с применением биоматериалов Аллоплант. Я тоже включился с эту работу.

В дальнейшем из небольшой лаборатории консервации тканей возник Всероссийский центр глазной и пластической хирургии, с которым связана вся моя жизнь. Я занимал должности руководителя научного отдела, учёного секретаря, заместителя генерального директора.

— Аллоплант — это собирательное название для целой группы биоматериалов?

— Все эти биоматериалы, созданные из донорской ткани и предназначенные для различных оперативных вмешательств, имеют общее свойство. Они не вызывают реакции отторжения организма. Таким образом, для офтальмохирургии открываются новые возможности.

— Именно об этом Вы говорили во время своего выступления на конференции «Белые ночи». Не могли бы Вы представить Ваш доклад для наших читателей?

— Мой доклад назывался «Хирургическое лечение рецидивирующих птеригиумов с применением биоматериалов Аллоплант». Он был подготовлен на основе собственного хирургического опыта.

В данной операции применяются два вида Аллоплантов. Один из них используется для послойной кератопластики, второй — для пластики конъюктивы. Почему речь идёт именно о рецидивирующих птеригиумах? Особенность этой болезни заключается в том, что после хирургического лечения, к сожалению, наблюдается большой процент рецидивов птеригиумов… Об этом знают все офтальмохирурги! А применение Аллоплантов позволяет существенно уменьшить их количество.

— Каким образом достигается этот эффект?

— Аллопланты дают возможность офтальмохирургу иссечь птеригиум максимально широко. При традиционной методике это невозможно, так как после удаления птеригиума врачи используют собственные ткани конъюктивы. А в нашей технологии в них нет необходимости. Вместо них мы применяем Аллоплант, который прекрасно приживается и обеспечивает долговременный эффект операции.

— Знаю, что, несмотря на высокую административную нагрузку, Вы не снижаете своей хирургической активности.

— Всё-таки после назначения на должность генерального директора моя хирургическая активность несколько снизилась. Но я действительно всегда много оперировал и стараюсь и сейчас работать в прежнем ритме. Думаю, что за этот год удастся совершить 400-500 операций. Когда нахожусь в Уфе, то у меня обычно четыре операционных дня в неделю. В течение дня может быть от одной до шести операций.

Я специализируюсь на реваскуляризирующих и дренирующих операциях, хирургии роговицы и конъюнктивы.

— Пересадкой роговицы Вы занимаетесь?

— Такие операции я провожу регулярно.

— Недостатка в донорской роговице ваш Институт не испытывает?

— В том-то и дело, что для данных операций нам не нужна донорская роговица! Мы используем один из Аллоплантов, разработанных в нашем Центре.

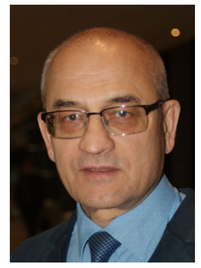
Кстати, именно этой теме была посвящена моя докторская диссертация, защищённая в 2014 году в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в Санкт-Петербурге. Она называлась «Экспериментально-морфологические аспекты создания гетеротопического трансплантата для послойной кератопластики».

Аллоплант, применяемый при данной операции, изготавливается не из донорской роговицы, а из другой донорской ткани — ахилового сухожилия. Так же как и другие Аллопланты, эти материалы не имеют аналогов в мире.

— Сотрудники вашего Института ежегодно принимают активное участие в конференции «Белые ночи»: и в качестве докладчиков, и участников.

— В этом году, кроме меня, целый ряд наших сотрудников был командирован на конференцию «Белые ночи», чтобы повысить свою квалификацию.

Этот симпозиум является одним из двух крупнейших офтальмологических форумов, которые ежегодно проходят в России. Для врачей Всероссийского центра глазной и пластической хирургии важно принимать в нём активное участие, способствуя развитию научно-практических и человеческих контактов.



Владимир Ильич Лебедев, главный детский офтальмолог Сибирского федерального округа (СФО) Минздрава РФ, главный офтальмолог Минздрава Алтайского края, заведующий Вторым отделением КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница», заслуженный врач РФ:

Проблемы детской и «взрослой» офтальмологии во многом пересекаются

— Владимир Ильич, Вы одновременно занимаете две важные административные должности: главного детского офтальмолога СФО и главного офтальмолога Алтайского края. У Вас не возникает трудностей с этим совмещением?

— Я не стремился к этой двойной нагрузке, но и не стал от неё отказываться, когда соответствующие органы управления здравоохранением выдвинули мою кандидатуру. Проблемы детской и «взрослой» офтальмологии во многом пересекаются.

Возьмём такое заболевание, как синдром «сухого глаза». К сожалению, мы видим широкое распространение этой патологии и у взрослых, и у детей. Причины также идентичны: переизбыток электронных гаджетов, перенапряжение органа зрения, избыточная зрительная нагрузка.

Специфика юных пациентов состоит в том, что у них орган зрения ещё не сформировался. И поэтому дети в особой «зоне риска».

— Широкое распространение синдрома «сухого глаза», наверное, нельзя объяснить только повышенной зрительной нагрузкой…

— Это главная причина. Но факторов много. В том числе и распространённость контактной коррекции зрения. Я бы сформулировал эту проблему шире: проблемы контактной коррекции связаны с возможностью пациентов самостоятельно приобретать контактные линзы без соответствующей консультации у специалиста.

Если пациент не обследовался у офтальмолога и не наблюдается у него, если он не соблюдает рекомендации по режиму ношения и обработке контактных линз, то результаты могут быть плачевными. Различные воспалительные заболевания глазной поверхности, должным образом нелеченные, тоже зачастую приводят к синдрому «сухого глаза». Все эти вопросы подробно обсуждались на конференции «Белые ночи».

— Какие ещё темы, какие доклады Вас заинтересовали?

— Как главный офтальмолог региона я обязан ежегодно присутствовать на этом форуме, так как в рамках него проводится заседание профильной комиссии Минздрава РФ по офтальмологии. По должности в эту комиссию входят главные офтальмологи всех субъектов РФ.

Но, конечно, я приехал в Петербург не только в силу служебной необходимости. Для меня важно постоянно повышать свою квалификацию, общаться с коллегами. Особенно заинтересовали доклады, связанные с диагностикой и лечением глаукомы, ВМД и диабетического макулярного отека.

Я бы не стал выделять кого-то из докладчиков, так как все выступления были на высоком уровне. Также мне было интересно послушать доклады наших и зарубежных специалистов по офтальмоонкологии и по воспалительным офтальмологическим осложнениям при общесоматических заболеваниях различного генеза.

Как организатор здравоохранения с особым вниманием слушал выступление главного офтальмолога Минздрава РФ, члена-корреспондента РАН, д.м.н., профессора В.В. Нероева «Основные задачи офтальмологии и результаты их реализации субъектами РФ за период 2012-2018 гг.».

Запомнились слова В.В. Нероева о «вымывании» врачей-офтальмологов поликлинического звена, особенно в провинции. Эти слова, к сожалению, в полной мере относятся и к моему родному Алтайскому краю. В барнаульских поликлиниках врачей-офтальмологов в основном хватает. Но в районах Алтая ситуация не столь благоприятна.

— Почему же это происходит?

— В последние годы на заслуженный отдых уходит целое поколение врачей-офтальмологов «советской закалки». Этот процесс продолжается. Многие доктора работали и продолжают работать много лет после достижения пенсионного возраста. Но человеческие ресурсы небезграничны…

— А кто приходит на смену?

— Смена у нас хорошая. Много увлечённых, творческих молодых докторов. Но большинство из них хотят работать в крупных клиниках, оперировать. Работа на амбулаторном приёме в поликлиническом звене в настоящее время считается, прямо скажем, непрестижной и «бесперспективной». Но кто тогда будет проводить диспансеризацию населения, кто будет своевременно направлять в клиники пациентов и долечивать их после блестяще проведённых операций. А это одна из важнейших задач в деле организации медицинской помощи!

Хотелось бы, чтобы престиж работы в поликлиниках, районных больницах постепенно повышался. Это даст нам возможность лучше выявлять офтальмологические патологии на раннем этапе, более эффективно оказывать помощь людям.

Аскар Алтынбекович Асаубеков, заведующий офтальмологическим отделением Городской многопрофильной больницы *(г. Талды-Курган Алматинской области, Республика Казахстан):*

Врачи учатся и на казахском, и на русском, и на английском языках

— Аскар Алтынбекович, на конференции «Белые ночи» ежегодно присутствует немало представителей Казахстана. Чем Вы объясняете этот интерес к Петербургскому форуму?

— Уровень сотрудничества и взаимодействия между медиками Казахстана и России был и остаётся очень высоким, как и в целом между нашими странами. Я, например, родился и вырос в городе Тарасе Джамбульской области Казахстана, а высшее образование получил в Новосибирске — в Новосибирском государственном медицинском университете. Потом два года проходил резидентуру *(соответствует клинической ординатуре в России — И.Б.)* в Алмате.

И, конечно, я не являюсь исключением. Немало выходцев из Казахстана живут, работают и учатся в России, в частности, в близлежащих уральских и сибирских регионах. У нас нет языкового барьера. Практически все образованные жители Казахстана хорошо говорят по-русски. Большинство выпускников казахских школ по своему уровню знаний и языковой подготовке могут учиться в России.

Медицинское образование в самом Казахстане было и остаётся двуязычным. Лекции и семинары проводятся и на русском, и на казахском языках. Впрочем, в последнее время стало появляться всё больше образовательных программ на английском языке. Развивается сотрудничество с зарубежными странами.

— Какие темы, какие доклады Вас больше всего заинтересовали на конференции «Белые ночи»?

— Во-первых, мне приятно отметить, что большинство ведущих докладчиков, звёзд российской офтальмологии, можно послушать не только в Москве и Санкт-Петербурге, но и в Алмате, и Нур-Султане. Они охотно приезжают в Казахстан.

Для меня важны все доклады, связанные с хирургией, так как много оперирую, осваиваю новые технологии. Например, очень интересует тема интраокулярной коррекции зрения у больных глаукомой. Это сопутствующее заболевание существенно изменяет технологию операций. Так же происходит и при других сопутствующих диагнозах.

Кроме операционных технологий, меняется и выбор линз. При глаукоме следует отдавать предпочтение гидрофобным линзам. На это обращали внимание несколько докладчиков на «Белых ночах». И я с ними согласен.

Также поднималась тема проведения комбинированных (одноэтапных) операций для пациентов с глаукомой, которые одновременно нуждаются в факоэмульсификации катаракты и снижении внутриглазного давления (антиглаукоматозной операции).

— Такие операции в вашей клинике проводятся?

— Да, мы делаем комбинированные операции. Но здесь необходим индивидуальный подход. Кому-то из пациентов проводится комбинированная операция, кому-то хирургическое вмешательство осуществляется в два этапа. И бывает третий вариант: мы наметили двухэтапную операцию, но второй этап уже не понадобился…

У некоторых пациентов с глаукомой при факоэмульсификации катаракты внутриглазное давление снижается само по себе, без каких-либо действий со стороны хирурга. А другим пациентам требуется дополнительное антиглаукоматозное вмешательство. Этот пример наглядно показывает, что технологии операций зависят от особенностей конкретного пациента.

— Кто из докладчиков Вам особенно запомнился?

— Актуальную тему поднял Б.Э. Малюгин в своём блестящем докладе «Стратегия хирургической реабилитации пациентов с патологией эндотелия роговицы». Почему эта тема так актуальна? При эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы нередко возникают осложнения при проведении операций факоэмульсификации катаракты.

Докладчик рассказал о способах снизить этот риск, защитить роговицу. В моей хирургической практике таких операций пока не было. Но надеюсь освоить эту технологию.

Ещё одна тема, которая заинтересовала меня на этом форуме: хирургия катаракты в присутствии факичных ИОЛ.

— Речь идёт о пациентах, которые ранее были прооперированы по поводу высокой степени миопии или астигматизма?

— Да. Если говорить простым языком, то наличие линзы на хрусталике «мешает» удалению хрусталика при факоэмульсификации катаракты. Здесь возможен целый ряд осложнений.

Как Вы видите, многие доклады конференции имеют сугубо практическую направленность. Офтальмохирурги разбирают случаи из собственной хирургической практики, делятся опытом. Конечно, есть выступления, в которых поднимаются общие, глобальные вопросы.

— Как бы Вы оценили уровень развития офтальмологии в Казахстане?

— По техническому оснащению мы находимся на одном уровне с Россией и ведущими зарубежными странами. Но в казахской провинции не хватает квалифицированных кадров. Эта же проблема есть и в России.

— У Вас была возможность лично познакомиться с организацией здравоохранения в зарубежных странах?

— После окончания резидентуры в Алмате я провёл три месяца в Германии, в городе Эрфурт. Работал у частнопрактикующего немецкого врача-офтальмолога. В Германии есть такое понятие «Gastarzt» (врач-гость). Так называют зарубежных медиков, которые приехали в ФРГ для обмена опытом.

У гостей в медицинском учреждении, по сути, нет ни прав, ни обязанностей. Они просто присутствуют в клинике или частном врачебном кабинете, наблюдая за работой персонала. Но в моём случае, временный немецкий работодатель разрешил мне самостоятельно — разумеется, под его контролем! — вести приём пациентов, проводить необходимые обследования. Я хорошо владею немецким языком. Поэтому проблем в общении с пациентами не было. При необходимости мы направляли их на операции или проведение дополнительных обследований.

— Какие впечатления остались у Вас от пребывания в Германии?

— Я не заметил каких-то принципиальных отличий в организации работы между Казахстаном, Россией и Германией. Но в Германии высокотехнологичная офтальмологическая помощь гораздо более доступна для населения, в том числе в рамках обязательного медицинского страхования. Там практически нет различий в доступности медицинских услуг для жителей мегаполисов и «глубинки».

— Многие врачи-офтальмологи в Германии хотели бы открыть частную практику, но у них нет для этого организационных и финансовых возможностей. Вы обсуждали этот вопрос с немецкими коллегами?

— Я обратил внимание, что немецкие офтальмологи хотели бы попробовать себя в качестве частных предпринимателей, поработать на себя, а не получать зарплату в государственной или частной клинике. Не у всех это получается. Рынок частных медицинских услуг в Западной Европе чрезвычайно насыщен, высока конкуренция.

В этом вопросе я не вижу разницы с Казахстаном. У нас тоже в последние годы многие врачи мечтают о своей клинике или частном кабинете. Кто-то осуществляет эти планы, у кого-то они остаются только мечтами.

Арина Владимировна Просянко, врач-офтальмолог медицинского центра «ДиаМед» *(г. Владивосток):*

Офтальмологические патологии молодеют

— Арина Владимировна, в течение длительного времени Вы работали в муниципальной поликлинике. В настоящее Вы ведёте приём в частном медицинском центре. Как изменилась специфика Вашей работы?

— Основной контингент муниципальных учреждений здравоохранения составляют пенсионеры. Как правило, у них имеется достаточно свободного времени, чтобы регулярно посещать врачей. Эта регулярность, ответственный подход к здоровью, который проявляют многие пожилые люди, положительно сказывается на результатах лечения. С другой стороны, у возрастных пациентов, как правило, имеется немало сопутствующих заболеваний. Их тоже необходимо учитывать при назначении офтальмологического лечения.

— В муниципальном здравоохранении нередко встречаются и пациенты, которые посещают медицинские учреждения слишком часто. «Хождение по врачам» становится своеобразным хобби…

— Такие «перекосы» тоже имеют место. Но, откровенно говоря, излишне мнительные пациенты мне ближе, чем те, кто вообще не следит за своим здоровьем и готов пойти к доктору только в «последний момент, когда уже совсем припечёт».

В частном медицинском центре контингент более молодой. Общее состояние здоровья у людей в силу возраста более благоприятное. Но офтальмологические патологии молодеют. Это относится, на мой взгляд, ко всем без исключения заболеваниям: катаракте, глаукоме, ВМД… Пациенты частных медицинских центров часто живут в напряжённом ритме. Они хотят провести все обследования как можно быстрее, на визит к врачу у них нет времени. Когда человек готов заплатить за медицинские услуги, но не хочет потратить время на поддержание своего здоровья, это может осложнить лечение.

— Что Вас заинтересовало на конференции?

— Все доклады, посвящённые диагностике и лечению глаукомы, в том числе глаукоме с нормальным внутриглазным давлением.

Очень понравился сателлитный симпозиум «День и ночь: сухость прочь! Коррекция синдрома «сухого глаза» при различных состояниях». В.В. Бржеский прочёл доклад «Синдром «сухого глаза»: от поликлиники до стационара». Речь шла о наиболее тяжёлых формах этого заболевания, в том числе и требующих хирургического вмешательства: абтурации слёзной точки.

— Что это за операция?

— Это хирургическая операция, которая проводится при болезни Бехтерева, «красной волчанке» и ряде других заболеваний, даёт возможность слёзной жидкости остаться в органе зрения. Собственная слёзная жидкость, которой у этих пациентов вырабатывается очень мало, не покидает глаз.

Алёна Павловна Алексеева, клинический ординатор МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца *(г. Москва):*

Мечтаю связать свою жизнь с офтальмоонкологией

— Алёна Павловна, как проходит Ваша клиническая ординатура в НИИ глазных болезней им. Гельмгольца?

— Я очень рада, что могу проходить клиническую ординатуру в прославленном офтальмологическом центре. Моя главная задача — проявить себя самым лучшим образом, чтобы в дальнейшем стать штатным сотрудником Института, если мне будет оказана такая честь.

Работая в Институте глазных болезней имени Гельмгольца, я смогу помогать людям и одновременно проявить себя в медицинской науке. Мечтаю связать свою жизнь с офтальмоонкологией.

— Почему именно эта область офтальмологии Вас заинтересовала?

— В офтальмоонкологии ещё много неизведанного! Например, далеко не всегда мы можем в начальной стадии диагностировать у пациента злокачественную опухоль. К сожалению, встречаются и врачебные ошибки… Это относится и к опухолям в органе зрения, и в других органах. Доклад руководителя отдела офтальмоонкологии нашего Института, д.м.н., профессора С.В. Саакян назывался «Метастаз в хориоидею как первичное проявление злокачественной опухоли неизвестной локализации». Сразу встаёт вопрос: по какой причине локализация злокачественной опухоли остаётся неизвестной? Что нужно предпринять врачам, чтобы исправить эту ситуацию?

Академик РАН, д.м.н., профессор А.Ф. Бровкина посвятила свой доклад гемангиомам хориоидеи, доброкачественным новообразованиям сосудистой оболочки глаза.

— Расскажите, пожалуйста, о себе.

— Я родилась и выросла в Якутске. Среди моих предков и якуты, и русские. Окончила медицинский факультет Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Мне очень нравится родной город. С удовольствием приезжаю туда в отпуск. Но жить и работать хотела бы в Москве.

Марина Николаевна Меркулова, клинический ординатор Курской областной офтальмологической больницы *(г. Курск):*

Работа старших коллег вызывает восхищение

— Марина Николаевна, Вы впервые приехали на конгресс «Белые ночи»?

— Я первый раз на этом форуме. И первый раз оказалась в прекрасном городе Санкт-Петербурге, Северной столице России. Меня пригласил д.м.н., профессор В.И. Баранов, заведующий кафедрой офтальмологии Курского государственного медицинского университета. На пленарном заседании конгресса он выступил с докладом «Миопия — болезнь или вариант нормы». Мне было очень приятно услышать своего любимого профессора не только в университетской аудитории, но и на крупном, авторитетном международном конгрессе.

Именно благодаря Валерию Ивановичу я выбрала для себя профессию врача-офтальмолога, под его руководством прохожу клиническую ординатуру, приобретаю знания и навыки офтальмохирурга.

— Что именно Вас заинтересовало на конгрессе «Белые ночи»?

— Думаю, что как молодой специалист я не могу давать оценки научным докладам, которые подготовили маститые учёные. Но хочу сказать об атмосфере этого форума. Здесь собрались врачи и учёные-офтальмологи, которые любят своё дело и этой любовью и преданностью профессии могут «заразить» других.

Работа старших коллег вызывает у меня восхищение. Особенно интересно слушать доклады офтальмохирургов, которые делятся опытом из своей практики. Выступления, посвящённые хирургии катаракты, содержали описания сложных случаев. Например, факоэмульсификация катаракты у пациентов с оперированными отслойками сетчатки. Мне самой ещё не приходилось проводить подобные операции… Конечно же, эти операции содержат в себе определённый риск. Но благодаря «золотым рукам и светлым головам» докторов этот риск сокращается до минимума.

Нельзя не отметить тот факт, что многие члены оргкомитета форума, являются авторами учебников и методических пособий, по которым мы учились в вузе. Конечно, интересно лично познакомиться с этими людьми.

Елена Анатольевна Неверова, к.м.н., врач-офтальмолог Республиканской офтальмологической больницы *(г. Саранск):*

Доклады отражают реальную жизнь

— Елена Анатольевна, какие впечатления оставила у Вас конференция «Белые ночи»?

— Думаю, что доклады, которые были здесь представлены, отражают реальную жизнь. Многие идеи, высказанные докладчиками, могут быть применены на практике: и офтальмохирургами, и врачами амбулаторного приёма.

— Как Вы оцениваете уровень развития офтальмологии в Саранске и в целом в Мордовии?

— В прошлом году Саранск приобрёл всемирную известность как самый маленький город России, которому было доверено проводить чемпионат мира по футболу. И с этой задачей трёхсоттысячный Саранск справился не хуже, чем столичные мегаполисы. Многие футбольные болельщики со всего мира не только впервые услышали о таком городе, но и лично его посетили.

Саранск не имеет такого богатого исторического и культурного наследия, как некоторые другие города России, зато он постоянно занимает верхние позиции в рейтинге самых благоустроенных, удобных для жизни городов нашей страны.

Наверное, в сфере офтальмологии у нас нет каких-то грандиозных достижений, но уровень оказания офтальмологической помощи находится на достойном уровне. У нас в больнице проводятся и рефракционные операции, и витреоретинальные хирургические вмешательства. Успешно развивается катарактальная хирургия. Применяется оптическая когерентная томография.

Елена Борисовна Цалкина, заведующая офтальмологическим отделением ФГБУ «52-й Консультативно-диагностический центр Минобороны РФ» *(г. Москва):*

Повысить свою квалификацию в дифференцированной диагностике

— Елена Борисовна, что дало Вам участие в конгрессе «Белые ночи»?

— Для меня было важно повысить свою квалификацию в дифференцированной диагностике. Например, встаёт вопрос: как отличить влажную форму ВМД от диабетического макулярного отёка? У пациентов с диабетом не обязательно происходит диабетический макулярный отёк. У них также может быть влажная форма ВМД, как у любых других пациента.

Также мне было интересно обсудить с коллегами различные виды терапии при диабетической ретинопатии и ВМД. Почему для некоторых пациентов лечение оказывается неэффективным, хотя другим больным оно приносит существенное облегчение?

Что касается синдрома «сухого глаза»… Хочется разобраться в причинах появления этого заболевания у больных глаукомой. Здесь, безусловно, играют роль консерванты, которые имеются в большинстве антиглаукомных препаратов.

Амас Асылбекович Такибаев, врач-офтальмолог многопрофильной клинической больницы *(г. Алмата, Республика Казахстан):*

Хирургия катаракты. Обмен опытом и общение коллег

— Амас Асылбекович, что привело Вас в Санкт-Петербург?

— Главное направление моей работы — хирургия катаракты. Интересен обмен опытом и общение с российскими и зарубежными коллегами на форуме. Из докладов я бы отметил выступление В.Н. Трубилина «Технология имплантации ИОЛ. Вчера. Сегодня. Завтра». Было интересно послушать размышления докладчика о расчете интраокулярных линз. Линзы рассчитываются исходя из размера хрусталика, наличия или отсутствия миопии и ряда других факторов.

Также я с удовольствием посетил выставку медицинского оборудования, которая сопровождает конгресс «Белые ночи».

— Какие у Вас профессиональные планы?

— Я закончил резидентуру два года назад. Хотелось бы совершенствовать хирургические навыки. Такие конференции существенно расширяют кругозор молодых специалистов. Кроме того, казахстанцы всегда любили приезжать в Санкт-Петербург, один из самых красивых городов мира.

В работе офтальмохирурга мне больше всего нравится то, что я вижу результат своих усилий. В основном пациенты довольны результатами нашей работы. Они выражают благодарность. А значит, есть ощущение, что не зря носишь белый халат.

Турабой Юлдашевич Солиев, врач-офтальмолог Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза *(г. Ташкент, Республика Узбекистан):*

Связи с Россией у нас не ослабевают

— Турабой Юлдашевич, расскажите, пожалуйста, о медицинском Центре, где Вы работаете.

— Наша клиника является локомотивом офтальмологии в Республике Узбекистан. Это крупнейший специализированный центр в республике. В год проводится более семи тысяч хирургических вмешательств. Стационар у нас небольшой. Всего пятьдесят коек. Но это соответствует мировой практике, когда офтальмологические вмешательства в основном производятся амбулаторно.

Центр микрохирургии глаза был создан в 2003 году на базе Республиканской офтальмологической больницы. Я работаю в ней всю жизнь, с 1983 года. Был направлен на работу после окончания Ташкентского медицинского института и тружусь до сих пор. Мы проводим практически все виды операций. За редким исключением офтальмологическим пациентам из Узбекистана не требуется искать медицинской помощи за рубежом. Консервативное и хирургическое лечение можно получить у себя дома.

— Какие доклады Вас больше всего заинтересовали на этом форуме?

— Мне очень приятно находиться в Санкт-Петербурге, общаться с докторами из России и многих зарубежных стран. Радостно встречать здесь многочисленных посланцев Узбекистана, в том числе молодых докторов. Это показывает, что связи с Россией у нас не ослабевают.

Я — офтальмохирург. В течение года провожу 600-700 операций. Поэтому, в первую очередь, заинтересовали все доклады, посвящённые сложным случаям в офтальмохирургии. Например, рассматривалась факоэмульсификация катаракты при оперированных глаукомах. Коллеги обсуждали такие операционные осложнения, как эндофтальмиты, разрывы склеры и т.д.

Алексей Альбертович Ким, врач офтальмолог клиники «Корд» *(г. Казань):*

Наша молодая клиника должна развиваться

— Алексей Альбертович, Вы принадлежите к молодому поколению врачей-офтальмологов. Что привело Вас на конгресс «Белые ночи»?

— Я не только молодой врач, но и клиника, в которой работаю, тоже очень молодая. Она открылась в мае 2019 года. В настоящее время — это крупнейший частный специализированный офтальмологический центр в Татарстане.

В Казани я живу с 2014 года. Окончил клиническую ординатуру по офтальмологии в Казанской медицинской академии. Я провожу операции по поводу катаракты и птеригиумов. Также занимаюсь лазерным лечением сетчатки. На конгрессе внимательно слушал практически все доклады.

Например, я не провожу витреоретинальные операции, но доклады о них мне тоже полезно послушать, чтобы расширить свой кругозор.

— Как Вы видите развитие вашей клиники?

— Наша молодая клиника должна развиваться. У нас есть конкретные планы. Будут осваиваться новые виды операций, расширится спектр предлагаемых медицинских услуг.

Для меня очень важно, что у нас установлено оборудование последнего поколения.

Недавно мы стали предлагать пациентам новый вид операций: имплантацию интрастромальных колец при кератоконусе. В лазерной хирургии очень востребована лазерная коагуляция при центральной серозной хориоретинопатии. Это сложная высокотехнологичная лазерная операция, направленная на устранение отёка в центральной зоне сетчатки.

Эта операция связана с определённым риском, о чём, разумеется, осведомлены пациенты. Но этот риск мы максимально снижаем благодаря высококлассным специалистам и новейшему оборудованию.

Актуальной проблемой являются помутнения в стекловидном теле у людей пожилого возраста. Из-за этого возникают мушки перед глазами. Их мы тоже устраняем с помощью лазера.

Мария Анатольевна Смолькова, врач-офтальмолог офтальмологической клиники Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова *(г. Санкт-Петербург):*

Обсудить новые возможности лазерной хирургии

— Мария Анатольевна, с какими ожиданиями Вы пришли на конгресс?

— Хотелось обсудить с коллегами новые возможности лазерной хирургии, так как именно этой областью офтальмологии я занимаюсь. Мы в клинике осуществляем лазерные вмешательства при глаукоме, патологии сетчатки и многих других заболеваниях. Понравился доклад М.В. Гацу «Периферические заболевания сетчатки», где она представила новые методики диагностики этих патологий.

Выступление Ф.Е. Шадричева «Транзиторная диабетическая ретинопатия. Всегда ли она транзиторная?» помогло узнать много нового о диабетической макулярном отёке. Американский исследователь S. Bressler в докладе «Терапия диабетического макулярного отёка — фокус на пациенте» также остановился на этой теме.

Леонид Михайлович Чахутин, врач-офтальмолог городской поликлиники № 81 *(г. Санкт-Петербург):*

Нашу поликлинику петербуржцы называют «Максимилиановской»

— Леонид Михайлович, Вы работаете в медицинском учреждении с большой историей.

— Да, наша поликлиника ведёт свою историю с «Максимилиановской лечебницы», открытой 17 апреля 1850 года. Это было первое в России медицинское учреждение поликлинического типа. В 1853 году лечебнице было присвоено имя выдающегося общественного деятеля того времени, почетного попечителя «Общества посещения бедных», представителя царской семьи Максимилиана Лейхтенбергского. До сих пор петербуржцы называют нашу поликлинику «Максимилиановской».

— Какие доклады вызвали Ваш интерес на конгрессе?

— Меня интересуют все темы, связанные с глаукомой, все виды консервативного лечения и антиглаукоматозных операций. Хотелось пообщаться с коллегами о перспективах применения «непроникающей глубокой склерэктомии» (НГСЭ). По моей информации, в российских клиниках эта операция проводится очень редко, хотя за рубежом — в частности, в Германии и США — она получила широкое распространение при хирургическом лечении глаукомы.

Также интересует офтальмохирургия сверхмалых разрезов. Ведь сейчас при факоэмульсификации катаракты стали использовать разрезы в полтора миллиметра, а не три миллиметра, как это было стандартом ещё совсем недавно. Офтальмохирургия становится всё более «щадящей», малоинвазивной. Это нельзя не приветствовать!

Наталья Александровна Напалкова, врач-офтальмолог офтальмологического отделения Городской больницы № 1 *(г. Магнитогорск Челябинской области):*

Имеется потребность в дополнительном оборудовании

— Наталья Александровна, как изменилась Ваша работа в последние годы?

— В Магнитогорской городской больнице я работаю с 2003 года. Конечно, за это время технологические процессы существенно изменились. У нас была внедрена факоэмульсификация катаракты.

Впрочем, вопросы обеспеченности оборудованием у нас в больнице до сих пор, к сожалению, полностью не решены. Нам требуется ещё один факоэмульсификатор. Желательно также, чтобы он поддерживал витреоретинальную хирургию. Тогда мы сможем проводить витреоретинальные операции.

Офтальмологическому отделению также требуется оптический когерентный томограф. По моей информации, во всём Магнитогорске (а это почти полумиллионный промышленный центр Южного Урала!) есть только один подобный аппарат. Он находится в одной из частных клиник.

— Кадрами ваша больница обеспечена?

— Думаю, что не только в Магнитогорске, но и во всей Челябинской области офтальмологов хватает. В основном, это выпускники Южно-Уральского государственного медицинского университета.

— Как вы обеспечены лекарствами и расходными материалами?

— В основном, наши потребности удовлетворены. Но хотелось бы, чтобы выбор лекарств в офтальмологическом отделении был больше.

— Какие доклады Вас больше всего заинтересовали на конгрессе?

— Было очень интересно получить новую информацию о диагностике и лечении офтальмонкологических заболеваний. Порой офтальмологические патологии «маскируются» под воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза. Их бывает трудно распознать.

Д.м.н., профессор М.М. Шишкин прочёл яркий доклад на тему «Место экстрасклеральной хирургии в эру витреоретинальной хирургии». Речь идёт об установках пломб на склеру при разрывах и отслойках сетчатки.

Марина Владимировна Гордеева, к.м.н., врач-офтальмолог офтальмологической клиники Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова *(г. Санкт-Петербург):*

Необходимо способствовать естественному родоразрешению!

— Марина Владимировна, во время работы конгресса Вы смогли почерпнуть для себя что-то полезное?

— Конечно. В первую очередь меня интересует лазерная офтальмохирургия. В 2012 году я защитила кандидатскую диссертацию о методиках лазерного лечения мягких макулярных друз. Эта тема относится к лазерному лечению сетчатки. Я продолжаю научные исследования в этой области и всегда открыта для общения с коллегами и обмена опытом.

— Что именно Вы исследуете?

— Меня интересует применение разных методик лазерной офтальмохирургии: пороговых и субпороговых. Пороговые методики позволяют визуально (офтальмоскопически) оценить лазерное воздействие на орган зрения. Субпороговые методики требуют дополнительных исследований, чтобы оценить эффективность лазерных импульсов.

— Какие доклады Вы могли бы отметить на конференции?

— Не могу не сказать о докладе моего учителя в офтальмологии, научного руководителя кандидатской диссертации, д.м.н. М.В. Гацу «Периферические дегенерации сетчатки». В нём она, в частности, подняла такую актуальную тему, как родоразрешение пациенток с близорукостью и заболеваниями сетчатки.

Марина Васильевна отметила, что до сих пор многие врачи действуют по старинке, можно сказать, перестраховываются и направляют беременных женщин на кесарево сечение, хотя объективных показаний для этого нет. И для матери, и для ребёнка более целесообразно естественное родоразрешение.

М.В. Гацу чётко и конкретно разъяснила, когда именно целесообразно делать кесарево сечение, а когда в нём нет необходимости. В настоящее время учёные-офтальмологи пришли к выводу, что практически при любом уровне близорукости возможно естественное родоразрешение, если отсутствует патология сетчатки. Также оно возможно у значительного числа пациенток с дистрофией сетчатки. Здесь необходимо учитывать степень дистрофии.

— Здесь офтальмология пересекается с акушерством и гинекологией.

— Для меня важен и другой аспект: практическая направленность доклада М.В. Гацу. Это относится не только к данному выступлению, но и к другим её лекциям и докладам. Врачи могут извлечь много нового, откорректировать свою работу исходя из последних достижений науки.

Ирина Геннадьевна Неясова, к.м.н., старший преподаватель курса глазных болезней медицинского факультета Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарёва *(г. Саранск):*

Альтернативная терапия, учитывающая экономические реалии

— Ирина Геннадьевна, поделитесь, пожалуйста, своими впечатлениями от прошедшего форума?

— Могу сказать, что все доклады — и российских, и зарубежных участников — были очень интересными. Российские лекторы в своих выступлениях представляли экономичные альтернативы, если какая-то терапия недоступна для пациентов по финансовым причинам. Зарубежные гости рассматривали эти вопросы исключительно исходя из медицинской целесообразности. Без учёта российских реалий.

Например, в Мордовии многие пациенты с ВМД и диабетической ретинопатией испытывают большие трудности с получением инъекций ингибиторов ангиогенеза, которые им необходимы.

— В рамках ОМС можно получить люцентис и аналогичные препараты?

— Теоретически это возможно. Но имеется очередь. Нередко из-за бюрократических проволочек нарушается график терапии… Возникает нервотрёпка и для врачей, и для пациентов. Так происходит не только в Мордовии, но и во многих других регионах. Российские учёные-офтальмологи знают об этой проблеме и могут предложить альтернативу: например, использовать возможности лазерной терапии.

Беседы вёл ***Илья Бруштейн***

Конгресс Азиатско-Тихоокеанской Академии Офтальмологии (Asia Pacific-Ocean Academy Ophthalmology Congress, APAO) 2019: обзор заседаний, посвященных глаукоме

Конгресс Азиатско-Тихоокеанской Академии Офтальмологии (Asia Pacific-Ocean Academy Ophthalmology Congress, APAO) — ежегодное мероприятие, проходящее под эгидой Международного Офтальмологического Совета (International Council of Ophthalmology, ICO), собирающее офтальмологов со всего мира.

На 34-м Конгрессе APAO присутствовали 6 тысяч делегатов из 85 стран. Место проведения — Национальный выставочный центр Королевы Сирикит (Queen Sirikit National Convention Center (QSNCC) в Бангкоке (Таиланд). Цель мероприятия — объединить усилия по инновациям и технологиям лечения глазных заболеваний в Европе и Азии. Несмотря на то что на конгрессе присутствовало большое количество офтальмологов из Китая, Индии и других стран Азиатско-Тихоокеанского региона, значительное место в программе заняли доклады ведущих экспертов из США, Европы, Японии и других стран, касающиеся всех направлений офтальмологии.

Заседания проходили в виде пленарных сессий в четырех крупных залах на 500 человек и в виде сателлитов и симпозиумов в 30 залах на 200 человек.

На конгрессе были представлены доклады по «живой хирургии», разбирались многочисленные клинические случаи. На пленарных заседаниях акцент был сделан на новейшие технологии и перспективы в лечении и диагностике глазных заболеваний, а также на образовательные аспекты, направленные на повышение квалификации практикующих офтальмологов.

Многие заседания были посвящены проблемам здравоохранения в развивающихся странах и в мире в целом. В частности, рассматривалась проблема обеспечения высокотехнологичной офтальмологической помощью провинций в Таиланде, Вьетнаме, Китае и Индии.

Большое внимание было уделено проблемам образования и освоения хирургической техники молодыми специалистами. С этой целью были развернуты ветлабы, где доктора могли совершенствовать свои хирургические навыки.

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

Настоящий обзор охватывает информацию, прозвучавшую на заседаниях, посвященных глаукоме.

На сессии «Визуализация переднего отрезка глаза» большой интерес вызвал доклад профессора Л. Шметтерера (Сингапур-Австрия), в котором автор остановился на новой технологии, основанной на использовании конической сканирующей системы, позволяющей с особой четкостью видеть периферию роговицы и боковые проекции шлеммова канала (ШК). В основе данной системы — использование света с высокой проницаемостью, что дает возможность получить чрезвычайно высокое разрешение (до 1,2 мк). При этом достигается качественная визуализация ШК, склерального венозного плексуса и склеральной шпоры. Автором была продемонстрирована 3D-реконструкция ШК. Перспективы использования данной системы весьма многообещающие, особенно с точки зрения исследования новых препаратов, улучшающих отток внутриглазной жидкости, а также новых технологий микроинвазивной хирургии глаукомы.

В докладе, посвященном новой технологии гониоскопии, профессор А. Гоммер (Австрия) указал на важность визуализации угла передней камеры (УПК). И хотя метод гониоскопии был предложен еще в 1914 г., никакие прочие методики на сегодняшний день не могут его заменить. Автор подчеркнул, что даже в развитых странах Европы, таких как Австрия, при диагностике глаукомы остроту зрения исследуют в 96% случаев, однако УПК смотрят только в 45% случаев. В результате 80% офтальмологов не могут

Доклад профессора Наталии Курышевой

правильно поставить диагноз закрытоугольной глаукомы (ПЗУГ), поскольку не проводят гониоскопию.

> **А. Гоммер** *(Австрия)*: ***«В развитых странах, таких как Австрия, 80% офтальмологов не могут правильно поставить диагноз закрытоугольной глаукомы (ПЗУГ), поскольку не проводят гониоскопию».***

Между тем именно гониоскопия позволяет выбрать правильный метод лечения: при наличии гониосинехий становится очевидной необходимость проведения синустрабекулэктомии или удаления хрусталика.

В докладе М. Хе (Сингапур) автор остановился также на результатах недавно проведенного многоцентрового исследования, целью которого явилось выяснение целесообразности выполнения профилактической лазерной иридотомии (ЛИТ) как метода профилактики ПЗУГ. Исследование проводилось в США и Сингапуре; в нем приняли участие 986 больных, которых наблюдали 6 лет. Сравнивали две группы пациентов: в первой группе выполнялась профилактическая ЛИТ, во второй группе ЛИТ не выполнялась. Результаты показали, что ЛИТ предотвращает развитие ПЗУГ в половине случаев. Однако число случаев перехода подозрения на ПЗУГ в ПЗУГ очень невелико (порядка 11%), поэтому для предотвращения одного случая развития ПЗУГ в течение 6 лет необходимо провести 44 процедуры ЛИТ, что не оправдано ни с медицинской, ни с экономической точки зрения. В результате этого исследования впервые был сделан вывод о нецелесообразности проведения профилактической ЛИТ.

В продолжение данного доклада возникла дискуссия о том, что лучше делать при ПЗУГ — удалять хрусталик или сочетать эту операцию с гониосинехиолизисом. Профессор Гоммер сослался на недавнее Сингапурское исследование, цель которого заключалась в попытке ответить на этот вопрос. Оказалось, что различия в результатах первой и второй хирургической опции не наблюдалось. Также не было замечено различия в результатах проведения ЛИТ в разных локализациях (в височном или носовом секторах) с точки зрения профилактики дисфотопсии. Об этом рассказал профессор Р. Венкатэша (Индия), который привел результаты многоцентрового исследования, проведенного в Индии на 556 пациентах.

На данной секции большое внимание было уделено ОКТ для переднего отрезка глаза. Благодаря этой методике удалось выяснить, что важным фактором риска повышенного ВГД при ПЗУГ является толщина радужки, что особенно проявляется при расширении зрачка. Именно от этого параметра зависит эффективность ЛИТ. В докладе Дж. Ким (Китай) было подчеркнуто, что использование данного метода визуализации изменило представление о классификации ПЗУГ и механизмах закрытия УПК. Был введен новый параметр оценки — объем передней камеры. Оказалось, что он более информативен, чем ее глубина. Все указанные аспекты были учтены при создании современной классификации закрытоугольной глаукомы.

В докладе К. Парк (Южная Корея) основной акцент был сделан на исследовании макулярной зоны в ранней диагностике глаукомы. По мнению автора, ганглиозные клетки (ГКС), расположенные вдоль горизонтального шва в макулярной зоне, поражаются особенно рано, и их изменения могут быть выявлены раньше, чем поражение слоя нервных волокон сетчатки. Это важно как с точки зрения ранней диагностики заболевания, так и наблюдения в динамике *(рис. 1)*.

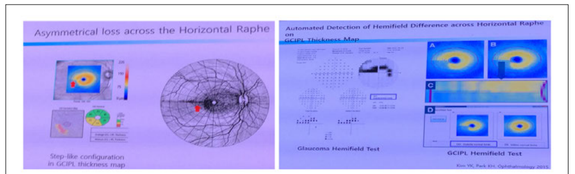
Эту идею поддержал профессор Дж. Либман (США), который отметил крайне низкую надежность периметрии (САП) в выявлении глаукомы. Автор заявил: «Какой смысл при подозрении на глаукому делать периметрию каждые полгода? Пора заменить ее оптической когерентной томографией и наблюдать за ганглиозными клетками сетчатки в макулярной области».

> **Профессор Дж. Либманн** *(США)*: ***«Какой смысл при подозрении на глаукому делать периметрию каждые полгода? Пора заменить ее оптической когерентной томографией и наблюдать за ганглиозными клетками сетчатки в макулярной области».***

В настоящее время существуют таблицы, показывающие когда можно ожидать появления дефектов поля зрения при соответствующих изменениях в СНВС, ДЗН и макулы. Таким образом, нет необходимости проводить САП и повторять ее при подозрении на глаукому, необходимо делать ОКТ и смотреть за макулой. В ближайшей перспективе, по мнению автора, вся диагностика глаукомы будет сведена к визуализации СНВС, ГКС, решетчатой мембраны и геморрагий на ДЗН.

В докладе Н. Гупта (Канада) автор остановилась на лимфатических сосудах, которые были идентифицированы в цилиарном теле в экспериментах на животных (овцах, крысах) при помощи специальных радиоактивных наночастиц (Radiactive Tracer Studies), отражающих ток лимфы по этим сосудам *(рис. 2)*. Введение экспериментальным животным наночастиц в переднюю камеру позволяло обнаружить их уже через 20 минут в шейных лимфатических сосудах, причем именно со стороны экспериментального глаза. Частицы сохранялись до 6 часов. Отток, по мнению исследователей, регулируется особыми клетками в цилиарных волокнах, которые атрофируются с возрастом. Авторы также показали, что лимфоотток усиливается аналогами простагландинов. Однако, по мнению Гупта, открытие интраокулярных лимфатических сосудов ставит больше вопросов, чем ответов, так как заставляет задуматься о патогенезе иммунных, воспалительных и онкологических заболеваний глаза. Безусловно, обнаруженный новый путь оттока жидкости из глаза открывает новые возможности в лечении глаукомы.

> **Н. Гупта** *(Канада)*: ***«Открытие интраокулярных лимфатических сосудов ставит больше вопросов, чем ответов, так как заставляет задуматься о патогенезе иммунных, воспалительных и онкологических заболеваний глаза. Безусловно, обнаруженный новый путь оттока жидкости из глаза открывает новые возможности в лечении глаукомы».***



Выявление дефектов в височном секторе макулы ниже горизонтального шва (гемиполярные дефекты): AUC 0,976 для препериметрической стадии
(Ophthalmology, 2018)

Рис. 1. Исследование макулы для ранней диагностики и мониторинга глаукомы

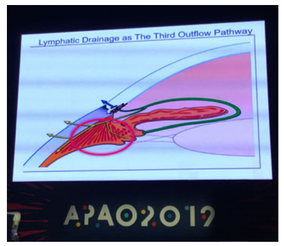


Рис. 2. Направление лимфатического оттока в глазу

Автор также остановилась на недавнем открытии, сделанном группой исследователей из Торонто, показавшем возможность проникновения спинномозговой жидкости в зрительный нерв по особым каналам через мягкую мозговую оболочку по периваздальным пространствам. Это так называемый «Г-лимфатический путь», так как в нем активно участвуют астроциты. Существованием этого пути авторы объясняют отек зрительного нерва, возникающий у астронавтов. С другой стороны, нарушение в функционировании этого пути, выявленное недавно авторами при экспериментальной глаукоме, может оказаться новым патогенетическим механизмом при данном заболевании.

Одним из важных заседаний, посвященных глаукоме, явился симпозиум «Новейшие разработки в области визуализирующих технологий при глаукоме» (Emerging Ocular Imaging Technologies).

В докладе Чен (Китай) особое внимание было уделено относительно новой технологии визуализации — анализу микроциркуляторного русла сетчатки (макулы) и перипапиллярной зоны, а также диска зрительного нерва (ДЗН). На сегодняшний день многочисленные наблюдения дают основание предполагать, что повреждение микроциркуляторного русла сетчатки может иметь место уже на ранних этапах заболевания, чем объясняется гибель нейрональных структур в перипапиллярной сетчатке и макуле. Проведя сканирование радиального капиллярного плексуса вокруг ДЗН и отступив от него в сторону макулы, авторы установили, что его толщина снижается — с 13,6 ± 0,8 мм до 11,9 ± 0,9 мм и до 10,4 ± 0,9 мм соответственно в 0,5, 2,5 и 5 мм от края ДЗН.

Профессор Н.И. Курышева (Россия) в своем докладе осветила место и роль ОКТ-ангиографии в прогнозировании риска прогрессирования глаукомы. Во вступительной части докладчик отметила, что ОКТ-ангиография (ОКТ-А) позволяет визуализировать мельчайшие сосуды, вплоть до капилляров в различных областях сетчатки и на разной глубине. Метод направлен на селекцию кровеносных сосудов от окружающих тканей на всю глубину сканирования. В отличие от флуоресцентной ангиографии метод ОКТ-А позволяет исследовать не только поверхностные сплетения сетчатки, но и глубокий плексус без применения контрастных средств. Доклад Н.И. Курышевой был посвящен предикторной активности параметров плотности микроциркуляторного русла (показатель Vessel Density, VD) в макуле (фовеа и парафовеа) в мониторинге глаукомы. По данным авторов, имеется высокая значимость параметров относительной плотности сосудов поверхностного плексуса в парафовеолярной области и относительной плотности микроциркуляторного русла ДЗН и перипапиллярной сетчатки в качестве предикторов прогрессирования ГОН. Также было выявлено, что при снижении относительной плотности сосудов поверхностного плексуса парафовеолярной области на 10% риск прогрессирования ГОН достоверно повышался в 6 раз, а при снижении относительной плотности капилляров перипапиллярной сетчатки и ДЗН на 10% — в 8 раз.

> **Профессор Н.И. Курышева** *(Россия)*: ***«ОКТ-ангиография может применяться для прогнозирования прогрессирования глаукомы в препериметрическую стадию. Именно эта стадия заслуживает особого внимания. Раннее определение риска прогрессирования не позволит развиться клиническим проявлениям заболевания, если лечение начато своевременно».***

После окончания доклада автору был задан вопрос о том, можно ли на основе полученных результатов прогнозировать прогрессирование глаукомы в далеко зашедшую стадию и каково место ОКТ-ангиографии в раннем выявлении прогрессирования препериметрической глаукомы. Профессор Курышева ответила, что при далеко зашедшей стадии имеется полная атрофия нервной ткани, следовательно, сосуды также атрофированы. В эту стадию приоритетными остаются функциональные методы. Вместе с тем ОКТА может применяться для прогнозирования прогрессирования глаукомы в препериметрическую стадию. Именно эта стадия заслуживает особого внимания. Раннее

Участники симпозиума «Новые технологии визуализации при глаукоме»: профессор Неру Гупта (Канада), профессор Наталия Курышева (Россия), профессор Атзуя Мики (Япония), профессор Кристофер Лен (Китай)

определение риска прогрессирования не позволит развиться клиническим проявлениям заболевания, если лечение начато своевременно.

В следующем докладе, посвященном визуализации глубоких структур ДЗН, профессор А. Мики (Китай) подчеркнул, что благодаря внедрению спектральной ОКТ появилась возможность получать изображения, расположенные на большой глубине (EDI), и таким образом визуализировать переднюю поверхность решетчатой мембраны (РМ) склеры, оценивать ее в трех измерениях (3D), а также измерять ее толщину.

Применение ОКТ-А решетчатой мембраны является особо перспективным направлением в диагностике глаукомы. Важную роль снижения плотности капиллярной сети именно в нижневисочном секторе перипапиллярной сетчатки подчеркивали многие авторы. По мнению профессора Мики, это может быть связано с тем, что именно в этих отделах чаще всего встречаются локальные дефекты в РМ склеры. По мнению авторов, подобные дефекты создают условия для атрофии нервной ткани и формированию дефекта в микроциркуляторном русле. Подтверждением тому является возникновение геморрагий в нижневисочном секторе по краю ДЗН, что весьма типично для глаукомы.

Доклад профессора Л. Шметтерера (Сингапур-Австрия) был посвящен измерению оксигенации сосудов сетчатки как новому методу исследования функций ГКС. Была установлена тесная связь между количеством ГКС и насыщением их кислородом, причем особенно наглядно это проявилось при анализе ГКС по секторам, что ассоциировалось с дефектами полей зрения. Автор сослался на то, что ОКТ недостаточно совершенна для диагностики препериметрической глаукомы. Поэтому разработка новых методов очень актуальна. Если ОКТ соединить с адаптивной оптикой, можно видеть и ГКС, и решетчатую мембрану склеры (РМС). Фотоакустическая система визуализации РМС, разработанная под руководством профессора Шметтерера, обеспечивает лучшее проникновение сканирующего луча в ткани склеры и обеспечивает лучшую визуализацию РМС. Но остается техническая проблема — малая зона сканирования.

Новая система визуализации переднего отрезка глаза была предложена японскими исследователями. В докладе Т. Наказава (Япония) было показано применение поляризационной ОКТ, позволяющей оценивать степень фиброза фильтрационной подушки после антиглаукомных операций.

Та же группа авторов предложила систему сегментации РМС, точнее, ее пор. Система позволяет оценивать размеры РМС, глубину и форму ее прогиба. Кроме того, данной группой разработан метод прижизненной визуализации апоптоза ГКС. Авторы провели аналогию с методом, предложенным Ф. Кордейро по введению флуоресцирующего аннексина. Японские исследователи зарегистрировали другой препарат для этой цели — моноазородамин. Проникая через истонченную оболочку погибающих ГКС, препарат вызывает их свечение.

В докладе доктора Чена (Китай) акцент был сделан на возрастном истончении СНВС и ГКС, которое различно в разных этнических группах. При сравнении китайцев и индусов разница может достигать 7 мкм/год. Этот фактор необходимо учитывать при оценке прогрессирования глаукомы. Большие многоцентровые исследования, проведенные китайскими офтальмологами, дают информацию о возрастном истончении нервной ткани сетчатки, причем по секторам.

Доктор Киношита (Япония) остановился на синдроме «сухого глаза» (ССГ). Автор подчеркнул, что в Японии для лечения ССГ широко применяют низкие дозы стероидов. Очередным перспективным направлением, особенно для глаукомных больных, кому противопоказаны стероиды, является препарат Rebamipide (Mucosuta). Данный препарат продуцирует муцин (его применяют в лечении гастрита). Относительно циклоспорина (Рестазис) автор подчеркнул, что это — не искусственная слеза, а мощный ингибитор воспаления. Перспективным следует считать лечение, направленное на нейрональную регуляцию мейбомиевых желез.

Большой интерес вызвал доклад К. Тамма (Китай) об искусственном интеллекте в диагностике глаукомы. Автор подчеркнул, что диагностика глаукомы на сегодня — больше искусство, чем наука, т.е. базируется, главным образом, на опыте врача. Поэтому в оценке прогрессии происходит много ошибок. Цель — научить компьютер рано выявлять заболевание и определять его прогрессирование. Будущее — за развитием искусственного интеллекта.

> **К. Тамм** *(Китай)*: ***«Диагностика глаукомы на сегодня — больше искусство, чем наука, т.е. базируется, главным образом, на опыте врача. Поэтому в оценке прогрессии происходит много ошибок. Цель — научить компьютер рано выявлять заболевание и определять его прогрессирование. Будущее — за развитием искусственного интеллекта».***

В докладе Х. Сун (Китай) акцент был сделан на хирургическом лечении детской глаукомы. Автор подчеркнул, что наилучший эффект дает синустрабекулэктомия, хотя в целом прогноз оставляет желать лучшего ввиду повреждения зрительного нерва. По мнению докладчика, перспективы лечения детской глаукомы связаны с генной терапией.

В докладе С. Дораир (Австралия) было показано, что новые технологии микроинвазивной хирургии (МИГ) глаукомы вполне доступны при ПЗУГ при условии открытого после ЛИТ угла передней камеры. Однако докладчик подчеркнул, что невозможно полностью экстраполировать результаты исследования по МИГ, проведенные на европейцах, на ситуацию с азиатскими глазами ввиду разного их строения, в частности, более переднего прикрепления радужки в последних.

Большой интерес вызвал доклад профессора Л. Шметтерера, в котором он поделился результатами совместных исследований, проведенных в Литве и Сингапуре. Под наблюдением в течение года после синустрабекулэктомии (СТЭК) находились больные с различными, в том числе с продвинутыми стадиями глаукомы (MD-14dB). Несмотря на то что ВГД после синустрабекулэктомии снижалось до 13 мм рт.ст., только в ранние сроки после операции отмечалось незначительное улучшение полей зрения и только в начальную стадию, в последующем глаукома прогрессировала. Это, возможно, связано с улучшением состояния ГКС, но далее поля зрения у всех больных продолжали ухудшаться. В этой работе также применяли методы анализа структурных изменений (ОКТ). После операции отмечали истончение СНВС. Имело значение именно исходное состояние СНВС, т.е. при исходно лучшем их состоянии прогрессирование было выражено меньше. Ухудшение полей зрения было связано также с недостаточным восстановлением положения решетчатой мембраны склеры в первые сроки после операции.

Состояние всех этих позиций в первые 3 месяца после СТЭК определяли прогноз глаукомы через 12 месяцев.

> **Профессор Л. Шметтерер** *(Австрия-Сингапур)*: ***«Несмотря на то что ВГД после синустрабекулэктомии снижалось до 13 мм рт.ст., только в ранние сроки после операции отмечалось незначительное улучшение полей зрения и только в начальную стадию, в последующем глаукома прогрессировала. При исходно лучшем состоянии СНВС и восстановлении положения решетчатой мембраны склеры в первые сроки после операции прогрессирование было менее выражено».***

Особо стоит отметить сессию, посвященную сочетанию миопии с глаукомой, которая проходила в свободном формате — в виде обмена мнениями между известными рефракционными хирургами и международными экспертами-глаукоматологами. Таким образом, различные специалисты представляли свою точку зрения по одной проблеме, и их мнения совпадали далеко не всегда. Главное отличие заключалось в отношении к мониторингу глаукомы, которому врачи, занимающиеся хирургией миопии, не уделяют должного внимания. Общность патогенеза этих двух заболеваний (слабость соединительной ткани) явилась предметом острой дискуссии. Примечательно, что у миопии и глаукомы общая генетическая предрасположенность встречается лишь в 1% случаев. По мнению профессора Кима (Корея), при миопии чаще встречается глаукома нормального давления и объяснить это можно слабостью решетчатой мембраны склеры. В этой связи кросслинкинг склеры может стать перспективным направлением лечения глаукомы при миопии подобно тому, как в настоящее время укрепляют роговицу при кератоконусе. Участники дискуссии сошлись во мнении, что перипапиллярная атрофия хориоидеи (ППАХ) — независимая причина глаукомы и что она является маркером структурных изменений в тканях. При этом бета-зона больше сочетается с глаукомой, а гамма-зона — с миопией, что было показано в работах профессора Йонаса. Однако в исследованиях, проведенных в Китае, не было обнаружено непосредственной связи между бета-зоной и глаукомой. При сочетании глаукомы с миопией в Корее чаще встречается уже развитая стадия глаукомы. Несомненно, миопия повышает риск глаукомы. Бета-зона, по Йонасу, больше сочетается с пожилым возрастом, а гамма-зона — с молодым. Причина гамма-зоны — диспропорция при росте склеры

и хориоидеи. С глаукомой особенно тяжело сочетается миопия высокой степени. При тяжелой миопии, например, хуже действует длительное применение стероидов после рефракционных операций — это приводит к глаукоме чаще, чем при средней степени миопии.

Вместе с тем профессор Лен (Китай) подчеркнул, что миопия не была определена как фактор риска развития глаукомы в EGTS и в исследовании по прогрессированию глаукомы. Пока это трудно объяснить.

Определенную проблему вызывает также диагностика глаукомы методом ОКТ. Доктор Ямомото (Япония) объяснил, что для преодоления этой проблемы необходимо смотреть не СНВС, а ГКС. Это мнение разделил и профессор Морган (Австралия). Важна также симметрия сверху и снизу. Именно асимметрия upper/inferior — ключевой момент в диагностике. «Если мы находим локальные изменения в СНВС при миопии, это не обязательно является глаукомой. Причина — в нормативной базе томографов», — подчеркнул профессор Морган. Еще одним путем диагностики является наблюдение в динамике. Именно прогрессия — ключевой момент глаукомы. При этом важно смотреть, где именно начинаются изменения: при глаукоме они, как правило, локализуются в нижневисочном секторе. Профессор Лен отметил, что когда на WGA обсуждали вопрос о консенсусе по ранней диагностике глаукомы (2016), было принято решение, что это — ранняя потеря СНВС. Поэтому сейчас трудно принять отдельный консенсус по сочетанию глаукомы с миопией. Лечить ли больных миопией с потерей СНВС? По всей вероятности, надо оценить другие факторы риска. Как же быть? Отвечая на этот вопрос, профессор Ким предложил смотреть ВГД. Если оно повышено и ДЗН не является «наклоненным», это — глаукома. Однако возникает другой вопрос: ассоциируется ли миопия больше с глаукомой нормального давления (ГНД)? Ямомото подчеркнул, что на практике мы чаще видим сочетание ГНД с миопией высокой степени.

На вопрос, при каком уровне ВГД при миопии надо делать синустрабекулэктомию, профессор* Т. Ямамото *(Япония) ответил, что это не зависит от ВГД, а только от скорости прогрессирования глаукомы. Главное, чтобы операция была безопасной!

Обсуждался также вопрос развития стероидной глаукомы, т.к. она нередко осложняет ситуацию после рефракционных операций у больных с сочетанной патологией. Выяснилось, что рефракционные хирурги никогда не прибегают к ОКТ при обследовании больных миопией перед ЛАСИКом, а в том случае, если они страдают глаукомой, гипотензивные капли назначают лишь на короткое время (!). Это заявление вызвало удивление у глаукомных специалистов. Они подняли вопрос о методах тонометрии, что особенно актуально в случаях после лазерных операций на роговице. Такие методы, как контурная динамическая тонометрия и контроль ВГД на приборе ORA (анализаторе биомеханических свойств глаза), оказались приоритетными при сочетании миопии с глаукомой. Когда началось голосование по вопросу, стоит ли таким больным вообще делать рефракционные операции, ни один из глаукомных специалистов не проголосовал «ЗА», в то время как рефракционные хирурги заявили, что «это не проблема!» Более того, по их мнению, такие операции повышают качество жизни и улучшают течение глаукомы.

Далее обсуждался вопрос о лечении больных с сочетанной патологией. Недавно на животных было показано, что латанопрост снижает прогрессирование миопии. Профессор Морган в своем комментарии отметил, что раньше он бы ни за что не стал назначать гипотензивные препараты детям с миопией, но после этого исследования изменил свое мнение. Однако в целом в данной проблеме осталось еще много «белых пятен». Генетические исследования показывают, что существуют различные формы миопии, скорость ее прогрессирования различна и сочетание с глаукомой протекает по-разному.

В ходе дискуссии также прозвучали комментарии, что по мере роста миопии ВГД повышается, что означает необходимость смотреть другие факторы риска. Возможно, есть такой фенотип, при котором именно повышенное ВГД вызывает рост глаза и прогрессирование миопии. Нельзя забывать, что мидриатики снижают прогрессирование. Однако назначать антиглаукомные препараты маленьким детям нельзя! Таковым было мнение большинства проголосовавших. Причина заключается в побочных действиях. На вопрос, вызывает ли рост глазного яблока повышение ВГД, рефракционные специалисты дали положительный ответ, в то время как глаукоматологи высказали прямо противоположное мнение. На вопрос, если ВГД повышено, будет ли прогрессировать миопия, все специалисты дали отрицательный ответ. «Не ВГД виновато в росте миопии. Надо лечить склеру и хориоидею». Таким было единодушное мнение участников дискуссии.

На вопрос, при каком уровне ВГД при миопии необходимо проводить синустрабекулэктомию, Т. Ямамото ответил, что это не зависит от ВГД, а только от скорости прогрессирования глаукомы. Главное, чтобы операция была безопасной!

Большой интерес вызвал доклад профессора Т. Аунг из Национального института глаза Сингапура. Он подчеркнул, что известные гены, ассоциированные с глаукомой (MYOC, OPTIN, WDR 36, TEF4), на самом деле отвечают всего за 5% случаев заболевания. В реальной жизни играют роль унаследованные факторы риска, которые могут проявляться на определенном этапе жизни и имеют многообразное значение. Их можно свести к нескольким фенотипам, характерным для глаукомы.

В этой связи было предпринято масштабное исследование под названием «Геном-широко ассоциированное исследование» (Genome-wide Association Study: GWAS) по аналогии с исследованием по ВМД, проведенным в 2005 г. Для того чтобы выяснить, какие именно генетически ассоциированные факторы риска отвечают за развитие глаукомы, потребовалось обследовать более 2000 пациентов на различных континентах. Докладчик продемонстрировал приборы для обследования (Illumina iScan Genotyping Platform). В итоге были идентифицированы 20 локусов, отвечающих за специфические черты ПОУГ (Quantitative Trait Loci, QTL), такие как толщина роговицы, размер вертикальной ЭДЗН, размеры ДЗН и ВГД. Далее было установлено «перекрывание» этих генов (т.е. как часто один и тот же ген отвечал за различные проявления глаукомы), и таким образом сформированы определенные фенотипы глаукомы, для которых характерны, например, действие таких патологических факторов, как аутофагия, митохондриальная дисфункция, вазоспазм, действие Rho-киназ, или аутоиммунный ответ.

Аналогичным образом были изучены генные ассоциации, отвечающие за развитие ПЗУГ (примечательно, что отдельных генов, ответственных за ПЗУГ, ранее не находили). Это исследование было проведено на 10 тыс. больных и 21 390 здоровых добровольцах. В результате было установлено, что за ПЗУГ отвечают другие гены (всего 8), абсолютно отличающиеся от ПОУГ. С точки зрения патогенеза это были гены, отвечающие за образование коллагена, клеточную адгезию, развитие передней камеры глаза и его холинэргической системы.

Далее докладчик остановился на гене LOXL 1, отвечающем за развитие наиболее распространенной формы вторичной глаукомы — псевдоэксфолиативной глаукомы (ПЭГ). Примечательно, что эта форма была подробно исследована в 19 центрах Японии также в рамках GWAS. Был идентифицирован еще один ген — CACNA1, роль которого в развитии ПЭГ в 10 раз уступает таковой для LOXL1. При этом выяснилось, что этот ген связан с нарушением функции кальциевых каналов и отвечает также за развитие семейной мигрени.

Профессор Т. Аунг *(Сингапур)*: ***«Известные гены, ассоциированные с глаукомой (MYOC, OPTIN, WDR 36, TEF4), на самом деле отвечают всего за 5% случаев. В реальной жизни играют роль унаследованные факторы риска, которые могут проявляться на определенном этапе жизни и имеют многообразное значение. Их можно свести к нескольким фенотипам, характерным для глаукомы».***

Последний этап GWAS проводился в 36 странах при участии 12 тыс. больных ПЭГ и 100 тыс. здоровых добровольцев. Было идентифицировано еще пять генов, ответственных за ПЭГ, в том числе за воспаление, транспорт кальция, антиоксидантную защиту и клеточную пролиферацию.

Таким образом, исследование GWAS показало, что при глаукоме существуют разные фенотипы, которые необходимо учитывать как с точки зрения ранней диагностики, так и будущих направлений лечения.

В докладе Х. Занг (Китай) было показано, что в глаукомном процессе участвует ЦНС, в частности, подкорковые ганглии. По мнению автора, исследование ЦНС, в том числе когнитивной дисфункции, может оказаться полезной в диагностике глаукомы.

Профессор Ф. Ли *(Китай)*: ***«…уже сейчас понятно, что обученные системы на основе искусственного интеллекта способны выявлять глаукому с бóльшим успехом, чем офтальмологи».***

Китайские офтальмологи в настоящее время вносят большой вклад в развитие искусственного интеллекта (AI) для диагностики глаукомы по фундус-фотографиям и протоколам полей зрения. Так, в одном из исследований, о котором рассказал профессор Ф. Ли (Китай), приняли участие 21 специалист по глаукоме, которые проанализировали 48 116 фотографий глазного дна больных глаукомой. На основе их заключений были созданы обучающие системы, по которым компьютер был способен диагностировать заболевание с чувствительностью 95,6% и специфичностью 92%. Главной проблемой явилась сопутствующая миопия, которая была причиной ложноотрицательных результатов в 42,6%. Причиной ложноположительных ответов явились физиологические ЭДЗН (55,6%). Но в любом случае уже сейчас понятно, что обученные системы на основе искусственного интеллекта способны выявлять глаукому с бóльшим успехом, чем офтальмологи.

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

Главная должность — врач-офтальмолог

К юбилею заслуженного врача РФ, к.м.н. **Э.Л. Сапегиной**

Уважаемая Эмма Лазаревна!

От души поздравляем Вас с юбилейным днем рождения!

Ваш талант, мастерство и верность своему призванию позволили добиться подлинных высот в отечественной офтальмологии, завоевать признание коллег и искреннюю любовь пациентов. Ваш профессионализм, преданность избранному делу всегда помогали Вам успешно решать ответственные задачи, добиваться намеченных целей.

Желаем Вам здоровья, успехов и всего самого доброго!

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

Некоторых людей принято называть «живой историей». Это определение в полной мере относится к заслуженному врачу РФ, к.м.н. Э.Л. Сапегиной. Её жизнь неотделима от становления и развития Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова».

На кафедре офтальмологии Ленинградского педиатрического института Эмма Лазаревна работала вместе с будущим первым директором филиала, профессором А.И. Горбанём. Она подключилась к работе по созданию филиала задолго до его открытия, участвовала в подборе персонала, наладке оборудования.

После открытия филиала в декабре 1987 года Эмма Лазаревна заняла должность заместителя директора по лечебному контролю. С 1993 года по сентябрь 2011 года являлась заместителем директора по лечебной работе. В настоящее время она возглавляет клинико-экспертный отдел, продолжая вносить весомый вклад в организацию лечебного контроля и взаимодействию со страховыми компаниями в Санкт-Петербургском филиале.

Знакомство Э.Л. Сапегиной со Святославом Николаевичем Фёдоровым состоялось в начале семидесятых годов. Вместе со своим учителем в офтальмологии, профессором А.И. Горбанём, Эмма Лазаревна способствовала внедрению медицинских технологий, разработанных С.Н. Фёдоровым, в Ленинграде. Она была одним из первых ленинградских офтальмохирургов, которые начали проводить операции экстракции катаракты с имплантацией искусственного хрусталика.

Для Эммы Лазаревны было важно, чтобы идеи, технологии и организационные принципы академика Фёдорова получили широкое распространение в медицинской практике Советского Союза и России. Поэтому её многолетняя работа в Санкт-Петербургском филиале МНТК является осознанным выбором.

За долгие годы Э.Л. Сапегина проявила себя как талантливый учёный, успешный офтальмохирург, грамотный организатор медицинской работы. Она — автор более семидесяти научных работ и нескольких методических рекомендаций. Исследования Эммы Лазаревны, выполненные в восьмидесятые годы и до сих пор не потерявшие своей актуальности, посвящены острому кератоконусу. В частности, ею была предложена оригинальная методика укрепления задней поверхности роговицы при остром кератоконусе путем введения в переднюю камеру аутокрови. И сегодня эта операция, выполняемая по неотложным показаниям, зачастую служит надежной профилактикой прободения роговицы при остром кератоконусе.

Являясь заместителем директора филиала, Эмма Лазаревна уделяла большое внимание постоянному повышению квалификации офтальмохирургов, освоению ими новых хирургических методик. В конце восьмидесятых — начале девяностых годов, в самое трудное время для филиала, она взяла на себя груз социальной работы. С её помощью были решены неотложные вопросы жилищного обеспечения ряда членов коллектива. Она всегда готова оказать помощь коллегам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Эмма Лазаревна пользуется заслуженным уважением среди коллег и пациентов. Её характер сочетает в себе искренность, душевность, готовность помочь словом и делом с твёрдостью, дисциплинированностью и принципиальностью. Наш корреспондент встретился с к.м.н. Э.Л. Сапегиной, а также побеседовал с коллегами о её деятельности.

* * *

— Эмма Лазаревна, хотелось представить читателям основные вехи Вашей жизни, Ваш путь в медицине.

— Я отношусь к тем дамам, которые не скрывают своего возраста и не кокетничают с ним. Родилась 30 марта 1939 года в Брянске. И папа, и мама были парикмахерами. Познакомились они на рабочем месте, женились рано.

Я из поколения «детей войны». Папу не помню, так как его призвали в армию в первые дни войны. Мама получила от него всего одно письмо, фронтовой «треугольник». Это письмо сохранилось до сих пор и является нашей семейной реликвией. Там есть такая строка: «Мы обязательно разобьём фашистов!» Это солдатское письмо проникнуто верой в Победу!

В августе 1941 года папа погиб в боях под Смоленском. Мы с мамой в то время были в эвакуации в Тамбове. Уже в 1943 году, сразу после освобождения Брянска, мы вернулись в родной город. Линия фронта тогда проходила совсем рядом. Фашисты бомбили город. Но в разрушенном Брянске налаживалась жизнь. Для мамы было очень важно в этой тяжёлой ситуации помочь бабушке и дедушке, родителям погибшего отца.

После войны роль отца в моей жизни взял на себя отчим, добрый, хороший человек, о котором я храню светлую память. Хотя мы расстались с папой в младенчестве, и я его не помню, мне всегда хотелось побольше узнать о его жизни. Было важно найти его могилу. Это желание исполнилось только в 2005 году, благодаря одному из наших пациентов, возглавлявшему в то время ветеранскую организацию в Смоленске. Именно он разыскал в одной из смоленских деревень захоронение Лазаря Марковича Орлина.

После этого я два раза побывала на могиле папы. Это братское захоронение. Его имя тоже высечено на гранитной плите, вместе с другими военнослужащими, погибшими в этих местах. Когда находишься в этом месте, то чувствуешь, что история твоей семьи переплелась с историей всей страны.

Мне очень запомнились школьные годы в Брянске. Самая любимая учительница — Анна Петровна Нужнова — преподавала нам в начальных классах. Через много лет после её смерти я обнаружила, что на её могиле нет памятника, а стоит только скромный деревянный крест. Конечно, для меня было важно исправить эту ситуацию!

В школе я научилась настоящей дружбе! С одноклассниками мы поддерживаем контакты долгие годы и десятилетия. С некоторыми я общаюсь до сих пор. Мне приятно, что одна из моих школьных подруг сейчас живёт в Питере. Мы регулярно видимся, вместе ходим в театр.

— После окончания школы Вы продолжили учёбу в родном Брянске?

— В Брянске я окончила медицинское училище, стала фельдшером. Ещё во время учёбы познакомилась со своим будущим супругом, Борисом Васильевичем Сапегиным (1920-2001), известным театральным режиссёром. В то время он возглавлял Брянский театр драмы.

У нас была большая разница в возрасте. Он был одногодкой моего отца. Думаю, что Бориса Васильевича можно назвать и любимым мужем, и отцом. Он открыл для меня мир театра, способствовал личностному и духовному становлению.

— Как Вы познакомились?

— В театре, на рабочем месте Бориса. Там проходил новогодний вечер. Импозантный мужчина пригласил меня на танец. Но я его не узнала, хотя в театр ходила регулярно. Всех актёров знала в лицо, а главного режиссёра до этого видела только на фотографии… После новогоднего вечера он проводил меня до дома. Мы стали встречаться и вскоре поженились. В 1959 году родилась наша дочь Елена.

В 1960 году супруга назначили главным режиссёром Костромского драматического театра. Я тоже стала работать в этом городе по специальности: медицинской сестрой в здравпункте текстильного института. В 1963 году наша семья вновь переехала из-за работы мужа. Он стал главным режиссёром Одесского русского драматического театра. А я стала работать операционной медицинской сестрой в Одесском научно-исследовательском институте глазных болезней и тканевой терапии им. акад. В.П. Филатова.

Годы работы в этом авторитетном офтальмологическом центре многому меня научили. Я поняла, что хочу связать свою жизнь именно с офтальмологией.

— Именно поэтому Вы и решили получить высшее медицинское образование?

— Да. Я поступила на вечернее отделение Одесского медицинского института. Днём работала в качестве операционной сестры, а вечером — училась. У меня была цель — войти в операционный зал офтальмохирургом.

В 1971 году обучение в вузе завершилось. И в том же году мы с семьёй переехали в Ленинград. Борис Васильевич стал профессором, заведующим кафедрой режиссуры и актёрского мастерства в Институте культуры им. Н.К. Крупской. Я стала работать врачом-офтальмологом в городской поликлинике № 53. В 1973 году представилась возможность перейти на должность врача-офтальмолога в офтальмологическое отделение городской больницы им. В.В. Куйбышева (ныне — Мариинская больница).

Я много оперировала. Работа нравилась. Но хотелось также заниматься наукой. Офтальмологическое отделение нашей больницы являлось клинической базой кафедры офтальмологии Педиатрического института. В 1973 году состоялось моё знакомство с заведующим кафедрой, профессором А.И. Горбанём. В том же году вместе с Анатолием Ивановичем меня пригласили на Всесоюзный съезд офтальмологов в Киев. В столице Украины состоялось знакомство с С.Н. Фёдоровым, который был другом А.И. Горбаня.

Личное знакомство со Святославом Николаевичем меня не только заинтересовало, но и вдохновило. Появилось желание заняться внедрением его методики имплантации искусственного хрусталика после экстракции катаракты у нас в Ленинграде. И мы с А.И. Горбанём принялись за эту работу. В последующие годы у меня было немало контактов с академиком Фёдоровым и в Москве, и в Северной столице.

В 1980 году я стала ассистентом кафедры офтальмологии, продолжая оперировать в больнице им. В.В. Куйбышева. В 1984 году защитила кандидатскую диссертацию, посвящённую лечению острого кератоконуса.

Э.Л. Сапегина в операционной

— Не могли бы Вы подробнее рассказать о времени становления Ленинградского (Санкт-Петербургского) филиала МНТК?

— Думаю, что совершенно естественно и закономерно, что первым директором филиала стал профессор А.И. Горбань. Его связывали с С.Н. Фёдоровым не только годы продуктивного сотрудничества, но и дружбы. Анатолий Иванович был опытнейшим военным врачом, выходцем из Военно-медицинской академии. Он привлёк к работе Л.И. Балашевича и ряд других вышедших в запас представителей Военно-медицинской академии.

Святослав Николаевич всегда интересовался всеми вопросами, связанными с созданием и развитием сети филиалов МНТК. Он не боялся привлекать к работе молодых врачей, у которых ещё не было достаточного опыта работы… Мы в Ленинграде тоже сделали ставку на сочетание молодости и опыта.

Отбор сотрудников проходил по конкурсу. Я тоже как заместитель директора принимала участие в этом процессе. Мы обращали внимание не только на профессиональную квалификацию, но и на человеческие качества: трудолюбие, дисциплинированность, сопереживание пациентам, уважительное отношение к коллегам, творческий подход к делу.

Одно из самых важных качеств для врача, в том числе для офтальмохирурга: постоянное желание учиться, постигать новое. Именно таких докторов мы и хотели видеть в нашем коллективе.

— Вы занимались не только лечебной работой, но и большое внимание уделяли социальным вопросам.

— Это было особенно актуально в первые годы существования филиала: в конце восьмидесятых — начале девяностых годов. Время дефицита, пустых прилавков. Возникали проблемы с продовольственным снабжением. Для нас было важно, чтобы сотрудники филиала имели возможность приобрести необходимые продукты и товары. Это давало им возможность сосредоточиться на работе.

Разумеется, такая работа велась не только в Северной столице, а во всех филиалах и подразделениях МНТК. Как известно, Святослав Николаевич уделял большое внимание социальным и хозяйственным

Э.Л.Сапегина в качестве операционной медсестры в Одессе

вопросам. Так сейчас говорят, «социальному пакету». Тогда этого словосочетания не знали, но суть состояла в том, чтобы сотрудники были обеспечены в бытовом плане, жили достойно.

Мне доверили общественную должность «председателя трудового коллектива». Именно поэтому приходилось углубиться в социальную тематику.

— В последние годы существования Советского Союза при Вашем активном участии были решены жилищные проблемы ряда сотрудников Санкт-Петербургского филиала МНТК. Как проходила эта работа?

— В Советском Союзе практически не существовало рынка жилья, квартиру нельзя было купить или продать. Почти всё жильё было государственным. Оно выделялось в соответствии с определённой очерёдностью государственными органами. Но жильё, за редкими исключениями, можно было получить только в своём городе. Человек не мог просто взять и переехать в другой город, найдя там работу. В конце концов, в течение нескольких лет городские власти выделили для сотрудников филиала 15 квартир и несколько комнат. Люди получили жильё и могли спокойно работать.

Также мне довелось участвовать в организации «бартерных обменов» и других форм взаимодействия с различными производственными и коммерческими структурами в Северной столице. Например, у нас в филиале устраивались распродажи одежды, обуви и других товаров. А мы, в свою очередь, в приоритетном порядке осуществляли медицинское обслуживание сотрудников этих предприятий.

— В настоящее время эти «схемы» уже давно потеряли свою актуальность. Они воспринимаются как исторический курьёз.

— Мои рассказы действительно могут восприниматься как что-то «экзотическое». Но, с другой стороны, совместный опыт преодоления трудностей, в том числе и бытовых, житейских, сплотил наш коллектив.

Могу сказать о себе. Я воспринимаю коллектив филиала как свою семью. Из всех почётных званий и наград, которые мне довелось получить за свою жизнь, самое почётное звание: «мамочка». Именно так меня называют многие сотрудники. А главная должность: врач-офтальмолог.

Мне думается, что стабильность коллектива, тёплые, дружеские, товарищеские отношения, которые у нас сложились — это огромный капитал, который нам всем необходимо сохранить.

— Не могли бы Вы подробнее рассказать о Вашей нынешней работе руководителя клинико-экспертного отдела?

— Клинико-экспертный отдел призван осуществлять функции лечебного контроля. Это та работа, которой я занимаюсь с первых дней функционирования филиала.

Что такое лечебный контроль? Некоторые коллеги думают, что речь идёт исключительно о правильном оформлении медицинской документации. На самом деле лечебный контроль предполагает проверку всех действий врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Работа сотрудников должна полностью соответствовать государственным стандартам оказания медицинской помощи при соответствующих заболеваниях, а также внутренним инструкциям МНТК.

Таким образом, лечебный контроль — это часть системы стандартизации медицинской помощи. Это один из важнейших вопросов в деле организации здравоохранения. В случае возникновения каких-либо вопросов или недоразумений всегда можно проверить соответствующую документацию и убедиться в том, что медицинская помощь была оказана правильно.

— Как сочетается стандартизация с индивидуальным подходом к пациенту?

— Этим тоже занимается система лечебного контроля. Разумеется, в рамках существующих стандартов возможно учитывать индивидуальные особенности пациента. Ему может быть увеличен срок пребывания в стационаре, назначены дополнительные обследования, организован врачебный консилиум. Все эти дополнительные меры должны быть обоснованы и отражены в медицинской документации.

— Клинико-экспертный отдел не только следит за соблюдением государственных и корпоративных стандартов, но и взаимодействует со страховыми компаниями.

— Эти сферы деятельности теснейшим образом связаны между собой. Оплату медицинских услуг страховые компании производят в соответствии с имеющимися государственными стандартами, а также своими внутренними нормативными актами. Говоря простым языком, медицинские вмешательства и другие виды врачебной помощи могут быть оплачены только в том случае, если они необходимы конкретному пациенту и проведены на высоком уровне.

Успешное взаимодействие со страховыми компаниями — залог стабильной финансовой ситуации филиала. Я с удовольствием занимаюсь этой работой! Мне очень приятно, что целый ряд наработок в сфере лечебного контроля, созданных в Ленинграде и Санкт-Петербурге, были внедрены во всей системе МНТК.

— Эмма Лазаревна, как Вы любите проводить свободное время? Чем увлекаетесь?

— Свободное время люблю проводить с семьёй. Дочь Елена пошла по стопам отца, окончила театральный институт. В течение многих лет она заведовала литературной частью в Санкт-Петербургском театре оперы и балета им. М.П. Мусоргского (Михайловском театре). Внучка Алиса тоже пошла по гуманитарной стезе, стала искусствоведом. Правнучке Арианде сейчас 14 лет, она учится в школе.

Я продолжаю с удовольствием ходить в театр, общаюсь с актёрами и режиссёрами. Ещё я — страстная болельщица «Зенита». Интересует меня и хоккей. Много читаю, самую разную литературу: и художественную, и профессиональную.

— В дни юбилея в Ваш адрес прозвучало много самых разных поздравлений. Что бы Вы сами могли себе пожелать?

— Себе могу пожелать здоровья и долголетия. Хотелось бы продолжать работать на благо МНТК пока у меня есть силы. Надеюсь, что в Санкт-Петербургском филиале и во всей системе МНТК сохранится преемственность поколений, стабильность коллектива. Я твёрдо верю в то, что молодые доктора, которые пришли в нашу организацию в последние годы, будут достойны своих предшественников, смогут сохранить и развить традиции «Фёдоровской школы» в офтальмологии.

Оглядываясь назад, вспоминая годы и десятилетия в МНТК, я думаю не только о сложных операциях, врачебных консилиумах и научных конференциях, но и о множестве встреч с коллегами во внерабочее время. Мы вместе отмечаем Новый год, дни рождения, юбилеи. Мы дарим друг другу душевное тепло и участие. Всё это делает нашу жизнь лучше, а работу — успешнее и плодотворнее.

А.И. Горбань и Э.Л. Сапегина

С.Н. Фёдоров и Э.Л. Сапегина

В.В. Силенко, *медицинская сестра лечебного контроля:*

Она всегда вникает в каждую мелочь

— Для меня большая честь — поздравить с юбилеем Эмму Лазаревну. Более трёх десятилетий я в качестве медицинской сестры являюсь её помощницей и секретарём-референтом. Эмма Лазаревна — опытный, ответственный, дотошный руководитель, которая вникает в каждую мелочь.

Не считаясь с личным временем, она всегда готова помочь своим коллегам. Не только в служебных, но и в личных вопросах. Как опытный офтальмохирург она внесла большой вклад в лечение эндофтальмитов и других операционных осложнений. Эмме Лазаревне доверяли проведение самых сложных операций, в том числе на единственном глазу. В прошлые годы она внесла большой вклад в подготовку и повышение квалификации врачей и медицинских сестёр, в настоящее время сосредоточилась на совершенствовании лечебного контроля в нашем филиале.

Одно из важнейших качеств Эммы Лазаревны — умение «разрулить» любую конфликтную ситуацию. При возникновении каких-то недоразумений она с уважением и доверием готова выслушать и врачей, и пациентов.

В некоторых случаях пациенту трудно понять врачебные рекомендации, которые ему были даны. Например, человек рассчитывает на какое-либо медицинское вмешательство, а врач считает операцию нецелесообразной, излишне рискованной. Или наоборот, доктор настоятельно рекомендует оперативное вмешательство, а пациент или его родственники испытывают страх, недоверие… В этих случаях Эмма Лазаревна всегда способна объяснить пациентам суть медицинского диагноза простым, доступным, понятным языком. Она умеет настроить пациентов на позитивный лад, внушить им уверенность в успехе лечения.

Доктор Сапегина всегда внимательно работает с документами, в частности, с «историями болезни» пациентов. Она стремится разобраться не только во всех действиях наших сотрудников, но и в предшествующем лечении, которое проходило в других клиниках.

Н.В. Бондаренко, *заведующая Вторым хирургическим отделением, врач-офтальмолог высшей категории, отличник здравоохранения:*

Эмма Лазаревна способствовала сплочению коллектива

— С Эммой Лазаревной я работаю с декабря 1987 года, с момента создания филиала. Меня приняли на работу на должность заведующей отделением. Эту должность занимаю до сих пор.

Наш коллектив создавался «с нуля». Большинство коллег до начала работы в филиале не знали друг друга. Эмма Лазаревна, так же как и другие руководители филиала, способствовала сплочению коллектива. Она пришла в филиал, будучи опытным офтальмохирургом, ближайшим сподвижником нашего первого директора А.И. Горбаня. У меня в то время не было опыта административной работы. Я привыкла отвечать только за себя. А в качестве заведующей отделением необходимо было координировать и направлять работу коллег. Э.Л. Сапегина всегда была готова помочь, поделиться своим опытом.

Я узнала её не только как заместителя директора, но и как офтальмохирурга, которая проводила операции именно в нашем отделении. Она любила не только сама проводить операции, но и ассистировать коллегам, в том числе молодым докторам. Таким образом, она могла наблюдать их за работой, способствовать их профессиональному росту.

Мне запомнились консилиумы с участием Эммы Лазаревны, её аналитический ум, способность быстро понять суть проблемы и сформулировать приемлемое решение. Желаю доктору Сапегиной долгих и плодотворных лет в Санкт-Петербургском филиале МНТК!

Е.Н. Шухаева, *врач-офтальмолог клинико-экспертного отдела:*

Значительный вклад в формирование социальной политики МНТК

— Так же как и Эмма Лазаревна, я работаю в Санкт-Петербургском филиале с момента его создания. Более двадцати лет была офтальмохирургом. В настоящее время являюсь сотрудником клинико-экспертного отдела, который она возглавляет.

Э.Л. Сапегина внесла значительный вклад в формирование социальной политики МНТК, в решение задач социальной защищённости сотрудников филиала. Эта её работа не менее важна и ценна, чем лечебная и организаторская деятельность.

Она всегда уделяет внимание не только проведению хирургических вмешательств, но и послеоперационному периоду, долечиванию пациентов. И сегодня Эмма Лазаревна работает не только с документами, но и при необходимости проводит осмотр пациентов перед выпиской.

Её мнение очень важно для нас. Она является примером добросовестного, честного служения медицине, всегда искренне сопереживает пациентам, воспринимает их проблемы как свои собственные. Люди чувствуют такое отношение и отвечают ей благодарностью. Надеюсь, что наша работа будет продолжаться ещё долгие годы.

Илья Бруштейн

Фотографии из архива Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»

Команда увлеченных людей

Интервью с генеральным директором Екатеринбургского центра «МНТК «Микрохирургия глаза», главным офтальмологом Свердловской области, заслуженным врачом Российской Федерации, к.м.н.

Олегом Владимировичем Шиловских

— Олег Владимирович, каким был для офтальмологии Свердловской области 2018 год? Подведите итоги работы за 2018 год. Какие основные задачи предстоит решить в 2019 году?

— Слишком больших, радикальных изменений за один год в офтальмологической службе, как правило, не происходит — это все-таки накопительный эффект. Пять лет назад мы начали работать над КСГ в офтальмологии (а еще раньше участвовали в разработке медико-экономических стандартов), взяв курс на увеличение количества современных операций с малым доступом и уход от старых технологий. Были приняты хорошие управленческие решения на уровне ТФОМСа и Минздрава Свердловской области, пересмотрены тарифы на новые методы хирургии в сторону увеличения цены, сделав их более выгодными для применения.

Следующая хорошая тенденция появилась после проведенного анализа по количеству коек в стационарах. Оказалось, что преимущественно они заполнялись больными, находящимися на консервативном лечении, которые в общем-то там лежать не должны. Это касается, например, дистрофических заболеваний, миопии и др. Естественно, что ситуация требовала изменений. Было принято решение о перемещении консервативных курсов, плеоптики и ортоптики на уровень поликлиники. Сейчас даже технически у нас эти услуги невозможно завести в стационарозамещающие или в стационар. То же самое сделали и по лазерным операциям. Сегодня нельзя «кабинетную» лазерную хирургию у взрослых проводить в стационаре. Когда-то это практиковали очень широко, и, наверное, в других субъектах Федерации такое до сих пор есть. Держать пациента в стационаре пять дней нужно было и при хирургии катаракты, иначе уменьшался тариф. Но зачем эти 5 койко-дней нужны при сегодняшних технологиях? У нас в регионе катаракта оперируется в СЗП-условиях, что разумно и правильно. И экономически больницам стало выгодно выполнять хирургию по новым технологиям.

В операционной Центра

Конечно, все делалось постепенно, год за годом. К чему все это привело? За 5 лет в Свердловской области мы сократили примерно 100 коек, причем сохранив при этом норматив 5,3 на 1 000 жителей. В наших стационарах преобладают сегодня хирургические КСГ. В 2014 году они составляли в среднем 60%, а к 2018 году — выросли до 73%. Терапевтическое лечение глазных заболеваний в стационарах, наоборот, снизилось на 27%. В дневном стационаре вообще произошли кардинальные изменения: раньше там были только консервативные курсы, а сейчас проводятся «кабинетная» лазерная хирургия и частично операции по катаракте и глаукоме. Хирургические КСГ дневного стационара в 2018 году достигли 81% (в 2014 г. — 39%). Сегодня в среднем по России в хирургии катаракты факомульсификация занимает около 70%, а в Свердловской области — порядка 90%. Безусловно, это хорошие, положительные тенденции. И перечисленное далеко не все, что происходит в службе сегодня.

— Что Вас больше всего беспокоит как главного офтальмолога Свердловской области?

— В первую очередь, плохое оснащение государственных больниц и особенно поликлиник. Это сегодняшняя беда: старые щелевые лампы, аппараты Ротта для проверки зрения, давление измеряют по Маклакову — методу, который, я считаю, себя изжил, он неудобен, неточен, требует лежачего положения пациента. В нашем Центре метода Маклакова нет с 1990 года. Редко, где в поликлиниках присутствуют рефрактометрия с кератометрией. Бывает, что есть и новое оборудование, но и оно простаивает из-за недостаточной подготовки офтальмологов, особенно в первичном звене. И это вторая большая проблема. Мы прилагаем всяческие усилия для подготовки врачей. У нас есть свой Ветлаб, активно проводим различные курсы обучения. Центр, являясь учебной базой Уральского медицинского университета, каждый год выпускает очень хорошо подготовленных ординаторов. Они уходят от нас в государственные и частные системы.

В течение года мы проводим 6-7 тематических конференций для офтальмологов. Каждый раз их посещают около 150 человек. Мероприятия включены в приказы Минздрава Свердловской области, и люди могут приехать на них официально. Я знаю, что и кафедры нашего медуниверситета занимаются подготовкой врачей, проводят циклы усовершенствования. Но надо двигаться дальше. Нужно четко внедрять баллы (кредиты), учитывать их при аттестации специалиста. Врач должен зависеть от своих знаний, своего труда, от тех объемов, что он выполняет. Если человек получает «голую» ставку и его зарплата не меняется от того, принимает он 5 или 10 пациентов, у него не будет стимула развиваться, осваивать новые технологии и так далее.

— Вы сказали про конференции, которые организовывает ваша клиника. Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии (ЕАКО) ассоциируется с Екатеринбургским центром «МНТК «Микрохирургия глаза». Какие вопросы будут обсуждать на конференции в 2019 году? В чем отличительная особенность данного форума от конференций, которые проходят в стране?

— Наша международная Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии уже давно стала популярной среди коллег. В 2018 году к нам приезжали 1000 участников из 17 стран. Очень интересен формат конференции — «круглый стол» с заявленной темой «Дискуссионные вопросы в офтальмохирургии», где в каждой секции представлено такое количество докладов, которое позволяет участникам подискутировать, поговорить, пообсуждать все важные вопросы. Такой стиль мы стараемся пропагандировать на всех наших конференциях, понимая, что запоминается именно то, в чем вы активно принимаете участие. Традиционно на ЕАКО проходят сателлитные симпозиумы, видеосекция по сложным случаям, медицинская выставка. Для наших гостей мы всегда готовим хорошую культурную программу. И будущая ЕАКО исключением не будет. Она состоится в 2021 году.

— Какое место занимает в Свердловской области Екатеринбургский центр «МНТК «Микрохирургия глаза»? Дайте комментарий Вашему высказыванию: «Предприятие должно работать, развиваться и нести бремя социального бизнеса самостоятельно».

— За более чем 30 лет существования, мы вписались не только в областную, но и в региональную систему здравоохранения. Я имею в виду Тюменскую область, ХМАО-Югра, ЯНАО, Челябинскую область, Курганскую. Конечно, больше всего помощи, а именно 80%, мы оказываем жителям Свердловской области, поскольку расположены в Екатеринбурге. Она территориально большая, в ней проживаются порядка 5 млн человек. Поэтому из 18 наших филиалов в Уральском федеральном округе 14 открыты в нашей области. Представительства и филиалы Центра — это небольшие, прекрасно оснащенные миниклиники в разных городах. Все имеют детский блок, блоки плеоптики и ортоптики. Во многих есть лазерная хирургия, проводится консервативное лечение. Представительство Нижнего Тагила (это большой город) оснащено хорошей операционной, где выполняют хирургию наши выездные бригады. На наших базах проводится 76% операций от всех в области. 80% медпомощи в филиалах выполняется за счет средств ОМС.

Будучи руководителем частной медицинской клиники, я являюсь главным внештатным офтальмологом нашего областного Минздрава.

На лечении в «Школе зрения»

Можно самим выбрать игру или посмотреть мультик

Наверно, это все-таки редкость. Я работаю здесь как консультант, стараюсь действовать так, чтобы прежде чем принять какое-то управленческое решение по службе, обсудить его с коллегами из других больниц, офтальмологических отделений. Так происходит всегда. Только после того как консенсус с коллегами найден, предложение уходит в Минздрав нашей области и ТФОМС. Такая работа в унисон приносит свои плоды. К тем положительным тенденциям, о которых я говорил выше, привела именно наша совместная работа.

— На протяжении многих лет во всем мире глаукома занимает лидирующие позиции среди причин необратимой слепоты. Как главный офтальмолог Свердловской области могли бы Вы рассказать, какие социальные программы выполняются в области? Как ведется просветительская работа с больными, страдающими глаукомой?

— В Екатеринбурге работает городское отделение диагностики и лечения глаукомы нашего Центра «Микрохирургия глаза». Оно очень хорошо оснащено, мы к этому приложили большие усилия, вложили немалые средства. Принимает отделение ежедневно в среднем 130 человек и сегодня практически замыкает диспансеризацию по глаукоме крупного города. Но этого недостаточно, мы обязательно будем расширяться и, думаю, через год-два удвоим ежедневный прием. Ситуация уже меняется к лучшему. Например, в Свердловской области количество операций при глаукоме составляет примерно 1300 в год. Если посмотреть данные по РФ в целом, то получается, что в стране каждое пятое оперативное вмешательство при глаукоме выполняется в нашей области. Это уже такой устойчивый тренд. На протяжении последних пяти лет нам удалось снизить выход на первичную инвалидность по глаукоме практически в два раза. Переход в первую группу сократился в 3 раза. Это итог нашей совместной работы с коллегами из региона. Во многих городах сейчас, вы знаете, организованы профосмотры, работают «Центры здоровья». При выявлении у пациента повышенного или асимметричного внутриглазного давления, его сразу направляют на специализированный прием.

Серьезное внимание уделяется нами и просветительской деятельности. Известно, что около 70% пациентов вообще не соблюдают рекомендации врача. Поэтому в наших филиалах и глаукомном отделении регулярно проходят «Школы глаукомного больного». Интерес к этому есть, люди приходят.

— Диабетическая ретинопатия и эндокринная офтальмопатия находятся на стыке офтальмологии и эндокринологии. Какие современные подходы используются при обследовании и лечении пациентов этих глазных заболеваний?

— Проблема диабета очень серьезная. Статистика показывает бесконечный рост заболеваемости сахарным диабетом. Что нового мы привнесли в систему организации приема и лечения пациентов с глазными проявлениями сахарного диабета? Исключили звено приема офтальмолога по месту жительства из цепочки попадания пациента в специализированный центр. Как выглядел этот путь? После консультации эндокринолога больной должен был взять талон к врачу-офтальмологу по месту жительства, а это зачастую небыстро, и только потом направлялся в специализированный центр. Оснащение офтальмологического кабинета тоже оставляло желать лучшего, щелевые лампы старые, глазное дно толком не посмотреть. Эти проблемы серьезно сказывались в организации потока пациентов с сахарным диабетом. Сейчас эндокринолог может напрямую направить больного в специализированный офтальмологический Центр. Необходимость в этом определяется по трем простым критериям: если пациент с диабетом пожаловался на снижение зрения; если у пациента с 1 типом инсулинозависимого диабета в анамнезе заболевание 10 лет и более; если пациент с диабетом 2 типа переводится на инсулин. И каков результат? 70% пациентов, которых отправили врачи-эндокринологи в наш Центр, срочно нуждались в той или иной хирургии! Мы понимаем, как быстро иногда развивается болезнь на фоне сахарного диабета и насколько важно вовремя попасть на прием и вовремя быть прооперированным. Анализ показывает, что этот путь, который мы нашли, чрезвычайно эффективен.

— Пожалуйста, расскажите об офтальмологическом центре для детей и «Школе зрения», которые были открыты в июне 2017 года?

— Новая детская офтальмологическая поликлиника Центра стала очень интересным проектом, где воплотились все наши самые смелые идеи: отлично оснащенный современным оборудованием лечебный блок, прекрасная диагностическая линия, где основная часть обследований проходит бесконтактно. Здесь открыт небольшой, но необходимый салон оптики, ведь детские очки — это не только средство коррекции, но и лечения. И, самое главное, поликлиника совсем не похожа на больницу, а скорее на детский досуговый центр с красивыми интерьерами, где есть большая игровая комната, настенные компьютеры с развивающими мультиками и играми и даже читальный зал. Для лечения маленьких пациентов применяется специально разработанная нашими врачами программа «Школа зрения», которая подразумевает игровую форму проведения всех процедур. Малышам интересно лечиться, их награждают за хорошую учебу медалями «Лучший ученик» или «Лучшая ученица». Для детей сама атмосфера в поликлинике желанна, они с удовольствием туда приходят, и это здорово!

Важно, что там тоже 85% медпомощи оказывается бесплатно по программе госгарантий. Согласитесь, что дети не должны зависеть от кошелька родителей.

— Расскажите о себе.

— Я в 1986 году окончил Свердловский государственный медицинский институт. Ходил в кружок глазных болезней, куратором которого был Христо Периклович Тахчиди, в то время молодой ассистент. Уже тогда удалось многое организовать. Первый Ветлаб был создан именно в этом кружке. Мы взяли технические микроскопы в прокат, ездили на местный мясокомбинат за глазами, мой однокашник сам делал микрохирургический инструмент в гараже, переделывая его из общехирургического. Наш Ветлаб назывался «тренажерный зал» и вызывал живой интерес. Было все удивительно и интересно. Когда уходили из кружка в интернатуру, уже 80 человек посещали его регулярно — огромное количество для кружка. Ядро нашего Центра пришло как раз из него, и все они еще работают в нашей команде. В 1987 году нашего учителя назначили директором организуемого Свердловского филиала, ему удалось эту команду собрать. Команду увлеченных людей. Этот задор, который тогда был заложен, не угас.

— Представьте свою команду, без которой невозможно говорить о достижениях Екатеринбургского центра «МНТК «Микрохирургия глаза».

— Екатеринбургский центр «МНТК «Микрохирургия глаза» — это коллектив, который умеет работать. Мы оперируем в год 60 тыс. пациентов, консультируем 265 тыс. человек. Перешагнув рубеж 30-летия, мы провели 1 млн операций, обследовали 5 млн пациентов. За беспрецедентный показатель — 24 тыс. операций в год, выполненных по программе госгарантий — Центр назван Министерством здравоохранения России «лучшей клиникой страны». Цифры работы нашего коллектива впечатляют. Безусловно, в одиночку ничего не придумать и не продвинуть. Наша команда, она хоть и сложилась, но продолжает создаваться. Приходит молодежь, радует нас и заряжает, подает большие надежды, нам есть кому передавать знания и опыт. Нужно, чтобы она влилась в нашу систему, главная идея которой — приходить на работу с удовольствием. Чтобы был интерес к развитию, чтобы была возможность расти профессионально. И у них это есть — обучение, в том числе и за рубежом, новые технологии и новое оборудование, которые можно взять и внедрить. У нас много внутренних социальных программ: мы поддерживаем и детский отдых, и санатории, выезды, «капустники», у нас есть свой ВИА, своя хоккейная команда, каждый матч которой — большой праздник, и мы ездим болеть за нее, где бы она ни играла.

Безусловно, важная составляющая часть нашей системы — экономическая. Заработная плата должна быть заработанной и зависеть от того, насколько ты хорошо работаешь — так говорил нам Святослав Николаевич Федоров. Плоды труда должны принадлежать тем, кто их заработал.

Вопросы составила Лариса Тумар

Интервью подготовлено сотрудниками отдела по рекламе и связям с общественностью Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»

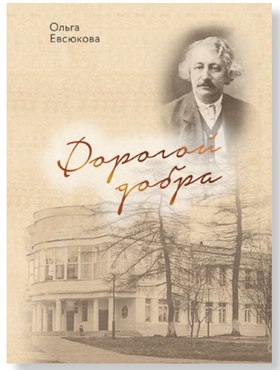
Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова награждает О.В. Шиловских на форуме «Здоровое общество 80+» в Сочи в 2019 г.

На церемонии проведения миллионной операции Центра. Директор ТФОМС СО В.А. Шелякин вручает памятный приз О.В. Шиловских

Секция «Живая хирургия» на 8-й Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии

Специалисты клиники имеют 178 патентов на собственные разработки

Хоккейная команда Центра



Дорогой добра

Профессору Е.Г. Лазареву и его коллегам — земским врачам Тульской губернии, посвящается

Ольга Евсюкова

Продолжение, начало см. в «Поле зрения» № 2, 2019 г.

Фельдшерская акушерская школа Тулы

Врачи г. Тулы приложили максимум усилий для создания в городе фельдшерско-акушерской школы. Она стала одной из первых в России. В декабре 1866 года по ходатайству передовых врачей-общественников собрание Тульского губернского земства постановило учредить при земской больнице две школы: школу повивальных бабок и школу фельдшеров. Тульская повивальная школа была открыта 1 октября 1869 г., фельдшерская школа — 1 января 1870 г. Первым директором созданных школ стал Василий Григорьевич Преображенский.

Николай Андреевич Руднев родился 16 января 1862 г. в семье получившего дворянство священника Новосильского уезда Тульской губернии. Несмотря на достаточно высокий уровень семейного благосостояния (родовое имение 665 десятин земли и дом в городе Новосиле), Руднев решил стать врачом. Образование получил на медицинском факультете Московского университета. В молодые годы работал ординатором в Московской Голицынской больнице, земским врачом — в Новосильском уезде (1887-1897 гг.), земским начальником 5-го участка Новосильского уезда (1897-1906 гг.)

Николай Андреевич занимал должность председателя Тульской губернской земской управы в 1906-1915 гг. Руднев обладал высокой степенью доверия — он четырежды утверждался (1906, 1908, 1911, 1914 гг.) председателем управы. Николай Андреевич был удостоен многочисленных государственных наград: орденов Св. Анны 3-й степени, Св. Станислава 2-й степени, Св. Владимира 3-й и 4-й степеней, а в 1914 г. получил чин действительного статского советника (генеральское звание).

Е.Г. Лазарев ежегодно проводил практические занятия с ученицами школы и сестрами милосердия. Коллегам по больнице и учащимся фельдшерско-акушерской школы было чему поучиться у доктора Лазарева: он первый в Туле провел пересадку роговицы. В эти же годы Е.Г. Лазарев являлся председателем Общероссийского бюро земских врачей.

Первая мировая война

Вступление России в войну 19 июля 1914 г. резко изменило привычную, повседневную жизнь населения как в целом по всей империи, так и во многих ее регионах. Тульская губерния не стала исключением. С первых дней войны в газете «Тульские губернские ведомости» публиковались высочайшие манифесты и указы, связанные с началом войны, патриотические статьи. Тысячи туляков уезжали на фронт.

В 1914 году из Тульской губернии были мобилизованы на военную службу 60 825 человек, а всего за годы войны было призвано более 155 тысяч наших земляков. Сколько из них погибло в боях, не знает сегодня никто. Но скорбные списки погибших, раненых и пропавших без вести печатались в губернской газете все четыре военных года. Как и по всей России, в Тульской губернии создавались различные благотворительные организации и общества, деятельность которых проходила под лозунгом «Все для защиты Отечества!»

В «Отчете попечительского совета Тульской общины сестер милосердия Красного Креста во имя Казанской Божией Матери за 1915 год» отмечается, что в общине 17 штатных сестер милосердия и 19 работающих в военное время в лазаретах общины.

В Туле принимались раненые, требующие длительного лечения. В лазаретах города работали врач Ф.В. Воскресенский, хирург В.М. Чекан, окулист Е.Г. Лазарев, врачи-консультанты А.И. Левицкий и другие, всего 33 врача, 6 фельдшеров, 13 фельдшериц, 56 сестер милосердия, 21 зубной врач.

В тульских лазаретах пострадавшим делались и сложные пластические операции. По данным лазаретов, 54% эвакуированных воинов возвращались в строй.

Сестрой милосердия в глазной лечебнице Тульского губернского земства работала Валентина Павловна Фандеева (зачислена на службу 14 августа 1914 года).

В самом начале войны ушли на фронт сестрами милосердия уроженцы Тульской губернии — Александра Толстая, Анна и Мария Челищевы, Софья Бобринская.

Гражданская война

В годы Гражданской войны Е.Г. Лазарев становится председателем Чрезвычайной Комиссии по борьбе с эпидемиями. Ефрем Григорьевич также исполнял обязанности комиссара по эвакуации раненых бойцов Красной Армии. На Курском вокзале г. Тулы он оказывал помощь раненым и больным.

Иван Петрович Белкин (1874-1934) — земский врач, просветитель, организатор санаторного лечения в России, государственный деятель, революционер, член ВКП(б) с 1903 года.

И.П. Белкин родился в 1874 году в городе Елисаветграде Херсонской губернии. Окончил курс медицинских наук в Киевском Императорском университете Св. Владимира, получил специальность лекаря и оставался им всю свою жизнь, куда бы ни бросала его судьба. В годы Первой мировой войны в санитарном полевом поезде № 132 И.П. Белкин оказывал помощь больным и раненым воинам.

Василий Григорьевич Преображенский

Николай Андреевич Руднев

Тульская земская больница.
Первый слева — врач Николай Андреевич Руднев

После революции 1917 года Иван Петрович прибывает в Тулу, где последовательно избирается в ряды различных руководящих органов: заместителем Госпродуправы, членом Губкома, заместителем председателя Губернского исполнительного комитета. В ноябре 1918-го во время 108-го заседания Тульского Губисполкома, на котором депутаты обсуждали доклад врача Лысаковского об эпидемии сыпного тифа, Белкин предлагает открыть в Туле общественные бесплатные прачечные, требует от ответственных лиц и учреждений увеличить количество мест раздачи продуктов и скорейшей доставки дров в город.

И.П. Белкин — комиссар всех военно-лечебных заведений Тулы и губернии, член коллегии Губздравотдела, а также врач Губкома, Тулгубчека, председатель различных медицинских комиссий, врач рабфака и Губсовпартшколы, лектор по вопросам здравоохранения, занимает должность врача Губполитотдела г. Тулы, специализирующегося на туберкулезных болезнях.

Летом 1934 года И.П. Белкина назначают директором санатория «Красный шахтер» в городе Богородицке, расположенного во дворце бывшей усадьбы графов Бобринских. Иван Петрович стремился создать из этого разрушенного и запущенного санатория образцовую здравницу. Тем самым он фактически спас от окончательного уничтожения Богородицкий дворец.

Напряженная работа подорвала здоровье И.П. Белкина. 4 октября 1934 года он умер и был похоронен на территории Богородицкого дворцово-паркового ансамбля.

Тульский Дом санитарного просвещения

После окончания Гражданской войны Е.Г. Лазарев стал заведующим Губздравотделом. Новый руководитель здравоохранения губернии стал и организатором Тульского Дома санитарного просвещения, открытие которого состоялось 17 октября 1921 года.

Из истории создания санитарного просвещения в Туле

Санитарно-гигиеническая обстановка в Тульской губернии конца XIX – начала XX века была неблагоприятной. Распространенность таких инфекционных заболеваний, как холера, сыпной тиф, туберкулез и др., часто приобретала эпидемический характер. Отсутствовал санитарный контроль условий труда, быта, питания, водоснабжения населения.

Первыми врачами-энтузиастами, вступившими на путь санитарного просвещения в Туле, стали В.И. Смидович, И.К. Стржельбицкий, С.Г. Озеров, П.П. Белоусов, В.В. Рудин.

В рубрике «Хроника» губернской газеты «Коммунар» за 1921 год сообщалось читателям о том, что сначала при губернском отделе здравоохранения, затем и при уездных отделах создаются отделы и подотделы санитарного просвещения, которые будут координировать профилактическую работу медицинских учреждений и готовить кадры по санитарному просвещению. Это был первый шаг в организации системы пропаганды медицинских и гигиенических знаний среди населения.

В эти годы санитарная пропаганда приобретает массовый характер: в городе проводятся первые «недели очистки», «недели водоснабжения», «недели охраны жилища». Формируются рабоче-крестьянские санитарные комиссии, распространяющие гигиенические знания среди населения и занимающиеся ликвидацией эпидемий инфекционных заболеваний, свирепствовавших в области после Гражданской войны. Издаются брошюры и листовки, просто и понятно объяснявшие причины заразных болезней, меры борьбы с тифом, холерой, сифилисом. В Доме санитарного просвещения проводятся массовые акции, организуются радиопередачи, демонстрируются кинофильмы, санитарно-просветительские выставки.

Лазареты для раненых воинов (фото из фондов Военно-исторического музея Тулы)

Курский вокзал г. Тулы

Иван Петрович Белкин

Здание Дворянского собрания в Туле. Здесь в 1921 году был открыт Дом санитарного просвещения

В предвоенные годы и годы Великой Отечественной войны санитарное просвещение было направлено на подготовку населения к гражданской обороне. Повсеместно организовывались курсы, на которых граждане обучались оказывать первую помощь при ранениях, осваивали правила поведения во время бомбежек, при газовых атаках, правилам использования воды и продуктов питания в районах военных действий. *(Из фондов Тульской областной научной универсальной библиотеки).*

Из доклада доктора Е.Г. Лазарева от 29 июня 1922 года «Об окулистической помощи в губернии»

До революции окулистическая помощь в губернии осуществлялась довольно удовлетворительно. Губернская глазная больница принимала в год до 1300 первичных больных, делавших до 40 000 посещений. 50% больных были из уездов. На каждый из уездов приходилось 75% больных. Между уездами со специальными провожатыми больные направлялись в больницу для лечения. Предполагалось открыть в некоторых уездах глазные отделения и от времени до времени земские врачи приезжали в глазную больницу подучиваться глазным болезням.

В настоящее время связь с уездами разрушена. Врачи, занимавшиеся глазными болезнями (Забелин, Мекочинский и др.), умерли. Открывшаяся было во время революции глазная лечебница в Алексине, закрылась.

Губернская Глазная больница по своей работе превращается из больницы губернского значения в городскую, обслуживая главным образом жителей г. Тулы и ближайших уездов — Тульского и Крапивенского. К этому нужно прибавить, что амбулаторная глазная помощь в г. Туле оказывается еще в трех амбулаториях общего типа, для красноармейцев оказывается глазная помощь в местном лазарете. А глазная лечебница Попечительства о слепых, существовавшая около 25 лет, два года тому назад закрыта. И перевести ее в один из уездов губернии так и не удалось. Таким образом, при довольно развитой глазной помощи жителям г. Тулы, уезды Тульской губернии совершенно не обеспечены глазной помощью. Никогда еще в Тулу за последние 20 лет не являлись из уездов с такими запущенными формами глазных болезней, как теперь. Никогда еще не было столько неизлечимых больных, как теперь. В связи с упадком питания увеличилось количество больных с заболеваниями сосудистой оболочки и зрительного нервного аппарата. Громадная часть этих больных не находит глазной помощи на месте. Многие из них теряют зрение частично, многие полностью.

Для того чтобы улучшить положение глазных больных в уездах необходимо:

1. Устраивать командировки врачей из уездов в губернскую глазную больницу на 1-2 месяца для изучения глазных болезней. Такие врачи на время командировки должны получать квартиру, стол, дополнительные командировочные деньги.

2. В Ефремове, Новосиле и Алексине необходимо на штат коек городской больницы выделить хотя бы по 5 коек для глазных больных. По мере возможности это нужно сделать и в других уездных больницах.

3. Больные, требующие операции или постоянного наблюдения специалиста, если больной неимущий, должен направляться в город Тулу за счет Отдела Здравия.

4. Следует хлопотать, чтобы больные, отправляющиеся в Тулу для специального лечения со специальным удостоверением от врача, могли бы получить железнодорожный билет со скидкой в 75%. Такое ходатайство следует возбудить перед Наркомздравом и на месте провести через Губисполком.

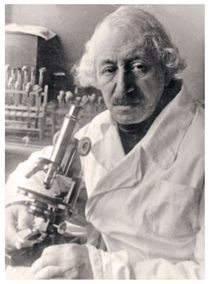
(Тул. Обл Госуд. Архив отдел фондов Октябрьской революции и строительства. Фонд 451 опись 451 д 1100 св 60).

В ноябре 1927 г. в ознаменование общественных заслуг доктора Лазарева горсовет постановил глазной больнице присвоить наименование «Лечебница имени доктора Лазарева».

В конце 1928 г. за большие заслуги перед республикой Е.Г. Лазареву было присвоено высокое звание Героя Труда, вручена Почетная грамота ЦИК СССР.

В 1930-1933 гг. рядом с особняком Григория Баташева (на улице Комсомольской) была построена новая глазная больница, в стиле конструктивизма. Автор проекта — молодой московский архитектор Константин Яковлев. В проектировании участвовал один из организаторов здравоохранения в Туле — профессор, врач-офтальмолог Ефрем Григорьевич Лазарев.

Глазная амбулатория им. доктора Лазарева


Ефрем Григорьевич Лазарев

Главный фасад венчают барельефы, изображающие В.И. Ленина, обращающегося к рабочим, и сцены трудовых подвигов народа. Барельефы выполнены студентами московского Строгановского училища художественных ремесел.

Больница располагала новейшей аппаратурой, несколькими большими, красивыми и удобными корпусами с хирургическим, физиотерапевтическим и детским отделениями. Она стала филиалом Московского областного клинического института. Научная работа в ней приобрела значительный размах. Здесь осуществлялось оперативное лечение отслоений сетчатки. Успешно занималась клиника и пересадкой роговицы. Лазарев разработал свой метод пересадки роговицы. О достижениях Е.Г. Лазарева напечатаны у нас в стране и за рубежом десятки трудов. Например, французский журнал поместил статью доктора Карно об операциях пересадки роговицы по методу профессора Лазарева. Крупнейший специалист в области глазных болезней, ученый-новатор Лазарев дал офтальмологии более 60 научных работ. Они принесли ему всесоюзную и европейскую известность.

Ефрем Григорьевич вернул зрение многим детям. 22 марта 1933 г. на конференции глазных врачей Тулы Лазарев сделал доклад «О классах для амблионов», т.е. для учеников с пониженным зрением. Главный окулист предлагал ввести в школах отдельные классы для таких детей, специальных учителей, особые методы преподавания. Интересны были предложения ученого относительно обучения слепых. Ефрем Григорьевич рекомендовал учителям: 1) писать обыкновенным шрифтом по шаблонам, 2) пользоваться для письма скоросохнущими чернилами из массы, оставляющей на бумаге рельефный знак, который слепой прочтет осязанием, а зрячий — глазами, 3) издавать книги при помощи рельефного письма.

В Тульской глазной больнице впервые в СССР для извлечения из глаз инородных (металлических) тел стали пользоваться электромагнитом.

В глазной больнице была создана патологогистологическая лаборатория, руководимая К.И. Голубевой. Широко проводились бактериологические исследования.

Вслед за одесским профессором В.П. Филатовым Е.Г. Лазарев делал пересадку роговицы глаз умерших людей больным и также добился хороших результатов. Известность Ефрема Григорьевича шагнула далеко за пределы Тулы и области, за пределы СССР. К нему часто приезжали больные из многих городов страны, ученые зарубежных стран.

Е.Г. Лазареву принадлежат 60 научных работ по различным разделам офтальмологии и смежным отраслям медицины. Целый ряд статей посвящен хирургическим методам лечения не только в офтальмологии, но и в отоларингологии, общей хирургии. Ряд работ посвящен вопросам здравоохранения. За выдающиеся заслуги в офтальмологии Е.Г. Лазареву было присвоено звание профессора.

Фото из семейного архива В.М. Марковой

Коридор больницы

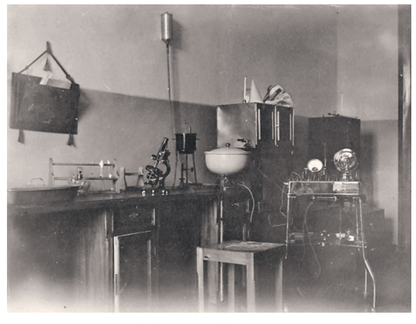

Лаборатория больницы

Фото из семейного архива В.М. Марковой

Рефракционные нарушения: симптомы дезадаптации и текущие заболевания

По материалам IX Международного симпозиума «Осенние рефракционные чтения»

Газета «Поле зрения» продолжает серию публикаций, в которых подробно освещены доклады, дискуссии, а также вопросы, вынесенные в Дискуссионные панели. *(Начало см. в «Поле зрения № 2, 2019)*

Блок 2. Диагностика рефракционных нарушений

Модератор: профессор **В.В. Страхов** *(Ярославль)*

Е.П. Тарутта

«Новое в исследовании рефракции»

Профессор Е.П. Тарутта

Профессор В.В. Страхов

Дорогие коллеги, начинаем второе заседание, которое посвящено диагностике рефракционных нарушений. Я предоставляю слово профессору Е.П. Тарутта, она выступит с докладом на тему «Новое в исследовании рефракции».

Профессор Е.П. Тарутта

Уважаемые коллеги!

Говоря о современных методах рефрактометрии, нельзя не упомянуть традиционные, поскольку и те и другие основаны на анализе светового пучка, отраженного от глазного дна.

Скиаскопия была изобретена еще в XIX веке французским офтальмологом Кюнье. В настоящее время существуют два термина: «ретиноскопия» и «скиаскопия». Ретиноскопия означает наблюдение за сетчаткой, скиаскопия — наблюдение щели. В англоязычной литературе более принят термин «ретиноскопия», в немецкой и отечественной — «скиаскопия».

В последнее время в нашей практике скиаскопия становится именно современным, новым методом, поскольку проводится с применением электрических ретиноскопов; проводится штрих-скиаскопия, т.е. ранее неизвестные нам методики вошли в практику офтальмологов и оптометристов.

Главный недостаток скиаскопии плоским зеркалом — низкая точность диагностики астигматизма, и в этом случае нам помогает штрих-скиаскопия *(рис. 1)*. Точно так же оценивается движение тени в ту же или в обратную сторону; нейтрализация движения тени осуществляется как по сфере, так и по цилиндру с помощью стекол, которые находятся в пробной оправе, либо применяется фороптер. При анализе рефракции у маленьких детей используется близкая ретиноскопия по Мохиндра; объектом фиксации служит свет ретиноскопа; исследование проводится в естественных условиях в затемненном помещении при очень низкой яркости света для максимального снижения аккомодационного рефлекса. Исследование проводится с расстояния в 50 см, добиваются нейтрализации как при обычной скиаскопии; при оценке результатов вносят поправку не на 2 дптр, что следовало бы делать с расстояния в 50 см, а на 1,25 дптр, т.к. 0,75 дптр относят за счет аккомодации.

В наше время даже для исследования маленьких детей существуют объективные, гораздо более простые и удобные методы — авторефрактометрия с помощью ручного рефрактометра Retinomax; для совсем маленьких детей — Plusoptix, дистанционный бинокулярный авторефрактометр. Стандарт на сегодняшний день — стационарный рефрактометр.

Точность рефрактометрии — тем выше, чем старше пациент. В первой декаде жизни арифметическая разница между данными авторефрактометрии и субъективной рефрактометрии по сфере составляет 0,34; эта величина уменьшается на 0,1 дптр каждую декаду жизни. У детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет данные авторефрактометрии отличаются в 80% случаев в среднем на 2 дптр. Точность в определении сферического компонента выше при миопии, ниже при гиперметропии и наименьшая при смешанном астигматизме. Точность определения оси цилиндра тем лучше, чем выше степень астигматизма, и совпадает с субъективным подбором практически в 90% случаев.

Исследования показывают, что, несмотря на надежность и повторяемость метода авторефрактометрии, он не может заменить субъективный подбор; выписывать рецепт по данным авторефрактометра нельзя.

Разные авторефрактометры по-разному «врут» *(рис. 2)*, но в любом случае средняя погрешность не превышает 0,5 дптр, что вполне терпимо. За счет чего мы это получаем? Главным образом, за счет тонуса аккомодации. Чаще он бывает положительный, когда рефракция манифестная, т.е. до расширения зрачка, сильнее, чем рефракция в условиях циклоплегии, и наоборот. Положительный тонус аккомодации в оптике обозначается знаком «минус», отрицательный — знаком «плюс».

С появлением авторефрактометрии Ю.З. Розенблюм с соавторами привычный тонус аккомодации (ПТА) определяют как разницу показаний авторефрактометра до и после циклоплегии. В этой работе уже было выявлено, что примерно у 10% больных с близорукостью наблюдался отрицательный тонус аккомодации. Привычный тонус аккомодации в открытом поле (ПТА ОП) вычисляют как разницу показаний авторефрактометра открытого поля Grand Seiko WR 5100K при взгляде до и после циклоплегии. Это важно, т.к. любой авторефрактометр виртуально удаляет мишень, на самом деле близко расположенную от глаза; как выяснилось, при болезненных состояниях аккомодации, прежде всего при спазме аккомодации, реакция на мишень оказывается весьма неадекватной. В нашей практике был пациент, у которого разница между манифестной и циклоплегической рефракцией составила 17 дптр.

Рис. 1

Рис. 2

Рис. 3

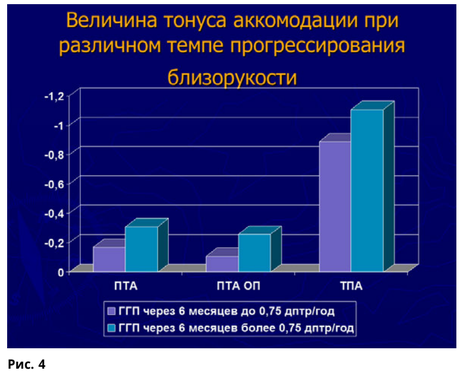


Рис. 4

При измерении тонуса аккомодации «в открытом поле» на авторефрактометре «открытого поля» объект фиксации предъявляется в реальном времени и пространстве, он удален на 5 метров, что позволяет изучать не только тонус аккомодации «открытого поля», но и выявлять отрицательную аккомодацию.

Кроме того, существует тонус покоя аккомодации (ТПА). Термин был предложен на Экспертном совете по аккомодации и рефракции. ТПА определяют как разницу рефракции в условиях покоя аккомодации (в отсутствии зрительного стимула) и под циклоплегией по методике, разработанной в МНИИ ГБ им. Гельмгольца с помощью авторефрактометра «открытого поля» Grand Seiko WR-5100K.

Даже под действием циклоплегиков при миопии и гиперметропии остаточный тонус аккомодации как результат погрешности измерений при авторефрактометрии весьма велик *(рис. 3)*. Более того, остаточный аккомодационный ответ, к примеру, после применения тропикамида, в среднем составил -0,8, даже при том что при взгляде вдаль и при взгляде в авторефрактометр мы тонус сняли, но при предъявлении близкого объекта аккомодационный ответ после тропикамида может составлять -1,8, поэтому на тропикамиде оценивать гиперметропическую рефракцию ребенка, особенно в первый раз, нельзя.

На *рис. 4* представлена величина тонуса аккомодации, измеренного разными способами, а также частота отрицательного и/или «нулевого» тонусов аккомодации при различной степени миопии. Как мы видим, отрицательный тонус аккомодации выявляется и при миопии слабой степени, однако наиболее часто он выявляется при миопии высокой степени, что было описано в работе Ю.З. Розенблюма и В.Э. Аветисова.

Тем не менее величина тонуса аккомодации важна для клинических целей. Наши исследования показали, что чем выше тонус, тем выше градиент прогрессирования близорукости *(рис. 4)*; более того, если в результате проведенных лечебных мероприятий тонус аккомодации снижается, это ведет к замедлению прогрессирования и наоборот. Хочу обратить внимание, что все плеоптические методы лечения, как выяснилось, повышают тонус, повышают динамическую рефракцию, усиливают прогрессирование близорукости, поэтому при приобретенной близорукости, при которой не бывает амблиопии, плеоптическое лечение не проводится.

Способы определения динамической рефракции. Nott-ретиноскопия: расстояние от глаза испытуемого до фиксационной таблицы остается неизменным. Accomodative lag определяют, отодвигая ретиноскоп от глаза пациента или приближая к нему до достижения нейтрализации. MEM-ретиноскопия (Monocular Estimation Method): ретиноскоп и фиксационная таблица находятся в одной плоскости, расстояние от глаза до таблицы и ретиноскопа остается неизменным. Accomodative lag определяют, приставляя к глазу испытуемого плюсовые или минусовые линзы до момента нейтрализации. Bell-ретиноскопия: расстояние от глаза до ретиноскопа остается неизменным. Величину accomodative lag определяют, придвигая к глазу или отдаляя от глаза испытуемого фиксационную таблицу до момента нейтрализации. В первоначальном варианте в качестве объекта фиксации использовали серебряный колокольчик.

Хочу подчеркнуть, что при оценке динамической рефракции с помощью MEM-ретиноскопии ответом является не величина аккомодационного ответа, а величина отставания аккомодации.

Авторефрактометр открытого поля позволяет также исследовать периферическую рефракцию. Периферический дефокус остается актуальным, и оптические методы коррекции обычно направлены на ликвидацию неправильного гиперметропического дефокуса.

Периферическая рефракция представляет собой периферическое преломление при отклонении взора к виску или к носу вне зависимости от центральной рефракции, которая может представлять миопию, гиперметропию. Если при любом положении взора *(рис. 5)*, рефракция будет одинаковой, предположим, -5 в центре и -5 на периферии, это будет относительная периферическая эмметропия. Если на периферии рефракция сильнее, чем в центре, это называется миопическим дефокусом; если слабее, чем в центре — это периферический дефокус. То же касается и формы глазного яблока: если глазное яблоко удлиненное и длина глаза меньше, чем в центре, это соответствует гиперметропическому дефокусу и наоборот. Исследование периферической рефракции на Grand Seiko доступно *(рис. 6)*. Как видите на слайде, из линеек сделаны насадки. Год назад мы сделали насадку по вертикали, и 15° по вертикали — вполне доступно, и это дает нам возможность исследовать нос-висок, верх-низ.

Мы показали *(рис. 7)*, что в интактном глазу при приобретенной миопии контур периферической длины глаза и периферической рефракции повторяется (синяя линия), при врожденной миопии мы наблюдаем иррегулярную форму глазного яблока. Изменяется периферическая длина глаза после склеропластических операций *(рис. 8)*, изменяется контур заднего отрезка глаза.

При параллельном исследовании периферического дефокуса и скорости прогрессирования близорукости на фоне различных средств коррекции мы получили, что ортокератологические линзы дают дефокус по всем направлениям, в среднем -5 дптр; максимальный гиперметропический дефокус мы получили при прогрессивных очках, при этом миопический дефокус мы наблюдаем только по вертикали; горизонталь — к носу и к виску — коррекции гиперметропического дефокуса не дает. Очки перифокал практически дают эмметропию. В соответствии с полученными данными по дефокусу наименьший темп прогрессирования зафиксирован при коррекции ОК-линзами и перифокальными очками.

Измерение периферической длины глаза по горизонтали 15° и 30° возможно также и на аппарате IOLMaster, для чего необходимо рассчитать метки по таблицам Брадиса исходя из нужного угла отклонения (15° и 30°) и расстояние от глаза до прибора *(рис. 9)*.

В интактном глазу полностью совпадает периферическая длина глаза и периферическая рефракция, кроме крайне височной зоны. На *рис. 10* можно видеть индуцированный периферический дефокус и форму заднего полюса глаз после FS Lasik и на фоне ортокератологической коррекции миопии. Мы видим разный профиль периферической рефракции: ортокератология обеспечивает наибольшую крутизну роговицы в диаметре 5-6 мм, т.е. на средней периферии;

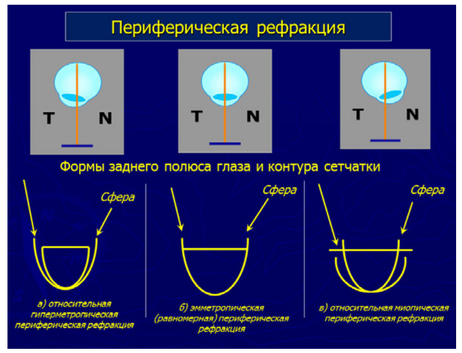


Рис. 5

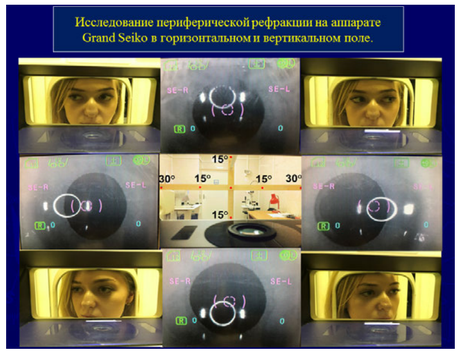


Рис. 6

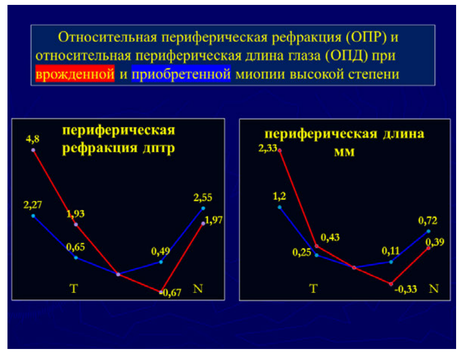


Рис. 7

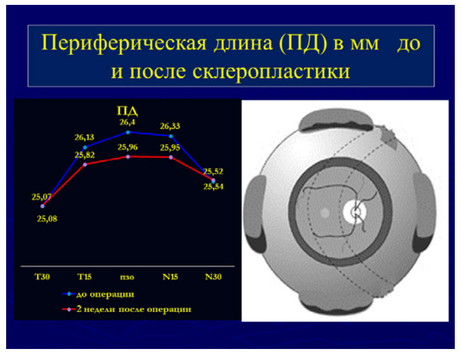


Рис. 8

Рис. 9

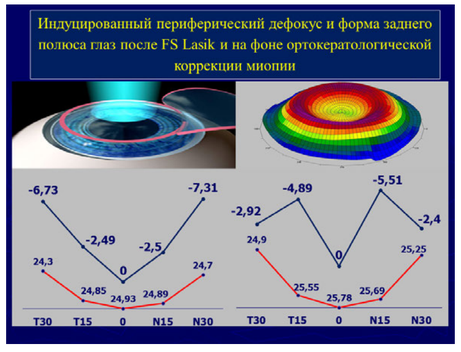


Рис. 10

при эксимерлазерной коррекции максимальный миопический дефокус мы имеем в зоне 30° (к носу и к виску), при этом контур заднего полюса не меняется. Таким образом, после каких-либо вмешательств на роговице судить о форме глаза по периферической рефракции, по рефрактометрии, нельзя; в этом случае необходимо измерять контур глаза с помощью прибора IOLMaster.

Если говорить о компонентном анализе рефракции (мы сегодня эту тему затрагивали), когда миопия в 5 дптр может складываться из короткой оси и сильного преломления роговицы, роговичный астигматизм и общий астигматизм, как правило, не совпадают (об этом в своем докладе говорил С.Э. Аветисов). Как правило, общий астигматизм за счет хрусталика (неравномерной меридиональной аккомодации) частично исправляет роговичный астигматизм, и вы все с этим сталкиваетесь, когда на узкий зрачок и на широкий зрачок астигматизм получается разным; в условиях паралича аккомодации он больше.

Кератотопограф позволяет оценить рефракцию роговицы, особенно в тех случаях, когда форма роговицы необычна. Мы также не должны забывать о компонентном анализе рефракции. Положение хрусталика, глубина передней камеры, толщина хрусталика — это к вопросу о методе, который вполне имеет право на существование. Просто он должен быть в одних и тех же хороших руках при оценке динамики состояния. Помимо нажатия (фактора давления на роговицу), важна центрация положения взора. На *рис. 11* представлено исследование Г.В. Кружковой, касающееся изменения глубины передней камеры и толщины хрусталика через 1,5 месяца постоянной дефокусировки плюсовыми сферическими линзами. Как можно видеть, ПЗО одинаковая, при этом хрусталик уплостился, увеличилась глубина передней камеры. Это — глаз ребенка, который носил пенализацию. Этот наведенный, слабо миопический дефокус привел к перестройке аккомодационной системы, вызвавшей ослабление рефракции. То есть мы «подогнали» рефракцию под навязанную плюсовую коррекцию.

На современном этапе компонентный анализ, проводимый, к примеру, на Шаймпфлюг-анализаторе Galilei, более совершенный

Рис. 11

Рис. 12

Рис. 13

Рис. 14

и более точный. Мы провели исследование биометрических параметров глаз до и после циклоплегии *(рис. 12)*. При миопии и гиперметропии глубина передней камеры отличается: в миопических глазах передняя камера глубже; при расширении зрачка она еще больше углубляется как при миопии, так и при гиперметропии. При расширении зрачка углубляется хрусталик. При действующей аккомодации и при параличе аккомодации переднезадняя ось разная: при отключении аккомодации уменьшение ПЗО в одной группе составило в среднем 40 мкм, что было статистически достоверно.

Что касается глубины передней камеры, вы знаете, что существует коэффициент Лоу, в который входит показатель глубины передней камеры (ГПК) и 1/2 толщины хрусталика (ТХ), соотнесенный с величиной переднезадней оси. Но когда мы имеем дело с разной рефракцией, разной длиной ПЗО, положение иридо-хрусталиковой диафрагмы по этому коэффициенту трудно оценивать, получается путаница. Я обратила внимание, что в зарубежных работах часто используется такой коэффициент: ГПК+1/2 ТХ. Обратите внимание *(рис. 13)*, при миопии иридо-хрусталиковая диафрагма расположена значительно дальше, чем при гиперметропии, что очень характерно для приобретенной близорукости. У Дональда Мути есть цикл работ, в которых он говорит о том, что у детей дошкольного и младшего дошкольного возраста, естественно, в течение нескольких лет (до 9-10 лет) идет рост ПЗО, что заложено природой. Этот рост компенсируется так называемыми «эмметропизирующими факторами» — самоуплощением хрусталика, углублением передней камеры; это отодвигает иридо-хрусталиковую диафрагму, и фокусная точка как бы догоняет убегающую от нее сетчатку вследствие роста ПЗО. Такие компенсаторные механизмы, естественно, небезграничны, и в конце концов наступает манифестация близорукости. Поэтому даже при оценке лечебного воздействия динамика длины ПЗО и динамика рефракции не совпадают. Если мы пересчитываем прогрессирование исходя из длины ПЗО, то оно получается больше, чем оно на самом деле по динамике рефракции, т.к. внутренние факторы, благодаря движению иридо-хрусталиковой диафрагмы, несколько нивелируют этот процесс. Относительно длины ПЗО, любая оптическая биометрия, в частности, анализатор Galilei, измеряет длину ПЗО от вершины роговицы до пигментного эпителия. Таким образом, при отсутствии аккомодации пигментный эпителий как бы подвинулся вперед, при включении аккомодации он отодвинулся кзади; это происходит за счет толщины хориоидеи. Хочу показать известный слайд Джоша Уолмана *(рис. 14)*, который автор назвал хориоидальной аккомодацией — изменение толщины хориоидеи в ответ на дефокус с целью сближения сетчатки с фокальной плоскостью.

В клиники с помощью прибора SD-OCT RS-3000 Advance (Nidek, Japan) мы провели исследование толщины хориоидеи. Как и следовало ожидать, наибольшая толщина получена при гиперметропии (420 мкм); по мере развития миопии и увеличения длины ПЗО толщина хориоидеи уменьшается: при миопии средней степени — 220 мкм; при миопии высокой степени — 147 мкм; экстремально малая толщина хориоидеи (83 мкм) наблюдается при врожденной высокой миопии.

После склеропластики толщина хориоидеи увеличивается не только на оперированном, но и на парном глазу. По результатам проведенных в МНИИ ГБ им. Гельмгольца исследований, наведенный ОК-линзами миопический дефокус также вызывает увеличение толщины хориоидеи в течение нескольких недель с начала ОК-коррекции. Это также ведет к небольшому изменению рефракции, поэтому при анализе динамической рефракции, при анализе рефракции при длительном наблюдении, если рефракция и ПЗО не совпадают, необходимо подумать о том, как изменились параметры передней камеры, хрусталика, иридо-хрусталиковой диафрагмы, а также о возможном участии хориоидеи.

Благодарю за внимание!

Академик РАН С.Э. Аветисов

Елена Петровна правильно отметила, что в зарубежной литературе чаще используется термин «ретиноскопия», у нас — «скиаскопия», и это правильно, потому что мы наблюдаем рефлекс от сетчатки и движение тени, и «скиа» в переводе означает «тень». Поэтому правильный термин «скиаскопия».

Слово предоставляется профессору Владимиру Витальевичу Страхову.

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

Профессор В.В. Страхов *(Ярославль)*

«Современные возможности мониторинга миопии»

Профессор В.В. Страхов (Ярославль)

Дорогие коллеги!

Не секрет, что традиционными критериями прогрессирования миопии являются увеличение переднезадней оси глазного яблока (ПЗО>0,3 мм в год) и усиление рефракции глаза (на 1,0 дптр и более в год). Временной отрезок между начальным и контрольным исследованием обычно составляет 12 месяцев, что представляет собой «диагностику по затратному принципу». То есть, если речь идет о прогрессирующей миопии, мы узнаем об этом только через год. Если миопия сопровождается дистрофическими изменениями на периферии, то сделать что-то уже невозможно.

На *рис. 1* представлена сравнительная характеристика десятикратной биометрии ПЗО глаза у молодой пациентки методом бесконтактной биометрии (Lenstar — желтый график) и ультразвуковой биометрии (А-скан). Как видим, разница ПЗО (красный график) достигает 300 мкм, и фактически мы попадаем в прогрессирующую миопию. Дело здесь не только и не столько в надавливании, сколько в принципиальной разнице в постановке датчика. Если при бесконтактном исследовании оптическую ось выстраивает сам пациент, глядя на метку, при контактном исследовании мы не сможем поставить датчик должным образом. В этом случае остается проводить трехкратное измерение А-сканом и выбирать наибольшее значение из трех полученных результатов.

Кроме запоздалых сроков констатации прогрессирования миопии и относительной ненадежности данных традиционной ультразвуковой биометрии, существует еще одна важная проблема, фактически нерешенная и нерешавшаяся на сегодняшний день. Это проблема дифференциальной диагностики между естественным миопическим рефрактогенезом и истинным прогрессированием миопии как болезни. Рост глаза может быть обусловлен как миопическим рефрактогенезом — генетически управляемым ростом глазного яблока, так и истинным прогрессированием, несущим в себе структурный недостаток соединительной ткани склеры, а именно потерю ее эластичности. Если генетически детерминированный миопический рефрактогенез благополучный и самостоятельно заканчивается соответствующей аномалией рефракции к 19-20 годам, то прогрессирующая миопия продолжает развиваться

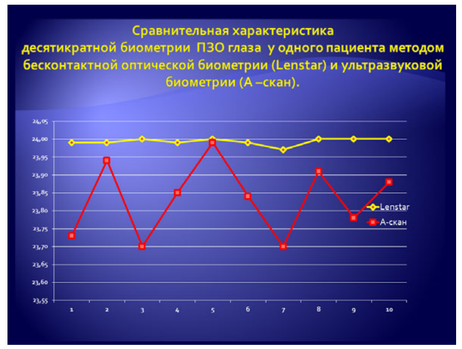


Рис. 1

Рис. 2

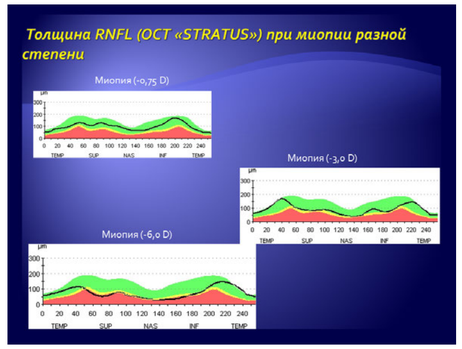


Рис. 3

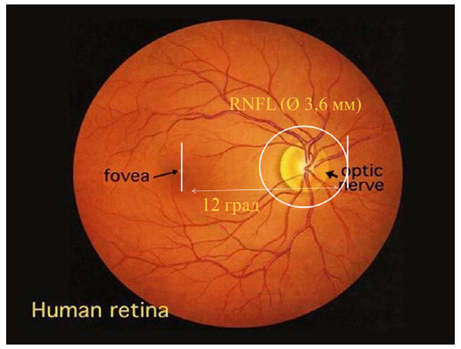


Рис. 4

угрожающими инвалидностью патологическими темпами, с развитием необратимых изменений в заднем сегменте глаза (ПВХРД, ЦХРД) и тяжелых осложнений.

Мы знаем, что проблема прогрессирующей близорукости не только заключается в увеличении ПЗО, но и в структурных признаках растяжения оболочек глаза в виде ПВХРД. В действительности это значит, что в мониторинге прогрессирования миопии, наряду с биометрией, должна участвовать ОКТ — метод, позволяющий детально, тонко помикронно диагностировать истончение оболочек. В этом случае нет необходимости ждать целый год.

Хочу обратить ваше внимание на *рис. 2*, на котором представлены разные диагнозы: нисходящая атрофия зрительного нерва, миопия высокой степени, ПОУГ III-а. Как видите, разница между тремя картинками незначительная. В целом тенденция однородная, но наполнение совершенно разное: атрофия, апоптопическая глаукомная атрофия, в третьем случае атрофии нет, при этом слой перипапиллярных нервных волокон (RNFL) из зеленой зоны (нормы) перешел за желтую и даже попал в красную.

Как это объяснить? Мы провели исследование, чтобы выяснить, не является ли это дистрофическим процессом? Нет, поле зрение оказалось в норме, изменения светочувствительности, подобное тому, что наблюдается при атрофии зрительного нерва, мы не нашли. Фактически остается только одно

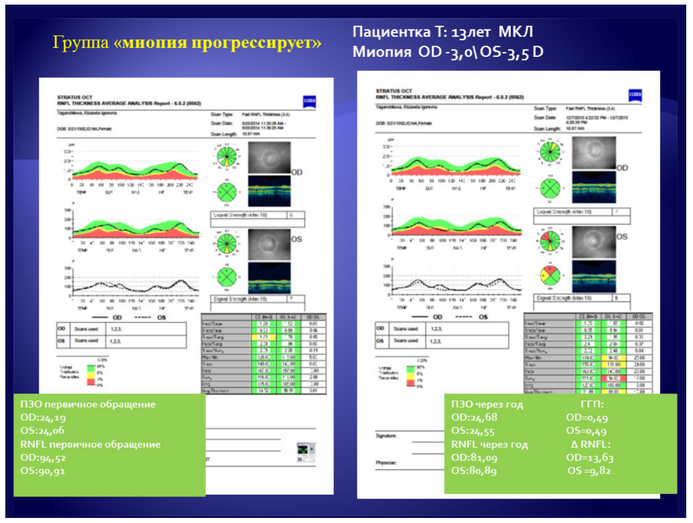


Рис. 5

объяснение: истончение RNFL связано с тем, что оболочка растянута.

На *рис. 3* представлена толщина RNFL при миопии разной степени: начальной, средней степени и высокой степени. Можно видеть, как по мере развития миопии RNFL из зеленой, безопасной, зоны постепенно переходит в желтую и красную.

Когда передо мной больной глаукомой, имеющий миопию 4-5 дптр, я даже не рассматриваю RNFL в качестве критерия оценки глаукомы. Исключение составляет выраженная межокулярная асимметрия при глаукоме. При миопии, где бы ни находилась эта кривая, она практически всегда симметричная, что является качественным признаком, на который можно опереться.

На *рис. 4* мы видим ближнюю периферию, находящуюся за пределами зоны макулы, зону диска зрительного нерва, продуцирующую важный структурный признак прогрессирования миопии — миопический конус. Таким образом, факт истончения слоя нервных

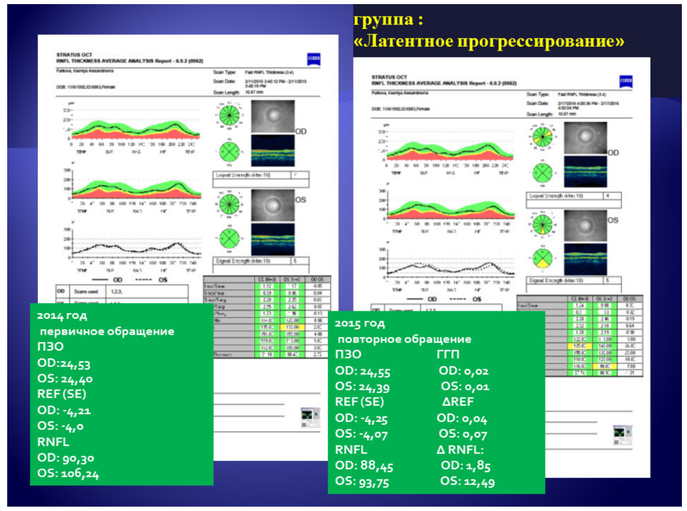


Рис. 6

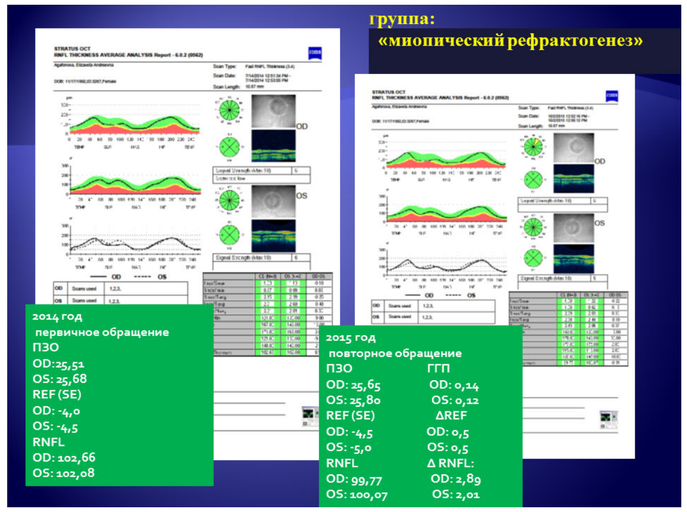


Рис. 7

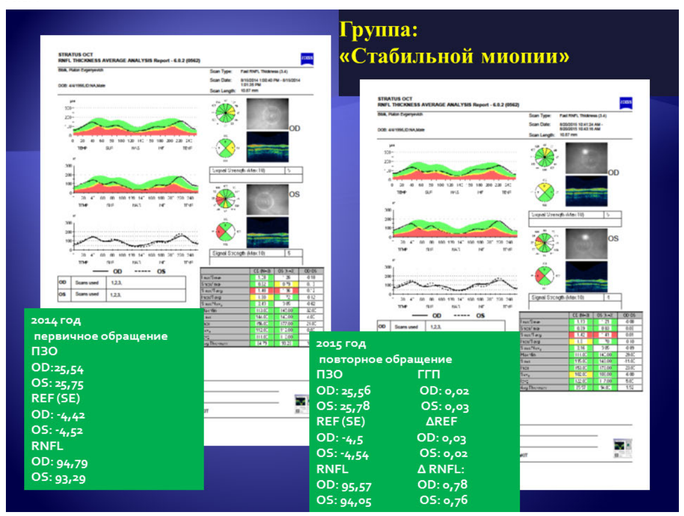


Рис. 8

волокон вокруг головки зрительного нерва при миопии, не связанный с функциональными расстройствами, позволяет нам рассматривать его как ОКТ-критерий миопического растяжения сетчатки заднего полюса глазного яблока.

На сегодняшний день появились два объективных и точных метода оценки изменений, происходящих в заднем отрезке глаза при миопии: оптическая бесконтактная биометрия и ОКТ, позволяющая определить растяжение оболочек. Сравнительный анализ результатов мониторинга близоруких пациентов в течение года с использованием этих методов выявил четыре варианта динамики миопического процесса: Гр. 1 ПЗО>/RNFL< (Миопия прогрессирует); Гр. 2 ПЗО>/RNFL= (Миопический рефрактогенез); Гр. 3 ПЗО=/RNFL< (Латентное (скрытое) прогрессирование); Гр. 4 ПЗО=/RNFL= (Стабильная миопия).

Недавно прочел статью, в которой речь шла о том, что у новорожденного сетчатка толще и при развитии эмметропического рефрактогенеза, увеличении ПЗО сетчатка расправляется от заднего полюса к экватору, и к моменту окончания эмметропического рефрактогенеза толщина сетчатки приобретает среднестатистическое значение, несмотря на то что ПЗО «ушло». Таким образом, использование этих методов и анализ результатов дает возможность оценить объективные признаки прогрессирующей миопии, латентной миопии, миопического рефрактогенеза и стабильной миопии.

Хочу показать четыре протокола ОКТ RNFL: на *рис. 5* (миопия прогрессирует) представлена стартовая позиция — RNFL находится в зеленой зоне; через год — RNFL проходит через желтую и даже красную зоны. При латентном прогрессировании *(рис. 6)* при первичном исследовании RNFL находится в зеленой зоне; через год происходит истончение RNFL, при этом рефракция изменилась всего на 0,5 дптр. «Миопический рефрактогенез» *(рис. 7)* и «стабильная миопия» *(рис. 8)*: цифры подтверждают положение дел.

Мы сделали попытку цифровые показатели перевести в коэффициент. Умножив годовой градиент увеличения ПЗО на годовой градиент уменьшения RNFL, мы получили показатель структурного прогрессирования миопии *(рис. 9)*. Обратите внимание, при прогрессирующей миопии показатель превышает 1,0; при стабильной миопии — 0,007-0,023, т.е. разница значительная. Между промежуточными группами, «латентное прогрессирование» и «миопический рефрактогенез», показатели довольно близкие, при этом они качественно различаются: в одном случае ПЗО увеличивается, в другом — ПЗО стабильно, но изменяется толщина RNFL. Растяжение оболочек глаза без заметного увеличения ПЗО предполагает неравномерность конфигурации заднего полюса глаза при прогрессирующей миопии. Мы проанализировали толщину слоя нервных волокон в исследованных группах и обратили внимание, что в носовом секторе коэффициент корреляции оказался довольно значительным.

Хочу обратить ваше внимание на то, что не так давно профессор Е.П. Тарутта опубликовала статью, в которой было описано, что в глазах у детей с миопией выявлена смешанная периферическая рефракция, что свидетельствовало о неравномерном растяжении тканей заднего полюса глаза. Это — рефракционный подход. Мы использовали структурный подход, через изменение толщины RNFL в носовом отделе. Таким образом, периферическая рефракция в носовой половине коррелирует с прогрессией миопии, на что также обращают внимание зарубежные коллеги: «Изменение сферического эквивалента периферической рефракции в 30° носовой сетчатки значительно коррелирует с прогрессированием близорукости» (Radgakrishnan H. et al., 2013), «При прогрессирующей близорукости, в отличие от не прогрессирующей, форма сетчатки с носовой стороны является более крутой» (Faria-Ribeiro M. et al., 2013). То есть, в заднем полюсе «нащупана» точка, имеющая непосредственное отношение к старту прогрессирования близорукости. Мне кажется, это интересно и важно, т.к. мы видим цель, на которую можно воздействовать. Если мы понимаем, что в старте осевой миопии участвует носовая половина заднего полюса глаза, туда необходимо направить лечебные мероприятия, склеропластику и пр.

Итак, по нашим данным, для мониторирования течения миопии можно выделить 4 группы исследования: аномалия рефракции: группа № 2 «миопический рефрактогенез», группа № 4 «стабильная миопия»; патология рефракции: группа № 1 «миопия прогрессирует», группа № 3 «латентное прогрессирование».

Рис. 9

Академик РАН С.Э. Аветисов

«Современные возможности биометрии»

Академик РАН С.Э. Аветисов

Уважаемые коллеги!

Как известно, биометрия — это диагностический подход, предполагающий прижизненное количественное определение размеров анатомических структур и образований. Клиническое приложение методов биометрии, непосредственным образом связанное с рефракционными нарушениями: 1) компонентный анализ и мониторинг первичных и индуцированных аметропий; 2) расчет оптической силы ИОЛ; 3) определение условий для кераторефракционной лазерной хирургии.

Компонентный анализ индуцированных аметропий предполагает определение «участия» анатомо-оптических элементов в формировании клинической рефракции. Основными компонентами формирования статической клинической рефракции являются: рефракция роговицы, рефракция хрусталика, рефракция фиброзной оболочки. Таким образом, можно сделать вывод о том, что рефрактометрия, о которой так подробно говорила Елена Петровна [Тарутта], и биометрия являются основными составляющими компонентного анализа.

Историю вопроса компонентного анализа аметропий можно разделить на два периода: первый период — до внедрения метода ультразвуковой биометрии; второй период — наше время. Относительно первого периода необходимо выделить два исследования наших соотечественников: Е.Ж. Трона (1947), который сделал вывод о том, что деление аметропий в зависимости от превалирования влияния на формирование клинической рефракции того или иного анатомо-оптического элемента глаза: 1) осевые; 2) рефракционные; 3) смешанные; 4) комбинационные. Однако исследователь в своей монографии сделал достаточно противоречивые заключения: «…изменения в длине оси отнюдь не являются причиной… аметропии»; «…длина оси глаза оказывает существенное влияние на рефракцию». Мы понимаем, что более корректный — второй вывод, особенно это касается аметропий высокой степени.

В исследованиях, проведенных М.И. Авербахом, о которых он писал в диссертационной работе «К диоптрике глаз различных рефракций» (1900), были измерены следующие «главнейшие константы» 86 глаз с различной клинической рефракцией: радиус роговицы, глубина передней камеры, толщина хрусталика, радиус передней и задней поверхностей хрусталика. Основу исследования составляли измерения радиусов кривизны оптических элементов. С помощью сложных математических расчетов определялась степень участия того или иного элемента в формировании аметропии. Основные выводы, к которым пришел исследователь: 1) «…константы дают полный разнобой»: М (-) 25,5 дптр, радиус роговицы 8,22 мм, Нм (+) 16,0 дптр, радиус роговицы 6,80 мм; 2) «…рефракция зависит прежде всего от длины переднезадней оси». В подтверждение своей гипотезы, поскольку это косвенный вывод, он сделал слепки эноклеированных глаз, имевших различную рефракцию, и по этим слепкам показал, что глаза имеют совершенно разные размеры. Нам это кажется несколько наивным, но имейте в виду, что в те годы прижизненных методов измерения глаз не было.

В настоящее время основными принципами биометрических исследований в офтальмологии являются волновой, при котором применяются акустические волны, и излучение ближнего инфракрасного диапазона при применении ультразвуковых (УЗИ- А.Б) и лазерных (когерентных — В) технологий соответственно; оптический: формирование проекций или срезов, основанный на принципах Шеймпфлюга.

Клиническое приложение методов биометрии при наличии рефракционных нарушений: анатомо-оптический элемент — фиброзная оболочка, принцип биометрии — ультразвуковой, лазерный; биометрический показатель — линейные и объемные параметры; роговица — ультразвуковой, лазерный, оптический — толщина в различных участках; хрусталик — ультразвуковой, лазерный, оптический — линейные и объемные параметры (в т.ч. близлежащих структур).

Биометрия фиброзной оболочки. Стандартное исследование с помощью ультразвукового А-сканирования или лазерной биометрии используют для измерения передезадней оси (аксиальной длины) глаза. Объемное (3D) ультразвуковое сканирование позволяет получать прижизненную виртуальную модель глазного яблока в виде пространственного изображения, на основании которого можно количественно судить об особенностях формы и объема глаза (V, мм куб.) при увеличении аксиальной длины (А, мм).

Биометрия роговицы. Топографическая оценка толщины роговицы на основе оптических срезов (принцип Шеймпфлюга). Основные критерии: расстояние от точки геометрической вершины до точки минимальной толщины роговицы; индекс пахиметрической прогрессии; относительная пахиметрия.

В настоящее время в клиническую практику внедряется метод топографической оценки толщины роговицы на основе ОКТ переднего отрезка глаза, позволяющий получать оптический срез роговицы и строить топографическую карту толщины роговицы.

Биометрия хрусталика. Применяется объемное (3D) ультразвуковое сканирование с частотой 5-16 МГц, позволяющее получить изображения структур переднего и заднего отрезков глаза; ультразвуковая биомикроскопия (сканирование с частотой 35/50 Мгц), позволяющая получать изображения структур переднего отрезка глаза, но с гораздо бóльшим разрешением и качеством. Определяемые параметры: толщина и объем передней камеры; глубина и объем передней камеры, ширина угла передней камеры, ширина задней камеры.

Таким образом, биометрия является неотъемлемой составляющей компонентного анализа и мониторинга как первичных, так и индуцированных аметропий; комплексное применение современных методов позволяет достаточно объективно оценить биометрические параметры основных структур формирования клинической рефракции — роговицы, хрусталика, фиброзной оболочки.

Спасибо за внимание!

А.Н. Шмаков *(Москва)*

У меня вопрос Владимиру Витальевичу. Мы говорим о росте глаза как генетически детерминированном явлении. Мы понимаем, что популяция сильно изменилась за последние 50-60 лет. Можно ли сегодня говорить о каких-то нормах? Для получения полного понимания, миопия — это патология или нет, ОКТ является прекрасным методом. К сожалению, в большинстве случаев у докторов такой возможности нет. На какие нормы роста глаза можно ориентироваться сейчас?

Профессор В.В. Страхов

Хороший вопрос! Когда отвечающий на вопрос свой ответ начинает с этих слов, это значит, что он не знает ответа. Вы правы, проблема волнует многих, и сейчас только начинают появляться методы, помогающие разобраться в этом вопросе. Однако, если у нас нет ОКТ, к сожалению, приходится признать, что мы не владеем инструментом, способным дать реальное заключение. Сегодня был приведен пример пациента с миопией, родители которого не были близорукими. Генетически нам передается не миопия, но конкретные структурные данные: крупный глаз, мелкий глаз, крутая роговица, плоская роговица. И в этом случае возможно сочетание, которое в литературе нередко называют «несчастным сочетанием». Если папа генетически «передал» крупный глаз, а мама — небольшую роговицу с определенным радиусом кривизны, может получиться миопия, при том что родители эмметропы.

Цель моего доклада заключалась в том, чтобы привлечь внимание к этому моменту.

Профессор Е.П. Тарутта

В вопросе Андрея Николаевича мне понравился такой момент: «современные нормы». Больше 20 лет назад Феликс Ефимович Фридман говорил мне: «Нет современных норм, их пора набирать заново». Таких работ, к сожалению, нет. Но есть работы зарубежных авторов, которые пишут, что дети близоруких родителей еще до развития приобретенной миопии имели более длинные глаза, чем их сверстники без близоруких родителей. То есть процесс акселерации касается глаз тоже. Сегодня часто встречается пример, когда при миопии в 5 дптр роговица плоская, ПЗО — 27. Общая тенденция — более длинные глаза, однозначно, но норму необходимо набирать заново.

А.Н. Шмаков

Я благодарю уважаемых экспертов за ваше мнение!

Олеся Кукушкина *(Тула)*

Вопрос Елене Петровне. Допустим, у нас эзофория. Каким образом вы будете подбирать аддидацию, рекомендовать прогрессивные очки детям?

Профессор Е.П. Тарутта

Здесь важен принцип: при эзофории предпочтительнее прогрессивные очки. Это не я придумала. В известном исследовании COMET было показано, что общее влияние прогрессивных очков на прогрессирование близорукости «статистически достоверно, но клинически малозначимо». Но когда были выделены дети с эзофорией и с большим лагом аккомодации, разница составляла 0,75 — существенная цифра. Поэтому первым показанием к «прогрессивам» является отсутствие аккомодации и эзофория.

Олеся Кукушкина

То есть я правильно поступаю, если привожу к норме lag accommodation?

Профессор Е.П. Тарутта

Вы, безусловно, должны лечить аккомодацию. Но прежде чем давать нагрузку, необходимо укрепить эту систему. Возможно, прогрессивные очки не должны быть методом постоянной коррекции у детей. Пусть это будет временный метод, пока мы не наладим аккомодацию.

Олеся Кукушкина

Вы говорили о том, что необходимо измерять запас относительной аккомодации, что мы и делаем. Однако я заметила, что миопы врут.

Профессор Е.П. Тарутта

Абсолютно с вами согласна. Это известный факт, что у миопов снижена чувствительность к расфокусировке изображения, о чем писал Кэмпбелл, этими исследованиями занимался Валерий Эдуардович Аветисов. Мы продемонстрировали этот факт с помощью Grand Seiko, прибор позволяет определить объективные запасы аккомодации. Пациенты читают, и в этот момент мы измеряем динамическую рефракцию.

Материал подготовил ***Сергей Тумар***

Иллюстрации Е.П. Тарутты, В.В. Страхова

Маркетинг оптического предприятия — составляющие успеха

Редакция газеты «Поле зрения» и компания «Маркет Ассистант Груп» продолжает цикл публикаций для управленцев оптического предприятия. В цикле мы рассматриваем технологии увеличения клиентского потока в клинику или магазин оптики и, как следствие, рост прибыльности предприятия. Для достижения этой цели мы вспоминаем и структурируем постулаты маркетинга, применительно к оптическому рынку, и разбираем конкретные примеры из современной российской действительности.

Как управлять деньгами?

Е.Н. Якутина

Генеральный директор
ООО «Маркет Ассистант Груп»,
доцент МосГУ

Продолжение, начало см. в №№ 4-6/2016, 1-6/2017, 1-6/2018, 1-2/2019

Управленец тратит деньги на аренду помещения (если оно не в собственности), покупку и ремонт оборудования, оплачивает работу и обучение сотрудников, а также покупает товары и расходные материалы. Условно эти траты называются себестоимостью бизнеса. Добавляя к ней свой планируемый доход, предприниматель должен так построить ценообразование, чтобы окупить затраты и получить достаточную сумму для воспроизводства цикла, то есть накормить себя и реинвестировать средства.

Базовое понятие для данной темы — цена. Давайте с ней разберемся.

Цена — денежное выражение стоимости товара (услуги)

Для медицинских услуг применяются следующие цены:

– при стратегии высоких цен производитель устанавливает монопольную цену произвольно;

– номинальная цена публикуется в прейскурантах, справочниках, биржевых котировках;

– розничная цена основана на сумме издержек производства, к которой прибавляется прибыль производственных и сбытовых организаций и налог с оборота;

– рыночная цена для ведения купли-продажи на данном рынке (рыночная цена практически равна розничной);

– в зависимости от некоторых условий устанавливается скользящая цена (нередко равняется рыночной на данную дату, связывается с курсом валют);

– твердая цена устанавливается в договоре купли-продажи и не подлежит изменению.

Человечество накопило много названий для цены товара и/или услуги. Комплекс терминологии может включать: стоимость проезда, процент за кредит, плата за обучение, рента (арендная плата), прейскурант (цена), прайс (цена), цена труда (гонорар — творческий труд, жалованье — труд чиновников, денежное довольствие — труд военных, заработная плата — труд рабочих, денежное вознаграждение — труд специалистов).

Цена наиболее «гибкий» элемент системы маркетинга, работающий на доход, тогда как остальные ее составляющие являются затратными элементами, которые более сложно изменить.

Существуют два метода образования цен: по издержкам и по аналогии. Первый я привела чуть выше, экономисты ратуют за именно этот метод, он является наиболее точным, реалистичным и предпочтительным. Однако не все так просто. Конечная цена изделия не зависит от метода ее образования. Менеджеры считают, что стратегия аналогичных цен дает более верную рыночную настройку, поскольку основана на сравнении цен конкурентов.

Практика показывает, что цена и в первом и во втором случае будет почти совпадать.

Приведу несколько методик расчета цены.

1. В зависимости от сформулированной цели ценообразования:
– обеспечение выживаемости;
– максимизация прибыли;
– придание товару ценностной значимости;
– борьба с конкурентами и демпинг;
– захват рынка, увеличение доли рынка и др.

2. Определение спроса (количества товаров, проданного за единицу времени):
– хронометраж;
– опрос;
– расчет;
– экспертно.

В результате анализа полученных данных целесообразно построить кривые спроса. Методами оценки спроса могут выступить опрос покупателей; эксперимент с изменяющимися ценами; статистическая обработка данных других компаний.

Если спрос эластичен по цене, то возможно снижение цен, что позволит увеличить объем продаж, снизить издержки производства и в конечном итоге увеличить валовой доход.

3. Оценка издержек:
– постоянные затраты (условно);
– переменные затраты (условно);
– суммарные (валовые затраты).

Определение цен возможно на основе анализа безубыточности.

4. Анализ цен и товаров конкурентов:
– цены предприятий-лидеров;
– цены предприятий-аутсайдеров;
– мировые цены;
– цены товаров-конкурентов.

При отсутствии компаний-конкурентов следует анализировать цены товаров-заменителей с учетом их отличительных характеристик. Важно спрогнозировать возможность ответных мер конкурентов на изменение цены, для чего необходимо иметь информацию о затратах конкурентов.

5. Выбор метода ценообразования:
– затратный (себестоимость + прибыль);
– по аналогии (по ценам конкурентов);
– по ценностной значимости (для потребителей с высокими доходами);
– по ценам мирового рынка;
– установление цен на основе прямых или закрытых торгов;
– на основе анализа безубыточности;
– по ценам конкурентов;
– экспериментально постепенно повышая цену от минимального уровня (для однородных товаров массового производства) или понижая цену от максимального значения до уровня реального спроса (для индивидуальных, отличающихся товаров);
– на основе расчета дохода от использования товара («доходный» метод).

6. Установление окончательной цены: как сравнение трех параметров, себестоимости, цены товаров (услуг) конкурентов и цены за уникальные на уровне достоинства товара (услуги) трат.

После вдумчивого размышления на тему, каким образом установить цену, нужно провести экспертизу создаваемой цены специалистами и оценку ее восприятия потребителями. При инициативном изменении цен следует спрогнозировать и учесть реакцию внешней среды:
– ответную реакцию потребителей;
– ответную реакцию конкурентов;
– реакцию государственных и общественных организаций.

Предприниматели давно разгадали секрет допродаж, когда предлагается основной товар, за которым покупатель стремится в салон или клинику, и после согласия на приобретение ему предлагают в комплекте или вдогон дополнительные продукты. Причем такие комплекты должны быть сформированы заранее и на них необходимо установить сбалансированную цену. Подобное ценообразование зависит от многих факторов. Перечислим их:

– ценовое позиционирование товара (брендированный товар не может стоить дешево, определенные мировые марки устанавливают фиксированную и рекомендуемую цену для своих продуктов);

– установление цен в рамках товарного ассортимента (ступенчатая дифференциация, единая цена на все разновидности товара, например, на цвет/модель оправ);

– установление цен с учетом дополнительного оборудования (оправа с линзами);

– установление цен на обязательные принадлежности (упаковка, футляры, растворы для хранения и очистки, салфетки);

– установление цен на обязательные услуги и работы (проверка зрения, установка линз в оправу);

– установление цен по географическому принципу.

Из чего складывается стоимость очков?*

Для взвешенного и ответственного выбора очков нужно учесть множество параметров, одним из которых является цена. Иногда бывает так, что стоимость играет решающую роль при покупке очков. Цена в мире оптики — это отражение качества и пользы, которую изделие может принести своему владельцу. При формировании цены очков учитываются: линзы, оправа и работа.

Линзы

Во многом цена очков определяется качеством и свойствами их линз. Какой бы красивой ни была оправа, самые важные функции очков выполняют линзы — это коррекция зрения и защита глаз от вредного воздействия окружающей среды. Наиболее существенные факторы ценообразования:

1) материал линз — от него зависят такие свойства очков, как легкость, прочность, стойкость к царапинам. Долгое время считалось, что стекло — это лучший материал для линз, но современные акриловые и поликарбонатные линзы по качеству опережают стеклянные. Хотя бы потому что они легче и тоньше;

2) оптическая сила — подбирается индивидуально для каждого человека в зависимости от его зрения;

3) дизайн линзы — при сложных патологиях глаза используются линзы со сложным асферическим или прогрессивным дизайном. Это позволяет точнее скорректировать зрение и в полной мере использовать зрительные возможности человека.

Покрытия для линз бывают самыми разными: антибликовое, просветляющее, с фильтром синего света, гидрофобное и универсальное покрытие. Модифицированные линзы придают очкам дополнительные полезные свойства, а значит, и увеличивают их ценность для владельца. Хороший выбор — это многофункциональные покрытия, которые сочетают сразу несколько полезных функций. Например, фотохромные могут совмещать в себе функции сразу нескольких очков: для коррекции зрения, для защиты от УФ-излучения, для вождения автомобиля. При выборе стоит обратить внимание на качество фотохромного вещества, которое используется в линзах — чем выше скорость затемнения и просветления очков, тем лучше.

Оправа и другие элементы очков

Есть ряд ключевых аспектов, по которым можно определить качество оправы (а значит и ее стоимости):

– чем легче и прочнее материал оправы, тем комфортнее и безопаснее ношение очков;

– оправы из гипоаллергенных материалов (например, титан или хлопковая целлюлоза) или с гипоалергенными покрытиями подойдут для людей с аллергией;

– специальные напыления, которыми покрывают оправы, повышают их потребительские качества. Напыления могут быть декоративными, например, позолота, или функциональными — бериллий для повышения прочности;

– удобство очков зависит от качества таких элементов, как крепления, заушники, носовые упоры. Чем надежнее эти элементы и чем больше возможностей для их регулировки, тем лучше очки.

Мода стоит денег

Не меньше, чем функциональные качества, на цену очков влияет их дизайн и бренд. Во-первых, логотип бренда — это гарантия качества материалов и профессионализма людей, которые произвели очки. Ведь ни один производитель с мировым именем не будет рисковать репутацией и выпускать некачественную продукцию. Во-вторых, если для вас очки не только средство коррекции зрения, но и стильный аксессуар, вы должны быть в курсе актуальных трендов мира моды. Аналитические службы модных брендов всегда следят за актуальными тенденциями на мировых рынках: одежды, обуви, аксессуаров и даже гаджетов. При создании новых моделей очков эта информация обязательно учитывается дизайнерами. Поэтому очки от лучших производителей всегда актуальны и соответствуют модным трендам. В-третьих, крупнейшие мировые производители собирают и актуализируют базы данных, в которых содержится информация о физиологических, антропометрических и других особенностях жителей разных стран. Учитываются и национальные культурные особенности. Все люди разные, а значит, и очки для них должны быть разными.

Готовые очки или очки на заказ

Затраты на производство фабричных очков значительно ниже, чем на изготовление очков по индивидуальному заказу. Это связано с тем, что фабричный метод автоматизирован и рассчитан на усредненные модели, которые могут подойти широкой аудитории. Изготовление очков на заказ требует учета большого количества индивидуальных особенностей зрения, формы головы, образа жизни, вида зрительных нагрузок и других параметров. Заказные очки — это индивидуальный инструмент коррекции зрения, максимально удовлетворяющий зрительные потребности конкретного человека.

При выборе очков нужно рассмотреть все плюсы и минусы, взвесить все за и против. Только так можно принять правильное взвешенное решение. Но в любом случае помните, что не стоит экономить на своем здоровье.

*Материал с сайта сети салонов оптики "Эль Ликон" ellikon.ru

Анна Демидова

ШОПИНГ С МОНАШКОЙ

Демидова Анна Николаевна — геоботаник, кандидат биологических наук. В 2001 году с отличием окончила Биологический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова, в 2004 году успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Популяционная биология вейника седеющего (*Calamagrostis canescens* (Web.) Roth)». В настоящее время работает в Ботаническом саду МГУ «Аптекарский огород», где проводит самые разные экскурсии, в том числе для людей с нарушениями зрения. Сертифицированный волонтёр Фонда поддержки слепоглухих «Со-единение».

Как-то раз после тренировки в парке зашла я в ближайший магазин. Называется он «Южный двор», их много по Москве, целая сеть. Продают там и хозтовары, и посуду, и бытовую химию… В общем, всё, что так нравится смотреть женщинам для дома или, скорее даже, для души. Там всегда много новых товаров. Есть даже отдельный стенд «новинки», и если хочешь узнать о них — вот, всё перед глазами, как в музее будущего: здесь есть, а в других магазинах ещё нет.

С сотрудницами этого магазина я давно была знакома. Оля — такая высокая, статная. Она, как хозяйка, про любой товар готова рассказывать всё, что знает из личного опыта. Какие порошки лучше, какие хуже, от каких шампуней у неё стали выпадать волосы и чем потом лечила, какой крем правда смягчает пятки, а какой — пустая трата денег — об этом она, кажется, могла говорить часами. Мыло — так это вообще её излюбленная тема — хоть про хозяйственное, хоть про детское — она знала всё! «Как можно успевать столько всего попробовать дома», — удивлялась я, слушая, как она консультирует покупательниц.

Если бы мы не знали, что находимся в магазине, то приняли бы эти беседы за женский клуб… Но иногда сюда заходили и мужчины — за лампочками, кремом для бритья, одеколоном. И про эти товары Оля всё знала. Она подпирала рукой талию, слегка закатывала глаза и мягким томным голосом говорила: «Вот, все берут теперь вот этот «Дихлофос»! Нео! Он без запаха! Попробуйте! Не пожалеете! Да не тратьтесь вы на эти ловушки для тараканов — от них никакого толку! Пустая трата денег!» И так было всегда. Зачем нужно было что-то читать про новые товары, когда Оля уже всё испробовала…

Но сегодня всё было по-другому. Олю почему-то заменяла новенькая, рыженькая, Марина. Она сидела за кассой и только успевала обслуживать покупателей. Шоу не будет, подумала я, но и купить мне надо только стиральный порошок… Пошла в нужный отдел. Иду, рассматриваю товары. Тут подходит женщина, вся в чёрном…

— Нет сегодня Оли нашей. А можно я с вами похожу? Посмотрю, что вы будете покупать, — так скромно обратилась она ко мне.

Я на секунду задумалась, отвечать ли ей… Почему она ко мне подошла? Может, потому что на мне чёрная футболка? Или почувствовала родственную душу? Нет, наверное, всё же из-за чёрной футболки… Не успела я ничего ответить, как она продолжила:

— Вот сколько мыла навыпускали, смотрите! Я-то обычно хозяйственное беру — и одежду хорошо отстирывает, и пол мою… Знаете, я даже веснушки им убирала с лица! Вы какое мыло обычно берёте?

Что ж, придётся вступить в диалог, делать нечего… Почему-то я всё ещё пребывала в раздумьях.

Разнотравный луг в Подмосковье

Фото Анны Демидовой

— Я? Да разное беру… Вот, наше «Хвойное» неплохое, «Чистая линия» с алоэ, иногда пригождается дегтярное жидкое, — показала на полках.

— Ой, вы…? Вы даже дегтярное покупаете?

— Почему бы нет, вон то, жидкое, от «Невской косметики». Беру его в экспедиции, переливаю в небольшой бутылёк, от любой заразы спасает.

— И дёгтем пахнет? Прямо как раньше? А почему жидкое? Его водой разводят? Оно хоть мылится? Надо же, я бы не подумала, что вы что-то моете дегтярным. Вот бы не подумала про вас. От заразы мне как раз и нужно! Куплю его!

И она, не раздумывая, положила в корзинку коричневый флакон с изображением берёзовой веточки.

— Может, вы мне и с шампунем поможете? Здесь так много разных… Мне — лишь бы запах был вкусный! У вас волосы блестящие. Вы каким моете?

— Да, любым, какой под руку попадёт… Сегодня — «Шаума» с лавандой.

— Возьму вот этот, на травах! Такая огромная бутылка и всего 46 рублей! Знаете, в моём детстве в Подмосковье такие луга были! Бегаем, трава выше нас! А цветы! Каких только цветов не было! Надеюсь, что шампунь так и пахнет!

Она задумалась и продолжила: «Может, вы думаете, что я совсем оторвана от жизни? У меня есть и вазелин, и крем для рук! Даже красная помада в шкафу лежит! Но я не крашусь ею! Ни-ни! Только иногда достаю и любуюсь…» — полушёпотом произнесла монашка и продолжила: «Вы, наверное, и ногти красите? Есть здесь лаки? Давайте вместе посмотрим». И мы подошли к полочкам с лаками. Все оттенки — красные, розовые, вишнёвые, с блёстками, вкраплениями, лаки-хамелеоны…

— Смотрите, даже серые, синие и чёрные сделали! И зачем всё это? Сколько всего лишнего люди производят и покупают! Как вы думаете? Хотя я ведь и сама когда-то красила ногти, розовым лаком… — задумавшись, сказала монашка. — А потом стала в церковь ходить, там нельзя. А ещё у нас в Сергиевом Посаде со слепоглухими общалась, там рука в руку, никакого маникюра.

— Рука в руку? — повторила я её слова. Дактиль…

— Да, а вам-то откуда знать? — удивлённо спросила монашка.

Я не знала что ответить, посмотрела на неё, потом на её корзинку и показала пальчиками слово «ромашка» — то, что увидела на шампуне. Она кивнула головой и продактилировала «василёк», я ей — «берёза», она мне — «крапива»… Проходящая мимо женщина посмотрела на нас, что-то хотела спросить, но, видимо, решила не связываться с такими непонятными людьми.

Рассказала своей собеседнице, что однажды пошла на курсы по сопровождению слепоглухих. Ездила сквозь метель и вьюгу на другой конец Москвы, на лекции Ирины Владимировны Саломатиной. Монашка показала мне рукой «ИВС». Дальше можно было не продолжать… Многие слепоглухие люди поняли бы, о ком идёт речь. Выяснилось, что мы читали одни и те же книги, смотрели одни и те же фильмы, что у нас есть общие знакомые.

— Знаете, у них и фонд свой, и даже свой журнал!

— «Ваш собеседник», редактор — Кремнёва!

— Да! Наталья Борисовна! Точно!

Обе мы были поражены нашим разговором, но всё же пошли выбирать стиральные порошки: оставалось минут двадцать до закрытия магазина.

— Вам бы пошло работать здесь консультантом, как Оля, вы толково всё рассказываете, — вдруг сказала монашка.

— Просто я так привыкла, иногда веду экскурсии, в Ботаническом саду и в дикой природе…

— Вот! И здесь тоже нужны экскурсии! А то глаза разбегаются от такого изобилия! У вас бы хорошо получилось — и про лаки, и про мыло… Все бы товары вмиг раскупили!

Нам обеим стало смешно…

Стеллажи с порошками. Я взяла коробочку «Лоска».

— Хороший порошок? Мне бы для чёрного… Много тёмной одежды… Куплю вот этот, в бутылке! — решила монашка.

— Он недешёвый, 350 рублей, — возразила я.

— Ничего! Помню, Оля говорила, что для чёрного он — что надо! А остальное…

— Пустая трата денег! — подхватила я. Мы засмеялись и направились к кассе оплатить покупки.

— Меня Евстолия зовут. Вы таких имён и не слыхали, наверное?! А вас? — уже на улице спросила меня монашка.

— Я — Анна. Евстолия — у нас была такая детская писательница, я ещё со школы помню это необычное имя. Потом читала в календаре, что в переводе с греческого Евстолия значит «хорошо одетая».

— Вот я и подбираю порошки, чтобы одежда всегда была чистой! — улыбнулась попутчица.

Мы попрощались в надежде когда-нибудь встретиться вновь и разошлись.

В «Коломенском» зажгли фонари. Было пустынно и тихо. Приближался сентябрь, с клёнов опадали первые листья. Я думала о соотношении материального и духовного в нашей жизни, о том огромном перепроизводстве вещей, без которых можно обойтись, и как тесен мир людей, которых объединяет удивительный способ общения — дактиль.

30 января 2019 г.

Фото Екатерины Столяренко

Инклюзия по-немецки: новая жизнь Юргена Егера

Посещая зарубежные страны, всегда интересно и поучительно познакомиться с жизнью незрячих людей, сравнить её с отечественным опытом… Поэтому во время недавней поездки в Германию я с удовольствием побывал в гостях у Юргена Егера, шестидесятипятилетнего жителя небольшого городка Виксхаузен, на юге страны, в федеральной земле Гессен.

Мой новый знакомый, с которым меня познакомили активисты одной из местных благотворительных организаций, незрячий с рождения. Более пятидесяти лет, начиная с шестилетнего возраста, он провёл в специальных заведениях для инвалидов. В официальных документах «инвалидные дома» в Германии называют «стационарными учреждениями» (stationäre Einrichtungen). «Стационар» — звучит солидно, серьёзно, но как-то по-больничному, немного грустно…

Семь лет назад, в 2012 году, для Юргена Егера началась новая жизнь. Вместе с одним из «товарищей по несчастью» он выехал из Дома инвалидов (Behindertenheim) и начал новую жизнь в отдельной комфортабельной квартире, расположенной в нескольких километрах от его прежнего многолетнего пристанища.

Илья Бруштейн

Почему мне думается, что история жизни немецкого товарища по несчастью будет интересна читателям газеты «Поле зрения»? Его случай далеко не единичен. В последнее время в Германии много говорят об инклюзии. И речь идёт не только о школьной инклюзии, получившей в последние годы широкое распространение и в нашей стране.

Понятие «инклюзия» обозначает в Германии максимально широкое участие людей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе инвалидов по зрению, в жизни общества. Одна из составных частей инклюзии: реформирование системы «стационарных учреждений». Ещё десять-двадцать лет назад туда направлялась значительная часть инвалидов, которым не могли или не хотели помочь в семье.

В настоящее время всё большее распространение получают «сопровождаемое проживание» (Betreutes Wohnen) и другие формы помощи людям с особыми потребностями, не связанные с пребыванием в массовых «инвалидных домах».

Для России этот вопрос чрезвычайно актуален. В психоневрологических интернатах, домах ветеранов и инвалидов у нас тоже «прописано» немало постояльцев, которые при соответствующих условиях могли бы жить в собственных стенах. Социальная работа немыслима без индивидуального подхода. История Юргена Егера заставляет об этом задуматься.

Любимая кофейная машина Юргена Егера

Юрген Егер родился практически слепым. В детстве его острота зрения составляла всего три процента. В течение жизни — ещё в юности — он полностью ослеп.

У Юргена не было детства. Отец скончался, когда он был младенцем. Мать была лишена родительских прав из-за алкоголизма. «В шесть лет меня забрали от биологической родительницы и определили в детский дом Святого Винсенца «Sankt Vincenzstift», расположенный в местечке Аульхаузен (Aulhausen)».

В последние годы в немецкой прессе появилось целый ряд публикаций о порядках, царивших в этом учреждении в пятидесятые и шестидесятые годы, о массовых и планомерных издевательствах над детьми, в том числе детьми-сиротами и детьми-инвалидами. Состоялись судебные процессы над бывшими сотрудниками-садистами.

«Совсем недавно я получил денежную компенсацию за то, что в детстве подвергался систематическим избиениям, — рассказывает Юрген. — Особенно я запомнил одного воспитателя, который бил меня кулаками по всему телу. У него на пальце был надет тяжёлый, объёмный перстень, который при ударах впивался в тело и разрывал кожу…»

Из ада — в рай

После четырёх лет в Альхаузене Юрген оказался в Институте слепых (Blindeninstitut) в Марбурге. Это учебный и реабилитационный центр включает в себя множество учреждений: от детского сада для слепых детей до профессиональных школ, где инвалиды по зрению могут освоить различные специальности. Здесь же находятся специализированная библиотека, издательство брайлевских книг, туристическое бюро, организующее путешествия для незрячих, а также ряд других учреждений.

«Я попал из ада в рай: из кошмарного детского дома, где надо мной издевались, оказался в прекрасном месте, где сотрудники искренне любили детей и относились к нам как к собственным детям», — делится воспоминаниями Юрген.

Вся жизнь — в казённых стенах

В Марбурге Юрген прожил 13 лет: с 1964 года по 1977 год. Там он получил профессию телефониста. После этого ему предложили переехать в Дом инвалидов (Behindertenheim) в Виксхаузене, также расположенном в федеральной земле Гессен.

«В основном подопечные жили по два человека в комнате. Но мне как слепому выделили отдельную комнату, — рассказывает Юрген. — Незрячим людям трудно жить со зрячими в одном помещении, так как «глазастики» постоянно разбрасывают вещи, перекладывают их с места на место, забывают закрыть дверь комнаты или дверцу шкафа. Это может привести к серьёзным травмам. Поэтому для слепого отдельная комната — это не роскошь, а необходимость!»

Господин Егер не только жил в Доме инвалидов, но и в течение нескольких десятилетий работал там в качестве телефониста. «Эта работа доставляла мне большое удовольствие! Я осуществлял телефонное соединение звонивших с нужным сотрудником, выполнял обязанности секретаря-референта, был в курсе всех событий и всех новостей. Если человек не мог сразу же решить свой вопрос, то я вносил информацию о его звонке в специальную компьютерную программу, чтобы нерешённая проблема оставалась на контроле у начальства».

В Доме инвалидов Юрген прожил ровно 35 лет. В 2012 году вместе с ещё одним многолетним подопечным социального учреждения, Карлом-Хайнцем Пиллаком, ему предложили переехать в отдельную трёхкомнатную квартиру, также расположенную в Виксхаузене, в нескольких километрах от прежнего места жительства. Площадь квартиры — около восьмидесяти квадратных метров. У каждого из двух жильцов — по отдельной комнате. Также имеется уютная, просторная гостиная. Оборудованная кухня. Все удобства. Балкон.

Заботливые сотрудники и безумные подопечные

Какие воспоминания сохранились у Юргена о жизни в Доме инвалидов? Как изменилась его жизнь после переезда в отдельную квартиру? Мой собеседник производит впечатление разумного, адекватного, уверенного в себе, доброжелательного человека. Почему же он так долго не мог «вырваться» из казённых стен и начать самостоятельную жизнь?

«В целом от жизни в Доме инвалидов у меня остались положительные воспоминания, — отвечает Юрген. — Там работают внимательные, заботливые сотрудники, которые прилагают большие усилия, чтобы сделать лучше жизнь людей с инвалидностью. Бытовые условия тоже были хорошими. Для подопечных часто устраиваются праздники, экскурсии и т.д. Проблема заключается в том, что практически в каждом Доме инвалидов, в том числе и в нашем, находится много подопечных с серьёзными психическими нарушениями, глубокой умственной отсталостью и т.д. Людям с физическими недостатками, но здоровой психикой, в том числе и слепым, очень трудно постоянно находиться в такой обстановке, «вариться в этом котле». Дом инвалидов превращается в «филиал» психиатрической лечебницы, со всеми вытекающими последствиями».

Незрячие люди живут в мире «звуковых картин». Тихая, спокойная обстановка очень важна для них, чтобы сохранять психологическое равновесие. «Дом инвалидов размещается в восьми коттеджах. В каждом из них проживает одна группа по восемь человек. И, к сожалению, практически в каждой группе, в том числе и в нашей, находилось несколько буйных, неадекватных подопечных, которые регулярно кричали, выли, свистели… Почти каждый день я страдал от шума! Регулярно происходили потасовки между подопечными, в том числе драки».

Кроме того, Юргена раздражало то, что некоторые постояльцы любили копаться в чужих вещах и регулярно его обворовывали. «Как правило, исчезали какие-то мелочи. Но всё равно это было неприятно!»

Принимать душ утром и вечером — одна из излюбленных привычек Юргена. Но и здесь он сталкивался с регулярными трудностями: «У нас в группе были два постояльца, которые постоянно мешали мне осуществлять гигиенические процедуры: когда я находился в душе, они блокировали подачу воды. Им доставляло радость видеть, как я злюсь из-за невозможности смыть с себя мыльную пену… Такая вот «детская» шалость: отключить воду, когда другой человек принимает душ! Если бы это произошло один-два раза, то можно просто посмеяться над такой ситуацией, не принимать её близко к сердцу… Но постоянно сталкиваться с такими дебильными и однообразными «розыгрышами» совсем не хочется!»

Сотрудники Дома инвалидов, по возможности, старались помочь Юргену справиться с неприятными житейскими коллизиями, но из-за большой загруженности им далеко не всегда удавалось поддерживать в группе дисциплину и порядок.

Почему же пребывание Юргена в Доме инвалидов затянулось на целых 35 лет? «Честно говоря, я вообще об этом не задумывался. До 2012 года никто и никогда не говорил мне, что существуют какие-то альтернативы Дому инвалидов. Мне казалось, что если человек слепой и у него нет семьи, то никакого другого варианта, кроме «стационара», просто нет».

Необходим индивидуальный подход!

«Жизненная ситуация Юргена Егера является достаточно типичной, — поясняет Клаус Баум, многолетний волонтёр дома инвалидов в Виксхаузене. — Социальная система Германии считается одной из лучших в мире, и это мнение вполне оправданно. Для людей с ограниченными возможностями здоровья в нашей стране многое делается! Но проблема заключается в том, что в течение нескольких десятилетий социальным и благотворительным учреждениям не хватало индивидуального, дифференцированного подхода. Люди с различными физическими и психическими нарушениями содержались в одних и тех же Домах инвалидов. Частично это происходит до сих пор. Самое главное: никто не задумывался над тем, а нужно ли конкретному человеку продолжать жить в казённых стенах? Может быть, он уже не нуждается в круглосуточной опёке и может жить самостоятельно или частично самостоятельно?»

Система социального обеспечения в Германии стала меняться в последнее десятилетие. «Главные изменения состоят в том, что в настоящее время в Дома инвалидов стараются направлять только тех страждущих, которые действительно нуждаются в постоянной опеке сотрудников, — рассказывает Клаус Баум. — Для всех остальных предлагаются различные формы «сопровождаемого проживания» (Betreutes Wohnen), когда человек с инвалидностью живёт самостоятельно в отдельной квартире (также в ней могут проживать два, три, четыре человека), а социальные работники навещают их по мере необходимости».

Эта не только более разумно и гуманно, но и экономично. Постоянное проживание в Доме инвалидов обходится налогоплательщикам или благотворительным организациям гораздо дороже, чем индивидуальная «помощь на дому».

В настоящее время практически все немецкие Дома инвалидов регулярно посещают общественные и государственные комиссии, выявляющие подопечных, которых можно «выписать из стационара», отправить в «самостоятельное жизненное плавание» (с той или другой степенью поддержки).

Именно такая комиссия и рекомендовала предоставить Юргену Егеру отдельную квартиру, хотя сам он об этом не просил. Как изменилась его жизнь за прошедшие семь лет?

«Изменения действительно огромные, мне очень нравится жить самостоятельно, быть хозяином своей жизни, — рассказывает Юрген. — Самое главное, что в новой квартире я наслаждаюсь тишиной и спокойствием. Я избавлен от посторонних звуков, нежелательного общения, могу в любое время послушать музыку, принять душ или включить телевизор. С моим соседом по квартире Карл-Хайнцем у нас полное взаимопонимание».

Не так уж сложно жить самостоятельно!

«Не так уж сложно жить самостоятельно!» — такой вывод сделал Юрген Егер после семи лет жизни вне стен Дома инвалидов. Со всеми домашними делами они с соседом отлично справляются: «Два раза в месяц в квартиру приходит уборщица для генеральной уборки, в остальное время мы поддерживаем чистоту сами. Слепота не мешает мне управляться с пылесосом и шваброй. Стиральной машиной тоже можно отлично пользоваться на слух. И глажка не доставляет особых сложностей».

Юрген умеет неплохо готовить. Обычно речь идёт о простых, но сытных и вкусных блюдах: тушёное мясо или рыба с гарниром, супы, салаты… Он обладает ещё одним навыком, которым гордится: поселившись в отдельной квартире, он и его сосед всегда дисциплинированно разделяли (сортировали) бытовые отходы, так, как это и положено в Германии. Бумагу — в один пакет, пластик (например, упаковку от йогурта) — в другой, стекло в третий, остальной мусор — в четвёртый. Такое «примерное поведение» неоднократно вызывало слова благодарности и восхищения домоуправа.

«Самостоятельное проживание предполагает не только новые права и возможности, но и ответственность. И я вполне это осознаю», — подчёркивает Юрген.

Два раза в месяц квартиру навещает социальный работник Дома инвалидов. Сопровождаемое проживание — один из «проектов» этого учреждения: «Каждый раз меня и Карл-Хайнца спрашивают, есть ли у нас какие-либо проблемы? Как складываются наши отношения с соседями? Испытываем ли мы потребность в чём либо? Имеются ли жалобы? Но за все семь лет у нас, слава Богу, не возникло каких-либо проблем».

С удовольствием Юрген демонстрирует мне самое любимое приспособление в своей комнате: читающую машину. Это приспособление позволяет распознавать и озвучивать тексты. Таким образом, любая книга может превратиться в звуковую. Особенно часто Юрген использует читающую машину для знакомства с письмами, которые регулярно приходят в его почтовый ящик.

Пенсионер-волонтёр

Переехав в отдельную квартиру, Юрген до декабря 2018 года продолжал работать в качестве телефониста в Доме инвалидов. В настоящее время он находится на заслуженном отдыхе. Впрочем, скучать ему не приходится.

Наш герой — активист Гессенского регионального отделения Немецкого общества слепых и слабовидящих (Deutscher Blinden-und Sehebehindertenverband). Он отвечает за работу с детьми. Часто ездит в Институт слепых в Марбурге, где сам жил и учился в шестидесятые годы, и проводит там по нескольку дней.

В качестве волонтёра помогает в детском саду для слепых детей. «Там находятся 24 незрячих ребёнка в возрасте от 3 до 7 лет. В детском саду их готовят к дальнейшему обучению в школе. Вместе с воспитателями я играю с детьми: и в настольные игры, и в подвижные. Кроме того, индивидуально провожу для мальчиков и девочек занятия по мобильности. Важно, чтобы они уже в юном возрасте учились обращаться с белой тростью. Эта работа находит поддержку не только у детей, но и у их родителей! Они выражают мне благодарность».

Кроме того, Юрген с удовольствием посещает клуб любителей велопрогулок на тандеме, а также играет в голбол (игру с мячом для слепых).

Самостоятельное проживание также привело к возникновению новых контактов с различными людьми: «За эти семь лет меня узнали водители автобусов, которыми я регулярно пользуюсь. Меня знают в магазинах, где я являюсь постоянным клиентом. Не только в продуктовых лавках и супермаркетах, но и в магазинах одежды. Там меня не только сопровождают в примерочную, но и консультируют по поводу цветовой гаммы и фасона… Одежда должна хорошо сидеть и соответствовать по цвету!»

Ещё одно обстоятельство, которое мой собеседник не может не упомянуть: ему доставляет удовольствие приглашать гостей в свою квартиру: «Конечно, и раньше ко мне приходили гости… Но принимать их в своём жилище — это особое чувство. Я не только радуюсь, но и горжусь этим! Даже самый лучший Дом инвалидов — это своеобразное гетто, особый, закрытый мир. Люди из «большого мира» приходят туда, улыбаются… Но всегда остаётся граница. Мы и Они. Те, кто живёт в собственных домах и квартирах. И те, кто прописан в «инвалидных приютах». Теперь этой границы для меня не существует. Я живу так же, как и большинство немцев!»

Слепота — не повод для насмешек!

Я не мог не спросить Юргена о его отношении к немецким дискуссиям об инклюзии. Достигнута ли она в Германии? В чём успешен немецкий опыт? Какие трудности ещё нужно преодолеть? Как чувствует себя в Германии незрячий человек?

«Думаю, что инклюзия в Германии работает неплохо, — делится своим мнением Юрген. — У нас есть много людей, которые помогают инвалидам жить полноценной жизнью, с пользой проводить досуг. Я очень благодарен волонтёрам, благодаря которым у меня есть возможность пользоваться велосипедом-тандемом. Они тратят своё свободное время, чтобы осуществлять наши поездки. Также в Германии существует огромное количество «общественных опекунов» (ehrenamtliche Betreuer), которые опекают инвалидов и в стационарных учреждениях, и при самостоятельной жизни. Например, один из таких опекунов ежегодно приглашает меня провести рождественские праздники вместе с его семьёй. Это замечательно и очень благородно!»

Впрочем, у моего собеседника есть и поводы для беспокойства и тревоги: «Я не могу сказать, что в Германии инклюзия полностью победила. У нас ещё встречаются люди, которые относятся к инвалидам насмешливо пренебрежительно или даже оскорбительно-презрительно».

С такими ситуациями ему неоднократно приходилось сталкиваться лично. «Недавно я шёл по улице, никому не мешал… И вдруг какой-то дебил (не могу подобрать другого слова!) перегородил мне дорогу, я метнулся влево, чтобы обойти этого гражданина, он тоже побежал налево и вновь перегородил мне дорогу. В течение нескольких минут я метался из стороны в сторону, и несколько раз просил гражданина не мешать мне идти… Но он только хохотал и вновь, и вновь преграждал мне путь!»

Читающая машина — неоценимый помощник инвалида по зрению

Юрген Егер подчёркивает, что незрячие люди не ожидают и не хотят жалости, но они также не намерены мириться с ситуациями, когда их недуг становится поводом для насмешек или странных розыгрышей: «Любое самостоятельное перемещение в пространстве связано для слепого с большим стрессом, эмоциональным напряжением. Поэтому недопустимо сознательно, ради баловства, препятствовать слепому в передвижении, бросать ему что-то под ноги, преграждать дорогу и т.д.»

Психологические травмы, «зарубки на сердце» также возникают тогда, когда «объектом нападения» становится белая трость, друг и помощник инвалида по зрению. Недавно во время прогулки по Дармштадту какой-то мальчишка без всякого повода с размаху ударил кулаком по трости Юргена. Наверное, хотел проверить чужую трость на прочность… «Такие ситуации, к сожалению, более-менее регулярно происходят не только со мной, но и с другими незрячими. И всё же подавляющее большинство людей относится к инвалидам доброжелательно и уважительно, а значит, инклюзия в нашем обществе работает!»

Главное — видеть сердцем!

Юрген не засиживается дома. Он любит гулять и во Франкфурте-на-Майне, и в Дармштадте, и в других соседних городах. Недавно во время одной из таких прогулок произошёл неприятный случай. На пешеходной улице он случайно задел тарелочку с мелочью, которая выставила местная нищая. Дама, находившаяся в состоянии опьянения, стала осыпать пожилого мужчину нецензурными оскорблениями.

Незрячий пешеход не стал ввязываться в дискуссию, извинился за недоразумение и хотел пойти дальше. Но громкоголосая брань нищенки привлекла внимание прохожих. Пожилая женщина, ставшая свидетелем инцидента, вступилась за Юргена и стала увещевать даму: «Он — слепой, но никому не мешает, милостыню не просит… А ты — молодая, здоровая, попрошайничаешь и скандалишь в центре города!» Потом старушка обратилась к Юргену: «Не обижайтесь на неё! Эту тарелочку с мелочью Вы не могли видеть. Зрение — это не главное. Человек видит сердцем!»

Не пропадает ли после таких случаев желание самостоятельно выходить в люди? «Я смотрю на жизнь философски. В конце концов, нелепые, странные или оскорбительные ситуации на улице или в общественных местах могут случиться и со зрячими… В любом случае, хороших людей всё равно больше, чем плохих! Но некоторых других незрячих подобные недоразумения буквально «запирают» в четырёх стенах. Столкнувшись с хамством или насмешками на улицах города, они не могут преодолеть себя и не решаются самостоятельно передвигаться с белой тростью. Это серьёзная проблема, над которой работают и профессиональные реабилитологи, и активисты Немецкого Общества слепых и слабовидящих».

Что думает Юрген о том, что репортаж о его жизни будет напечатан в России, в газете «Поле зрения»? Что он хотел бы передать российским читателям? «Я никогда не был в России, но, вероятно, во всех странах мира слепые и другие люди с инвалидностью сталкиваются с одинаковыми проблемами. Наверное, в России тоже есть люди, которые, как и я, в течение нескольких десятилетий живут в специальных учреждениях для инвалидов. Может быть, после знакомства с этим репортажем они захотят изменить свою жизнь, начать жить самостоятельно. Я был бы очень рад, если бы мой опыт оказался для них полезен!»

На прощание Юрген предлагает сфотографировать его рядом с кофейной машиной, которой он очень гордится: «Я не могу представить свою жизнь без утреннего свежезаваренного кофе. И с этим приспособлением он получается замечательным!»

Сопровождаемое проживание. Немецкий опыт

Общаясь с Юргеном Егером, нельзя не отметить его высокий уровень самостоятельности. Несмотря на слепоту, ему практически не требуется помощь в бытовых вопросах.

Но как быть тем инвалидам, которые не обладают подобными навыками? «На сегодняшний день в Германии действуют самые различные формы «сопровождаемого проживания», — рассказывает волонтёр дома инвалидов в Виксхаузене Клаус Баум. — Например, к Юргену и его соседу социальный работник приходит только два раза в месяц для разговора за чашечкой кофе. Есть другие проекты, где людей с тяжёлыми формами инвалидности обслуживающий персонал навещает несколько раз в неделю или даже ежедневно. Или находится в квартире круглосуточно».

«Стационар» — действительно звучит по-больничному. Но ведь из каждого стационара можно выписаться. С Юргеном это произошло семь лет назад. Хочется пожелать ему успехов!

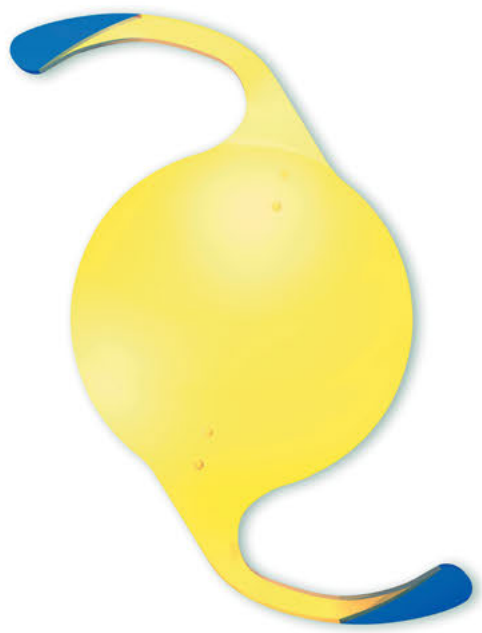
iSert® Toric

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 T5**
(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

На правах рекламы

издательство Апрель

Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей. Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Подписной индекс: 15392
www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственность за представленный материал (научные тексты, иллюстрации, рекламные блоки, текстовую рекламную информацию). Авторы гарантируют, что их статьи не является плагиатом полностью или частично произведением других авторов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: Июнь 2019. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 202. © «Поле зрения», 2019. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.