

# ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№ 4 (36) ИЮЛЬ-АВГУСТ 2016

ISSN 2221-7746

## ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

## К 190-летию со дня основания Московской глазной больницы

### Исторический очерк

## Уважаемые друзья!

Примите искренние поздравления по случаю 190-летия со дня основания  
Московской глазной больницы!

Единая сплоченная команда, готовая преодолеть любые трудности, высокий профессионализм, умение настроиться на результат помогли вам добиться блестящих успехов и вписать яркую страницу в историю отечественной офтальмологии.

Вы можете по праву гордиться несколькими поколениями своих предшественников, которые всегда трудились на совесть, высоко держали планку качества. Важно, что нынешний коллектив бережно хранит традиции творческого труда.

Сегодня перед вами стоят не менее важные задачи. Это разработка и внедрение современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения, повышение качества обслуживания и уровня комфорта пациентов. От вашей компетентности, личной ответственности зависит качество жизни людей.

Желаем и впредь добросовестно работать, неустанно совершенствовать профессиональное мастерство, эффективно справляться с задачами, стоящими перед вашим коллективом!

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

**П**ервая попытка организации специализированной глазной помощи была предпринята в Москве в 1805 году, когда при Голицынской больнице были открыты специализированные койки. В 1812 году во время пожара больница сгорела, и до 1824 года специализированную помощь оказывали только общи хирурги.

В 1825 году вопрос об учреждении специальной глазной больницы назрел в Москве, Примером послужило открытие в 1824 году в Санкт-Петербурге первой в России специализированной Глазной лечебницы. В 1825 году при Голицынской больнице было открыто отделение на 10 коек, которыми заведовал доктор Петр Федорович Броссе. С самого начала стало очевидным, что это отделение не может удовлетворить спроса населения на глазную помощь. По инициативе П.Ф. Броссе 19 ноября 1825 года управляющий Министерства внутренних дел пишет записку в Кабинет Министров с просьбой об учреждении в Москве Глазной больницы, и 26 января 1826 года выходит Высочайше утвержденное положение Комитета Министров «Об утверждении в Москве Глазной больницы». На первоначальное ее устройство отпущено 10 000 рублей из городских доходов. Директором утвержден Петр Броссе, консультантом — А.Е. Эвениус.

Одним из инициаторов открытия отдельной и специально оборудованной глазной больницы был известный филантроп того времени, доктор Ф.П. Гааз, который обратился к московскому генерал-губернатору, князю Д.В. Голицыну с письмом. Дмитрий Владимирович



Здание больницы в середине XIX века

Голицын, поддержав пожелания общественных деятелей о необходимости создания в Москве специализированной глазной больницы, организовал и возглавил Комитет по сбору пожертвований. В Комитет входили купцы первой гильдии, общественные деятели Москвы того времени, доктор, среди которых были врачи Ф.А. Гааз, А.И. Поль, М.А. Маркус, П.Ф. Броссе, А.Е. Эвениус и аптекарь Кауфман. Попечителем будущей больницы был назначен генерал-губернатор Д.В. Голицын. Все они без всякого вознаграждения вели работу и по организации больницы, и по ее управлению, когда она начала функционировать.

Цели, которые поставил Комитет, выражены им в следующих словах: «В общественное сие заведение предположено принимать больных всякого возраста, пола и звания, преимущественно

неимущих, безо всякой платы за содержание и пользование».

На призыв Комитета о пожертвовании в его распоряжение не поступило ни одного крупного вклада, которым могла бы быть обеспечена постройка и содержание больницы. Она возникла из сборов «с миру по нитке». В образовании капитала и снабжении больницы оборудованием принимали участие все слои московского общества. Жертвовали кто сколько мог по своим средствам и щедрости, деньгами и натурой; давали рубли и тысячи, то единовременно, то с обязательством периодических взносов. По распоряжению министра внутренних дел было выдано 10 тысяч рублей ассигнациями из городских средств (серебро, приблизительно 2880 рублей). Натурой несли все, что могло пригодиться в хозяйстве возникавшего учреждения: голландский холст, сукно и другие

ткани, стулья, столы, кровати, клеенку, «чернильни-подсвечники», умывальники; пожертвована была ванна из белого железа, конторские книги, кухонная посуда, картины и так далее. Оптики предлагали бесплатно очки для больных, физики — электрические машины и свой труд. Типография пожертвовала доход с объявлений о приезжающих.

Самым крупным пожертвованьем было «обращение на содержание больницы части дохода с так называемого Глебовского подворья». П.И. Глебов, умирая, завещал принадлежащее ему владение в Зарядье, выходящее на три переулка — Знаменский, Скворский и Ершовский — с несколькими находящимися на нем двухэтажными каменными корпусами, в распоряжение Московского генерал-губернатора с тем, чтобы доход с подворья распределялся между тремя учреждениями следующим образом: ежегодно 1155 рублей на содержание 10 воспитанников в Елизаветинском институте, 577 рублей на содержание 5 кроватей в Ново-Екатерининской больнице и все остальное в пользу имеющей открыться Московской глазной больницы.

Жертвователями больницы были также первые врачи ее, внесшие свои пожертвования и работавшие в ней бесплатно. Доктора П.Ф. Броссе и А.Е. Эвениус еще со времени возникновения мысли об устройстве больницы до ее открытия принимали больных бесплатно у себя на квартирах в назначенные часы. Главные врачи включительно до Г.И. Брауна жертвовали и позднее свое жалование в пользу больницы.

..... > стр. 6



## ДОСЬЕ

Круг ответственности главного специалиста офтальмолога  
МЗ РФ В.В. Нерова > стр. 3

## ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

Многопрофильная больница — это шанс на спасение для самых тяжелых пациентов > стр. 11

## КОНФЕРЕНЦИИ

«ДЕНЬ ЗРЕНИЯ – 2016» > стр. 16

ЧИТАЙТЕ на стр. 21: А.В. Трубилин «Современная биометрия» / на стр. 22: С.В. Резвых «Увидеть невидимое»

Мастерская «ВИДЕОРЕТИНА 3D» > стр. 27

«ФЕДОРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ – 2016»

ЧИТАЙТЕ о работе секции «Противоречия и разногласия в современной тактике хирургического лечения пациентов с катарактой» > стр. 30

## АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



«Достигнув поставленной цели, иди дальше» Интервью с профессором А.В. Мягковым > стр. 24

«Уфа-Белград: новые перспективы сотрудничества» Интервью с доктором Зорицей Савкович > стр. 40

## ИНТЕРВЬЮ-ПОРТРЕТ



«Врач начинается с чувства ответственности за пациента. Между «Помоги» и «Не навреди» Интервью с профессором Г.Е. Столяренко > стр. 34

## Также в номере:

События в поле зрения > стр. 26, 33

Оптический бизнес > стр. 38

Научные статьи > стр. 42, 43, 46

Клинические случаи > стр. 48, 50

К незримому солнцу > стр. 51

Записки американской медсестры > стр. 54

# Заседание Правительственной комиссии по импортозамещению

**Вступительное слово Дмитрия Медведева на заседании Правительственной комиссии по импортозамещению**

Д. Медведев: У нас очередное заседание комиссии по импортозамещению. Мы встретились в Центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева и поговорим о медицине, об импортозамещении в медицине, имея в виду и фармацевтику, и медицинскую промышленность. Тема и экономическая, и социальная, касается абсолютного большинства людей, касается здоровья, поэтому главным достоинством тех препаратов, которые появляются в рамках импортозамещения, должно быть не только то, что они российские, главным должно быть другое: они должны быть эффективны, безопасны, качественны и, конечно, доступны по стоимости.

Мы сейчас смотрели, как выглядит линейка медицинского оборудования, медицинской техники, так называемой тяжелой техники, расходных материалов. Впечатление двойственное — в части расходных материалов ситуация выглядит плохо, практически все расходные материалы иностранные. Мы технику научились делать, а все расходные материалы закупать в огромном количестве за границей. С учетом того, что они потребляются тоннами, грустно на это смотреть, потому что серьезные машины, оборудование сложное выпускать способны, а то, что связано с качеством пластика и металла — нет. Почему я об этом говорю? Еще когда начинался наш проект по здравоохранению (а это было 10 лет назад), мне медики говорили, что, к сожалению, все расходные материалы иностранные. Так и осталось. Надо с этим что-то делать.

Мы должны развивать собственное производство, поддерживать локализацию выпуска иностранных лекарств в нашей стране. В обоих секторах, производстве лекарств и в выпуске медицинских изделий, действуют планы мероприятий по импортозамещению. Они дополняют те меры, которые мы ранее заложили в федеральную целевую программу по развитию фармацевтической и медицинской промышленности. Деньги выделяются на организацию производства, на проведение клинических и доклинических исследований, они были предоставлены в прошлом году и в этом году по линии Фонда развития промышленности. Российские фармпроизводители в общей сложности получили кредиты на сумму около 3 млрд рублей, производители медицинских изделий, оборудования — около 2 млрд рублей. Этим занимаются не только производители, но и крупные медицинские организации, включая и Бакулевский центр, потому что он не только исследовательский, но и участвует во внедрении новых методов лечения. Так поступают и другие наши крупные центры, поэтому надо и на них обратить внимание при принятии решений, связанных с распределением денег из фондов и соответствующей грантовой поддержкой.



За последние четыре года были заключены контракты на разработку технологий изготовления 132 лекарственных препаратов из перечня жизненно необходимых. По 126 — разработки закончены, определены сроки их государственной регистрации и вывода на рынок. Говорили по поводу платы за регистрацию. Какие организации этим занимаются? Надо разобраться.

В рамках плана мероприятий по импортозамещению в медицинской промышленности сейчас реализуется 208 проектов, больше половины из них уже завершены. В соответствии с государственной программой на эти цели мы направили из бюджета 15 млрд рублей. Но поддержка и фармацевтической, и медицинской промышленности должна быть не только деньгами. В частности, лекарства и медицинские изделия, которые мы производим на территории Евразийского экономического союза, должны получать соответствующие приоритеты при государственных закупках. В том числе нужно стремиться к тому, чтобы это было и на территории всего Евразийского экономического союза, потому что у нас теперь общий рынок.

Багодар принятым мерам внутреннее производство медицинских изделий увеличилось по сравнению с 2014 годом почти на 10% — в принципе это неплохо. Вырос и объем производства российских лекарств — в денежном выражении примерно в 2,5 раза за последние пять-шесть лет. На рынок вывели 37 новых препаратов. Сам по себе рост фармацевтической промышленности в прошлом году был очень значительным, порядка 24%. Это, наверно, вообще самый высокий рост

в промышленности, достигнутый в условиях экономического кризиса, то есть в этом смысле работает все, что требуется. Но, тем не менее, по жизненно необходимым лекарственным препаратам доля российской продукции пока чуть больше 70%, что тоже, конечно, лучше гораздо, чем было, но, тем не менее, это лишь 70% с небольшим.

Двигаться нужно дальше. Задача стоит — довести производство лекарств по этому сегменту до 90% к 2018 году. Задача, на мой взгляд, абсолютно достижимая. Но есть и целый ряд проблем. В частности, это касается и реализации инвестконтрактов, специализированных в фармацевтической и медицинской промышленности, и развития контрактного производства лекарств, и, конечно, изготовления одно- и двухкомпонентных лекарственных препаратов, которые мы производим при лечении лейкоза и лимфомы, — бюджетная экономия за год составила 6,5 млрд рублей.

Хотел бы отметить, что многие проекты импортозамещения реализуются за счет самих компаний, заинтересованных в продажах по госзакупкам, которые предусмотрены постановлением «третьей — или пятой» партии, но для дальнейшего развития технологического уровня отрасли мы предлагаем распространить действие применяемых субсидий на более широкий сегмент затрат производителей, включая расходы на разработку новой продукции. Это не повлечет дополнительных ассигнований, но потребует перераспределения средств в нашей отраслевой государственной программе.

Просим поддержать эти предложения, а также те, которые отражены в проекте протокольного решения.

Government.ru

и создании производств полного цикла. Они должны получить приоритетный доступ к госзакупкам, и мы сейчас завершаем формирование соответствующих критериев локализации производства лекарств. Кроме того, из средств госпрограммы активно поддерживается создание инновационных препаратов, не имеющих аналогов не только в России, но и за рубежом.

Переходя к вопросу о развитии производства медицинских изделий, необходимо отметить, что в этом секторе 80% спроса формирует государство. Пик потребления пришелся на 2011–2012 годы, когда были реализованы региональные программы модернизации здравоохранения и делались масштабные закупки оборудования для лечебно-профилактических учреждений.

В прошлом году, помимо роста объемов производства, на внутреннем рынке увеличился экспорт на 16%. При этом, даже с учетом снижения курса рубля, доля отечественных изделий и оборудования осталась достаточно стабильной, и мы рассчитываем на ее рост по мере реализации программы импортозамещения.

Действенной мерой стало принятие постановления Правительства, устанавливающего ограничения на госзакупку изделий, которые уже производятся в нашей стране. В рамках реализации этого постановления в прошлом году с отечественными компаниями было заключено около 5 300 контрактов по государственным и муниципальным закупкам суммарным объемом около 5 млрд рублей.

Кроме того, в поддержку создания новых видов продукции Правительством утверждены субсидии для компенсации части затрат на клинические испытания и организацию производства отечественных медицинских изделий. Поддержку из бюджета получили в рамках госпрограммы, а также Фондом развития промышленности.

Об эффективности данных мер поддержки говорит то, что в прошлом году объемы продаж 17 препаратов, созданных при участии государства, в 28 раз превысили бюджетные затраты на их разработку. Российские лекарства позволяют также экономить средства и рядовым потребителям, и государству. Например, только по двум препаратам — иматинибу и ритуксимабу, используемым при лечении лейкоза и лимфомы, — бюджетная экономия за год составила 6,5 млрд рублей.

Такая работа, практически по всей номенклатуре уже есть не менее двух российских производителей, но для дальнейшего развития технологического уровня отрасли мы предлагаем распространить действие применяемых субсидий на более широкий сегмент затрат производителей, включая расходы на разработку новой продукции. Это не повлечет дополнительных ассигнований, но потребует перераспределения средств в нашей отраслевой государственной программе.

Просим поддержать эти предложения, а также те, которые отражены в проекте протокольного решения.

Government.ru

и создании производств полного цикла. Они должны получить приоритетный доступ к госзакупкам, и мы сейчас завершаем формирование соответствующих критериев локализации производства лекарств. Кроме того, из средств госпрограммы активно поддерживается создание инновационных препаратов, не имеющих аналогов не только в России, но и за рубежом.

Переходя к вопросу о развитии производства медицинских изделий, необходимо отметить, что в этом секторе 80% спроса формирует государство. Пик потребления пришелся на 2011–2012 годы, когда были реализованы региональные программы модернизации здравоохранения и делались масштабные закупки оборудования для лечебно-профилактических учреждений.

В прошлом году, помимо роста объемов производства, на внутреннем рынке увеличился экспорт на 16%. При этом, даже с учетом снижения курса рубля, доля отечественных изделий и оборудования осталась достаточно стабильной, и мы рассчитываем на ее рост по мере реализации программы импортозамещения.

Действенной мерой стало принятие постановления Правительства, устанавливающего ограничения на госзакупку изделий, которые уже производятся в нашей стране. В рамках реализации этого постановления в прошлом году с отечественными компаниями было заключено около 5 300 контрактов по государственным и муниципальным закупкам суммарным объемом около 5 млрд рублей.

Кроме того, в поддержку создания новых видов продукции Правительством утверждены субсидии для компенсации части затрат на клинические испытания и организацию производства отечественных медицинских изделий. Поддержку из бюджета получили в рамках госпрограммы, а также Фондом развития промышленности.

Об эффективности данных мер поддержки говорит то, что в прошлом году объемы продаж 17 препаратов, созданных при участии государства, в 28 раз превысили бюджетные затраты на их разработку. Российские лекарства позволяют также экономить средства и рядовым потребителям, и государству. Например, только по двум препаратам — иматинибу и ритуксимабу, используемым при лечении лейкоза и лимфомы, — бюджетная экономия за год составила 6,5 млрд рублей.

Хотел бы отметить, что многие проекты импортозамещения реализуются за счет самих компаний, заинтересованных в продажах по госзакупкам, которые предусмотрены постановлением «третьей — или пятой» партии, но для дальнейшего развития технологического уровня отрасли мы предлагаем распространить действие применяемых субсидий на более широкий сегмент затрат производителей, включая расходы на разработку новой продукции. Это не повлечет дополнительных ассигнований, но потребует перераспределения средств в нашей отраслевой государственной программе.

Просим поддержать эти предложения, а также те, которые отражены в проекте протокольного решения.

Government.ru



## НЕРОЕВ Владимир Владимирович

Доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца», заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой глазных болезней факультета последипломного образования МГМСУ им. А.И. Евдокимова, главный специалист офтальмолог Минздрава России, председатель ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов», председатель Комиссии по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни Общественной палаты Российской Федерации V состава.

Родился в Москве в 1956 г. После окончания в 1980 г. 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова работал врачом-хирургом отдела травматологии и реконструктивной хирургии глаза МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

Проявил себя как способный хирург, инициативный научный исследователь и активный участник общественной жизни.

В 1987 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Рациональная тактика ведения и лечения больных с внутриглазными инородными телами заднего отдела глаза».

Основной сферой его научной деятельности на первом этапе работы был наиболее сложный раздел офтальмотравматологии, посвященный хирургическому лечению пациентов с последствием тяжелой травмы глаза.

В 1998 г. успешно защитил докторскую диссертацию «Разработка системы диагностики и хирургического лечения больных с внутриглазными инородными телами».



## КАТАРГИНА Людмила Анатольевна

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, врач высшей категории, офтальмолог-хирург, главный внештатный специалист – детский офтальмолог Минздрава России, председатель профильной комиссии Минздрава России по детской офтальмологии, член президиума ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов», член президиума ООР, руководитель отдела патологии глаз у детей, заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНИИ ГВ им. Гельмгольца» Минздрава России, главный редактор журнала «Российская педиатрическая офтальмология».

Л.А. Катаргина родилась в 1946 г., после окончания 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова обучалась в ординатуре и аспирантуре на кафедре глазных болезней педиатрического факультета, в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца работает с 1976 г. последовательно в должности

### Уважаемый Владимир Владимирович!

Примите самые искренние поздравления по случаю 60-летия со дня рождения!  
Ваша многолетняя плодотворная деятельность на благо отечественной офтальмологии, безграничная преданность любимому делу достойны глубокого признания. Сильный характер, активная жизненная и гражданская позиция всегда помогали Вам добиваться поставленных целей, в полной мере реализовать свой богатый профессиональный, творческий потенциал. Наградой за Ваш нелегкий, но в высшей степени востребованный труд служат искренняя благодарность пациентов, общественный авторитет и уважение.

Роль Межрегиональной общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», основателем которой Вы являетесь, в развитии отечественной офтальмологии трудно переоценить. За 17 лет своего существования «Ассоциация врачей-офтальмологов» утвердилась в качестве важнейшей площадки для обмена мнениями по актуальным вопросам офтальмологии и стала востребованным источником новых инициатив.

Сегодня, как и всегда, Вы много и плодотворно работаете, руководите знаменитым ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца», успешно воплощаете в жизнь неординарные идеи и замыслы. От души желаем Вам крепкого здоровья и успехов, благополучия и процветания!

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

За цикл работ по совершенствованию системы хирургической реабилитации пациентов с травмами глаз В.В. Нероев был удостоен звания лауреата премии Ленинского комсомола в области науки и техники.

В 1998 г. он возглавил отдел патологии сетчатки и зрительного нерва института. Под его руководством в отделе стали активно развиваться новые направления исследований, внедряться современные иммунобиохимические и функциональные методы диагностики и лечения.

Активизировалась хирургическая деятельность, получили адекватное развитие новейшие технологии диагностики и лечения офтальмопатологии при секции глазных болезней Ученого совета Минздрава РФ.

В 2001 г. он назначен заместителем директора по научной работе, с 2004 г. — исполняющим обязанности директора, а с 2005 г. — директором института.

Владимир Владимирович сохраняет богатые традиции института, старейшего в России научно-исследовательского центра, во многом определившего становление и развитие отечественной офтальмологии.

Под его руководством значительно укрепилась материально-техническая база учреждения, улучшились условия труда персонала и пребывания пациентов, институт оснащен новейшей медицинской техникой. В.В. Нероев проявляет особое внимание и заботу о ветеранах института.

Владимир Владимирович владеет ювелирной техникой выполнения сложнейших хирургических вмешательств при офтальмопатологии. Им разработан ряд новых приборов и инструментов,

которые используются во многих лечебных учреждениях страны.

Он выезжает в различные регионы РФ и страны СНГ для оказания консультативной и лечебной помощи, работал и за рубежом.

Большое внимание В.В. Нероев уделяет организации и практической реализации офтальмотравматологической помощи в зонах локальных военных конфликтов и боевых действий. Он неоднократно выезжал в Беслан для оказания лечебной и организационной помощи детям, пострадавшим в результате террористического акта. За заслуги в области военной офтальмологии был удостоен звания академика Академии военных наук.

Владимир Владимирович — зрелый и требовательный руководитель, умеющий определить перспективные направления научного поиска, правильно организовать работу сотрудников для решения поставленных задач. Научно-исследовательские работы, выполняемые под его руководством, отличаются новизной и вносят существенный вклад в развитие офтальмологии.

Он автор более 500 печатных работ, 8 монографий и руководств, в том числе соавтор национального руководства «Офтальмология». Ему принадлежат 56 патентов на изобретения.

Как координатор «Российского национального комитета по предупреждению слепоты» Всемирной программы ВОЗ предводит большую работу по реализации в нашей стране международной программы «Зрение – 2020» и широкомащштабному внедрению современных достижений офтальмологии, способствующих ликвидации устранимой слепоты, созданию региональных центров борьбы со слепотой.

Под его руководством и при непосредственном участии в институте осуществляется работа по подготовке и переподготовке специалистов-офтальмологов из различных регионов России, стран ближнего и дальнего зарубежья. Ежегодно проводятся курсы усовершенствования офтальмологов, на которых обучаются ординаторы и аспиранты по всем проблемам офтальмологии.

Под руководством профессора В.В. Нероева защищены 48 диссертаций, в том числе 4 — на соискание ученой степени доктора медицинских наук. В.В. Нероев — председатель диссертационного совета Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, много лет являлся членом экспертного совета ВАК по медицине.

Он является председателем Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», научным экспертом конкурса грантов Президента РФ для государственной поддержки ученых и ведущих научных школ РФ, заместителем председателя Общества офтальмологов России и председателем Комиссии по новой медицинской технике, технологичному и лекарственным препаратам, главным редактором «Российского офтальмологического журнала», членом межведомственного координационного совета по медицинской технике и высоким медицинским технологиям, председателем экспертной группы по аттестации специалистов с высшим профильным образованием по специальности «Офтальмология» при Центральной аттестационной комиссии Минздрава РФ.

Имеет многочисленные государственные награды, в том числе орден Почета Российской Федерации.

Из книги «История офтальмологии в лицах». Издательство «Апрель», Москва 2015 г.

### Уважаемая Людмила Анатольевна!

Сердечно поздравляем Вас с днем рождения!  
Ваш профессиональный путь заслуживает самого глубокого признания. Талант, творческая энергия, умение трудиться с полной отдачей помогли Вам состояться на врачебном поприще. Многие десятилетия Вы храните верность своему призванию, родному Московскому институту глазных болезней им. Гельмгольца. Ваша мудрость и обаяние снискали уважение и авторитет коллег. Пусть Ваш талант доктора и организатора здравоохранения и впредь служит интересам детской офтальмологии.

Желаем Вам здоровья, счастья, вдохновения, больших творческих успехов!

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

## ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ

11 ОКТЯБРЯ 2016 с 9.30 до 16.45

- Принципы оптической когерентной томографии и ОКТ ангиографии
- ОКТ и ОКТ ангиография в диагностике заболеваний сетчатки, зрительного нерва, новообразований переднего отдела глаза и глазного дна
- Возможности ОКТ в ранней диагностике и мониторинге глаукомы
- Особенности ОКТ у детей
- Интраоперационная ОКТ

Конференц-зал МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца  
адрес: 105062, Москва, ул. Садовая-Черногрозская 14/19,  
ст. метро «Красные ворота»

Для регистрации и получения дополнительной информации звоните и пишите:  
+7 (495) 780-07-92, +7 (915) 459-31-27, +7 (926) 140-97-77  
oko@stormoff.com, Anastasia.Kurochkina@stormoff.com,  
Irina.scherbakova@stormoff.com (с пометкой «Заявка на участие в Школе ОКТ»)

# Залог успеха — полная самоотдача и команда единомышленников

Круг ответственности главного специалиста офтальмолога Министерства здравоохранения РФ профессора Владимира Владимировича Нероева



«Технологический процесс и успехи офтальмологов могут влиять на эффективность выявления и лечения глазной патологии, а не на число больных с офтальмопатологией. Говорить о росте заболеваемости глаз надо очень осторожно. Меняющиеся условия жизни, экологические и социально-экономические факторы, естественно, ведут к росту числа больных глаукомой, сосудистыми заболеваниями, диабетом глаз, миопией.»



«Залогом успешной работы является понимание важности решения проблем и задач, огромное желание достижения поставленных целей, полная самоотдача и, конечно, наличие работоспособной команды, команды единомышленников и помощников — сотрудников Института, без активной помощи которых реализация всего задуманного была бы очень затруднена.»

«Преодоление трудностей в организации офтальмологической помощи возможно лишь при условии комплексного и дифференцированного подхода в каждом регионе.»



Руководитель тканевого банка Всероссийского центра глазной и пластической хирургии д.б.н. О.Р. Шангина демонстрирует комплекс лазерного моделирования биоматериалов

«Ранняя диагностика, своевременное использование современных методов лечения, развитие профилактического направления офтальмологии, повсеместное внедрение стандартов — гарантия качественной помощи гражданам страны.»



Директор Всероссийского центра глазной и пластической хирургии, профессор Э.Р. Мулдашев знакомит участников конференции с организацией учебного процесса на базе операционного блока



В президиуме: профессор Г.Е. Столяренко, профессор В.В. Нероев, профессор Бруно Лумброзо

«На протяжении вот уже 8 лет наш институт ежегодно организует Российский общенациональный офтальмологический форум. Мы рассматриваем это мероприятие как площадку для активного общения офтальмологов России и других стран, как возможность рассказать о новейших научных разработках, в том числе проведенных на базе МНИИ ГБ им. Гельмгольца, как возможность обмена опытом. С гордостью констатирую факт, что это мероприятие собирает и объединяет офтальмологов из всех регионов нашей страны, от Калининградской области до Сахалинской. Хочется подчеркнуть высокую активность наших коллег из Республики Крым.»



Президиум заседания профильной комиссии по офтальмологии и детской офтальмологии

«Стандартизация подходов — основная гарантия качественной и бесплатной медицинской помощи по всей территории страны. Хочу подчеркнуть, что стандарты медицинской помощи при заболеваниях органа зрения в Российской Федерации на сегодняшний день максимально приближены к аналогичным нормативным документам в мировой офтальмологической практике.»



Осмотр выставки офтальмологического оборудования

«Приоритетным направлением развития российской офтальмологии остается обеспечение равной доступности и высокого качества офтальмологической помощи всему населению страны. Основные усилия следует сосредоточить на ранней диагностике глазных заболеваний и своевременном использовании современных методов лечения, в том числе хирургических и лазерных. Актуальным представляется дальнейшее развитие профилактического направления офтальмологии, которое способствует предотвращению запущенных случаев заболевания и инвалидности по зрению.»



В.В. Нероев — «Почетный профессор ФГБУ «НИИГ» РАМН, Академик РАН С.Э. Аветисян, профессор В.В. Нероев



Вручение В.В. Нероеву сертификата «Почетный профессор Всероссийского центра глазной и пластической хирургии»

«Активно работает профильная комиссия по офтальмологии при Экспертном совете Минздрава России. Мы встречаемся с главными внештатными офтальмологами всех субъектов Российской Федерации как минимум два раза в год с целью обсуждения насущных проблем организации офтальмологической помощи. У нас сложилась достаточно сильная команда, объединяющая главных офтальмологов ряда регионов, благодаря работе которой сегодня значительно обновлена нормативная база отечественной офтальмологии, разработаны порядки, федеральные клинические рекомендации по многим нозологиям.»

«На сегодняшний день значительно повысился уровень материально-технического обеспечения офтальмологических учреждений России. Достижения отечественной офтальмологической науки и практики, внедрение высокотехнологичных методов лечения заболеваний глаз привели к тому, что многие крупные офтальмологические клиники России соответствуют по качеству оказываемой помощи международному уровню. Микроинвазивные технологии с использованием ультразвуковой и лазерной энергии прочно вошли в повседневную хирургическую практику. Произошел прорыв в технологиях визуализации и диагностики.»



Профессор В.В. Нероев, профессор М.М. Шишкин

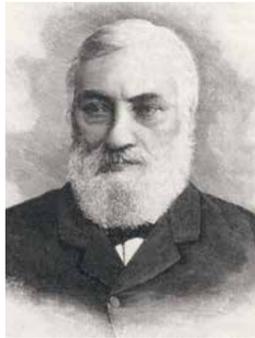
«Состояние офтальмологической службы в отдельно взятом регионе во многом зависит от активности работы главного внештатного специалиста. Результатом деятельности главных офтальмологов стала прекрасно организованная и оснащенная офтальмологическая служба в таких регионах, как, например, г. Санкт-Петербург, Республика Татарстан, Самарская область и ряде других (извините, что не смог перечислить всех достойных). В то же время состояние службы во многих регионах остается крайне слабым. Не стану перечислять их, но хочу посоветовать главным офтальмологам с целью решения имеющихся проблем активизировать свои усилия по взаимодействию с местными органами исполнительной власти, общественными организациями, своими коллегами.»



Профессор В.В. Нероев и ректор Московского государственного медико-стоматологического университета, профессор О.О. Янушевич

# К 190-летию со дня основания Московской глазной больницы

## Исторический очерк



Профессор  
Густав Иванович Браун

< стр. 1

11 июня 1826 года через пять месяцев после начала сбора добровольных пожертвований была собрана сумма, достаточная чтобы нанять у частного лица дом, разместить в нем 20 постоянных кроватей и выделить приемную комнату для приходящих больных. Глазная больница была открыта в наемном доме у господ Ланг на углу Большой Никитской улицы и Кисловского переулка (сегодня это здание ГИТИСа). На первоначальное устройство больницы истрачено 1690 рублей. За аренду дома плата установлена в 432 рубля в год. Содержание больницы за первый год ее существования стоило около 4320 рублей. На содержание стационарного больного отпускалось 8,5 копейек в день.

В отчете Попечительского совета от 8 августа 1826 г. говорится: «со дня открытия больницы более шести сот человек всякого звания, пола и состояния, здешних жителей и прибывших из других губерний искали пособия в глазной больнице и безвозмездно получали нужные и причлнейшие в положении их средства к исцелению».

Пропускная способность амбулатории составляла 30 человек в день. Первым главным врачом больницы был Петр Федорович Броссе. Консультант многих учреждений, член ученых обществ, он 31 год работал в глазной больнице, оставляя в ее пользу свое жалованье, как и многие граждане города Москвы.

Первым глазным лекарем больницы и помощником директора был доктор Матвей Альцингер, проработавший в больнице до 1829 года. Александр Егорович Эвениус состоял консультантом больницы до 1833 года. С 1829 по 1845 год лекарем и помощником директора, впоследствии штаб-лекарем был Иван Притт.

Больнице требовалось расширение и для покупки нового дома для больницы. 12 марта 1830 г. в Москве был дан благотворительный концерт, который, в частности, посетили император Николай I, а также поэт А.С. Пушкин. О концерте писали так: «...был дан концерт в пользу Московской Глазной больницы; Его Императорское Величество изволил осчастливить оный своим высочайшим присутствием; многие благородные обоюбого пола особы, спешествуя



Московская глазная больница в начале XX века

благотворительной цели в пользу страждущего человечества, украсили оный концерт своими талантами; съезд состоял из 2657 особ, из числа коих на хорах было 600». На эти пожертвования 8 мая 1830 года у графини Дмитриевой-Мамоновой был куплен каменный дом «отдельному заведению для пользования страждущих глазными болезнями» с мебелью и надворными постройками, на углу Тверской улицы и Мамоновского переулка, и 5 ноября 1830 года глазная больница разместилась в здании, где располагается и по сей день. Для перестройки здания под больницу был приглашен известный архитектор Осип Бове. Однако многие его идеи так и не были воплощены (в частности, надстройка боковых крыльев здания до одного уровня, что будет реализовано окончательно лишь спустя 140 лет).

5 декабря 1831 года Высочайше утверждён Устав больницы, упреждающий ее благосостояние. В 1835 году, по ходатайству московского военного генерал-губернатора и министра внутренних дел, последовало Высочайшее соизволение Государя Императора, по которому служащим при больнице медицинским чиновникам

дарованы были права государственной службы. В 1844 году пристроен к купленному дому деревянный флигель для помещения служащих при больнице.

В 1845 году московский купец Гавриил Блохин устроил в здании глазной больницы на свой собственный капитал домовую церковь во имя Христа Спасителя, отверзающего очи слепому, которую освятил митрополит Московский Филарет (28 октября 1845 года). Спасская церковь располагалась в середине здания на уровне второго и третьего этажей и выделялась крестом на фронтоне. В октябре 1921 года Спасоцелительскую церковь упразднили, имущество вывезли, а помещение подверглось перепланировке.

С 5 января 1845 года по 9 мая 1854 года ординатором больницы состоял Карл Треттенбахер, приехавший в Россию из Мюнхена. Им написано несколько отчетов о работе больницы в то время.

С 1846 года больница становится госпитальной клиникой Московского университета и оставалась ею до 1892 года. Клиникой руководили главные врачи больницы П.Ф. Броссе, а затем Г.И. Браун, являвшиеся профессорами университета.



Коллектив больницы в середине 1930-х годов



Профессор  
Алексей Николаевич Маклаков



Доктор медицины  
Сергей Николаевич Ложечников



Профессор  
Сергей Селиванович Головин



Заслуженный врач РСФСР  
Николай Николаевич Дислер

Университет вносил периодически некоторые суммы в покрытие расходов больницы, связанных с клиникой. Пожертвования, вносимые членами Совета в кассу больницы, с 1863 года становятся более регулярными и составляют хотя и небольшую, но постоянную статью дохода. Но рост цен, развитие больницы принуждают искать дополнительные доходы, с 1848 года пришлось вступить на путь продажи части земли и сдачи в аренду некоторых построек, в частности, решено было продать часть земли, которая примыкала к Трехпрудному переулку.

Удовлетворить все нужды растущего учреждения было невозможно. В нарушение параграфа устава о бесплатной подаче помощи больным Совет исколотал право на взимание платы за лечение. Первоначально, с 1843 года, постановлено брать по 4 рубля в месяц за стационарное лечение крепостных крестьян, если господа их имеют состояние. После уничтожения крепостного права стали взимать по 5 рублей 50 копейек в месяц по 20 копейек за амбулаторное посещение и выдачу лекарств, такой же суммой оплачивалась операция и последующие перевязки.

Связь больницы с университетом с переходом клиники на Девичье поле в 1892 году прекратилась не полностью, так как профессором университета с этого времени и до своей смерти в 1895 году был А.Н. Маклаков, оставшийся также ординатором больницы. В конце 1890-х годов в больницу приходят ординаторами Н.Н. Дислер и В.П. Страхов, которые проработают в больнице более 50 лет.

С 1851 года сверхштатным, а с 1855 года штатным ординатором состоял племянник П.Ф. Броссе — Вильгельм Федорович Броссе. После смерти Петра Броссе в 1857 году он становится главным врачом больницы и руководит ее до конца 1863 года. С 1858 по 1864 год ординаторами больницы состояли Август Шлезингер и лекарь Эмилий Тиме.

10 мая 1863 года членам Совета Московской Глазной Больницы были даны права Государственной службы с отнесением их по должности и мундиру к VI классу.

В начале 1864 года главным врачом больницы избирается Густав Иванович Браун. В русской офтальмологии он оставил громадный след своей многолетней научной и преподавательской деятельностью. Им написано первое руководство по глазным болезням на русском языке. При нем в больницу ординаторами приходят Алексей Николаевич Маклаков и Сергей Николаевич Ложечников, проработавшие в больнице до самой смерти. В 1866 году А.Н. Маклаков защищает диссертацию на степень доктора медицины и чуть позже получает звание приват-доцента. Им был предложен оригинальный тонометр для измерения внутриглазного давления, используемый и сегодня.

В 1875 году в больнице появляется должность сверхштатного ординатора, который работает в больнице 3 года. Таким образом, больница становится учреждением для совершенствования врачей. Первым таким врачом стал В.И. Гилос. С 1878 по 1887 год эту должность занимает А.А. Басанин, в 1888 году сверхштатным ординатором становится Н.Г. Правосуд.

К 1876 году больница имела уже 102 койки в общих палатах и отдельных номерах и 25 временных летних в бараче в саду. Далее стационару расти уже было некуда, и цифры 102-105 коек он уже не переходил, а в помещении для больных даже происходили сокращения.

Амбулатория больницы, в течение 50 первых лет дававшая сравнительно небольшой прирост посещаемости, с семидесяти годов XIX века стала расти более заметно. В 1879 году в больнице была введена должность консультанта по внутренним болезням (ими были известны в то время терапевты Ю.И. Гольдендах, В.А. Остроумов, В.А. Щуровский).

В 1880 году одноэтажные крылья здания больницы надстраиваются на один этаж.

В 1881-1882 годах С.И. Корзинкиным и Д.Д. Казаковым был пожертвован капитал в общей сложности в 2700 рублей для устройства при больнице приюта для незалежных слепых на 20 человек. Со временем этот капитал пополнялся более мелкими пожертвованиями. Приют был устроен, но скоро стало ясно, что при существующих условиях он является для больницы во многих отношениях ненужным придатком, а для находящихся в нем слепых далеко не идеальным учреждением. В 1912 году призреваемые были отпущены на вольные квартиры, и между ними распределялись проценты с капитала в виде месячного пособия.

С 1886 года была введена плата по 20 копейек за амбулаторное посещение и выдачу лекарств, такой же суммой оплачивалась операция и последующие перевязки.

Связь больницы с университетом с переходом клиники на Девичье поле в 1892 году прекратилась не полностью, так как профессором университета с этого времени и до своей смерти в 1895 году был А.Н. Маклаков, оставшийся также ординатором больницы. В конце 1890-х годов в больницу приходят ординаторами Н.Н. Дислер и В.П. Страхов, которые проработают в больнице более 50 лет.

После смерти в 1897 году Г.И. Брауна главным врачом больницы становится Сергей Николаевич Ложечников.

Сергей Николаевич Ложечников поступил в больницу почти одновременно с Г.И. Брауном — в 1865 году, главным врачом был с 1897 по 1911 год. Управление его больницей ознаменовалось расцветом ее во всех отношениях. Образованный и талантливый врач, обладавший к тому же недюжинными административными способностями и необычайной энергией, которую он сумел сохранить

до последних дней своей долгой жизни. Поступление в больницу нескольких новых молодых ординаторов помогло ему поставить медицинскую часть в больнице на надлежащую высоту. Благодаря его административным способностям улучшилось и материальное положение больницы, давшее средства для проведения в ней реформ и улучшений. При нем создана лаборатория, больница снабжена необходимым хозяйственным и медицинским инвентарем и приборами (автоклавом, большим электромагнитом Гааба, офтальмометром Жавала и другими), все владения больницы ошеснены электричеством и канализованы.

Главным сооружением, сделавшим эпоху в больнице, была постройка помещения для операционной в 1900 году. На деньги, пожертвованные А.Н. Мамоновым, была сделана двухэтажная каменная пристройка к середине корпуса со стороны двора в каждом из двух этажей, с центральным отоплением и вентиляцией. Во втором этаже были помещены операционная и предоперационная. Вся пристройка, особенно второй ее этаж, совершенно не гармонировали со всей остальной больницей: много света, хорошо вентилируемый воздух, новое оборудование делали ее гораздо лучше многих русских и зарубежных операционных. А.Н. Мамоновым на постройку было пожертвовано 12 тысяч рублей, а стоимость ее достигла 15 тысяч.

С 1899 по 1903 год в больнице работает ординатором будущий академик АМН СССР Владимир Петрович Филатов. С 1905 по 1909 год в больнице работает будущий профессор А.А. Бельский. В 1904 году первой женщиной ординатором в больнице становится М.Г. Якуб.

В 1903 году в больнице возобновились занятия со студентами Московского университета, когда ее ординатор Н.Г. Правосуд, получивший степень доктора медицины и звание приват-доцента, стал вести курс оперативной хирургии. Эти занятия продолжались до самой его смерти в 1909 году.

В 1906 году Совет больницы счел необходимым выделить определенные суммы на поездки врачей за границу для усовершенствования. В 1910 году ординатор больницы и будущий профессор Виктор Петрович Одинцов открывает в больнице клинику и патоморфологическую лабораторию, которой руководит до начала 1911 года.

После смерти С.Н. Ложечникова в 1911 году главным врачом больницы был избран профессор Сергей Селиванович Головин. Одновременно с 1911 по 1917 год он вел в больнице параллельный курс для студентов Московского университета. В конце 1911 года в больницу заведовать лабораторией приходит будущий профессор и исследователь возбудителя трахомы Екатерина Эммануиловна Трапезничева. Она руководит лабораторией до конца 1917 года.

Не меньше больницы послужила для дела совершенствования врачей. В ней учились только что начинающие и солидные уже работники земской медицины, кроме того, специалисты, работавшие уже в других специальных учреждениях Москвы и провинции.

В годы Первой мировой войны в больнице учрежден лазарет для раненых воинов на 45 коек, где работали все врачи больницы.

В январе 1918 года в должности главного врача был утвержден Н.Н. Дислер, который руководил больницей до 1930 г. О его работе в этот период писали так: «Успешно руководя работой больницы, Николай Николаевич проявил исключительную инициативу, стойкость и преданность делу, благодаря чему больница работала бесперебойно и плодотворно».

Приток больных в больницу после революции быстро возрастал. Количество амбулаторных больных почти удвоилось. За 5 лет с 1916 по 1920 г. было принято амбулаторных больных — 273943 человека. С 1921 по 1925 год количество принятых больных составило 518475 человек. Количество операций за те же периоды возросло с 12907 до 19689 при постоянном количестве врачей-ординаторов всего 7 человек.

В 1920-е годы консультантом лаборатории был известный патологоанатом Арсений Васильевич Русаков, многие годы возглавлявший патологоанатомическое отделение Института скорой помощи им. Склифосовского.

С мая 1920 года в течение 5 с лишним лет больница была клиникой глазных болезней Диагностического института московского губернского отдела здравоохранения, который поставил себе целью помогать врачам всех специальностей в Московской губернии в диагностике и лечении более сложных заболеваний. В 1921-1922 учебном году больница как отделение института приняла участие в проведении повторных курсов для врачей ускоренного выпуска предыдущих годов. Еще более систематической работа стала после преобразования Диагностического института в институт для усовершенствования врачей. Больница служила глазной клиникой института, заводил ее Н.Н. Дислер. До закрытия института в 1924 году было проведено три сессии курсов усовершенствования врачей, командированных из Москвы и Московской губернии, а также для приезжавших в научные командировки из других губерний.



Здание больницы в 1930-е годы

руванных из Москвы и Московской губернии, а также для приезжавших в научные командировки из других губерний.

К 1926 году, за первые сто лет существования больницы, в ней было принято 1198344 больных, сделавших 3127094 посещения. Из них больше половины приходило в больницу в последние 25 лет. Наплыв в больницу был велик. Не было ни одной губернии в России, откуда бы в нее не попадали пациенты. В грубом приближении одна треть больных стационарного отделения были москвичи, другую — давала Московская губерния и третью — вся остальная территория страны. За 100 лет через стационар прошло 76130 больных.

К 1917 году больничное хозяйство оказалось в сильно запущенном состоянии, здание больницы требовало капитального ремонта, осуществить который, однако, оказалось возможным только в 1930 году. К концу 1920-х годов материальная база больницы находилась в крайне тяжелом состоянии. Это положение было вызвано трудностями Первой мировой и гражданской войн и чрезвычайно возросшей потребностью в медицинском обслуживании в 1920-е годы.

В 1930 году появилась возможность провести капитальный ремонт больницы. Началом новой эпохи в жизни больницы стал 1930 год. Н.Н. Дислер в связи с отсутствием достаточного хозяйственного

### Лечение глаукомы:

**Ганфорт**  
Первый выбор для лечения пациентов с развитой и длительно существующей глаукомой!

**Альфган®**  
Первый выбор для пациентов с начальной глаукомой!

**Комбиган**  
Достижение максимального эффекта в терапии глаукомы!

Сообщения о нежелательных явлениях следует направлять в адрес: компания ООО «Аллерган СНГ САРЛ» Россия по телефону: +7(495) 778-98-25, 8-800-258-98-25 (звонок по России бесплатный) Факс: +7(495) 778-98-26 или по электронной почте: info@medpharm.com

Компания: (Франкфурт 2 этаж) + телефон 5 961 661, каталог глаукомы — LSP-002729/10, (Аллерган Фармасьютикалс) Аллэрджан, Ирландия

Ганфорт® (биматопрол 2 мг/мл + тимолол 5 мг/мл), каталог глаукомы — LSP-002728/10, (Аллерган Фармасьютикалс) Аллэрджан, Ирландия

Альфган® Р (бракиноран, 0.15%), каталог глаукомы — LSP-002809/10, (Аллерган Фармасьютикалс) Аллэрджан, Ирландия

ООО «Аллерган СНГ САРЛ»: 109004 г. Москва, ул. Станиславского, дом 21, строение 2. Тел: +7 (495) 974 03 53, www.allergan.ru

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению. \*Эффективность препарата подтверждена в проспективном РКИ (испытание) 1. S. S. G. et al., Ophthalmology 1999; 106: 261-2. 2. G. G. et al., Ophthalmology 2001; 108: 1068. 3. G. G. et al., Ophthalmology 2006; 113: 2094. 4. G. G. et al., Ophthalmology 2004; 111: 2013

и строительного опыта перешел в это время на должность старшего врача, заведующего отделением, а главным врачом был назначен Александр Ефремович Наджаров, очень энергичный человек, обладавший знаниями в области строительства. Больница была закрыта на год, а ее сотрудники в это время работали в других больницах. Больница была сильно расширена, внутри заново перестроена. Стационар полностью изолирован от амбулатории, получил свою операционную. Сформированы 3 отделения стационара (заведующими стали В.А. Розенталь, В.П. Страхов, Н.Н. Дислер). Были открыты новые специализированные кабинеты: рентгеновский и физиотерапевтический (его возглавил Г.Я. Сабуров); пополнено медицинское оборудование, закуплены инструменты. В больницу влилось большое количество новых врачей, их число возросло с 7 человек до 62. Количество коек было увеличено до 185.

Обновление и расширение больницы вызвало большой подъем в лечебной, научной и педагогической работе. Вскоре на конкурсе московских больниц она завоевала звание образцовой и позднее получила переходящее Красное знамя. В середине 1935 года А.Е. Наджаров переходит на должность заместителя начальника Мосздравотдела (в 1938 году попадает под репрессии и был расстрелян, но в 1955 году реабилитирован). Больницу возглавляет врач-терапевт Борис Моисеевич Лапук.

Педагогическая работа в 1930-е годы велась не менее интенсивно, но не всегда организовано. В больницу влилось много молодых врачей, требовавших дополнительной специальной подготовки, в том числе и по оперативной хирургии. Кроме того, значительно возрос приток врачей с периферии, приезжавших для повышения квалификации. Количество таких врачей, командированных для обучения, постоянно держалось на уровне 15-20 человек.

В середине 1930-х годов на базе 2-го отделения больницы развернута клиника глазных болезней Московского областного клинического института-медвуза (затем IV московского медицинского института). Клиникой руководил профессор В.П. Страхов. Ассистентами у него работали кандидаты медицинских наук Н.К. Иванов, Е.М. Бочев, Г.Я. Сабуров. На базе больницы велась курсы повышения квалификации врачей Московской области.



Борис Моисеевич Лапук



Профессор Владимир Петрович Страхов



Профессор Ефим Борисович Рабкин



Владимир Яковлевич Эдельман (слева) и зам. главного врача по медицинской части Макс Бернардович Мендельсон



Руководство Госпиталей № 5011 в декабре 1944 года

После ремонта больницы в 1930 году было организовано патологическое отделение в его нынешнем виде. Руководителем стал будущий профессор и член-корреспондент АМН СССР Виталий Николаевич Архангельский, вместе с ним работала талантливая офтальмолог Елена Терентьевна Биантовская (в историю офтальмологии она войдет под фамилией Федуквич, иммигрировав после Великой Отечественной войны в США). С 1932 года по 1965 год отделение возглавляла кандидат медицинских наук Вера Михайловна Шепкалова, а затем до 1984 года — Арфеник Артемьевна Харасанян-Таде, которые совместно с О.Н. Дислер (талантливый художник, дочь Н.Н. Дислера)

в 1965 году издали атлас «Внутриглазные опухоли», ставший академическим изданием. В дальнейшем отделение возглавила И.А. Миловинова, а с 1986 по 1997 год отделением руководила Л.Ф. Кулешова. В декабре 1940 года в целях сохранения здания больницы как памятника архитектуры, увеличения коечного фонда и организации поликлинического отделения, по решению Мосгорисполкома она всего за 33 дня была передвинута с Тверской улицы (тогда ул. Горьковского) в Мамоновский (тогда Садовских) переулок. Здание Глазной больницы было повернуто на 97°16' и передвинуто по методу инженера И.М. Федоровича, а затем поставлено на вновь подготовленный

цокольный этаж. Руководил всем этим процессом Эммануил Матвеевич Гендель. Работа в больнице в период передвижки не прекращалась. Когда здание встало на свой новый фундамент и должен был развернуться капитальный ремонт, началась Великая Отечественная война. С первых дней войны стационар больницы был преобразован в эвакуогоспиталь № 5011. Часть врачей и сестер ушла на фронт. Среди них Л.Л. Фельдман, Г.Я. Сабуров, М.Б. Мендельсон, И.Г. Возлинский, Е.П. Горская-Гроссман и другие. Помощь гражданскому населению оказывалась в консультативной поликлинике. Отделениями стационара заведовали Н.К. Иванов и Е.М. Бочев.

За время существования госпиталя в нем находились на лечении 9441 раненых, произведено 10398 операций. Возврат в строй составил 82,4%. После смерти Б.М. Лапука в 1944 году начальником госпиталя, а затем главным врачом был назначен профессор Ефим Борисович Рабкин. По его инициативе на базе больницы открывается организационно-методический кабинет Мосгорздравотдела. Научное руководство поликлинического отделения осуществлял профессор Е.Б. Рабкин, затем профессор М.Л. Краснов. Фактически они являлись неофициальными главными офтальмологами Москвы. В 1950 году кабинет закрывается из-за введения отдельной должности главного офтальмолога Москвы, на которую был назначен профессор С.И. Тальковский.



Профессор Михаил Леонидович Краснов



Коллектив больницы в 1961 году



Заслуженный врач РСФСР Иван Антонович Любченко



Заслуженный врач РСФСР Виктория Викторовна Перламутрова



Авторы атласа «Внутриглазные опухоли» (1965). Слева направо: О.Н. Дислер, В.М. Шепкалова, А.А. Харасанян-Таде



Профессор Нина Борисовна Шульпина

кафедрой заведует академик РАН, профессор Лариса Константиновна Мошкетова — ректор Российской медицинской академии постдипломного образования, главный офтальмолог Москвы. Сотрудники кафедры всегда активно оказывали как консультативную, так и лечебную помощь на базе больницы. На базе больницы работали профессора С.И. Тальковский, Н.А. Вишневский, В.В. Шмелева, доценты Е.М. Иванова, Н.К. Иванова, Л.И. Нудьга, А.П. Мизгирева, ассистенты Э.А. Лебединская, В.М. Гасилина, Г.И. Мироненко, профессор Ю.М. Корецкая.

С 1947 по 1962 год одно из отделений больницы является базой для 4-го Главного управления МЗ СССР (фактически этими палатами заведует доцент Е.М. Иванова, а до 1951 года — доктор медицинских наук Д.И. Березинская).

С 1951 по 1978 год больницы руководит Иван Антонович Любченко. Одновременно с 1958 года он является и главным офтальмологом Москвы. При его активном участии в городе открываются новые стационарные офтальмологические отделения. В больнице открываются новые специализированные кабинеты.

С 1953 года больница самостоятельно готовила кадры офтальмологов для города через городскую клиническую ординатуру. Среди первых ординаторов были Г.Г. Зингирова и Т.Д. Костюкова. В стенах больницы закончили клиническую ординатуру, аспирантуру, работали в стенах больницы в начале своей профессиональной деятельности очень многие офтальмологи, ставшие впоследствии ведущими учеными: профессора Р.А. Гундарова, А.Ф. Бровкина, В.И. Морозов, Н.К. Серова, З.И. Мороз, Е.С. Либман, И.Л. Гольдovsky, С.Г. Чернышева, Н.В. Макарянская и многие другие.

Кроме клинических ординаторов, в больнице проходили усовершенствование и специализацию

на рабочих местах в различных отделениях и лабораториях больницы многие врачи из различных учреждений Москвы и других городов страны.

Заведовали отделениями стационара и поликлиники высококвалифицированные врачи, кандидаты медицинских наук: Е.М. Бочев, Н.К. Иванов, С.Е. Шарц, Е.М. Иванова, А.Л. Кныкова, С.Я. Золотникова, Л.С. Гудкова, Е.С. Либман, В.Ф. Железнова, С.И. Курченко, И.В. Гудова, врачи О.Е. Гнетова, Г.В. Ушакова, Н.К. Федосова, Б.И. Левина, Э.Ф. Несреба, И.Ф. Борисенко, Л.В. Жарко, Т.Б. Гульшина, С.А. Шветков, Н.Н. Никитаева, Н.П. Антонова, О.В. Чинарева и другие.

Больница помнит своих лучших старших медицинских сестер: Е.И. Августининович, Г.И. Селиверстова, С.С. Демичеву, Н.И. Никольскую, О.Я. Серебренникову, Г.В. Вознюк, М.И. Лупову, М.М. Филиппок, Е.А. Дубинину, А.М. Романович, старшую операционную сестру Л.А. Слободник, старшую сестру поликлиники Н.Н. Тихонову и других.

Приказом Мосгорздравотдела от 06.06.1952 г. из состава больницы выделено и организовано детское глазное отделение на 30 коек на базе 1-й детской клинической больницы. Заведующей была назначена врач больницы Б.А. Токарева, вместе с ней из Глазной больницы перешла Е.К. Геймос.

В 1953 году по инициативе заведующей патогистологической лаборатории В.М. Шепкаловой создается первая в стране офтальмоонкологическая диспансерная служба. В 1961 году она преобразуется в специализированный городской офтальмоонкологический кабинет, который возглавляет Г.Г. Зингирова, врачом кабинета была И.А. Миловинова. В дальнейшем кабинетом руководили к.м.н. З.Л. Стелько, П.А. Вейн, профессор Е.Е. Гришина. С 2009 года онкологическое отделение возглавляет к.м.н. М.Е. Лернер. Многие годы врачом кабинета работала О.Ф. Федотова.

В 1954 году открыт рентгено-терапевтический кабинет (Б.И. Святош). Вскоре метод лучевой терапии стал господствующим при лечении раков кожи век и конъюнктивы. Кроме того, этот метод стал применяться и при других заболеваниях органа зрения.

В 1955 году организуется собственная аптека больницы.

До 1957 года больных в стационар принимал дежурный врач и медицинская сестра приемного покоя. С 1957 года в штате больницы утверждена врачебная должность заведующего приемным покоем. Тридцать лет, с 1980 по 2010 год, заведующей приемного отделения была Г.М. Азимова, проработавшая в больнице более 50 лет. В настоящее время им заведует Н.Г. Иванова.

С 16.01.1958 г. больница утверждена как организационно-методический, лечебно-диагностический консультативный центр. Вновь открыты организационно-методический кабинет радиозотопной диагностики (его заведовали Н.Г. Перегожина, затем Т.В. Шербакова, с 1991 года — Е.И. Арефьева).

В 1972 году организован первый городской центр контактной коррекции зрения (заведовал им Л.М. Тюханов, а затем до закрытия кабинета в 2014 году — О.Г. Мурашова). Внедряется ультразвуковая диагностика (Т.Д. Стражина, позже Ю.Г. Фишкин и А.Н. Иванова).

В 1978 году на базе выработанных методов открыт городской центр лазерной хирургии (Л.Г. Эстрин). Неотложная помощь оказывалась в больнице с момента ее основания. В 1934 году оборудован самостоятельный травматологический кабинет, ставший прообразом открывшегося в 1973 году крупнейшего в городе отделения неотложной помощи. В разные годы кабинетом заведовали и курировали его работу будущий профессор Н.Я. Похосов, позже А.А. Хадкевич. Отделением заведовала Г.С. Зайцева, В.А. Григорьева, Л.В. Шиф, В.Г. Бондарева. С 2014 года им заведует А.В. Ковалева.

Новый магнито-лазерный офтальмологический аппарат для орбитального и транскраниального воздействия

## “АМО-АТОС-ИКЛ”

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

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



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

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

Разработчик и изготовитель  
**ООО "ТРИМА"**

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





Заслуженный врач РФ  
Валерий Митрофанович  
Житенев

В последнее время в отделение неотложной помощи ежегодно обращается до 40 тысяч пациентов с самой разнообразной патологией органа зрения, что составляет более 65% по г. Москве.

Указом Президиума Верховного Совета СССР № 4151-IX от 25.06.1976 г. Офтальмологическая клиника была награждена орденом Трудового Красного Знамени.

С 1979 по 1987 год больницей руководит заслуженный врач РСФСР Виктория Викторовна Перламутрова. С 1979 по 2011 года заместителем главного врача по



Заслуженный врач РФ  
Тамара Михайловна  
Александрова

медицинской части была заслуженный врач РФ Тамара Михайловна Александрова.

В 1987 году по инициативе А.Д. Ореховой организован кабинет по обследованию больных с подозрением на глаукому (зав. Е.Н. Панина). Кабинет просуществовал до 2011 года, когда его функции были переданы дневному стационару. С 2013 эти функции лежат на всем лечебно-консультативном приеме.

В декабре 1987 года главным врачом больницы назначается Валерий Митрофанович Житенев. В 1988 году больница становится также базой курса глазных



Академик РАН, профессор  
Лариса Константиновна  
Мошетева

болезней ФУВ 2 МОЛГМИ, позже преобразованного в кафедру. Кафедрой до 2009 года руководит профессор Ю.Е. Батманов. В конце 2012 года кафедра покинула больницу.

В 1988 году создано диагностическое отделение (зав. А.Н. Иванова). Оно объединило кабинет функциональной диагностики, лабораторию электрофизиологических исследований, кабинет доврачебного обследования больных с подозрением на глаукому, кабинет ультразвуковой диагностики. В настоящее время отделение возглавляет А.В. Добросердов.



Академик РАН, профессор  
Алевтина Федоровна  
Бровкина

В 1994-1995 годах проводится капитальный ремонт здания. Число коек уменьшилось до 240. Открыта дополнительная операционная. В 1999 году организуется самостоятельное отделение анестезиологии и реанимации (им заведовали А.П. Карпов, затем О.В. Трошкин).

С 1999 по 2013 год на территории больницы располагается офтальмологический центр «Доктор Визус». Центр тесно сотрудничал с кафедрами и врачами больницы.

В 2003 году в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 418 на базе офтальмоонкологического кабинета ОКБ организовано онкологическое отделение, и оно становится субъектом Московского городского регистратора.

С 2009 по 2013 год больницу возглавляла профессор Елена Евгеньевна Гришина. В практику больницы внедряется оптическая когерентная томография сетчатки. В ноябре 2011 года при стационаре больницы открывается дневной стационар. В 2012 году начинается капитальный ремонт здания больницы.

С 2013 по 2015 год больницей (с марта 2014 года Филиалом № 1) руководила Елена Александровна Корчуганова. При ней создается отдел оказания платных услуг.

Приказом ДЗ г. Москвы № 1043 от 25.10.2013 г. Офтальмологическая клиника больницы становится обособленным подразделением — Филиалом № 1 ГКБ им. С.П. Боткина.

С марта 2015 года Филиалом № 1 «Офтальмологическая клиника» руководит кандидат медицинских наук, доцент Гульжиян Шекветовна Аржиматова (Сабурова), которая работает в больнице с 1985 года, являясь также доцентом кафедры офтальмологии РМАПО. В мае 2016 года в больнице открывается стационар кратковременного пребывания (зав. О.Е. Ильяхин).

В больнице в разные годы работали заслуженные врачи РСФСР и РФ Н.Н. Дислер, А.Н. Щекина, П.М. Конокотина, Е.В. Маяченко, И.А. Любченко, В.В. Перламутрова, Э.Ф. Нескреба, А.Д. Орехова, В.М. Житенев, Т.М. Александрова.

В настоящее время в больнице оказываются практически все виды современной хирургической и консервативной помощи при различных заболеваниях глаз. Больница располагает современной диагностической аппаратурой.

В больнице трудятся, не считая профессорско-преподавательского состава кафедры, доктор медицинских наук, профессор А.Ю. Слонимский, кандидаты медицинских наук, доценты Г.Ш. Аржиматова, С.И. Курченко, О.С. Фалхут, кроме них еще 21 кандидат медицинских наук (А.М. Андрейченко, И.Ф. Борисенко, А.В. Бородай, И.В. Гудова,

Е.С. Гузенко, Е.В. Диденко С.А. Игнатъев, О.Е. Ильяхин, А.В. Лапочкин, М.Ю. Лернер, Н.В. Мельникова, С.Ю. Нечеснок, А.С. Обрубов, Н.Г. Овчарова, А.М. Пластинина, А.Д. Румянцев, Е.П. Садовская, А.И. Самойленко, О.Н. Стещенко, А.С. Филочкин, Я.Н. Хиюндзи). Многие врачи имеют высшую квалификационную категорию.

На базе больницы оказывают консультативную и лечебную помощь сотрудники кафедры РМАПО: академики РАН Л.К. Мошетева, А.Ф. Бровкина, профессора С.А. Кочергин, И.Б. Алексеев, Ю.Б. Слонимский, доценты, д.м.н. О.Ю. Яценко, к.м.н. Г.Ш. Аржиматова, к.м.н. И.В. Воробьева, к.м.н. Г.М. Чернакова, к.м.н. К.И. Туркина, ассистент, к.м.н. Е.А. Клещева.

Отделения стационара возглавляют д.м.н., профессор А.Ю. Слонимский, к.м.н. А.И. Самойленко, Е.В. Ширшова, дневной стационар — к.м.н. Н.Г. Овчарова. Анестезиологическую службу возглавляет к.м.н. А.С. Филочкин. Работой стационара и операционной заведует к.м.н. О.Е. Ильяхин. Поликлиникой заведует к.м.н. С.А. Игнатъев. Консультативные отделения поликлиники возглавляют к.м.н. И.Ф. Борисенко и М.Б. Ро. Кабинетом сложной рефракции руководит О.Н. Яшина.

Онкологическим отделением заведует к.м.н. М.Ю. Лернер. Консультативную и лечебную помощь отделение оказывает академик РАН, профессор Алевтина Федоровна Бровкина.

Диагностическим отделением руководит А.В. Добросердов. Лазерный центр с момента его открытия возглавляет Л.Г. Эстрин. На базе центра выполняется флюоресцентная ангиография сетчатки (Н.Г. Бурденко).

Рентгенологическое отделение возглавляет Т.Г. Никольская, лаборатория радиоизотопной диагностики — Е.И. Арефьева.

Крупнейшее в Москве физиотерапевтическое отделение возглавляет Р.М. Тановой.

Патогистологическую лабораторию возглавляет к.м.н. С.Ю. Нечеснок.

Помимо лечебной работы, врачи больницы всегда вели активную и научную деятельность. Врачами больницы опубликовано около 300 статей в специализированных офтальмологических журналах и около 100 — в общемедицинских журналах. Статьи охватывают все разделы офтальмологии. В сборниках всесоюзных и всероссийских съездов офтальмологов опубликовано 130 научных работ и тезисов.

Врачи больницы защищены 57 диссертаций (без учета аспирантов кафедр — не врачей больницы), в т.ч. 3 на степень доктора медицины (В.Ф. Броссе, А.Н. Макалов, Н.Г. Правосуд) и 3 докторских (А.Ф. Бровкина, Е.Е. Гришина, А.Ю. Слонимский).

На базе больницы выполнены диссертации на степень доктора медицины будущих профессоров Ф.О. Евещкого, П.И. Дьяконова. Кроме того, на материале больницы докторскую диссертацию защитил профессор Е.С. Либман, Е.К. Бенделик.

Таким образом, больница стала фундаментом для развития офтальмологии не только в Москве, но и во всей стране. Она дала начало многим современным учреждениям и кафедрам города Москвы, подготовила много врачей кадров, которые работают по всей России и СНГ.

Г.Ш. Аржиматова, А.С. Обрубов  
Филиал № 1  
«Офтальмологическая клиника»  
ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

# Многопрофильная больница — это шанс на спасение для самых тяжёлых пациентов

Офтальмологический центр, действующий на базе Санкт-Петербургской городской многопрофильной больницы (ГМПБ) № 2, является крупнейшим глазным стационаром Северной столицы. Он состоит из восьми отделений. Здесь трудятся 53 врача-офтальмолога, в том числе два доктора медицинских наук и двенадцать кандидатов медицинских наук. Имеется 212 коек. В семи операционных залах ежегодно выполняется около шестнадцати тысяч оперативных вмешательств.

Директором Офтальмологического центра является главный офтальмолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, заслуженный работник высшей школы РФ, д.м.н., профессор Ю.С. Астахов.

Оперативное руководство и координацию его деятельности осуществляет заместитель главного врача по офтальмологии Городской многопрофильной больницы № 2 В.П. Николаенко. Большое внимание делам и заботам офтальмологической службы уделяет главный врач больницы, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор В.А. Волчков.

Корреспондент газеты «Поле зрения» стремится не только представить нашим читателям Санкт-Петербургский Офтальмологический центр, но и уделить внимание личностям и судьбам его сотрудников, особенностям их профессиональных биографий. Уникальность каждого научного и лечебного учреждения определяет

люди, которые в нём работают. Главное впечатление, которое складывается после посещения этой клиники, можно передать одним словом — УВЛЕЧЁННОСТЬ.

Сформировался слаженный, стабильный, творческий коллектив. Даже пациенты с самой тяжёлой офтальмологической патологией могут быть уверены в том, что им будет оказана максимально возможная помощь, что они встретят доброжелательное, внимательное отношение медиков. В Офтальмологическом центре работает много светлых, улыбающихся людей. А улыбка эскулапа и — вовремя, к месту! — сказанные слова сочувствия и сопереживания тоже, как известно, являются важной частью лечебного процесса.



Д.м.н., заместитель главного врача по офтальмологии Санкт-Петербургской городской многопрофильной больницы № 2, профессор кафедры отоларингологии и офтальмологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета  
**Вадим Петрович Николаенко:**

## Взаимодействие медиков различных специальностей — залог эффективного лечения офтальмологических пациентов

— Вадим Петрович, наверное, Вы согласитесь со мной в том, что каждая клиника, в том числе и офтальмологическая, имеет свою специфику, свою «изюминку»... В чём состоит особенность Вашего Офтальмологического центра?

— Офтальмологический центр действует на базе Санкт-Петербургской городской многопрофильной больницы № 2. В этом и состоит его особенность, его уникальность для Санкт-Петербурга.

Существует значительное число пациентов, которым целесообразно оказывать медицинскую помощь именно в многопрофильной больнице. Это связано с тем, что, кроме офтальмологической патологии, у них имеется целый «букет» тяжёлых сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и т.д.

— Получается, что у Вашей больницы есть своя «ниша»?

— Думаю, что своя «ниша» есть у каждого медицинского учреждения. Если у человека нет тяжёлых сопутствующих заболеваний, то ему могут эффективно помочь в специализированной офтальмологической клинике. А если требуется всесторонняя медицинская помощь, то лучше обращаться к нам.

Любое хирургическое вмешательство, в том числе любая офтальмологическая операция, всегда является стрессом для пациента, даже если операция прошла благополучно. А на фоне стресса у пациента с нарушениями сердечно-

сосудистой системы, например, с ишемической болезнью сердца, вполне может произойти инфаркт или инсульт.

— Наверное, гарантированно избежать этой ситуации просто невозможно...

— Конечно, остаточный риск в медицине всегда присутствует. Пациенты с ишемической болезнью сердца и другой кардиологической патологией проходят лечение в кардиологическом отделении, им подбирается соответствующая терапия. Когда коллеги-кардиологи дают «добро» — мы проводим офтальмологическое вмешательство.

После проведения офтальмологической операции пациент может быть выписан домой... А может — на какое-то время вернуться в кардиологическое отделение, чтобы коллеги могли убедиться в том, что он хорошо перенёс операцию. Это зависит от конкретных обстоятельств.

Давайте рассмотрим ситуацию пациента, страдающего от некомпенсированного диабета. Такого пациента необходимо госпитализировать в эндокринологическое отделение, стабилизировать его состояние здоровья. А уже потом можно проводить офтальмохирургические вмешательства.

Многопрофильная клиника — это шанс на спасение для самых тяжёлых пациентов. И залогом эффективного лечения офтальмологической патологии является взаимодействие медиков различных специальностей.

— В настоящее время в медицинской среде много говорят о сокращении коечного фонда. И это не просто разговоры. Коечный фонд действительно сокращается! На этот счёт имеются различные точки зрения. Далеко не все врачи и учёные-медики согласны с подобными реформами здравоохранения...

— Это сложный вопрос. С одной стороны, определённое сокращение коечного фонда — это объективная реальность современной медицины, и в нашей стране и за рубежом. С этим надо считаться. В нашем Офтальмологическом центре за последние годы коечный фонд тоже сократился: с 290 коек до 212 коек.

После проведения офтальмологической операции пациент может быть выписан домой... А может — на какое-то время вернуться в кардиологическое отделение, чтобы коллеги могли убедиться в том, что он хорошо перенёс операцию. Это зависит от конкретных обстоятельств.

— Эти цифры говорят сами за себя.

— Как Вы видите, продолжительность среднего койко-дня постоянно сокращается, соответственно оборот койки повышается. Но я бы призвал к максимальной осторожности и осмотристности в вопросах сокращения коечного фонда. Более того, могу сказать, что считал бы нецелесообразным дальнейшее сокращение коечного фонда Офтальмологического центра. Все койки у нас эффективно используются. Они не простаивают. Они нам нужны.



В операционном зале

URSAPHARM  
Arzneimittel GmbH

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

HYLO®

ЗАБОТА О ГЛАЗАХ



### Постоянное использование

**ХИЛО-КОМОД®** 0,1% гиалуроновая кислота

При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза»; до и после хирургического лечения. Лидер продаж в Германии\* и России\*\*  
Препарат года с 2007 по 2013 в Германии\*\*\*

До 3-й степени сухости

**ХИЛОМАКС-КОМОД®** 0,2% гиалуроновая кислота

Длительное интенсивное увлажнение  
Высокая концентрация и высокая вязкость  
При тяжелых формах синдрома «сухого глаза»

1-4 степень сухости

### Бережный уход и восстановление

**ХИЛОЗАР-КОМОД®** 0,1% гиалуроновая кислота + декспантенол

Увлажнение глаз и заживление повреждений  
Дневной уход. Вместо мази в течение дня  
При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», способствует заживлению поврежденной глазной поверхности

До 3-й степени сухости

**ХИЛОПАРИН-КОМОД®** 0,1% гиалуроновая кислота + гепарин

Увлажнение и восстановление  
Уход при раздражении роговицы и конъюнктивы  
При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», включая хроническое воспаление роговицы

До 3-й степени сухости

### Защита в ночное время

**ВИТА-ПОС®** Витамин А

Защита ваших глаз в ночное время. Улучшает свойства слезной пленки  
Ночной уход при всех формах синдрома «сухого глаза»

1-4 степень сухости

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

\* INSAIT XERC (Май 2012)  
\*\* Среди продуктов гиалуроновой кислоты IMS Health Russia (2013)  
\*\*\* Результаты исследования Федеральной ассоциации фармацевтов Германии (IFA)



Оперирует В.П. Николаенко

вмешательств. 98,1% из них производятся через малый разрез. Доля катарактальных пациентов составляет 60%, но они занимают только 37% коек.

— Вероятно, те журналисты и медицинские эксперты, которые утверждают, что все или почти все пациенты с катарактой могут быть прооперированы в условиях дневного стационара, не вполне понимают реальную ситуацию...

— Внедрение койко-замещающих технологий — это важная задача. Но она не может стать самоцелью. Кроме того, когда в прессе и в докладах экспертов говорится на эту тему, то, как правило, речь идёт о катарактальной хирургии. Следует подчеркнуть, что хирургия

катаракты — самая массовая, но далеко не единственная разновидность офтальмохирургии, которой занимается наш Центр. Мы также уделяем внимание проблемам офтальмотравматологии, офтальмоонкологии, хирургии орбиты и слезоотводящих путей, пластической и реконструктивной хирургии глаза и его придаточного аппарата, хирургического лечения глазных осложнений сахарного диабета и тяжёлых форм глаукомы.

— Не могли бы Вы представить структуру Офтальмологического центра?

— У нас работают пять стационарных отделений. Первое отделение занимается хирургией глаукомы и катаракты. Второе отделение отвечает за витреоретинальную

патологию, офтальмотравматологию и реконструктивную хирургию. Третье и четвёртое отделения почти всецело заняты хирургией катаракты. Пятое отделение принимает больных с офтальмоонкологией и катарактальных пациентов. У нас также имеется консультативно-диагностическое отделение, отделение лазерной микрохирургии глаза и приёмное отделение.

— Вадим Петрович, хотелось бы узнать об основных вехах Вашей жизни, о Вашем пути в медицине.

— Я родился в 1966 году в литовском городе Каунасе в семье военнослужащего. Наша семья несколько раз переезжала, так же как и многие семьи военных. Поэтому пришлось сменить несколько школ. С 1981 года отец проходил службу в Ленинграде. Среднюю школу окончил с золотой медалью. Решил пойти по папиным стопам и тоже стать военным.

Кроме того, мне хотелось стать врачом. Решил поступать в Военно-медицинскую академию, связать свою жизнь с военной медициной. Кстати, в роду у нас медиков не было, я стал первым.

— А офтальмологией когда заинтересовались?

— Это произошло ещё в детстве. Я рос крепким, здоровым парнем. Со здоровьем проблем практически не было, с врачами почти не соприкасался. Но близорукость у меня присутствовала, очки носил уже со второго класса. И возник детский интерес. Хотелось понять,

как устроен глаз, почему зрение ухудшается, как можно справиться с этой проблемой.

Потом в Военно-медицинской академии познакомился с работой кафедры офтальмологии, которую возглавлял профессор В.В. Волков. На втором курсе стал участвовать в работе Военно-научного общества слушателей и курсантов. Куратором общества был Л.И. Балашевич, который тогда был старшим преподавателем кафедры.

Кстати, моё первое задание было скорее журналистским, а не научным. Мне поручили взять интервью у преподавателей кафедры офтальмологии, которые сами учились в Академии и были членами Военно-научного общества слушателей и курсантов... Мне нужно было собрать их воспоминания.

— Какие события, произошедшие во время учёбы, стали для Вас наиболее значимыми?

— Мне нравилось учиться. Я с гордостью носил военную форму... У нас в академии был настоящий «культ учёбы». Я не мог себе представить ситуацию, что можно «прогулять лекцию», не сделав какого-то задания. Конечно, это было связано с воинской дисциплиной. «Прогул лекции», по сути, означал бы невыполнение приказа.

Но дело, конечно, не только в дисциплине. Мне нравилось учиться. И рядом со мной учились сокурсники, которые впоследствии многого достигли в жизни, проявили себя в науке. Мы вместе занимались в Военно-научном обществе слушателей и курсантов, стали добрыми приятелями и друзьями. Хотел бы упомянуть д.м.н., профессора Э.В. Бойко, В.В. Бржеско, А.Н. Куликова, С.В. Чурашова, д.м.н. М.В. Гацу, к.м.н., доцента С.В. Сосновского.

Наверное, самым ярким событием за годы курсантской жизни было выступление на Большом Учёном совете академии в декабре 1988 года. Мне оказали честь доложить о результатах своих научных исследований перед членами Большого Учёного совета, в состав которого входило немало прославленных учёных, профессоров, полковников и генералов... Такая возможность была предоставлена слушателю впервые за всё время существования учебного заведения.

— О чём Вы говорили?

— Речь шла о функциональных исходах кератотомии. В то время, как известно, профессиональное офтальмологическое сообщество с большим интересом следило за научной дискуссией профессоров В.В. Волкова и С.Н. Фёдорова. Вениамин Васильевич Волков обратил внимание на целый ряд негативных побочных эффектов кератотомии. И я тоже заинтересовался этой темой.

Впоследствии результаты этих научных исследований стали составной частью моей кандидатской диссертации «Сумеречное зрение, слепимость и контрастная чувствительность при некоторых способах коррекции миопии и афакии». Она была защищена в 1994 году. Научным руководителем был профессор В.В. Волков.

— Как сложилась Ваша жизнь после окончания академии, после получения лейтенантских погоды?

— Я окончил академию в 1989 году и получил распределение в Западную группу войск, размещавшуюся на территории Германской Демократической Республики (ГДР). Служил там до августа 1993 года. Начал службу в качестве командира медицинского взвода медицинской роты 33 мотострелкового полка. Довелось пройти и полковое, и дивизионное звено. А завершилась

служба в качестве старшего ординатора офтальмологического отделения Главного госпиталя Западной группы войск.

За время службы произошел целый ряд драматических событий: распался Советский Союз, прекратила своё существование ГДР, была расформирована Западная группа войск. После завершения службы в Германии в течение полутора лет я служил в гарнизонном госпитале в городе Кандалакша Мурманской области. В январе 1995 года уволился из рядов Вооружённых Сил в звании капитана.

Если говорить откровенно, то в те годы многих офицеров буквально вынуждали уходить из армии... Происходили бесконечные сокращения и реорганизации. Само существование военной медицины было поставлено под угрозу. Кое-кто из экспертов считал, что военные медики вообще не нужны... Мол, их вполне могут заменить гражданские специалисты. Поэтому офицеры, которые с огромной мотивацией учились в военных вузах, хотели всю свою жизнь связать с военной службой, были лишены этой возможности. Их ратный труд оказался Родине не нужен.

— В девятые годы ситуация в армейской среде действительно была печальной. Хотелось надеяться, что сейчас положение дел в армии принципиально другое. Во всяком случае, руководители Министерства обороны подчеркивают важность военной медицины. В последние годы существенно увеличился набор в Военно-медицинскую академию...

— Хотелось бы пожелать всем военным врачам, в том числе и офтальмологам, успешной службы! Я не хотел бы противопоставлять военную и гражданскую медицину. Но у людей в погонах есть свои предназначения. И военная медицина обязательно должна сохраняться и развиваться.

— Как сложилась Ваша жизнь «на гражданке»?

— Я вернулся в Ленинград из Кандалакши. В течение нескольких месяцев вёл приём в поликлинике Санкт-Петербургской Военно-морской базы. А потом меня пригласили на работу в Офтальмологическую больницу № 7, расположенную на Литейном проспекте. Вскоре произошла реорганизация: стационарные отделения Офтальмологической больницы стали частью многопрофильной больницы № 2. Офтальмологическую больницу № 7 преобразовали в «Диагностический центр № 7» (глазной).

Идея реорганизации состояла в том, чтобы офтальмологический стационар стал составной частью многопрофильной больницы. И эта идея вполне разумна. Разумеется, специализированные офтальмологические стационары тоже нужны. Но в Санкт-Петербурге в то время существовала большая потребность в многопрофильной больнице. И такая клиника была создана.

Переезд офтальмологического стационара с Литейного проспекта в Учебный переулок (рядом с метро «Озерки») произошёл в 1996 году, практически сразу после открытия многопрофильной больницы. С 2006 года по 2012 год я был заведующим первым отделением Офтальмологического центра. Это отделение специализируется на глаукоме и катаракте.

В 2012 году меня назначили заместителем главного врача по офтальмологии нашей больницы. Одновременно в качестве офтальмохирурга я продолжаю работу в своём отделении. В течение года выполняю порядка 1000-1200 операций: по поводу катаракты, глаукомы, патологии слезоотводящих путей, переломов глазницы.

В 2005 году защитил докторскую диссертацию «Использование поллитерафторэтиленовых имплантатов в офтальмохирургии». Научным консультантом стал Юрий Сергеевич Астахов. Кстати, именно он заинтересовал меня этой научной темой.

Речь шла о том, чтобы разработать отечественный полимерный имплантат для профилактики и лечения анофтальмического синдрома, замещения дефектов орбитальных стенок, который бы по своим биологическим и физико-механическим свойствам не уступал лучшим зарубежным аналогам. И эта задача была решена. Имплантат был создан, запатентован и, самое главное, внедрён в производство. В настоящее время его производством занимается петербургское ЗАО НПК «Экофлон».

— Можно только порадоваться, что у Вашей диссертации была счастливая судьба. К сожалению, в нашей стране многие научные разработки не удаётся внедрить в жизнь.

— Наверное, здесь присутствовало и везение. Но, в первую очередь, это результат напряжённой работы. Меня всегда интересовали именно прикладные научные исследования. Поэтому вопросу

внедрения результатов диссертации было уделено огромное внимание.

— Офтальмологическим центром руководит tandem двух профессоров. Юрий Сергеевич Астахов занимает пост директора Центра. Вы являетесь заместителем главного врача больницы по офтальмологии. Как складывается Ваше взаимодействие?

— С Ю.С. Астаховым я познакомился в 1994 году, когда он присутствовал на защите моей кандидатской диссертации в стенах Военно-медицинской академии. Но, разумеется, я и раньше знал его деятельность. Уже более тридцати лет, с 1985 года, он является главным офтальмологом Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

Среди главных офтальмологов регионов России Юрий Сергеевич — один из самых опытных и авторитетных специалистов. Для сотрудников нашего Центра, в том числе и для меня, он стал старшим другом, генератором идей, опытным наставником.

Профессор Астахов — человек с широким научным кругозором, большим опытом взаимодействия с лучшими зарубежными клиниками. Мы стремимся в нашем Центре воплощать в жизнь его идеи и планы.

С Юрием Сергеевичем мы стали соавторами книги «Орбитальные переломы. Руководство для врачей». Она вышла в свет в 2012 году. Это первое отечественное руководство для врачей, посвящённое данной теме. В 2014 году научный труд вышел в свет в переводе на английский язык в издательстве «Шпрингер».

— Знаю, что орбитальные переломы — это далеко не единственная сфера Ваших научных интересов.

— Меня всегда интересовали самые разные офтальмологические проблемы: хирургия катаракты, глаукомы, слёзных путей... В первую очередь, я — офтальмохирург. Поэтому научную работу рассматриваю как продолжение офтальмохирургии.

Также в последние годы в Центре проводятся исследования влияния состояния глазной поверхности на точность расчёта интраокулярных линз, воздействия гипотензивных операций на оптическую систему глаза, по оценке состояния офтальмотонуса после витреоретинальных операций.

Для меня важно обобщить свой опыт офтальмохирурга, поделиться своими знаниями и навыками с молодыми специалистами.

— Какие задачи Вы ставите перед собой и перед коллективом Центра на ближайшие годы?

— Будем осваивать новые виды операций. В этом у меня нет никаких сомнений! Есть планы возродить прежние объёмы кератопластики. В Санкт-Петербурге такие операции в силу целого ряда причин несут единичный характер. А потребность в них очень большая.

— В России существуют многочисленные бюрократические барьеры, мешающие использованию донорского материала.

— Конечно, мы не в силах изменить действующее законодательство. Но мы можем сформулировать свои экспертные заключения. Кроме того, необходимо максимально эффективно использовать имеющиеся возможности. Речь идёт о том, чтобы в результате наших усилий поставить операции кератопластики «на поток», проводить их регулярно. Редкие, единичные операции — не решают проблему!

Осваивая новые виды хирургических вмешательств, мы одновременно будем совершенствовать имеющиеся технологии. Мы и дальше будем помогать самым тяжёлым пациентам. Офтальмологические операции могут проводиться, даже

если человек перенёс два-три инсульта или инфаркта, аорто-коронарное шунтирование и т.д.

Одним из важных направлений работы будет оставаться витреоретинальная хирургия, в том числе операции витректомию у больных сахарным диабетом. Конечно же, не останутся без внимания наши традиционные направления: хирургия глаукомы и катаракты. Здесь технологии тоже постоянно совершенствуются.

— А нужны ли людям, у которых такое тяжёлое, даже критическое, общее состояние здоровья и преклонный возраст, офтальмохирургические вмешательства?

— Если есть шанс, что человек станет видеть лучше, то этот шанс нужно использовать даже для девяностолетних или столетних пациентов! С возрастом и с ухудшением состояния здоровья у людей не пропадает жажда жизни, стремление к хорошему зрению. Борьба за сохранение зрения — это общая борьба врача и пациента. Можно привести много примеров, когда улучшение зрительных функций давало человеку прилив положительных эмоций, способствующий существенному улучшению общего состояния здоровья.

Заведующая консультативно-диагностическим отделением Офтальмологического центра Санкт-Петербургской городской многопрофильной больницы № 2

Ирина Владимировна Терехова:

## Наша главная задача — исследования органа зрения



— Ирина Владимировна, хотелось бы узнать о задачах, которые решает Ваше отделение?

— Наше отделение взаимодействует со всеми другими структурными подразделениями, со всеми сотрудниками Офтальмологического центра. Наша главная задача состоит в том, чтобы провести исследование органа зрения всех без исключения. Я имею в виду стационарных, и амбулаторных, и амбулаторных пациентов. Эта работа имеет и экономическую составляющую в свете койкоберегающих технологий, эффективного использования коечного фонда.

Важно провести максимальное количество исследований до госпитализации. Конечно, это относится к плановым операциям, а не к неотложной медицинской помощи. У нас проводятся ультразвуковые, ангиографические исследования. Делается томография сетчатки... Имеется весь комплект диагностической аппаратуры, который необходим при любых офтальмологических заболеваниях.

— Не могли бы Вы подробнее рассказать о Ваших рабочих буднях, об организации работы?

— Особенно интенсивное взаимодействие происходит у нас с приёмным отделением. Обычно в отделение приходят пациенты, у которых уже есть направление на госпитализацию. Они также, как правило, приносят с собой результаты ранее проведённых

исследований... Но это не значит, что госпитализация происходит автоматически. Это было бы неправильно и с точки зрения интересов пациента, и с точки зрения эффективности работы больницы.

Сначала пациент из приёмного отделения направляется к нам. Мы проводим свои исследования — и потом вместе со специалистами приёмного отделения делаем выводы и заключения. Результаты порой могут быть неожиданными. Например, к нам обратился пациент с направлением на плановую госпитализацию, на проведение плановой операции. Но результаты обследования показывают, что нужна не плановая, а неотложная операция... Тогда он немедленно направляется на операционный стол!

Или другая ситуация. Человека направили на проведение операции, например, по поводу катаракты. А наши данные показывают, что ни в операции, ни в госпитализации нет необходимости. Это не значит, что мы просто отправим пациента домой! Он получит исчерпывающую информацию, каким образом он может продолжить лечение без госпитализации. И ему будет дано подробное разъяснение, почему врачи больницы считают проведение операции целесообразным или преждевременным...

Обследования мы проводим не только до проведения операции, но и после неё. В том числе и после выписки. Бывшие пациенты получают у нас амбулаторные консультации. Таким образом, мы помогаем не только конкретным пациентам, но и врачам поликлинической сети. Врачи районной поликлиники всегда могут

быть уверены в том, что его диагноз будет подтверждён (или при необходимости скорректирован) результатами нашей работы.

— Среди Ваших пациентов немало людей преклонного возраста, с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями. Это обстоятельство накладывает отпечаток на Вашу работу?

— Преклонный возраст пациентов нельзя не учитывать. Орган зрения подвержен возрастным изменениям, как и любой другой орган нашего организма. Что касается сопутствующих заболеваний... Приведу пример из практики сегодняшнего дня. За несколько минут до начала нашего интервью мы обсуждали с коллегами целесообразность проведения фактомальсификации у пожилой пациентки с серьёзными поражениями сетчатки, чрезвычайно высокой степенью близорукости и целым рядом других глазных заболеваний. Вопрос можно сформулировать так: принесёт ли в данных обстоятельствах замена хрусталика улучшение зрения?

Думаю, ещё двадцать лет назад ответ был бы отрицательный. Раньше пациентам с болезнями сетчатки фактомальсификацию проводили крайне неохотно. Но наука и медицинские технологии не стоят на месте. И в данном случае мы солишь во мнении, что фактомальсификацию необходимо провести.

Приведу Вам ещё один пример из врачебной практики. Пожилой пациент провёл летний день в трудах на даче. Вечером он обратил внимание, что перед глазами он наблюдает множество «плавающих точек».

Мужчина поступил весьма разумно, и уже на следующий день он пошёл к врачу-офтальмологу своей районной поликлиники. Его сразу же направили к нам.

— И какой диагноз Вы установили?

— Разрыв сетчатки на крайней периферии. Мы ему сразу же провели лазерное лечение. Зрение полностью восстановилось, «плавающие точки» перед глазами исчезли. Почему я рассказываю эту историю? Ситуация завершилась так благополучно именно потому, что пациент вовремя обратился за медицинской помощью — и эта помощь была ему вовремя оказана. А что было бы, если бы он не пошёл к врачу? Вслед за разрывом сетчатки может начаться отслойка сетчатки, которая может приобрести тотальный характер.

А при отслойках сетчатки лазерное лечение далеко не всегда в состоянии помочь. Требуется сложная

хирургическая операция. Её тоже надо провести вовремя! Если время упущено — может наступить полная слепота. Пациент поступил совершенно правильно, что он не стал ждать пока «точка» перед глазами «пройдёт сама собой». Он пошёл к врачу — и теперь может радоваться хорошему зрению.

— Почему на крайней периферии происходит разрыв сетчатки?

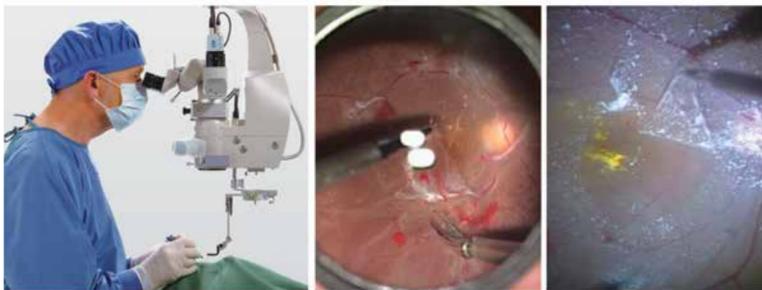
— Причин и факторов много: возрастные изменения органа зрения, близорукость, чрезмерная физическая нагрузка. Пожилой человек слишком активно занялся огородничеством, перетрутился — и орган зрения не выдержал такой нагрузки. С другой стороны, разрывы сетчатки могут произойти и у молодых людей, без каких-либо объективных причин. К сожалению, далеко не все болезни можно предотвратить, но нужно сразу же начинать лечение.



И.В. Терехова во время врачебной консультации

TOPSON

msw westfalia



## OMS 800 OFFISS ПЕРВЫЙ СРЕДИ ЛУЧШИХ

- Бимануальная витреоретинальная хирургия без эндосвещения
- Широчайшее поле зрения
- Четкое стереоскопическое изображение даже в условиях неполного мидриаза
- Снижение интенсивности бликов
- Великолепное качество изображения при комбинированной катарактальной и витреоретинальной хирургии

www.mswestfalia.com

MS Westfalia GmbH  
115114, Москва, ул. Дербеневская  
д.1, стр., 5, подъезд 46

Телефон: +7 495 544 54 53  
Факс: +7 495 988 91 84  
E-mail: rus@mswestfalia.com



— Сергей Борисович, в чём, на Ваш взгляд, проявляется мастерство, высокая квалификация лазерного офтальмохирурга?

— Хирургия, в том числе лазерная офтальмохирургия, сама по себе предполагает мастерство и высокую квалификацию. Это не комплимент и не похвала, а просто необходимое условие для работы, так как люди доверяют нам своё здоровье.

В лазерной офтальмохирургии мастерство и высокая квалификация врача, в частности, проявляется в том, что он умело регулирует воздействие лазера на ткани органа зрения. Специалист определяет объём и силу лазерного луча. Древний и мудрый девиз медиков: «Не навреди!» в полной мере относится и к нашей специальности.

— Как давно Вы работаете в Офтальмологическом центре?

— Я пришёл сюда в 1998 году в качестве клинического ординатора, потом работал врачом-офтальмологом по скорой и неотложной помощи. В 2002 году стал сотрудником отделения лазерной микрохирургии глаза, а в 2014 году — его руководителем.



— Кирилл Владимирович, в 2016 году в Вашей профессиональной жизни произошло два значимых события: 1 мая Вы были назначены заведующим отделением, а 16 июня защитили кандидатскую диссертацию...

— Эти два события связаны с родным Офтальмологическим центром, где я работаю с 2002 года. Пришёл сюда в качестве клинического ординатора. Потом стал врачом-офтальмологом, офтальмохирургом. Тема моей кандидатской диссертации — «Хирургические способы коррекции астигматизма во время и после экстракции катаракты» — напрямую связана с той работой, которую мы проводим в отделении. Весь материал для диссертации был взят из собственной хирургической практики, хотя, конечно, использовались и другие источники.

— Сколько операций в год Вы проводите?

— 700-800 операций. Это средние цифры для наших офтальмохирургов. В эту цифру входят не только операции по поводу катаракты, которые, конечно, занимают большую часть, но и гипотензивные

Заведующий отделением лазерной микрохирургии глаза Офтальмологического центра Санкт-Петербургской городской многопрофильной больницы № 2

Сергей Борисович Руденко:

## Наш девиз — не навреди!

— Не могли бы Вы представить работу Вашего подразделения?

— В течение года пять врачей нашего отделения выполняют около пяти тысяч лазерных вмешательств. В основном такие операции выполняются амбулаторно. Стационарные пациенты составляют у нас менее 25%. Вообще, любое лазерное вмешательство можно выполнить амбулаторно, но для некоторых пациентов целесообразно находиться в стационаре из-за общего состояния здоровья.

Лазерные вмешательства выполняются при сосудистых заболеваниях глаз (диабетическая ретинопатия, окклюзии ретинальных вен и их последствий и т.д.), а также при дистрофии сетчатки, различных видах глаукомы, вторичной катаракте, ретинальных разрывах, в том числе сопровождающихся отслойкой сетчатки и во многих других случаях.

В отделении находятся два класса лазеров: офтальмокоагуляторы и перфораторы. Офтальмокоагуляторы осуществляют термическое воздействие на ткани глаза. Это актуально при разрывах, отслойках, дистрофии и других заболеваниях сетчатки, при сосудистых заболеваниях органа зрения. Перфораторы могут рассечь ткани-мишени. Это необходимо, например, при глаукоме и вторичной катаракте. При остром приступе закрытоугольной глаукомы с помощью лазера-перфоратора производится

иридэктомия, то есть производится отверстие, обеспечивающее отток внутриглазной жидкости и понижение внутриглазного давления. При вторичной катаракте рассекается помутневшая задняя капсула хрусталика.

— Сотрудники Вашего отделения отвечают не только за лазерные вмешательства, но и за интравитреальное введение медикаментов, таких как ранибизумаб и дексаметазон. Расскажите, пожалуйста, об этой работе.

— Речь идёт о комплексной терапии. Например, при диабетической ретинопатии, возрастной макуллодистрофии и ряде других заболеваний проводится лазерное лечение и одновременно происходит интравитреальное введение антибиотиков ангиогенеза (ранибизумаба, а в ближайшем будущем и афлиберцепта) или кортикостероида (дексаметазона). Как правило, такая терапия является очень эффективной.

— Думаю, что Ваши слова могут подтвердить даже люди, далёкие от медицины. Например, диабет называют болезнью двадцать первого века. Число пациентов растёт... Но, с другой стороны, растёт и число людей, которые, несмотря на наличие диабета, в течение долгих лет и десятилетий сохраняют хорошее зрение, вплоть до глубокой старости.

И это, в первую очередь, заслуга лазерных офтальмохирургов!

— Я бы хотел подчеркнуть, что лазерные вмешательства являются не только эффективными, но и «щадящими». Они исключают травматичность, болевой синдром... Вмешательство в функционирование органа зрения является минимальным.

Возьмём такой распространённый диагноз, как ишемическая ретинопатия. С помощью лазера врач может воздействовать на новообразованные сосуды. Он может их инактивировать (разрушить), не затронув здоровые сосуды. Тем самым мы способны сохранить сетчатку глаза, а значит, и зрительные функции органа зрения.

В последние годы работа лазерных хирургов стала ещё точнее. Им на помощь пришла флюоресцентная ангиография. Теперь мы можем совершенно точно отличить здоровые сосуды от новообразованных.

— У Вас в отделении установлено отечественное или зарубежное оборудование?

— У нас установлено зарубежное оборудование ведущих мировых производителей. И это оборудование вполне нас устраивает. Думаю, что для пациентов это не принципиальный вопрос... Главное, чтобы медицинская техника хорошо работала. А страна-производитель может быть любая.

Но вместе с тем хотел бы сказать, что лазерная техника в России производится, и она вполне достойная. Поэтому когда кто-то утверждает, что в нашей стране вообще нет собственной медицинской техники — это неправда. Она есть. И можно только пожелать отечественным производителям, чтобы они удерживали и расширяли своё место на рынке.

— Не могли бы Вы поделиться наиболее яркими впечатлениями от своей работы?

— Самые яркие, самые позитивные эмоции возникают, когда удаётся помочь наиболее тяжёлым пациентам. Например, при крупных ретинальных разрывах, сопровождающихся отслойкой сетчатки, далеко не всегда лазерное лечение оказывается эффективным! Оно часто оказывается эффективным. Но не всегда.

В любом случае сначала пациенту назначается лазерное лечение. И он проинформирован о том, что если с отслойкой сетчатки не удастся справиться, то предстоит сложная операция... Когда я вижу, что операции в конкретном случае можно избежать — это всегда радость! Вообще, победа над отслойкой сетчатки — это большой успех. Ведь отслойка сетчатки несёт в себе угрозу полной слепоты. Помогать людям всегда приятно, при любых диагнозах. Ради этого мы и работаем!

К.м.н., заведующий отделением микрохирургии глаза Офтальмологического центра

Санкт-Петербургской городской многопрофильной больницы № 2

Кирилл Владимирович Хрипун:

## Надеюсь стать достойным администратором!

операции при глаукоме, реконструктивные и пластические операции. Вообще, мне с самого детства хотелось стать хирургом, и медицина ассоциировалась у меня именно с хирургией. С этими мыслями и поступал в вуз. А уже во время учёбы решил стать офтальмологом.

— Где Вы учились?

— В 1995 году я поступил на медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета. И это был первый набор медицинского факультета. В советское время медицинского факультета не было ни в московском, ни в ленинградском университете. А в девяностые годы этот пробел решили устранить. И это совершенно логично! Ведь ещё в середине века в каждом европейском университете обязательно был медицинский факультет. Университетское образование немаловажно без медицины!

В 2001 году я окончил интернатуру по общей хирургии, а уже после этого поступил в клиническую ординатуру по офтальмологии. Основной базой при прохождении ординатуры был Офтальмологический центр, в котором в дальнейшем я и остался работать.

— Что изменилось в Вашей жизни после назначения заведующим отделением?

— Административная работа — это совершенно новая сфера для меня. Требуется определённая психологическая перестройка. Раньше

я отвечал только за себя, а теперь и за работу коллег. Но все сотрудники моего отделения опытные и грамотные специалисты. И как заведующий я могу рассчитывать на помощь и поддержку. Надеюсь, статья достойным администратором, оправдать оказанное мне доверие.

— У каждого врача какие-то ситуации надолго врезаются в память. Не могли бы Вы поделиться воспоминаниями, рассказать какой-то эпизод из своей практики?

— Нередко эти ситуации печальные. Специфика офтальмологических патологий состоит в том, что даже если лечение прошло успешно и медицинская помощь была оказана в максимальном объёме, орган зрения может утратить часть своих функций. И травмы, и воспалительные заболевания органа зрения нередко приводят к значительному снижению остроты зрения.

Эти ситуации в психологическом плане очень сложны и для врача, и для пациента. Пациент испытывает сильнейший стресс, чувство горечи, отчаяния... Врач стремится оказать ему наиболее эффективную помощь, но он не является всемогущим волшебником.

Например, среди моих пациентов оказалась молодая петербурженка. Во время игры со своим малолетним сыном, ребёнок случайно попал пальцем ей в глаз и подорвал роговицу. Проблема существенно усугубилась тем, что женщина промыла глаз водопроводной водой.

Если бы она этого не сделала, то небольшая травма роговицы, вероятно, не оказалась бы существенного влияния на зрительные функции.

А промывая рану водой, она занесла в глаз инфекцию. В данном случае причиной обострения воспалительного процесса явилась акантамёба. Развился тяжёлый акантамёбный кератит. Воспалительные заболевания органа зрения могут быть очень опасными. Они не только могут привести к полной утрате зрительных функций, но и к разрушению органа зрения.

Пациенты эту опасность не всегда осознают. Им кажется: ну, возникло воспаление... Через какое-то время оно пойдёт... А всё гораздо серьёзнее! Воспалительные заболевания требуют своевременного лечения.

В данном случае ситуация усугубилась тем, что акантамёба — очень коварная инфекция. При такой патологии консервативное лечение часто оказывается неэффективным. Так получилось и в этот раз.

— И что Вы предприняли?

— При неэффективности консервативного лечения и увеличении площади и глубины язвы роговицы в некоторых случаях приходится прибегать к покрытию области дефекта собственными тканями глаза, чтобы избежать перфорации роговицы.

В данном случае пришлось выполнить теннонопластику язвенного дефекта. Несмотря на то что с инфекцией удалось справиться

и глаз был спасён, острота зрения, к сожалению, полностью не восстановилась.

Бывают и более тяжёлые ситуации. Если пластика роговицы оказывается неэффективной, то необходима пересадка роговицы.

— Сквозная пересадка или послойная?

— Только сквозная, потому что «родная» роговица пациента уже к этому времени практически разрушена. Пересадка роговицы — это трудная, сравнительно редкая операция, связанная с необходимостью преодоления целого ряда организационных барьеров, наличия донорского материала и т.д. Далеко не всегда её удаётся оперативно провести.

— Что Вы могли бы пожелать читателям газеты «Поле зрения»?

— Может быть, это звучит немного высокопарно, но мне думается, что российская офтальмология, несмотря на все трудности, является конкурентоспособной в мировом масштабе. Во всяком случае, у офтальмологических пациентов нет серьёзных оснований для «медицинского туризма». Мы можем работать так же эффективно, как и ведущие клиники западных или азиатских стран.

Надеюсь, что газета «Поле зрения» и дальше будет объективно освещать процессы, происходящие в нашей отрасли медицины. Всем коллегам хочется пожелать крепкого здоровья, успехов в работе и благодарных пациентов!

# IV Всероссийская молодежная научно-практическая офтальмологическая конференция «ОКО-2016», посвященная 80-летию юбилею кафедры офтальмологии БГМУ

15 апреля 2016 года в городе Уфе состоялась IV Всероссийская молодежная научно-практическая офтальмологическая конференция «ОКО-2016».

Организаторами мероприятия традиционно выступили Башкирский государственный медицинский университет и Общество офтальмологов Республики Башкортостан. Основной целью конференции стал обмен опытом и наработками, внедрение новых технологий, образование прочных научных связей между молодыми учеными и их старшими коллегами, избравшими офтальмологию своей основной специальностью.

В работе форума приняли участие 224 слушателя, среди которых молодые ученые и врачи-офтальмологи из различных регионов России и стран ближнего зарубежья — Казахстана, Узбекистана, Киргизии, Белоруссии.

Заседание конференции состояло из трех больших разделов: научного блока, включавшего в себя докладные выступления молодых ученых о результатах своих исследований по различным направлениям офтальмологии; образовательного блока с сателлитным симпозиумом и трансляции «живой хирургии».

Тематика докладов касалась патологии переднего и заднего сегментов глаза. Проблема рецидивирующего птеригиума, эффективности его лечения была отражена в выступлениях молодых ученых Т.Б. Сайдахметова (Бишкек, Республика Кыргызстан) и А.Э. Нозимова (Ташкент, Республика Узбекистан). Ряд докладов был посвящен различным аспектам коррекции, лечения и профилактики патологии рефракции и аккомодации. Доклад об эффективности первичной профилактики миопии оптически стереотренажерами представила А.А. Иванова (Ижевск), собственным опытом применения ортокератологических линз в детской практике поделился А.И. Пережогин (Киров), ассистент кафедры офтальмологии Белорусской медицинской академии последипломного образования Д.Е. Абельский (Минск, Республика Беларусь) выступил с сообщением о разработанной мультивариантной модели, прогнозирующей вероятность наличия физического дискомфорта в области глаза после операции фемто-Ласик.



Д.м.н., профессор Г.Е. Столяренко (Москва), заслуженный деятель науки РФ и РБ, д.м.н., профессор М.Т. Азнабаев (Уфа), д.м.н., профессор Б.М. Азнабаев (Уфа)



Доклад к.м.н., доцента кафедры офтальмологии БГМУ Т.Р. Мухаммадеева о применении интраоперационной OCT в ЦЛВЗ «OPTIMED» (Уфа)



Онлайн-трансляция «живой хирургии»



Молодые ученые



Выставка современных разработок офтальмологического оборудования и лекарственных средств



Молодые ученые

Вниманию слушателей были представлены доклады молодых ученых С.Г. Анисимовой (Киров), Д.Р. Мирсайтовой (Санкт-Петербург), затрагивающие проблему «сухого глаза», прогнозирующей вероятность наличия физического дискомфорта в области глаза после операции фемто-Ласик.

А.О. Шиловских (Екатеринбург), посвященный хирургии новообразований иридоцилиарной зоны. Тема витреоретинальной патологии в экспериментальном исследовании и клинических результатах прозвучала в докладах В.О. Пономарева (Екатеринбург) и Я.В. Джалавян (Саратов).

С особым интересом участники конференции были опубликованы в регулярном рецензируемом научно-практическом медицинском журнале «Медицинский вестник Башкортостана», рекомендованном ВАК РФ, и в Вестнике Башкирского государственного медицинского университета, сборнике научных трудов «ОКО-2016».

Также в рамках конференции состоялась выставка современных разработок офтальмологического оборудования и лекарственных средств.

Проведение научно-практической офтальмологической конференции «ОКО» в таком формате становится ежегодной традицией и собирает все большее число участников не только из городов России, но и ближнего и дальнего зарубежья, поскольку дает возможность молодым ученым расширить границы своего профессионального развития и взаимодействия с коллегами.

Материал и фото предоставлены оргкомитетом конференции



Участники конференции «ОКО-2016»

# День зрения – 2016

## Выставочно-образовательный проект

18-21 мая, Сочи, Красная Поляна

**Организаторы:** Академия медицинской оптики и оптометрии, компания Stormoff.

**Информационные партнеры:** «Поле зрения. Газета для офтальмологов», «Глаз», «Вестник оптометрии», «Оправы и линзы», «Оптический Magazine».

Выставочно-образовательный проект «День зрения – 2016» собрал в Сочи более 200 участников: офтальмологов, оптометристов, руководителей государственных и частных клиник, владельцев оптических салонов, зарубежных коллег.

«День зрения – 2016» предоставил возможность каждому участнику поделиться опытом работы, обменяться идеями, повысить профессиональный уровень подготовки. Присутствующие вели активную дискуссию, участвовали в обсуждении докладов, задавали интересные вопросы, тем самым глубже раскрывая предложенные темы. В процессе работы организаторы и гости проекта «День зрения – 2016» отметили важность и необходимость подобных встреч. Совместная плодотворная работа позволяет достичь основной цели — концентрации, систематизации и распространения научных идей и технологий.

Все участники конференции отметили высокий уровень организации мероприятия и уникальность выбранного места.

Оргкомитет мероприятия представил на обсуждение темы, которые носили прикладной характер. В шести секционных заседаниях были отражены основные вопросы:

- новое в диагностике, мониторинге и лечении глаукомы;
- визуализация в офтальмологии;
- персонализированный подход к коррекции зрения;
- комплексный подход к оптической коррекции зрения у детей и подростков;
- проведение LASIK по технологии CustomeVue;
- антикризисный менеджмент оптического салона.

По блоку вопросов диагностики, мониторинга и лечения глаукомы с докладами выступили к.м.н. А.А. Антонов (Москва), к.м.н. С.И. Жукова (Иркутск), д.м.н. Д.И. Иванов (Екатеринбург), и к.м.н. И.Ю. Мазунин (Нижний Новгород) (читайте интервью с д.м.н. Д.И. Ивановым и к.м.н. И.Ю. Мазуниным в ближайшем номере газеты «Поле зрения»).

А.А. Антонов представил рациональные подходы к измерению ВГД. Докладчик акцентировал внимание офтальмологов на том, что исследование внутриглазного давления у большинства пациентов необходимо проводить с учетом биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза. Помимо биометрических исследований, в настоящее время доступны эластотонометрия (качественный метод) и измерение роговично-компенсированного ВГД. У пациентов после лазерных кератотомических операций дунаправленная апланация роговицы является методикой выбора при определении показателя тонометрии. У пациентов, перенесших радикальную кератотомию, следует воздержаться от проведения тонометрических исследований апланационными методами. Возможно исследование ВГД с помощью точечной контактной тонометрии, проводимой на средней периферии роговицы. Исследование суточных колебаний внутриглазного давления повышает информативность

тонометрических исследований и может проводиться пациентом в домашних условиях.

Ультразвуковая диагностика — важное звено в алгоритме обследования пациентов с глаукомой. О роли и месте ультразвуковой диагностики в пред- и послеоперационном обследовании пациентов с глаукомой доложила С.И. Жукова. На этапе предоперационного обследования ультразвуковая диагностика определяет тактику хирургического и лазерного вмешательства. В послеоперационном периоде она играет ключевую роль в изучении механизмов нарушения офтальмотонуса в раннем послеоперационном периоде и причин декомпенсации в отдаленные сроки после операции. Иными словами, ультразвуковая диагностика позволяет индивидуализировать мероприятия, направленные на профилактику повышения ВГД; дает возможность оценить состояние вновь созданных путей оттока внутриглазной жидкости в разные сроки после антиглаукоматозных операций; определяет эффективность оперативного вмешательства; предоставляет возможность сделать патогенетически обоснованный выбор повторной хирургической вмешательства (определить показания к ревизию предшествующей операции, обосновать оптимальный объем ревизии или установить необходимость проведения реоперации в другом сегменте глазного яблока).



Красная Поляна — это уважаемый горнолыжный курорт России. Зимние виды спорта — это не все, чем славится Красная Поляна. Здесь живут гостеприимные люди, летом сюда приезжают за свежим воздухом и прекрасными видами, горными походами, морем и прогулками по каштановым лесам.

«Лазерная хирургия глаукомы в настоящий момент является неотъемлемой частью комплексного ее лечения и в некоторых случаях является единственным методом, позволяющим провести органосохранную или функционально сохраняющую операцию», — так считает И.Ю. Мазунин. Преимущество лазерных вмешательств при лечении глаукомы: малая травматичность процедуры; отсутствие серьезных интра- и послеоперационных осложнений; относительная безболезненность вмешательства; возможность амбулаторного лечения и послеоперационного ведения без потери трудоспособности; дозирование гипотензивного эффекта, проведение повторных вмешательств.

Больные нуждаются в обязательной фармакологической предоперационной подготовке и длительном послеоперационном динамическом наблюдении.

Появление офтальмокоагуляторов с различными длинами волн лазерного излучения (зеленый, зелено-желтый, желтый, красный, инфракрасный) и методик (непрерывный, микроимпульсный, «паттерн-режим») позволяет усилить гипотензивный эффект при значительном снижении инвазивности и времени проведения лазерной процедуры.

Д.И. Иванов представил доклад «Трабекулотомия ab interno как патогенетический способ снижения ВГД в комбинированной хирургии глаукомы и катаракты».

Цель выступления — познакомить с особенностями техники и послеоперационного ведения модифицированной трабекулотомии, разработанных в Екатеринбургском Центре «Микрохирургия глаза». Представленные варианты трабекулотомии с разработанным комплексом профилактики осложнений лечения, по мнению докладчика, обладают высоким функциональным результатом и стойким гипотензивным эффектом.

Второй блок вопросов научной программы конференции был посвящен визуализации в офтальмологии. Работа сессии началась с презентация книги «Фотобиомикроскопия» профессора В.П. Еричева и С.А. Вострухина. Издание подготовлено в издательстве «АПРЕЛЬ» (2016).

Возможности ОСТ-ангиографии, спектральной оптической когерентной томографии высокого разрешения представил в лекции Ori Zahavi (Canon, Нидерланды).

О ключевых особенностях системы iOCT (Haag-Streit Surgical) доложил к.т.н. С.В. Резвых (Москва) (читайте репортаж на стр. 22).

Подробный анализ желтой (577 нм) паттерны панретинальной и фокальной лазерной коагуляции при лечении патологии глазного дна представил И.Ю. Мазунин. В выводах к своему выступлению докладчик отметил преимущества желтой 577 нм «паттерн» лазерной коагуляции перед пороговой непрерывной коагуляцией одиночным пятном, которые можно суммировать следующим образом: из-за меньшей мощности и травматичности 577 нм излучения (по сравнению с 532 нм) становится возможным проведение панретинального воздействия за 2 этапа (до 2000 коагулятов за сеанс). Наиболее равномерно и полно закрывается коагуляцией сетчатка по площади (включая патологические зоны внутри височных сосудов аркад и парамакулярную зону). Значительно сокращается время проведения сеанса ПРЛКС (4-5 мин. сеанс). Имеется возможность максимально качественно и безопасно провести прямую коагуляцию участков неоваскуляризации сетчатки одновременно с ПРЛКС (сливная плотная решетка). При работе на краевой периферии глазного дна с использованием панфундуса или трехзеркальной линзы значительно сокращается время и улучшается качество проведения большой по объему ПРЛКС и лазерного барража ПВХРД. Гарантируется отсутствие осложнений во время (кровотечение из новообразованных ретинальных сосудов) и после проведения лазерной процедуры (прогрессирующая сливная атрофия РПЭ).

Пленарное заседание с многообещающим названием «Суперзрение достижимо» собрало специалистов, которых интересовали вопросы подбора пациентов для проведения LASIK по технологии CustomeVue; практические рекомендации при съемке на WaveScan; особенности подбора оптимальных параметров при проведении процедуры CustomeVue и т.д. Участники заседания делились клиническим опытом использования индивидуализированной процедуры.

П.В. Нефедов (Stormoff, Москва) рассказал о технических особенностях эксимерного лазера VISX и абберметра WaveScan (AMO, США), а также познакомил с принципами работы приборов. Присутствующие на заседании имели возможность познакомиться с технологией патна пигментного диаметра (VSS), изменяющейся частотой импульса (VRR).

М.Г. Яблоков (Кострома) представил результаты коррекции рефракции, полученные при сочетании двух технологий: Фемто-ЛАЗИК на Intralase FS150 и персонализированных операций по волновому фронту на эксимерном лазере «Микроскан Визум» частотой 500 Гц. Докладчик дал оценку безопасности и стабильности операции Фемто-ЛАЗИК по волновому фронту при миопии и миопическом астигматизме слабой и средней степени на платформе эксимерного лазера «Микроскан Визум» 500 Гц (ООО «Оптосистемы»), фемтолазера Intralase FS150 и абберметра L-80 (Visionix, Luneau, Франция). Срок наблюдения составлял 6 месяцев. По мнению докладчика, операция Фемто-ЛАЗИК по волновому фронту при миопии и миопическом астигматизме слабой и средней степени безопасна, эффективна и дают высокую остроту зрения. Это является результатом оптимизированной карты абляции, высоким качеством тонкого лоскута при работе IFS 150, торсионной коррекции модернизированной системы слежения, точным центрированием и высокой стабильностью абляции. Наблюдаемые параметры эффективности, предсказуемости, безопасности и стабильности соответствуют требованиям FDA для миопических ЛАЗИК.



**Н.Э. Темиров**, руководитель, главный врач офтальмологического комплекса «ЛЕГЕ АРТИС», доктор медицинских наук, профессор (Ростов-на-Дону):

— Проект «День зрения» оставляет самые благоприятные впечатления. Это — не отстраненная конференция, когда ты получаешь информацию в основном в устном виде или в виде презентаций.

Здесь, прослушав лекцию, можно поработать на приборах, выступить в роли врача или испытуемого. Когда я был на месте пациента, мне стало ясно, что врачи хотят от

большого во время обследования, насколько реально выполнить все требования докторов.

Это чрезвычайно важно при проведении, например, эксимерной коррекции — необходимо самому лечь под эксимерный лазер или на себе ощутить воздействие фемтолазера; важно побывать на месте пациента, если речь идет об определении полей зрения

различными способами. Я — за такую форму работы, хотя она ни в коей мере не противоречит, наоборот, дополняет традиционные симпозиумы и конференции, благодаря возможности работы с приборами.

Мне очень понравился «День зрения», и я буду с удовольствием принимать участие в последующих проектах.

ежегодно проводит научно-практическую конференцию «Осенние рефракционные чтения», а с 2014 года — «День зрения». Важной составляющей работы компании является высококачественный сервис. Для сотрудников «Окей Вижень» важно превзойти ожидания заказчика, поэтому слоган компании «Видеть мир во всех красках. Жить полной жизнью» — не пустые слова. Он работает.

Работу сессии продолжил А.И. Хансанов (Оренбург). Он выступил с докладом «Применение компьютерных программ при подборе ортокератологических линз».

Т.Ю. Вержанская (Москва) прочитала лекцию «Современные возможности профилактики осложнений ортокератологического метода коррекции». В своем выступлении Т.Ю. Вержанская рассказала

о самом методе, об осложнениях, остановившись на вопросе безопасности ортокератологии. Докладчик подробно осветила вопросы этиологии и их лечения. Ортокератология развивается уже более 50 лет, а современная (ночная) ОК-терапия начала применяться в середине 90-х годов. Метод (ортокератология при миопии) официально зарегистрирован и разрешен к применению в России Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития как новая медицинская технология в 2002 году. С 2013 года ортокератология входит в «Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению близорукости у детей». Значительное увеличение числа пациентов, использующих ОК-терапию, требует от врачей-офтальмологов

знаний о методе ортокератологии независимо от их специализации. Докладчик представила результаты клинической оценки состояния этиологии роговицы до и в течение 6 лет после начала ношения ОК-линз в ночном режиме. Полученные результаты показывают, что использование ОК-линз является безопасной процедурой в анализируемой группе пациентов: наблюдались только этилопатии 1-й и 2-й степени тяжести, что можно отнести к клинически незначительным изменениям. Все случаи были купированы препаратами, улучшающими трофику роговицы. Практически все побочные явления наблюдались в течение первых двух лет их использования, особенно на первом году. По мнению Т.А. Вержанской, такая динамика связана с совершенствованием навыков



Профессор В.В. Страхов (Ярославль)



К.м.н. Ю.А. Арефьева (Stormoff), к.м.н. А.А. Антонов (Москва)



М.С. Баев (Stormoff), профессор А.В. Мягков



Ori Zahavi (Canon, Нидерланды)



О. Прена (Будапешт), к.м.н. М.А. Трубилина (Москва)



К.т.н. С.В. Резвых (Stormoff)

**Расходные материалы для фактоэмульсификации**

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



**Микрохирургическое оборудование**

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

**КОМПАКТНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА для микрохирургии ОПТИМЕД «МАСТЕР»**



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



нарушениями и нестабильностью слезной пленки. Болезнь сопровождается повышением осмолярности слезной жидкости, повреждением и воспалением поверхностных тканей глаза». Лечение синдрома «сухого глаза» должно быть комплексным. Комплекс показателей функционального состояния органа зрения отражает влияние атмосферных загрязнителей. Е.И. Демина (Москва) акцентировала внимание слушателей на синдроме слезной дисфункции у пользователей контактных линз. Понимание клинической картины и патофизиологии синдрома слезной дисфункции у носителей контактных линз может предотвратить или существенно уменьшить дискомфорт, связанный с сухостью глаз и уменьшить количество людей, отказывающихся от ношения контактных линз. Применение препаратов, стабилизирующих слезную пленку, и слезозаместительных симптоматических растворов существенно уменьшает симптомы «сухости глаз» и повышает комфортность ношения мягких контактных линз. Определяющим фактором для профилактики возникновения синдрома «сухого глаза» у носителей контактных линз является правильный выбор типа КЛ для конкретного пациента: характеристика полимера, кислородная проницаемость, смачиваемость поверхности материала, модуль упругости, дизайн края, система ухода.

Наглядная демонстрация новых методик, существенно облегчающая работу специалистов в области офтальмологии, безусловно,



Организаторы и участники проекта «День зрения – 2016»

не смогла остаться незамеченной. Так, несомненно, ярким событием явился показ новейших диагностических технологий в формате круглого стола.

1. «Спектральная оптическая когерентная томография высокого разрешения. OCT-ангиография. Современные возможности фундус-камер Canon: COS технология.

Фотобиомикроскопия: шелевая лампа BX900 (Haag-Streit). Модераторы: к.м.н. С.И. Жукова (Иркутск), к.т.н. С.В. Резвык (Storhoff, Москва), Д.А. Машков (Storhoff, Москва).

2. «Психофизические методы в диагностике глаукомы. Применение Pulsar периметрии для скрининга глаукомы. Оценка динамики

изменения зрительных функций: кластерный анализ. Корреляция анатомических и функциональных изменений: Polaris trend». Модераторы: к.м.н. А.А. Антонов (Москва), к.м.н. С.И. Жукова (Иркутск)

3. «Методы ультразвуковой биометрии в расчете ИОЛ, иммерсионная биометрия. Выбор формулы для расчета ИОЛ. Сверхточная

оптическая биометрия. Разбор клинических случаев». Модераторы: О.Д. Шаталов (Accutome, США), А.В. Трубилин (Москва) (читайте репортаж на стр. 21).

4. «Нерефракционная лазерная хирургия». Модератор: к.м.н. И.Ю. Мазунин (Нижегород).

Особый интерес вызвало заседание дискуссионного клуба «Индивидуальный подход к клиенту при выборе типа очковой линзы», организованный к.м.н. М.А. Трубилиной при непосредственном участии директора Hoya Faculty (Будапешт) О. Прена. Участники заседания вели активную дискуссию, обсуждали доклад О. Прена, задавали вопросы.

Дискуссионный клуб «Особенности очковой коррекции у детей и подростков» под председательством к.м.н. М.А. Трубилиной (Москва) и к.м.н. Н.П. Парфеновой (Москва) включал мастер-классы по оценке бинокулярного зрения, гетеротропии и гетерофории, работу с поляризационным экраном и тестами на ФД, знакомство с основами подбора призматической коррекции зрения и явился логическим завершением сессии «Персонализированный подход к коррекции зрения у детей и подростков». С докладами выступили О.А. Окшешва (Киров), П.Н. Эростов (Старый Оскол), к.м.н. А.В. Короленко (Иркутск), Е.К. Микеладзе (Москва).

По мнению организаторов проекта, диапазон знаний врачей и оптометристов не может ограничиваться офтальмологическими проблемами, их кругозор должен быть гораздо шире. Во время работы семинара «Антикризисный менеджмент оптического салона», программа которого была подготовлена сотрудниками Академии медицинской оптики и оптометрии, обсуждались вопросы легализации медицинской и производственной деятельности оптического салона, порядок лицензирования, требуемое оборудование, квалификационные требования к медицинскому персоналу, подготовка кадров, организация внутренней системы обучения (докладчик — профессор А.В. Мясков). К.э.н. Е.В. Ордынская (Москва), практикующий налоговый консультант, советник государственной гражданской службы III класса РФ, дала анализ эффективности ведения бизнеса в условиях экономического кризиса, рассказала об оптимизации налогового обложения предпринятия очковой оптики в зависимости от видов деятельности, ответила на многочисленные вопросы аудитории.

В заключительном слове организаторы конференции поблагодарили участников за активность и новизну представленной информации, благодаря которой будут возможны новые успешные шаги в практике лечения глазной патологии. Также было отмечено участие партнеров проекта «Дня зрения – 2016», которые предоставили на выставку не только свое оборудование и продукцию, но и активно делились знаниями и новыми технологиями в процессе работы мастер-классов. Слова благодарности заслуживают компании: «БиоКлиник», научно-производственная фирма «Медстар», «Фабрика линз», Accutome, Alcon, Canon, Haag-Streit International, Hoya, Huvits, Market Assistant Group, OKVision, Stada, Optopol Technology.

**Анонс**  
«День зрения – 2017» планируется провести с 18-21 мая в г. Калининграде, «День зрения – 2018» — в Крыму.

Материал подготовила  
Лариса Тумар

Фото Сергея Тумара



## А.Ю. Расческов, заведующий офтальмологическим отделением ДРКБ, кандидат медицинских наук (Казань):

— Я считаю, что «День зрения» на сегодняшний день — это очень современное направление в организации локальных встреч офтальмологов. Проект дает возможность его участникам собираться вместе, обсуждать конкретный круг вопросов, связанных с практической деятельностью. Такие встречи стали доброй традицией, и я хочу высказать слова благодарности организаторам проекта, которые

собирают нас вместе для нашей же пользы. У меня складывается впечатление, что проведение локальных конференций, подобных «Дню зрения», стало одним из инструментов развития офтальмологии. На мой взгляд, этот сезон отличается в лучшую сторону от предыдущих, т.к. больше внимания уделяется хирургическому профилю, шире стал вопрос обсуждаемых тем, мне особенно приятно, что затронуты вопросы

детства. Некоторые конференции по своему размаху, количеству секций больше напоминают шоу, впечатление от которых размывается. В памяти остается только то, что произошло что-то грандиозное. Эта конференция соответствует современным потребностям и принесет больше пользы для развития офтальмологии, чем огромные собрания с фуршетом. Так что впечатление самое хорошее.



К.м.н. Т.Ю. Вержанская (Москва)



Во время одного из заседаний круглого стола



К.м.н. Н.П. Парфенова (Москва)



Д.м.н. Д.И. Иванов (Екатеринбург)



Свободная дискуссия



К.В. Бихе (Германия)

# Современная биометрия

## Формулы расчета ИОЛ

Родоначальником современного подхода к расчету ИОЛ принято считать С.Н. Федорова, который с группой соавторов еще в 1967 году предложил свою формулу. В последующие годы появилось множество альтернативных теоретических формул (Colenbrander, Thijssen, Binkhorst и пр.), которые, по своей сути, являлись лишь модернизированной формулой Федорова. Основной задачей является предсказание положения искусственной линзы в глазу (ELP — эффективное положение ИОЛ). На первых этапах значение ELP априори считалось 4 мм. В дальнейшем этот параметр стали рассчитывать индивидуально, в зависимости от различных данных. Широко известная регрессионная формула SRK II, впервые содержащая поправку к длине глаза, постепенно уступила свое место теоретическим формулам третьего поколения и в настоящее время не рекомендована к использованию. Применение таких формул, как HofferQ, Holladay I, SRK/T, позволило достичь высоких результатов благодаря расчету ELP по двум критериям: длине глаза и значению кератометрии. Формула Haigis рассчитывает ELP уже по трем показателям — в дополнение к стандартным учитывает еще глубину передней камеры. К. Hoffer сформулировал рекомендации к выбору формулы относительно длины глаза. Для глаз короче 22 мм рекомендуется использовать формулы Haigis и HofferQ, в диапазоне от 22 до 24,5 мм — оценивать показания Haigis, HofferQ, Holladay I и SRK/T, на средние длины глаз 24,5-26 мм — Holladay I, на длинных глазах более 26 мм — SRK/T.

Однако результаты, полученные при использовании этих формул, по-прежнему в полной мере не удовлетворяли хирургов. Попыткой улучшить показатель процента попадания в расчетную рефракцию стал подход к оптимизации констант путем анализа собственных рефракционных результатов операции с имплантацией одной модели ИОЛ. Так, стала набирать популярность формула Haigis opt, с оптимизированными константами  $a_0$ ,  $a_1$  и  $a_2$ , не зависящими от длины глаза. Известно, что для среднего диапазона значений длины глаза процент попадания в целевую рефракцию достаточно высок.

## Достижение лучшего результата Оптимизация расчетов

### Обзор подходов к расчету ИОЛ Поправка к длине

Holladay 1 optimized AL = 0.829 x IOLM AL + 4.266  
Haigis optimized AL = 0.929 x IOLM AL + 1.562  
SRK/T optimized AL = 0.854 x IOLM AL + 3.722  
HofferQ optimized AL = 0.853 x IOLM AL + 3.579

Новый показатель вносится вручную в биометр и производит перерасчет

Трубилин А.В. ФГБУ ЦОС с поликлиникой УДП РФ, г. Москва

Слайд 1

## Принцип нейросети

- Геологоразведка месторождений
- Оптимизация работы ДВС
- Распознавание лица
- Предсказание курсов валют
- Автораспознавание ЭКГ



Haag-Streit

Слайд 3

калькулятор для торических линз Barrett Toric Calculator. Формула Barrett Universal II доступна с оптическим биометром LenStar LS900 и бесплатно на сайте Азиатско-Тихоокеанской ассоциации катарактальных и рефракционных хирургов (APACRS).

RBF Hill calculator — это в корне иной метод расчета линз, который, по своей сути, представляет расчет ИОЛ на основе имитации искусственной нейросети (слайд 2, 3). Здесь не применяются такие промежуточные этапы расчета, как определение ELP. На основе выведенного коэффициента влияния каждого из измененных параметров глаза, программой делается комплексный анализ по данным более чем 3500 случаев и предлагается диоптрийный линзы. Данные рекомендации основаны не на расчетах по математической модели глаза, а на анализе послеоперационных результатов. Таким образом, исключается несколько промежуточных этапов расчета, которые могут в свою очередь внести погрешность. Формула RBF будет доступна с последней версией ПО для LenStar LS900, а также в виде бесплатного он-лайн приложения.

Собственные рекомендации

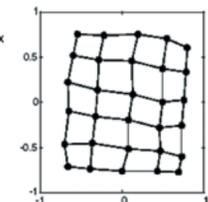
В своей практике мы практически полностью ушли от использования теоретических формул третьего поколения. Для пациентов с короткой и нормальной длиной глаза мы применяем формулу Olsen. Barrett Universal II, по нашему опыту, прекрасно работает в диапазоне нормальных и средние длины значений длины глаза. У пациентов с длиной глаза 26 мм и более мы применяем формулу SRK/T с поправкой Wang-Koch (слайд 4). Важно отметить, что при анализе протокола биометрии мы обращаем внимание не только на длину глаза, но и на анатомию переднего отрезка глаза. К примеру, если у пациента имеется мелкая передняя камера или толстый хрусталик, то независимо от показателя длины глаза, мы отдадим предпочтение формуле Olsen, т.к. она более чувствительна к этим параметрам. Что касается биометрии, то, безусловно, в большинстве случаев мы используем оптические методы. Если же возникает необходимость применения УЗ-сканирования, то мы отдаем предпочтение только иммерсионному методу. ■

## Нейросеть

1000 случайных векторов, созданных генератором случайных чисел по принципу Manhattan distance.

Расстояние между двумя точками равно сумме модулей разностей их координат.

Полученная карта составлена на основе 5'000 циклов



Нейросеть создает самоорганизующуюся карту, организованную в соответствии с распределением и интервалом (шаблоном) из входных векторов

Haag-Streit

Слайд 2

## Оптимизация L. Wang и D. Koch

### До оптимизации

IOLD	REFR[D]
7.00	0.19
8.00	-0.44
9.00	-1.08

### После оптимизации

IOLD	REFR[D]
8.50	0.03
9.50	-0.23
10.50	-0.53

Трубилин А.В. ФГБУ ЦОС с поликлиникой УДП РФ, г. Москва

Слайд 4

# Увидеть невидимое!

К.Т.Н. С.В. Резвых  
Компания Storz

Еще вчера интраоперационная визуализация на основе оптической когерентной томографии (сокращенно ОКТ) была мечтой каждого офтальмохирурга, в особенности если речь шла о таких деликатных вмешательствах, как, например, кератопластика. Важно уже в ходе операции правильно оценить толщину роговицы донора и реципиента, качество прилегания трансплантата, ведь от этого в конечном итоге будет зависеть оптический результат. Так как же обстоят дела на сегодняшний день? Что нового врачам могут предложить инженеры? И при каких видах операций целесообразно использование данного метода?

Первый в мире интраоперационный оптический когерентный томограф iOCT® был представлен немецкими разработчиками в 2010 году, совместившими его с уже существующим операционным микроскопом премиум-класса MÖLLER Hi-R 900A. Благодаря этому инновационному техническому решению хирурги получили возможность в режиме реального времени видеть срезы интересующих тканей. Все срезы с частотой 10000 А-сканов в секунду и разрешением 10 мкм визуализировались на одном или нескольких дисплеях (один из них обязательно размещался в непосредственной близости от хирурга над окулярами, рис. 1). В остальном процесс операции ничем не отличался от стандартного, осуществляемого на обычном микроскопе: хирург и ассистент по-прежнему смотрели в окуляры, однако появилась возможность оценивать результат вмешательства прямо на операционном столе.

Позднее было представлено второе поколение томографа iOCT®, в котором была реализована возможность проецировать томографические срезы прямо в окуляры хирурга (инъекция в окуляры). В ближайшее время готовится к выходу версия третьего поколения, которая будет иметь расширенный функционал и улучшенные технические характеристики.

В предыдущих выпусках мы уже знакомили читателя с историей компании HAAG-STREIT SURGICAL (MÖLLER-WEDEL), производящей хирургические микроскопы для офтальмологии. Сейчас хотелось бы рассказать подробнее о технологии спектральной оптической когерентной томографии, интегрированной в микроскоп, в которой HAAG-STREIT SURGICAL была пионером.



Рис. 1. Интеграция первого в мире оптического когерентного томографа iOCT® в операционный микроскоп HS Hi-R NEO 900A

Но уже сегодня можно смело заявить, что по удобству применения аналогов у данного прибора не существует. Судите сами: поле зрения iOCT® камеры всегда соответствует полю зрения микроскопа, т.е. просто увеличивая изображение в окулярах, ширина В-скана увеличивается автоматически и всегда соответствует ширине поля зрения микроскопа. По большому счету, ассистент хирургу не нужен! Чуть более эффективно управлять всем функционалом iOCT® на микроскопе, достаточно педали управления и сенсорного дисплея над окулярами.

Результаты практического использования iOCT® позволяют по достоинству оценить новую технологию. Наиболее востребована она при пересадках роговицы, на которые «делает упор» сам производитель.

Сквозная кератопластика (полное замещение поврежденной роговицы на донорскую) — общепризнанный метод лечения необратимых патологических изменений роговицы. Несмотря на то что показание для сквозной кератопластики очень широко, во многих случаях она связана с неоправданным риском

для пациента; операция является открытой, и велика вероятность отторжения донорских тканей здоровыми эндотелиальными клетками. В связи с этим в течение последних 20-25 лет стремительно набирает «обороты» более безопасный метод — ламеллярная кератопластика. Основными факторами, способствующими популярности послыпных (ламельлярных) методик, являются:

отсутствие реакции отторжения эндотелиальных трансплантатов и уменьшение послеоперационных осложнений. Приведем для сравнения результат сквозной пересадки роговицы (рис. 5). По ОКТ-срезам можно судить, оптимально ли сопоставляются края операционной раны и как точно располагается кератотрансплантат в ложе реципиента.

Рассмотрим несколько случаев, в которых применение технологии iOCT® позволяет хирургам увидеть намного больше, чем способен показать обычный оптический микроскоп.

Ярким примером может служить трансплантация десцеметовой мембраны с эндотелием (DMEK). Впервые эта модификация эндотелиальной кератопластики была опубликована в 2006 году профессором G. Melles. При выполнении DMEK пересаживается только десцеметова мембрана с эндотелиальным слоем, толщина которой всего 10-12 мкм, и трансплантат после выделения с донорской роговицы сразу сворачивается в трубочку эндотелием наружу (рис. 2, 3 (C. Cursiefen, E. Lankehan, M. Krug и др.)). Четко визуализируются все этапы операции, начиная с подготовки трансплантата и заканчивая его фиксацией к строме. Обратите внимание на глубину окна сканирования iOCT® — хирург видит всю переднюю камеру, и ему не приходится фокусировать микроскоп выше-ниже, чтобы «не потерять» трансплантат из виду. На рис. 4 приведен один из этапов DMEK другой операции, а также снимок, сделанный обычной камерой микроскопа, на котором виден скрученный трансплантат, но в какую сторону закручена спираль — сказать по снимку затруднительно.

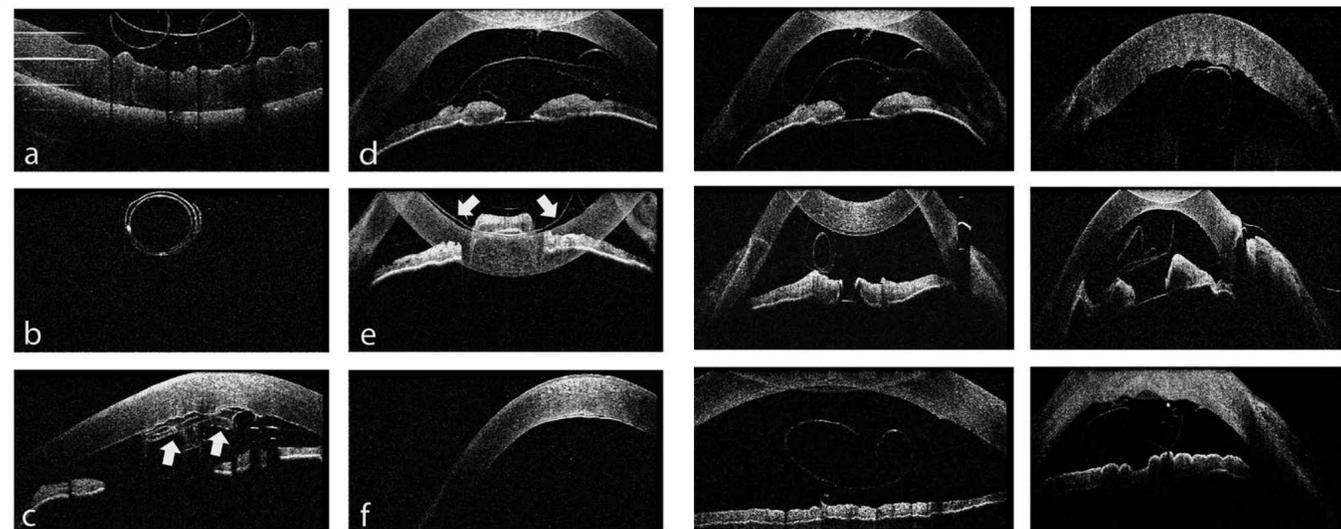


Рис. 2. Визуализация в режиме реального времени. Шаги операции DMEK: подготовка трансплантата (а); скрученный донорский трансплантат (b); отслаивание десцеметовой мембраны (с); трансплантат в передней камере пациента (d); расправление трансплантата при заполнении воздухом (e); плотное прилегание трансплантата по окончании хирургии (f)

Рис. 3. iOCT® позволяет правильно расправить и уложить трансплантат даже при сниженной прозрачности роговицы пациента

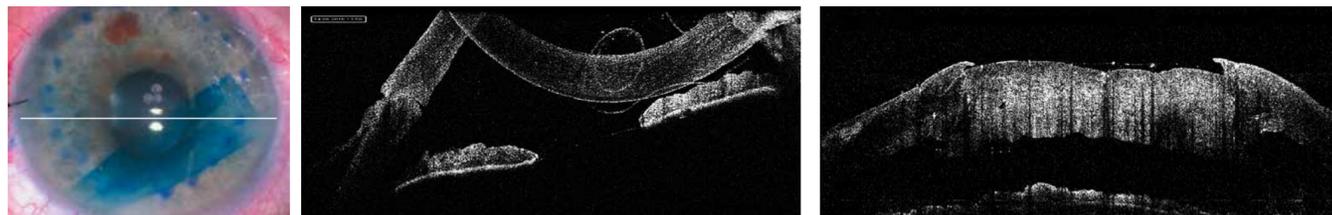


Рис. 4. Снимок с камеры операционного микроскопа (виден окрашенный трансплантат, операция DMEK) и одновременный снимок с iOCT® камеры, на котором показана ориентация спирали. Белая линия маркирует место ОКТ-среза (здесь и далее)

Рис. 5. Результат сквозной кератопластики на iOCT® снимке



Рис. 6. Имплантация интрастромальных сегментов в глубокие слои роговицы

Распространенной формой роговичной патологии, которая проявляется и в молодом работоспособном возрасте, является кератоктазия различного генеза. Для лечения на ранних стадиях широко применяется интрастромальная кератопластика с имплантацией сегментов в строму роговицы, благодаря которым формируется опорный каркас. Наличие интраоперационного iOCT® позволяет оценить глубину залегания сегментов во всех меридианах и визуально оценить элевацию передней и задней поверхностей роговицы (рис. 6).

При хирургии катаракты iOCT® также находит применение. Это и оценка задней капсулы хрусталика, и контроль положения интраокулярной линзы в капсуле после имплантации, и дополнительное средство визуализации в сложных случаях (рис. 7, 8). Безусловно, покупка микроскопа с интегрированным ОКТ только для катарактальной хирургии экономически невыгодна, но при наличии данного устройства в клинике существенно увеличивает информативность любой хирургии.

Для витреоретинальных хирургов технология iOCT® предоставляет возможность осмотра глазного дна, разрывов сетчатки, позволяет оценить размеры, локализацию и структуру рубцовой ткани, а также определить, полностью ли удалена эпиретинальная мембрана (рис. 9).

В настоящее время в мире практически нет работ по использованию интраоперационной технологии iOCT® в онкологии. На базе МНИИ ГБ им. Гельмгольца профессором С.В. Саакан сейчас выполняются уникальные исследования в данном направлении. Говорить о каких-то результатах еще преждевременно, однако онкологи рассчитывают на то, что интраоперационная визуализация поможет им более четко дифференцировать границы опухоли для иссечения ее в пределах здоровых тканей (рис. 10).

Достоинства iOCT® не ограничиваются вышеприведенными примерами. Эта новая технология, которая непрерывно развивается и может применяться при многих методиках кератопластики (DALK, DSEK, DSAEK, DMEK и др.), при имплантации искусственных хрусталиков, при глаукоме, при витреоретинальной хирургии. Более того, сейчас уже доступны работы в оториноларингологии и нейрохирургии с применением интраоперационного оптического томографа, аналогов у которого на сегодняшний день не существует.

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что iOCT® — это технология, ориентированная на хирургию премиум-класса. Она позволяет контролировать хирургическое вмешательство на всех этапах, уменьшает время операций и существенно расширяет возможности хирургов, работающих с микроскопами. ■

Рис. 7. Набухающая катаракта при сканировании iOCT®

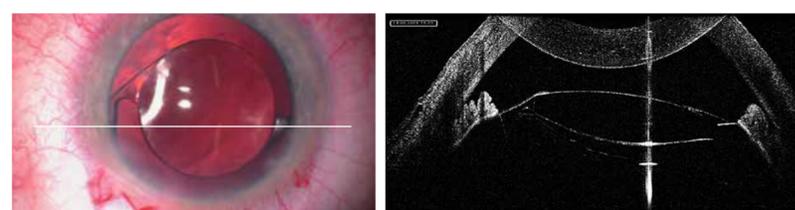


Рис. 8. Имплантация ИОЛ под контролем интраоперационного ОКТ

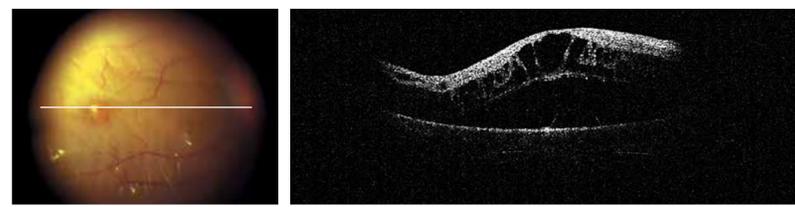


Рис. 9. iOCT® сканирование макулярной области сетчатки

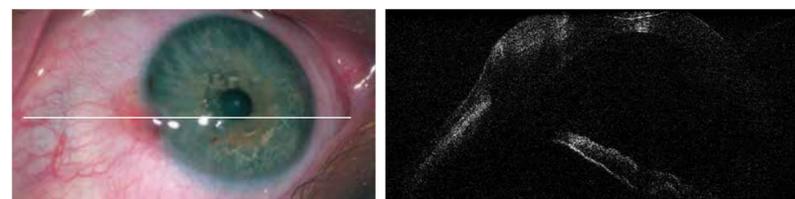


Рис. 10. Осмотр роговичного новообразования для определения глубины иссечения под контролем iOCT®

## РЕФРАКЦИЯ

офтальмологическая/оптометрическая конференция

# 2016

ОПТОМЕТРИЯ ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

ОПТОМЕТРИЯ ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

XII офтальмологическая/оптометрическая конференция

25-27 ноября 2016 г. г. Самара

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в XII офтальмологической/оптометрической конференции «Рефракция – 2016. Офтальмология для оптометристов, оптометрия для офтальмологов».

Основные направления работы конференции:

- Дискуссионные вопросы взаимодействия оптометристов и офтальмологов
- Оптометрические аспекты в работе офтальмологов
- Офтальмологические аспекты в работе оптометристов:
  - Скрининг глаукомы, катаракты, патологии сетчатки;
  - Первичная диагностика;
  - Маршрутизация;
  - ОМС

Специальные гости конференции:

Boris Dejonckheere  
Vice President ZEISS Vision Care, Germany  
Tatiana Kuschel  
Consultant IDP Rodenstock, Germany

Мероприятие аккредитовано в системе непрерывного профессионального развития.

Материалы конференции «Рефракция-2016» будут изданы в виде сборника статей и зарегистрированы в электронной базе eLIBRARY и РИИЦ.

Срок подачи работ в сборник «Рефракция-2016» - до 15 сентября 2016 г. на электронный адрес: [refraction2016@mail.ru](mailto:refraction2016@mail.ru)

Авторы наиболее интересных работ будут приглашены для участия в конференции в качестве докладчика.

Программа мероприятий конференции

25 ноября 2016 г. (пятница)  
Школа офтальмохирурга в формате 3D. «Живая хирургия»  
Ведущие офтальмохирурги в режиме on-line продемонстрируют операции при катаракте, глаукоме, операции на сетчатке и стекловидном теле.

26 ноября 2016 г. (суббота)  
Открытие конференции.  
Пленарное заседание. Научная программа.  
Сателлитные симпозиумы. Круглые столы.  
Мастер-классы. Дискуссии.

27 ноября 2016 г. (воскресенье)  
Научная программа. Круглые столы. Мастер-классы.  
Дискуссии. Закрытие конференции.

В рамках конференции состоится специализированная медицинская выставка.

Участие в конференции и публикация работ в сборнике – бесплатно.

Предварительная регистрация участников обязательна.

Заявки на участие принимаются до 20 ноября 2016 г. on-line на сайте [zrenie-samara.ru](http://zrenie-samara.ru) или по e-mail: [refraction2016@mail.ru](mailto:refraction2016@mail.ru)



## Достигнув поставленной цели, иди дальше

Интервью с директором Академии медицинской оптики и оптометрии, научным

руководителем офтальмологических клиник «Кругозор», доктором медицинских наук,

профессором **Александром Владимировичем Мягковым**

*А.В. Мягков является одним из организаторов проекта «День зрения», который в этом году прошел в г. Сочи. Наша беседа проходила в заключительный день третьего сезона.*

— Александр Владимирович, если читатели «Поля зрения» имеют представление об Академии медицинской оптики и оптометрии, директором которой Вы являетесь, то о компании «Окей Вижн», отметившей в этом году 20 лет своего существования, мы в газете еще не рассказывали. Компания представляет собой фактически МНТК, где объединены наука, клиническая практика, производство и продажа продукции — все то, о чем в свое время мечтал и воплощал в жизнь профессор Святослав Николаевич Федоров.

— Вы правы, потому что одно без другого существовать не может. Нельзя заниматься наукой, не имея необходимой материальной базы, подготовленных кадров инженеров, техников, которые реализуют идеи, зарождающиеся в головах офтальмологов. Появление на рынке компании «Окей Вижн» было в значительной степени закономерным. У меня была сеть оптических салонов, и на определенном этапе возникла необходимость внести в работу компании изменения, которые бы отличали нас от конкурентов, а именно технологию «private label», продвижение частной марки на рынке. Преимуществом частной марки является известная независимость и возможность маневрирования, т.е. если продукт не пользуется успехом на рынке, его можно заменить на другой. Сейчас по этому пути идет много компаний, а 10 лет назад мы были первыми в России. Мы зарегистрировали товарный знак «Окей Вижн» в России и за рубежом и продвигаем на российский рынок под нашим брендом продукты небольших компаний. Кроме того, нам хотелось создать предприятие «полного цикла», куда входят лаборатории по производству контактных линз, очков, очковых линз. Мы ориентированы на небольшие компании, которые нуждаются в нашей помощи. Если задача крупных компаний заключается в продвижении продукта, наша задача — продвижение идеи, чему в значительной степени способствует сочетание академии, производства и реализации готового продукта.

— Когда возникла идея организовать учебный центр?  
— Я работал медицинским консультантом в компании «ОМС Хайдрон Групп», когда возникла идея организовать курсы повышения квалификации для офтальмологов. С этим предложением мы обратились к директору НИИГБ РАМН Сергею Эдуардовичу Аветинову; он, как известно, в течение долгого времени занимался контактной коррекцией. Наша идея его заинтересовала, и вскоре на базе института совместно с сотрудниками

лаборатории заработали курсы повышения квалификации по контактной коррекции зрения.

Необходимость создания собственной клиники возникла в связи с тем, что офтальмологи во время приема пациентов в наших оптических салонах часто видели проблему, и не всегда, направляя человека в поликлинику, мы могли рассчитывать на положительный результат.

Причина, побудившая нас создать лабораторию, заключается в следующем: к нам все чаще и чаще стали обращаться люди, которые безрезультатно перепробовали несколько способов коррекции. Таких людей немного, но они есть и нуждаются в помощи. Мы приняли решение создать лабораторию, задачей которой — оказывать помощь людям в нестандартных ситуациях.

— Не слишком ли Вы рискуете, вкладывая деньги в производство во время кризиса?

— Кризис можно оценивать по-разному. К примеру, производители молочной продукции, подумав, пришли к выводу: «А почему бы нам не сделать собственный сыр?»...

— ...Это вовсе не означает, что сделать...

— Да, однако, задумались. Кризис — это такое явление, когда кто-то теряет, а кто-то находит. Кризис, на мой взгляд, заставляет думать, меняет что-то в головах, люди начинают быстрее соображать, как выкрутиться с наименьшими потерями; в результате может родиться прекрасная идея.

— Вы не боитесь рисковать?

— Мне кажется, в моем случае это больше расчетливость. Я рисковал, когда принял решение переехать из небольшого города Ижевска, где я работал на кафедре, в Москву и начать все сначала. Благодаря Сергею Эдуардовичу Аветинову я почувствовал уверенность в себе. Вообще своим становлением я больше всего я обязан двум замечательным людям: моему учителю, Георгию Ефимовичу Данилову, ректору Ижевского мединститута, который был научным руководителем моих обеих диссертационных работ, его портрет висит в моем кабинете; второй человек — Сергей Эдуардович. Одно дело — вести занятия, читать лекции студентам и совсем другое — выступать перед аудиторией в 500-600 человек, опытных врачей. Повышается самооценка, возникает ощущение уверенности в себе, и в этом, как я уже сказал, большая заслуга академика С.Э. Аветинова.

— Вы много добились... Почему бы Вам не остановиться и не вести спокойную, размеренную жизнь?  
— Это — вечная проблема. Супруга мне говорит: «Ну, сколько можно? Ты уже 25 лет говоришь о рефракции. Почему нельзя читать лекцию, используя старые

записи?» Нет, каждый раз добавляю что-то новое, что интересно мне и слушателю.

— Давайте перейдем к проекту «День зрения». Что изменилось в концепции проекта по сравнению с прошлыми годами?

— Произошли, на мой взгляд, кардинальные изменения. В 2014 и в 2015 годах наша задача заключалась в популяризации современных методов диагностики, коррекции, лечения среди офтальмологов и оптометристов. Год назад мы почувствовали дисбаланс: с одной стороны, говорили какие-то базовые вещи, которые не являются ни для кого открытием, с другой стороны, рассказывая о новых технологиях, о применении нового оборудования, видишь, что для многих коллег это остается пока еще недоступным. В этом году мы решили пригласить «opinon» лидеров, людей, в совершенстве владеющих своей темой: главных специалистов клиник, оптических салонов. Я думаю, что от людей, которые присутствуют на проекте, зависит будущее офтальмологии и оптометрии, т.к. во время обсуждения проблемы формируется новая задача, которую хочется решить, для того чтобы подняться на ступеньку выше.

— Когда я изучала программу, у меня возникло ощущение, что она носит сугубо практический характер по целому спектру офтальмологических и оптометрических проблем. Может ли на проект приехать любой желающий или за три года сформировался своеобразный клуб для определенных специалистов, которых Вы хорошо знаете, которые Вас хорошо знают?

— Проект «День зрения» планировался с самого начала как некий клуб по интересам. Когда есть круг людей, владеющих вопросом на одинаковом уровне, проще обсуждать различные идеи. Ленинская теория о том, что любая кухарка может управлять государством, очевидно, не работала: когда мы говорим о высоких технологиях, о кастомизированных линзах, которые мы производим у себя в лаборатории (речь идет не о простом подборе линзы), необходимо понимать физиологию глаза, accommodation, рассчитать результат, предложить физиологические проблемы. Однако проект был и остается совершенно открытым клубом, членом которого может стать любой человек, желающий повысить свой уровень знаний в этом направлении, познакомиться с новыми технологиями.

— Существует ли обратная связь с участниками проекта при составлении программы на следующий год?  
— Сразу после окончания проекта мы разошлем всем участникам анкеты, в которых они укажут, что понравилось, что не понравилось, на что обратить внимание при подготовке программы на следующий

год. Если Вы обратили внимание, в программу этого года мы включили вопросы, связанные с глаукомой, вопросы визуализации; таким образом, мы учли пожелания участников прошлого года проекта. Хочу напомнить о довольно распространенном заблуждении, что подобрать очки — дело совсем не сложное. Я часто вспоминаю медицинскую сестру, с которой когда-то работал. Подбирая очки для близки, она спрашивала пациента, сколько ему лет. Если пациенту было 40 лет, она ставила линзы +1.0. Конечно, человек видел чуть лучше, и это его устраивало. Мы же понимаем, что рефракционные нарушения (по мнению С.Э. Аветинова, и я с ним абсолютно согласен, речь идет не об аномалии рефракции, а о рефракционных нарушениях) могут быть вызваны множеством причин. Когда мы выписываем человеку очки +1.0 или -1.0, мы должны понимать, что происходит у него в глазу, т.к. нарушение рефракции может возникнуть при катаракте, при начальной глаукоме, при изменениях на глазном дне, а появление миопии или астигматизма рассматривается как манифестный симптом некоторых заболеваний. Опять же значительно увеличилась зрительная нагрузка, сейчас в школах большинство детей носят очки, и требования к качеству зрения сильно возросли. Стало очевидно, что круг решаемых нами вопросов расширится: мы можем проводить первичную диагностику глаукомы, т.к. часто пациент, приходящий в оптику, перестает ходить в поликлинику. Я считаю, что задача людей, занимающихся коррекцией зрения, заключается в первую очередь в проведении начальной диагностики глаукомы. Во всем мире оптометристы измеряют ВГД. Если мы говорим о среднем медицинском персонале, они должны уметь отличать нормальное состояние органа зрения от глаза с патологией и при необходимости направлять человека к офтальмологу. В связи с этим активно обсуждается вопрос, нужна ли в оптических салонах фондус-камера? С одной стороны, оптометрист не может трактовать состояние глазного дна и сделать скрининг глазного дна и сравнить полученное изображение с картинкой здорового глазного дна оптометрист в состоянии.

— Мне не совсем понятна реакция некоторых офтальмологов на подобное расширение задач. Они считают, что оптометристы внедряются на территорию, закрепленную за офтальмологами?  
— Абсолютно с Вами согласен. Я, прежде всего, руководствуюсь постулатом о том, что мы должны предложить лучший способ коррекции зрения. Если в конкретной ситуации лучшим способом коррекции зрения является хирургическое вмешательство, я просто обязан предложить этот вариант пациенту. То же самое относится и к офтальмохирургу: если он не может прооперировать пациента

по причине возраста или толщины роговицы, в этом случае он также обязан предложить лучший метод коррекции, который будет заключаться либо в очковой, либо в контактной коррекции.

— На одной из конференций С.Э. Аветинов назвал очковый метод коррекции самым физиологичным.

— Безусловно. Однажды он выступал с презентацией, где провел сравнение различных методов коррекции. Возьмем, к примеру, пресбиопию. Какими бы замечательными ни были хирургические методы, лучшим средством коррекции на сегодняшний день являются прогрессивные очки, о чем в свое время говорил Сергей Эдуардович. Мы не должны забывать об осложнениях, которые возникают в результате проведения хирургических и лазерных вмешательств, например, недокоррекция. Хирург может быть талантливым, оборудование самым передовым, но не всегда представляется возможным рассчитать физиологию глаза или реакцию глаза на вмешательство. Как известно, сейчас мы пожинаем плоды радиальной кератотомии, но ведь нельзя оставить увеличившуюся зрительная нагрузка, и таким новым методом коррекции стали склеральные линзы.

— Александр Владимирович, как Вы оцениваете проект «День зрения — 2016»? Что получилось, что сделать не удалось?

— Если «День зрения — 2014» был пробным шаром, со многими вещами в организационном отношении мы сталкивались впервые; очень важным для нас был второй шаг, который, если сравнивать с маленьким ребенком, был уже вполне осознанным, а когда ребенок делает третий шаг, это значит, что он научился ходить. Проект этого года собрал 190 человек. Это люди, готовые участвовать в дискуссиях, делиться опытом. Среди них было много тех, кто принимает участие в «Дне зрения» с 2014 года, что свидетельствует о живом интересе к проекту. Сыграла свою роль и атмосфера Сочи, где многое изменилось до неузнаваемости по сравнению с еще недавним прошлым.

— Что меня удивило, особенно в прошлом, да и в этом году, участники проекта занимались до поздней ночи. Многие стараются не пропустить ни одного занятия. Этим проектом «День зрения» отличается от других конференций, где участники не всегда целиком и полностью погружаются в научную программу мероприятия.

— Вы правы. Если людям интересно, они никуда не уйдут. Это опять же говорит о хорошо проработанной тематике проекта. К нам приехали офтальмологи из Новосибирска, Иркутска, Калининграда, Архангельска. Они потратили время, и я надеюсь, провели его с пользой. Не могу не упомянуть

вклад компании «Стормофф», Юлии Аркадьевны Арефьевой в организацию и реализацию проекта. Наши уважаемые коллеги обеспечили возможность участникам проекта не только послушать лекции, но и применить полученные знания на практике с использованием ОСТ, щелевых ламп, ультразвукового и прочего оборудования.

— Александр Владимирович, не могли бы Вы рассказать о своих коллегах, которые помогали в организации «Дня зрения».

— Безусловно, успех любого проекта обусловлен, прежде всего, командой, на которую ты можешь положиться. Мне было очень приятно, например, услышать лестный отзыв о докладе, прочитанном Еленой Ивановной Деминой. Мне повезло работать со знающими свое дело людьми. Недавно к нам пришла Маргарита Корнилова, менеджер по маркетингу, ее вклад в подготовку проекта очень значительный.

— Очень многие вещи здесь, в России, мы делаем по интуиции. Мы же очень эмоциональные...

— ...и юридически малограмотные...

— Возможно, недостаток образования в экономических, правовых вопросах порой мешает воплощать идеи, которые могли бы принести нам успех. Основная идея заключалась в том, что проект «День зрения» призван научить людей не только правильно подбирать очки и контактные линзы, но и работать с кастомизированными контактными линзами, научить смотреть глазное дно, т.е. речь идет о расширении спектра услуг с тем, чтобы привлечь новых клиентов. Многие руководители оптик боятся потратить деньги на приобретение нового оборудования, потому что не понимают, насколько оно будет эффективно в работе. Наша программа направлена на то, чтобы в кризисное время заставить владельцев бизнеса задуматься, как снизить издержки, с максимальной эффективностью использовать имеющееся оборудование. В нашей компании есть оптические салоны, производственные мощности,

учебный центр, и у нас накопился довольно богатый опыт работы в различных условиях — благополучных и кризисных, которым мы можем поделиться с коллегами.

— Александр Владимирович, не могли бы Вы рассказать о своих коллегах, которые помогали в организации «Дня зрения».

— Безусловно, успех любого проекта обусловлен, прежде всего, командой, на которую ты можешь положиться. Мне было очень приятно, например, услышать лестный отзыв о докладе, прочитанном Еленой Ивановной Деминой. Мне повезло работать со знающими свое дело людьми. Недавно к нам пришла Маргарита Корнилова, менеджер по маркетингу, ее вклад в подготовку проекта очень значительный.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Именно поэтому пятый по счету «День зрения» пройдет в Крыму?  
— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.

— У каждого из нас есть свои проблемы, многие люди постоянно хнычут, что у них все плохо. Но я себя считаю человеком позитивным и призываю людей, насколько возможно, самим менять жизнь в лучшую сторону. С другой стороны, у меня крепкий, надежный тыл — замечательная жена, которая всю жизнь (хотя она офтальмолог по образованию) посвятила семье: детям, внукам, мне. Важно и то, что я живу на земле. У меня есть в Подмосковье участок, дача, где живут кролики, куры, цыплята, перепелки; растут картошка, огурцы, помидоры. Представляете, вечером, после работы идешь погулять, общаешься с домашней живностью. Моя мама говорит, что у меня собственный контактный зоопарк. Погладишь собачку, кролика, и негатив, накопившийся за день, уходит.

— Что более всего цените в друзьях, в коллегах?  
— Наверное, правду. Друг ценен тем, что ты ему можешь сказать правду в лицо, и он тебе. В коллегах — ответственность.

— Что Вы не можете простить?  
— Дурь и непрофессионализм. Не могу с этим смириться.

— Вас окружают профессионалы, это очевидно. Но одно дело набрать профессионалов, другое — удержать. Чем Вы их удерживаете?  
— Идеи. Не все решают деньги. Я очень благодарен Наталье Павловне Парфеновой. Она пришла к нам в академию из крупной коммерческой организации, где уровень зарплат был значительно выше, чем у нас. Но она хотела поделиться накопленным богатым опытом и реализовала себя как педагога. Вы понимаете, что не все

— Складывается впечатление, что выбирая место проведения «Дня зрения», вы идете по пути наибольшего сопротивления. Первые два сезона прошли на борту теплохода, тепер Сочи и не побережье, где отелей значительно больше и цены ниже, а в горах, на высоте 960 метров. Четвертый сезон пройдет в Калининграде.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Хочу обратить внимание, что мы не пользуемся услугами агентств, делаем все сами: составляем программу, договариваемся с лекторами, занимаемся вопросами проживания и т.д. Хотя на самом деле самое сложное, как мне кажется, это составить интересную научную программу.

— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.

— Идеи. Не все решают деньги. Я очень благодарен Наталье Павловне Парфеновой. Она пришла к нам в академию из крупной коммерческой организации, где уровень зарплат был значительно выше, чем у нас. Но она хотела поделиться накопленным богатым опытом и реализовала себя как педагога. Вы понимаете, что не все

— Складывается впечатление, что выбирая место проведения «Дня зрения», вы идете по пути наибольшего сопротивления. Первые два сезона прошли на борту теплохода, тепер Сочи и не побережье, где отелей значительно больше и цены ниже, а в горах, на высоте 960 метров. Четвертый сезон пройдет в Калининграде.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Хочу обратить внимание, что мы не пользуемся услугами агентств, делаем все сами: составляем программу, договариваемся с лекторами, занимаемся вопросами проживания и т.д. Хотя на самом деле самое сложное, как мне кажется, это составить интересную научную программу.

— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.

— У каждого из нас есть свои проблемы, многие люди постоянно хнычут, что у них все плохо. Но я себя считаю человеком позитивным и призываю людей, насколько возможно, самим менять жизнь в лучшую сторону. С другой стороны, у меня крепкий, надежный тыл — замечательная жена, которая всю жизнь (хотя она офтальмолог по образованию) посвятила семье: детям, внукам, мне. Важно и то, что я живу на земле. У меня есть в Подмосковье участок, дача, где живут кролики, куры, цыплята, перепелки; растут картошка, огурцы, помидоры. Представляете, вечером, после работы идешь погулять, общаешься с домашней живностью. Моя мама говорит, что у меня собственный контактный зоопарк. Погладишь собачку, кролика, и негатив, накопившийся за день, уходит.

— Что более всего цените в друзьях, в коллегах?  
— Наверное, правду. Друг ценен тем, что ты ему можешь сказать правду в лицо, и он тебе. В коллегах — ответственность.

— Что Вы не можете простить?  
— Дурь и непрофессионализм. Не могу с этим смириться.

— Вас окружают профессионалы, это очевидно. Но одно дело набрать профессионалов, другое — удержать. Чем Вы их удерживаете?  
— Идеи. Не все решают деньги. Я очень благодарен Наталье Павловне Парфеновой. Она пришла к нам в академию из крупной коммерческой организации, где уровень зарплат был значительно выше, чем у нас. Но она хотела поделиться накопленным богатым опытом и реализовала себя как педагога. Вы понимаете, что не все

— Складывается впечатление, что выбирая место проведения «Дня зрения», вы идете по пути наибольшего сопротивления. Первые два сезона прошли на борту теплохода, тепер Сочи и не побережье, где отелей значительно больше и цены ниже, а в горах, на высоте 960 метров. Четвертый сезон пройдет в Калининграде.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Хочу обратить внимание, что мы не пользуемся услугами агентств, делаем все сами: составляем программу, договариваемся с лекторами, занимаемся вопросами проживания и т.д. Хотя на самом деле самое сложное, как мне кажется, это составить интересную научную программу.

— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.

— Идеи. Не все решают деньги. Я очень благодарен Наталье Павловне Парфеновой. Она пришла к нам в академию из крупной коммерческой организации, где уровень зарплат был значительно выше, чем у нас. Но она хотела поделиться накопленным богатым опытом и реализовала себя как педагога. Вы понимаете, что не все

— Складывается впечатление, что выбирая место проведения «Дня зрения», вы идете по пути наибольшего сопротивления. Первые два сезона прошли на борту теплохода, тепер Сочи и не побережье, где отелей значительно больше и цены ниже, а в горах, на высоте 960 метров. Четвертый сезон пройдет в Калининграде.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Хочу обратить внимание, что мы не пользуемся услугами агентств, делаем все сами: составляем программу, договариваемся с лекторами, занимаемся вопросами проживания и т.д. Хотя на самом деле самое сложное, как мне кажется, это составить интересную научную программу.

— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.

— Идеи. Не все решают деньги. Я очень благодарен Наталье Павловне Парфеновой. Она пришла к нам в академию из крупной коммерческой организации, где уровень зарплат был значительно выше, чем у нас. Но она хотела поделиться накопленным богатым опытом и реализовала себя как педагога. Вы понимаете, что не все

— Складывается впечатление, что выбирая место проведения «Дня зрения», вы идете по пути наибольшего сопротивления. Первые два сезона прошли на борту теплохода, тепер Сочи и не побережье, где отелей значительно больше и цены ниже, а в горах, на высоте 960 метров. Четвертый сезон пройдет в Калининграде.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Хочу обратить внимание, что мы не пользуемся услугами агентств, делаем все сами: составляем программу, договариваемся с лекторами, занимаемся вопросами проживания и т.д. Хотя на самом деле самое сложное, как мне кажется, это составить интересную научную программу.

— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.

— У каждого из нас есть свои проблемы, многие люди постоянно хнычут, что у них все плохо. Но я себя считаю человеком позитивным и призываю людей, насколько возможно, самим менять жизнь в лучшую сторону. С другой стороны, у меня крепкий, надежный тыл — замечательная жена, которая всю жизнь (хотя она офтальмолог по образованию) посвятила семье: детям, внукам, мне. Важно и то, что я живу на земле. У меня есть в Подмосковье участок, дача, где живут кролики, куры, цыплята, перепелки; растут картошка, огурцы, помидоры. Представляете, вечером, после работы идешь погулять, общаешься с домашней живностью. Моя мама говорит, что у меня собственный контактный зоопарк. Погладишь собачку, кролика, и негатив, накопившийся за день, уходит.

— Что более всего цените в друзьях, в коллегах?  
— Наверное, правду. Друг ценен тем, что ты ему можешь сказать правду в лицо, и он тебе. В коллегах — ответственность.

— Что Вы не можете простить?  
— Дурь и непрофессионализм. Не могу с этим смириться.

— Вас окружают профессионалы, это очевидно. Но одно дело набрать профессионалов, другое — удержать. Чем Вы их удерживаете?  
— Идеи. Не все решают деньги. Я очень благодарен Наталье Павловне Парфеновой. Она пришла к нам в академию из крупной коммерческой организации, где уровень зарплат был значительно выше, чем у нас. Но она хотела поделиться накопленным богатым опытом и реализовала себя как педагога. Вы понимаете, что не все

— Складывается впечатление, что выбирая место проведения «Дня зрения», вы идете по пути наибольшего сопротивления. Первые два сезона прошли на борту теплохода, тепер Сочи и не побережье, где отелей значительно больше и цены ниже, а в горах, на высоте 960 метров. Четвертый сезон пройдет в Калининграде.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Хочу обратить внимание, что мы не пользуемся услугами агентств, делаем все сами: составляем программу, договариваемся с лекторами, занимаемся вопросами проживания и т.д. Хотя на самом деле самое сложное, как мне кажется, это составить интересную научную программу.

— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.

— Идеи. Не все решают деньги. Я очень благодарен Наталье Павловне Парфеновой. Она пришла к нам в академию из крупной коммерческой организации, где уровень зарплат был значительно выше, чем у нас. Но она хотела поделиться накопленным богатым опытом и реализовала себя как педагога. Вы понимаете, что не все

— Складывается впечатление, что выбирая место проведения «Дня зрения», вы идете по пути наибольшего сопротивления. Первые два сезона прошли на борту теплохода, тепер Сочи и не побережье, где отелей значительно больше и цены ниже, а в горах, на высоте 960 метров. Четвертый сезон пройдет в Калининграде.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Хочу обратить внимание, что мы не пользуемся услугами агентств, делаем все сами: составляем программу, договариваемся с лекторами, занимаемся вопросами проживания и т.д. Хотя на самом деле самое сложное, как мне кажется, это составить интересную научную программу.

— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.

— Идеи. Не все решают деньги. Я очень благодарен Наталье Павловне Парфеновой. Она пришла к нам в академию из крупной коммерческой организации, где уровень зарплат был значительно выше, чем у нас. Но она хотела поделиться накопленным богатым опытом и реализовала себя как педагога. Вы понимаете, что не все

— Складывается впечатление, что выбирая место проведения «Дня зрения», вы идете по пути наибольшего сопротивления. Первые два сезона прошли на борту теплохода, тепер Сочи и не побережье, где отелей значительно больше и цены ниже, а в горах, на высоте 960 метров. Четвертый сезон пройдет в Калининграде.

— Здесь очень красиво, опять же хотели сделать приятное участникам. Думаю, что каждый хотя бы раз в жизни на море съездит, отдохнет, поваляется на пляже. Однако далеко не все найдут возможность побывать в горах, насладиться прекрасными пейзажами, подышать чистейшим воздухом или совершить круиз по Волге. Калининград — город, который многие хотят посмотреть, но не каждый найдет возможность туда приехать. Когда смотришь на карту, создается впечатление обособленности города и области. Маленький островок России и не в России. Но там изумительно красиво, живут прекрасные люди. Я хочу сказать, что при выборе места проведения проекта мы в немалой степени руководствуемся и чувством патриотизма.

— Хочу обратить внимание, что мы не пользуемся услугами агентств, делаем все сами: составляем программу, договариваемся с лекторами, занимаемся вопросами проживания и т.д. Хотя на самом деле самое сложное, как мне кажется, это составить интересную научную программу.

— Вы абсолютно правы. Мы бы провели четвертый сезон в Крыму, но перевозить по воздуху почти 10 тонн оборудования слишком накладно, так что ждем, пока будет построен мост.

— Александр Владимирович, Вы — человек предельно занятой, однако сохраняете прекрасную форму и, что очень важно, всегда в хорошем настроении.



## Новые направления в лечении глаукомы

Профессор Норберт Пфайффер (Германия)

Доктор медицины, профессор Норберт Пфайффер является директором глазной клиники Майнцского университета. С 2005 по 2009 годы занимал пост президента Немецкого офтальмологического общества, в эти же годы был президентом Европейского глаукомного общества (European Glaucoma Society). Профессор Пфайффер — один из ведущих европейских экспертов по глаукоме.

Лекция профессора Норберта Пфайффера о новых направлениях в лечении глаукомы, прочитанная на конгрессе «Белые ночи» в Санкт-Петербурге, стала одним из самых ярких событий прошедшего форума. Предлагаем вашему вниманию основные тезисы выступления.

В течение многих лет ведется дискуссия о методах снижения внутриглазного давления. Докладчик обратил внимание, что в настоящее время Руководство Европейского глаукомного общества в качестве цели лечения указывает на поддержание зрительных функций у пациента и соответствующего качества жизни путем снижения внутриглазного давления. Именно качество жизни имеет значение, т.к. практически всегда после начала лечения пациенты ощущают его снижение: острота зрения не повышается, при этом ощущаются побочные эффекты. Во многих случаях именно глазные капли вызывают побочные эффекты. Практически в 56% случаев пациенты страдают от синдрома «сухого глаза». Причин возникновения ССГ может быть множество, но часто это обусловлено наличием консервантов в глазных каплях. Глазная поверхность становится грубой, слущиваются клетки эпителия. Таким образом, одним из направлений в лечении глаукомы является исключение бензалкония хлорида из состава глазных капель в качестве консерванта, а также снижение количества применяемых лекарственных препаратов. Когда возможно, необходимо применять фиксированные комбинации и исключить консерванты. Это — общее направление, существующее во многих странах; растет объем продаж препаратов, не содержащих консерванты.

Все известные препараты, расфасованные в монодозы. В Германии пациенты испытывают известные трудности при их применении: не всем удается достаточно сильно сжимать флакон, чтобы выдавить из него капли. Таким пациентам на помощь придут новые устройства. Профессор Пфайффер привел пример многоразового контейнера новой конструкции. Первоначально такие контейнеры применялись для лубрикантов при лечении «сухого глаза». Теперь подобные конструкции используются и для антиглаукомных капель. Внутри флакона имеется насосная система, которую необходимо приводить в действие нажатием, но опять же не все пациенты способны справиться с этим. Еще одна новинка представляет собой АБАК-систему с встроенным пористым фильтром, его применение не отличается от обычного флакона. Есть и другие системы, имеющие встроенные насосные системы, внешне не отличающиеся от обычных флаконов. Такие системы не требуют присутствия консервантов в каплях. Пациент пользуется ими как привычными флаконами, не испытывая при этом ни малейших трудностей. Докладчик выразил надежду, что в недалеком будущем антиглаукомные препараты будут расфасовываться именно в такие флаконы, что приведет к улучшению compliance.

К улучшению compliance, по мнению докладчика, должно привести и применение комбинированных препаратов. Однако некоторые пациенты забывают закапывать капли. Одно из решений проблемы, считает профессор, это — инъекции биодеградирующего материала с медленным высвобождением препарата либо миниустройств, которые будут вставляться в слезные пути и находиться в них в течение нескольких месяцев. В настоящее время исследуются возможности инъекций биодеградирующего имплантата простатандин биматопрост в переднюю камеру. Результаты показывают

снижение ВГД на 8-10 мм рт.ст. в зависимости от концентрации препарата. Давление будет находиться на стабильном уровне в течение 4-8 месяцев и зависит от скорости биодеградации имплантата. У 41% пациентов уровень ВГД оставался стабильным в течение 12 месяцев, при этом наблюдалось значительно меньшее количество побочных эффектов, чем при использовании глазных капель; меньше покраснений глаз, меньше темнеет кожа вокруг глаза. Доктор Пфайффер также отметил, что существует имплантат с травопростом для введения в стекловидное тело, действие которого рассчитано на 8 месяцев. Разрешение на использование методики введения имплантата в переднюю камеру может быть получено в конце нынешнего года или в начале следующего.

Далее докладчик остановился на новых антиглаукомных лекарственных препаратах: ингибиторах Ро-киназы, ингибиторах транспортера норэпинефрина, новых простатандиннах. По мнению докладчика, при повышении ВГД происходит склеротические изменения в трабекулярной сети, и, представляя механизм действия ингибиторов Ро-киназы, профессор отметил, что ингибиторы Ро-киназы уменьшают жесткость трабекулярной сети, приводя к увеличению оттока внутриглазной жидкости и снижению ВГД, уменьшению стресса, оказываемого на клетки, и будут способствовать излечению трабекулярной сети. Однако действие по снижению ВГД не оказывается столь значительным по сравнению с действием простатандинна, в частности, латанопроста.

Ни один новый препарат не будет выпущен на рынок, если его действие не будет превышать действие существующих препаратов. Поэтому к ингибиторам Ро-киназы были добавлены ингибиторы транспорта норадреналина. Существуют четыре механизма снижения ВГД — это справедливо для действия препаратов, в которых сочетаются действия ингибиторов Ро-киназы и ингибиторов транспортера норадреналина. Ингибиторы Ро-киназы снижают жесткость трабекулярной сети, ингибиторы транспортера норадреналина снижают продукцию внутриглазной жидкости в цилиарном теле; ингибиторы Ро-киназы снижают также эписклеральное венозное давление; активация рецепторов к простатандину увеличивает увеосклеральный отток. Таким образом, на сегодняшний день имеется препарат, который оказывает действие по четырем направлениям, при этом ВГД снижается на 2-3 мм больше, чем у латанопроста. Препарат станет доступен в конце 2016 года или в 2017 году.

В ближайшее время ожидается появление новых простатандиннов, один из которых разрабатывается фирмой «Сантэн». Препарат способен снизить ВГД на 8-9 мм рт.ст. Еще один препарат разрабатывается другой японской фармацевтической компанией, но исследования проводятся пока только

на обезьянах. Существуют новые, экспериментальные препараты. Один из них — сульфонамид, его можно сравнить с существующим ацетазоламидом, однако механизм действия препарата иной. Действие другого препарата направлено против бета-рецепторов, т.е. он препятствует формированию бета-рецепторов в клетке. Как известно, тимолол блокирует бета-рецепторы, в то время как новый препарат не даст бета-рецептору сформироваться. Исследования продолжатся еще приблизительно 5 лет.

Далее профессор Пфайффер рассмотрел новые направления в хирургии глаукомы, в частности, мининвазивные методики. Глаукомная хирургия может считаться минимально инвазивной, если не затрагивается конъюнктив. Если используется минимальный разрез глазного яблока, наподобие парацентеза, вход осуществляется снаружи, однако такой подход называется ab interno. Докладчик назвал три основных принципа: введение «ай-стента» в шлеммов канал, в супрацилиарное пространство или изнутри под конъюнктиву. Первый подход — наиболее реальный. Считается, что наиболее препятствие оттоку возникает в трабекулярной сети. Если удалить определенный участок трабекулярной сети, сопротивление уменьшится, возрастет отток и давление снизится. В нормальной трабекулярной сети пространства достаточно широкие, при глаукоме происходит их окклюзия. Если удастся преодолеть сопротивление, внутриглазное давление будет снижаться. Верхняя часть стента вводится в трабекулярную сеть, и отток происходит по устройству в шлеммов канал. Устройство не новое, методика была разработана около 10 лет назад, однако количество вмешательств с использованием этой методики возросло многократно, и сейчас представляет собой одно из новых направлений в хирургии. Несмотря на хорошие продажи ай-стента, в настоящее время компания-производитель разрабатывает новое устройство: i-stent inject размером в 5 мм, который также имплантируется в шлеммов канал. Еще одним новым устройством, имплантируемым в шлеммов канал, является hi-res micro-stent. Его размер — 5-6 мм, в устройстве имеются окошки. Техника введения устройства в шлеммов канал следующая: в шлеммов канал вводится тонкая стальная трубка (проводник), производится пункция шлеммова канала, затем вводится само устройство, после чего проводник удаляется. Незначительный рефлюкс крови означает, что устройство вошло в шлеммов канал. Профессор Пфайффер обратил внимание, что наилучшие результаты по снижению ВГД достигаются при использовании методики, сочетающей имплантацию i-stent с хирургией катаракты.

Еще одна методика подразумевает введение имплантата в супрацилиарное пространство, между склерой и цилиарным телом. Идея в том, что внутриглазная жидкость

через устройство уходит в супрацилиарное пространство. Операция известна под названием «циклолиз». Однако, как показывает практика, хирурги не всегда остаются довольны достигнутыми результатами: в некоторых случаях ВГД остается на высоком уровне, в некоторых — наблюдается чрезмерное снижение. Однако вмешательство требует мало времени и может использоваться как в сочетании с хирургией катаракты, так и самостоятельно, но на сегодняшний день доктор Пфайффер выразил сомнение в целесообразности применения этой методики. Докладчик обратил внимание еще на одно устройство, это — стент, который вводится в теновое пространство под конъюнктиву. Хирург входит в глаз через парацентез, на 180° делается еще один прокол в фиброзной оболочке глазного яблока, и вводится стент. В нормальном положении часть имплантата находится внутри глазного яблока, часть — в субконъюнктивальном пространстве. На сегодняшний день ведутся исследовательские работы по новому устройству под названием атгов (стрела); рандомизированные клинические исследования по новому стенту проведены пока не были. Вмешательство с использованием устройства напоминает трабекулэктомию, при этом не производится разрез конъюнктивы, не выполняется иридэктомия, однако профессор выразил надежду, что результаты будут сопоставимы с трабекулэктомией.

Подводя итог своему выступлению, профессор Пфайффер подчеркнул, что в будущем будут обращать внимание как на внутриглазное давление, так и на качество их жизни. Возможно, снизится доля консервантов, если это не приведет к удорожанию лечения. Докладчик также напомнил, что в значительной степени зрительные функции и, соответственно, качество жизни пациентов зависят от compliance, от того, как пациенты выполняют или не выполняют назначения врача. Вероятно, помочь пациентам поддерживать достойное качество жизни будет можно благодаря новым методикам, а именно: путем введения имплантатов как в переднюю камеру, так и в стекловидное тело. Возможно, скоро в арсенале докторов появятся новые медикаментозные препараты: в этом году этими препаратами могут стать ингибиторы Ро-киназы, а в следующем году и в ближайшие 4-5 лет — другие, еще более современные препараты. На сегодня уже существуют методики минимально инвазивной антиглаукомной хирургии, но пока ее максимальный эффект достигается только в случае ее сочетания с катарактальной хирургией.

В заключение профессор Норберт Пфайффер выразил удовлетворение тем, что сумел познакомить участников конференции с новыми направлениями в лечении глаукомы, что поможет лучше лечить пациентов.

Подготовил Сергей Тумар

## Мастерская «ВИДЕОРЕТИНА 3D»

Научно-практическая конференция

8-9 июля 2016 года, Самара

8-9 июля 2016 года в г. Самаре впервые прошла научно-практическая конференция «Мастерская «ВИДЕОРЕТИНА 3D» с участием ведущих витреоретинальных хирургов России. Мастерская была организована Самарской областной клинической офтальмологической больницей им. Т.И. Ершовского и НИИ ГБ СамГМУ при поддержке Министерства здравоохранения Самарской области.

Витреоретинальная мастерская — это новый для России формат обмена опытом, клиническими находками и обсуждениями тактики лечения сложных случаев патологии сетчатки и стекловидного тела, сотрудничества и сотворчества аудитории врачей с мастерами витреоретинальной хирургии.

Открыл первую витреоретинальную мастерскую главный офтальмолог Самарской области, заведующий кафедрой офтальмологии Самарского государственного медицинского университета, главный врач ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ершовского», доктор медицинских наук Андрей Владимирович Золотарев.

Мастер-класс провели ведущие витреоретинальные хирурги: Д.Г. Арсютов, Я.В. Байбородов, О.Е. Ильихин, В.Н. Казайкин, Д.В. Петрачков, Г.Е. Столяренко, М.М. Шишкин, Д.О. Шкворченко. Участники конференции смогли не только услышать доклады, посвященные наиболее актуальным проблемам



Профессор М.М. Шишкин (Москва)



Д.м.н. А.В. Золотарев (Самара)



К.м.н. Я.В. Байбородов (Санкт-Петербург)



Профессор Г.Е. Столяренко (Москва)



Профессор Н.П. Паштаев (Чебоксары)



К.м.н. Д.О. Шкворченко (Москва)



К.м.н. Д.Г. Арсютов (Чебоксары)



Профессор А.Д. Чупров (Оренбург)

формат интерактивного живого общения, реализованный в Самаре, в России еще мало где практикуется, а в отношении витреоретинальной хирургии вообще используется впервые.

Д.О. Шкворченко (ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва) представил новую, разработанную под его руководством, методику закрытия макулярных разрывов при помощи обогащенной тромбоцитами плазмы крови. В рамках «живой хирургии» Дмитрий Олегович прооперировал пациента с макулярным разрывом более 600 микрон и показал перспективность методики с практической точки зрения.

Достижения фундаментальных исследований в области актуальной сейчас темы анти-VEGF терапии представил профессор, д.м.н. М.М. Шишкин (ФГУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва). Он рассказал о важности использования анти-VEGF терапии, роли системных осложнений

и сравнил экономическую эффективность препаратов разных производителей. Во втором докладе «Особенности и возможности витреоретинальной хирургии у пациентов с тяжелыми формами пролиферативной диабетической ретинопатии (ПДРП)» Михаил Михайлович подчеркнул важность влияния компенсации диабета, почечной недостаточности и гипертензивной болезни на исходы хирургии ПДРП. Важное значение, по мнению автора, имеет щадящая хирургия ПДРП.

Профессор, д.м.н. Г.Е. Столяренко (ООО «Центр диагностики и хирургии заднего отрезка глаза», Москва) представил доклад о редких клинических случаях витреоретинальной хирургии, наиболее интересным из которых стал случай удаления эмбола из ветви центральной артерии сетчатки.

В рамках «живой хирургии» Г.Е. Столяренко выполнил операцию пациенту с ранее оперированным (в 2011 году) макулярным разрывом диаметром более 800 мкм

с использованием методики аутогенной трансплантации ВПМ с последующим тампонированием витреальной полости силиконовым маслом. Сложность лечения таких пациентов заключается в том, что сопоставить края разрыва практически невозможно из-за ригидности сетчатки, а закрыть разрыв методикой «перевернутого лоскута» невозможно, так как ВПМ вокруг разрыва удалена во время предшествующей операции. Однако Георгий Евгеньевич смог и мобилизовать сетчатку, и выкроить лоскут ВПМ, который он перенес на разрыв. После чего необходимо было решить важную задачу — не потерять этот лоскут (полученный с большим трудом), для этого Г.Е. Столяренко использовал перфторорганическое соединение (ПФОС), которое было заменено на силиконовое масло.

Д.В. Петрачков (ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ершовского», Самара) в своем дискуссионном интерактивном докладе рассказал о редком осложнении витреоретинальной

хирургии — затекании перфторорганического соединения (ПФОС) под макулярную зону сетчатки. Автор представил клинический случай и поставил перед аудиторией вопрос о тактике проведения операции в данной ситуации. Предпочтение было отдано «прямому» удалению ПФОС через ретинопунктуру, хирург поступил таким же образом, однако интрига заключалась в том, что капля ПФОС разделилась и небольшая его часть осталась под фовелой. Поэтому потребовалось смещение капли ПФОС из-под макулярной области сетчатки при помощи субретинального введения сбалансированного физиологического раствора (здесь мнения автора и зала разошлись: аудитория проголосовала за механическое смещение капли ПФОС). Автор акцентировал внимание на принципиально важном моменте — удалении внутренней пограничной мембраны (ВПМ) сетчатки в зоне субретинальной инъекции.



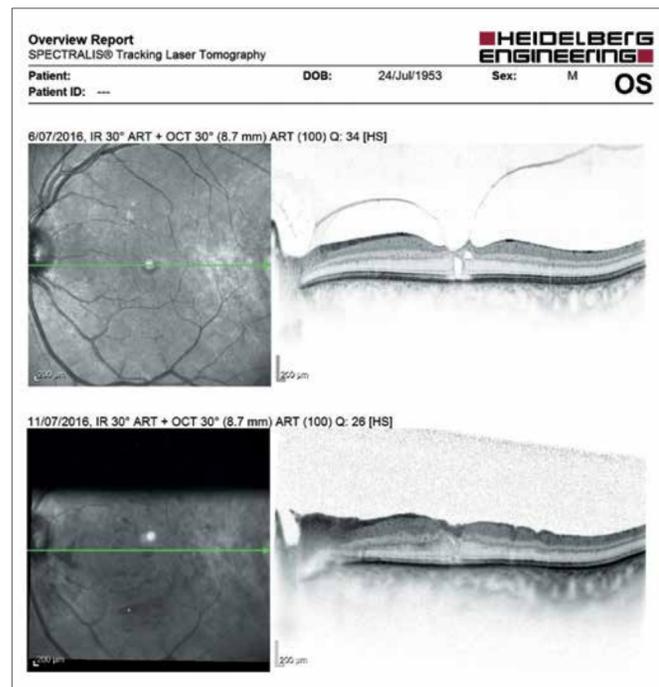
Д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург) в операционной



«Живая хирургия» в 3D-формате



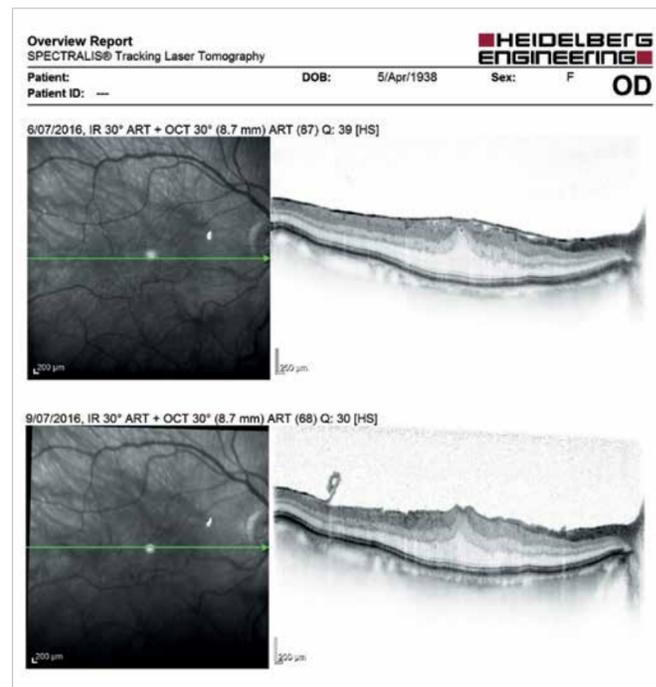
К.м.н. О.Е. Ильихин (Москва) в операционной

**Хирург: Арсютов Д.Г.**

Пациент Т., 62 года, с диагнозом: Левый глаз: Витреомакулярный тракционный синдром. Макулярный разрыв сетчатки Ib по Gass. Начальная катаракта.

Максимально скорректированная острота зрения (МКОЗ) до операции составила 0,3 и на 3-й день после хирургии (после рассасывания воздуха) увеличилась до 0,4.

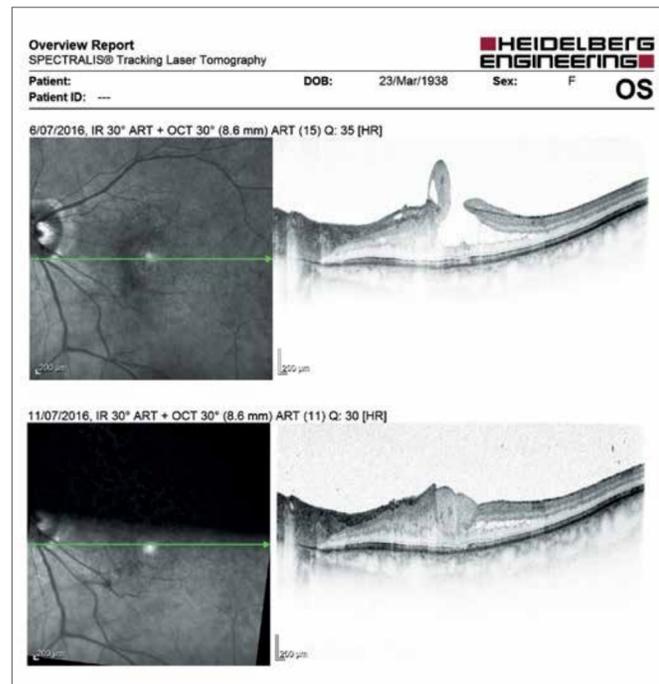
На ОКТ после операции (*внизу*) видно, что разрыв закрыт, тракции устранены.

**Хирург: Байбородов Я.В.**

Пациентка С., 79 лет, с диагнозом: Правый глаз: Эпимакулярный фиброз. Артифакция.

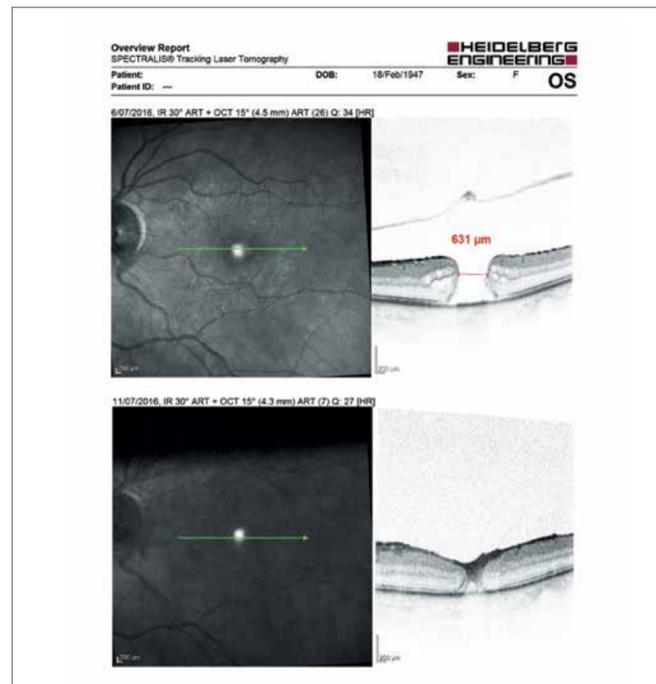
МКОЗ до операции составила 0,5, жалобы на снижение зрения и метаморфопсии в течение 6 месяцев. Хотя через 3 дня после операции МКОЗ не изменилась, пациентка отмечает значительное улучшение, которое выражается в уменьшении искажения предметов.

На ОКТ после операции (*внизу*) — ВПМ и эпимакулярный фиброз удалены, об этом свидетельствует характерный для ВПМ закрученный край.

**Хирург: Петрачков Д.В.**

Пациентка К., 78 лет, с диагнозом: OS — Эпимакулярный фиброз. Ламеллярный макулярный разрыв. Артифакция.

МКОЗ с 0,2 увеличилась до 0,4 после операции. По данным ОКТ (*внизу*) после операции дефект сетчатки закрыт тканью, которую хирург оставил по краю разрыва.

**Хирург: Шкворченко Д.О.**

Пациентка К., 69 лет, с диагнозом: Левый глаз: Идиопатический макулярный разрыв 636 мкм. Артифакция.

МКОЗ через 3 дня после операции с 0,05 увеличилась до 0,2.

По данным ОКТ после операции (*внизу*) наблюдается закрытие разрыва «пробкой» (тканью, которая сформировалась из введенной во время операции плазмы крови, обогащенной тромбоцитами).

В рамках «живой хирургии» Денис Валериевич показал лечение ламеллярного макулярного разрыва. Для этого он использовал описанную Д.О. Шкворченко методику удаления ВПМ от периферии к центру, что уменьшает вероятность увеличения разрыва при проведении хирургических манипуляций. Кроме того, хирург оставил небольшой «пенек» комплекса ВПМ и эпиретинального фиброза вокруг ламеллярного разрыва, этот прием также позволяет уменьшить вероятность увеличения разрыва.

Я.В. Байбородов (ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Санкт-Петербург) представил два доклада: рассказал об эволюции анти-VEGF терапии, а также описал клинический случай хирургии рецидива отслойки сетчатки с использованием ретиномитомии. Проблема рецидивов регматогенной отслойки сетчатки является актуальной, и в настоящее время нет единого взгляда на эту проблему, участники конференции активно включились в обсуждение и рассказали о своих подходах к лечению выше указанной патологии.

В рамках «живой хирургии» Я.В. Байбородов прооперировал двух пациентов: случай свежей регматогенной отслойки сетчатки и удаление макулярного фиброза без окрашивания мембран. В первом случае выполнялась стандартная задняя витректомиа с расправлением сетчатки ПФОС с эндотелеккоагуляцией и заменой ПФОС на газоздушную смесь, во втором случае Ярослав Владимирович успешно удалил эпимакулярный фиброз и ВПМ (что подтверждено данными ОКТ, выполненной на следующий день) по разработанной им методике без применения витректомии и без красителей.

Д.Г. Арсютов (БУ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» МЗ Чувашии, Чебоксары) представил дискуссионный интерактивный видеодоклад «Витреомакулярный тракционный синдром с неполным макулярным разрывом». Аудитория согласилась с автором, что в настоящее время наиболее оптимальным подходом для лечения патологии витреомакулярного интерфейса является 27G-щадящая хирургия с тампонадой витреальной полости воздухом. В докладе Дмитрий Геннадьевич показал несколько клинических случаев и дал возможность аудитории выбрать свой вариант ответа, после чего продемонстрировал вариант, который выбрал хирург, и результаты операции.

В рамках «живой хирургии» Дмитрий Геннадьевич успешно прооперировал скрытый макулярный разрыв (стадия Ib по Gass). В ходе операции была диагностирована плотная фиксация ВПМ к сетчатке, что потребовало от хирурга демонстрации отличных навыков хирургии.

В.В. Казайкин (АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», Екатеринбург) продемонстрировал бимануальную технику хирургии у пациента с пролиферативной диабетической ретинопатией. Виктор Николаевич был идеально точен и показал высокий стандарт лечения патологии сетчатки и макулярной области при диабетической ретинопатии. Доклад В.В. Казайкина также был посвящен диабетической патологии и комплексному подходу к лечению таких осложненных ее форм, как макулярный отек и фиброваскулярные пролиферации. Виктор Николаевич «по полочкам»

разложил все возможные проблемы витреоретинального хирурга при лечении данной патологии.

К.Н. Руссков (ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», Самара) впервые с дискуссионным интерактивным 3D-видеодокладом «Удаление внутриглазных инородных тел (ВГИТ)». Константин Николаевич представил клинический случай проникающего ранения с ВГИТ. После интерактивного голосования К.Н. Руссков показал 3D-видео, где продемонстрировал свой вариант решения проблемы. Он выполнил фако-эмульсификацию катаракты и заднюю витректомию, при помощи магнита 19G поднял ВГИТ, затем через тоннельный разрез роговицы и задний капсулорексис удалил ВГИТ при помощи пинцета-«кошки» и имплантировал ИОЛ. Доклад вызвал оживленную дискуссию, в ходе которой выступали как сторонники проверенных, надежных и вместе с тем более простых методик, таких как дисклеральное удаление инородных тел, так и те, кто предпочитает более современные и высокотехнологичные способы удаления ВГИТ с использованием технологий витреоретинальной хирургии.

О.Е. Ильяхин (Филиал № 1 ГКБ им. С.П. Боткина, Москва) в Самаре оперирует в формате реального времени уже в четвертый раз. Олег Евгеньевич провел операцию «Хирургическое лечение вывиха хрусталика в стекловидное тело и интрасклеральная фиксация ИОЛ». По мнению автора, метод имеет ряд преимуществ: ИОЛ занимает анатомически правильное положение и, в отличие от шовной или иной фиксации к радужке, сосудистая оболочка остается интактной, следовательно, воспалительная реакция меньше и зрачок не зависит от действий хирурга.

Отличительной чертой «живой хирургии», проводимой в Самаре, всегда является отслеживание полученных результатов — состояния глаз в раннем послеоперационном периоде. Утром следующего дня после хирургии все пациенты были осмотрены, им были выполнены все необходимые диагностические исследования. У всех пациентов наблюдался отличный функциональный результат: произошло анатомическое восстановление, а в ряде случаев выраженное функциональное улучшение.

Хирургами был отмечен высокий уровень организации конференции, а также прекрасное оснащение ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» как диагностическим, так и хирургическим оборудованием, что позволило им оперировать, как у себя дома.

Витреоретинальная мастерская «ВИДЕОРЕТИНА 3D» вызвала небывалый для нового мероприятия интерес: более 100 участников присутствовали в конференц-зале СОКОБ им. Т.И. Ерошевского и 60 специалистов посмотрели online трансляцию в сети Интернет.

Следующая конференция «Мастерская ВИДЕОРЕТИНА 3D» состоится в Самаре летом 2017 года. Организаторы приглашают всех заинтересованных специалистов принять участие в ее работе. Уже сейчас оргкомитет Мастерской открыт для общения и сотрудничества. Присылайте ваши вопросы, мнения, доклады (Координатор — Гапонова Елена Васильевна, ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», videoretina@gmail.com).

Материал и фото подготовлены оргкомитетом конференции

# Федоровские чтения – 2016

XIII Научно-практическая конференция с международным участием

23-24 июня 2016 года, Москва

## Внеочередной XI Съезд Общества офтальмологов России

23 июня 2016 г. в Москве в ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» состоялся внеочередной XI Съезд Общества офтальмологов России. В работе Съезда приняли участие 110 делегатов, представляющих 67 регионов Российской Федерации.

В повестку дня были включены следующие вопросы: избрание председателя, секретаря и лица, осуществляющего подсчет голосов внеочередного Съезда ООР; внесение изменений в Устав Организации и утверждение новой редакции

Устава; прекращение полномочий председателя Организации и избрание председателя ООР, изменение состава Правления и Президиума Организации; назначение ответственного за подготовку и подачу документов для государственной регистрации изменений Организации.

Делегатам съезда был представлен проект новой редакции Устава ООР, который содержит следующие положения ГК РФ: об изменении компетенции Съезда (ст. 65.3 ГК РФ); о разделении юридических лиц на корпоративные и унитарные

(ст. 65.1 ГК РФ); общие положения о некоммерческих корпоративных организациях, к которым относится ООР (ст. 123.1 ГК РФ). Новый документ полностью соответствует требованиям действующего законодательства функционирования общественных организаций. Утвержден новый текст Правления и Президиума Общества.

Путем открытого голосования прекращены полномочия профессора Х.П. Тахчиди, новым председателем ООР единогласно избран д.м.н., профессор Борис Эдуардович Малюгин.

На конференции съехались ведущие офтальмологи Российской Федерации, ученые из ближнего и дальнего зарубежья: Азербайджана, Республики Беларусь, Германии, Израиля, Казахстана, Латвии, Норвегии, Узбекистана, Украины, Чехии.

По данным оргкомитета, в работе конференции приняли участие 1223 специалиста.

Утреннее заседание первого дня конференции «Современные технологии хирургии роговицы» было посвящено памяти профессора З.И. Мороз. Плениарное заседание открыла д.м.н. С.Б. Измайлова. Свой доклад она посвятила памяти своего учителя, профессора З.И. Мороз. Вся научная жизнь З.И. Мороз была посвящена изучению вопросов, связанных с трансплантологией и хирургией роговицы. З.И. Мороз была воспитана плеядой замечательных учеников, которые достойно продолжают традиции Федоровской офтальмологической школы. Участники и гости конференции почтили память выдающегося ученого минутой молчания.

На сессии были рассмотрены вопросы селективной эндотелиальной кератопластики, фемтолазерные технологии, методы лечения прогрессирующих кератоктазий, современные аспекты кератопротезирования, а также лечение катаракты, осложненной помутнением роговицы.



**Зинаида Ивановна Мороз** — д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ. Родилась в Архангельске 22 января 1936 г. В 1960 г. окончила Крымский государственный медицинский институт. В течение четырех лет работала практикующим окулистом в г. Джанкой (Крым). В 1967 г. защитила кандидатскую диссертацию на тему «Изменения гемодинамики глаза при приобретенных пороках сердца».

С 1970 по 2016 г. З.И. Мороз работала в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», прошла путь от рядового врача до заведующей отделом трансплантологии и хирургии роговицы.

Профессор Б.Э. Малюгин выступил с докладом на тему «Селективная эндотелиальная кератопластика при врожденной и приобретенной патологии роговицы». Эндотелиальная кератопластика является одним из основных методов хирургии роговицы, используется при врожденной патологии эндотелиального слоя роговицы; самой распространенной является дистрофия Фукса. Кроме того, 1 из 2000 пациентов, прооперированных по поводу катаракты, имеет осложнения в виде дистрофии роговицы. Наибольшую эффективность вмешательство имеет при 1-й и 2-й стадиях. Дистрофия Фукса, по данным МНТК «Микрохирургия глаза», встречается в 3-4% от числа пациентов, обратившихся по поводу катаракты. В зависимости от стадии заболевания хирург решает вопрос об этапности проведения вмешательства. Профессор Б.Э. Малюгин обратил внимание на преимущества эндотелиальной кератопластики, которые состоят в следующем: использование малых клапанных разрезов; проведение операции в условиях стабильной глубины передней камеры; снижение риска интра- и послеоперационных осложнений; снижение вероятности отторжения трансплантата; сохранение иннервации собственной роговицы и устойчивости глаза к травме; отсутствие необходимости в дополнительных манипуляциях в позднем послеоперационном

периоде; быстрая зрительная реабилитация; возможность использования донорского материала с поверхностными дефектами стромы. Далее докладчик остановился на особенностях различных вариантов эндотелиальной кератопластики: задняя автоматизированная сплошная кератопластика (ЗАПК или DSAEK), ультратонкий DSAEK, асметизированная пересадка десцеметовой мембраны (DMAEK), пересадка десцеметовой мембраны (ПДМ или DMEK). ЗАПК показана в осложненных ситуациях: множественные колобомы, оперированная глаукома, афакия. Условиями к проведению пересадки десцеметовой мембраны (ПДМ) являются: сохранная диафрагмальная функция зрачка (отсутствие мидариаза и больших колобом); интактное стекловидное тело; внутрикапсульная псевдофакия; адекватная прозрачность стромы роговицы. Преимущества ПДМ заключаются в более высоких зрительных функциях; меньшем количестве реакций отторжения; в сравнении с ЗАПК потерей эндотелиальных клеток; в более коротком сроке медикаментозной терапии.

Далее с докладом «Фемтолазерные технологии в современной кератопластике» выступил профессор В.Р. Мамиконян. Он рассказал о преимуществах использования фемтосекундного лазера в кератопластике, в операциях по коррекции миопии по технологии SMILE,

при коррекции пресбиопии по технологии INTRACOR, подробно остановился на проблемах, связанных с глубоким фемтолазерным расщеплением роговицы. В заключение профессор В.Р. Мамиконян подчеркнул, что «внедрение фемтосекундных технологий в практику роговичной хирургии революционным образом изменило как настоящее, так и перспективы современной кератопластики».

На заседании секции «Офтальмотравматология» были рассмотрены приоритетные направления современной офтальмотравматологии. Ежегодно в РФ получают травму более 200 000 человек. В различных регионах России последствия тяжелой травмы в структуре инвалидности по зрению составляют 7,0-22,8% и обуславливают одностороннюю слепоту в 50%, а двустороннюю — в 20%. С докладом «Новые технологии в офтальмотравматологии» выступила профессор Е.В. Ченцова (Москва).

О причинах неудач оптико-реконструктивной витреоретинальной хирургии тяжелой открытой травмы глаза докладчик профессор А.Н. Куликов (Санкт-Петербург). Крайне низкие функциональные исходы хирургического лечения открытой травмы глаза (ОПТ) возникают вследствие исходного наличия у таких больных тяжелой травматической нейроретинопатии, усугубляющейся вынужденно поздней, длительной, большой по объему и неоднородной ОРХ и ВРХ. Совокупность нарастающих патологических проявлений травматической болезни при большом количестве поврежденных внутриглазных структур — внутриглазной синдром взаимного отягощения — еще один фактор низкого исхода хирургического лечения ОПТ. Вынужденная необходимость использования в ходе одного оперативного вмешательства при лечении пациентов с тяжелой открытой травмой глаза элементов оптико-реконструктивной и витреоретинальной хирургии, по мнению профессора А.Н. Куликова, обуславливает целесообразность введения понятия — оптико-реконструктивной витреоретинальной хирургии.

Повреждения органа зрения остаются актуальной проблемой современной офтальмологии ввиду широким распространением, тяжести и резкоком снижением зрительных функций и инвалидности.

Профессор М.М. Шишкин (Москва) представил доклад «Передняя пролиферативная витреоретинопатия (патогенез, лечение, профилактика)». В своем выступлении докладчик остановился на 23 мая 2016 г.

кератопластики и оптико-реконструктивной операции. В случаях выраженных помутнений роговицы в сочетании с аниридией и помутнением хрусталика в настоящее время применяется тройная процедура по типу «открытое небо», включающая в себя: сквозную кератопластику, экстракцию катаракты, имплантацию иридо-хрусталиковой диафрагмы. Профессор М.М. Шишкин предложил принцип подбора имплантатов и техники их фиксации: раздельная инъекторная имплантация ИХД в капсульный мешок приводит к лучшему функциональному результату при меньшем риске повышения офтальмотонуса и является приоритетной. Имплантация ИХД с новыми опорными элементами на остатки капсулы с бесшовной фиксацией в область цилиарной борозды является надежной, но в ряде случаев приводит к декомпенсации ВГД. Бесшовная склеральная фиксация ИХД обеспечивает неограниченный срок фиксации имплантата и не зависит от биодеструкции фиксационной нити. Однако она опасна геморрагическими осложнениями, сопровождающимися декомпенсацией гидродинамических показателей. Разработанные конструкции диафрагмы и техника ее имплантации через малый разрез существенно уменьшают объем хирургических вмешательств, снижают риск развития осложнений, расширяют возможности оптической коррекции за счет сменного оптического элемента. Далее докладчик остановился на синдроме колобоматозной микрофтальмии с микрокорнеой. В связи с возможностью дисгенеза угла передней камеры данные пациенты требуют тщательного обследования на предмет выявления глаукомы и пристальной динамического наблюдения. Показана возможность проведения витреоретинального вмешательства и зрительной реабилитации при тяжелой травматическом поражении пациента.

24 июня конференция продолжила свою работу. Утреннее заседание было посвящено воспалительным, инфекционным и аллергическим заболеваниям. Профессор В.В. Бржежский (Санкт-Петербург) рассказал о новых возможностях слезозаместительной терапии в лечении синдрома «сухого глаза», Е.В. Яни (Москва) — об офтальмомикозах и методах их лечения.

Д.м.н. Д.Ю. Майчук подробно остановился на проблемах, связанных с рецидивирующими кератитами герпетической этиологии, обратив внимание на ошибки при ведении больных: врач не учитывает всю группу герпеса — простой, герпес Зостера, цитомегаловирус, Эпштейн-Барра; противовирусные препараты назначаются 2-3 раза

в день; после выписки не назначается профилактическое противовирусное лечение; после окончания эпителизации не назначается противовирусная терапия; в ремиссии не назначаются слезозаместители. Д.Ю. Майчук рекомендовал назначать противовирусную терапию пациенту с неясным диагнозом, если: в анамнезе был герпетический кератит; пациент упоминает о герпетическом поражении кожных покровов; анализ крови на антитела к вирусу герпеса (цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн-Барра) условно-положителен. Принцип терапии, по мнению докладчика, должен быть «как с чистого листа», первый этап которой заключается в противовирусной, антибактериальной, репаративной терапии; второй этап — иммуномодулирующая и слезозаместительная терапия. Меры терапии: профилактические курсы системного ацикловира или валцикловира; иммуномодулирующая терапия кортикостероидами и циклоспорином; стабилизация барьерных функций слезы за счет слезозаместителей.

С докладом на тему «Радиональная антибиотикотерапия при ожоговой болезни глаза» выступила профессор М.А. Ковалевская (Воронеж). Подавляющее большинство ожогов — химические (84%), термические составляют 16%. Мужчины чаще получают химические ожоги. Тяжесть ожоговой травмы глаза определяется по глубине (степени) и протяженности (площади) поражения тканей глаза (конъюнктивы, фиброзы и сосудистой оболочки глаза, хрусталика, стекловидного тела); методы и сроки лечения зависят от степени и стадии ожогового процесса. Исследование, о котором рассказал профессор М.А. Ковалевская, решало следующие задачи: проведение анализа порядка и объема оказания существующей неотложной помощи и способов лечения пациентов с ожогами глаз; разработка обоснованного алгоритма методик обследования пациентов с ожогами глаз; внедрение в клиническую практику порядка оказания неотложной помощи пациентам с ожогами глаз; обоснование применения на догоспитальном и госпитальном этапах иригационных систем и терапии в рамках имеющихся стандартов медицинской помощи. Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что использование в клинической практике конфокальной микроскопии роговицы, ОСТ переднего отрезка наряду с стандартными диагностическими исследованиями позволяет оценить степень изменений на ранних этапах лечения; применение в клинической практике в стандартной схеме лечения иригационных систем при химических ожогах нейтрализует повреждающий агент.

Доклад профессора А.Ю. Слонимского (Москва) был посвящен особенностям ведения больных с первичными дистрофиями роговицы, которые представляют собой группу прогрессирующих заболеваний роговицы, возникающих на 1-4-е десятилетия жизни и не сопровождающихся воспалением. В зависимости от вовлечения в патологический процесс генетически-детерминированные дистрофии роговицы бывают



Профессор Б.Э. Малюгин (Москва)



Профессор А.Д. Чупров (Киров)



Е.В. Егорова (Новосибирск)



Н.П. Соболев (Москва)



Профессор В.Р. Мамиконян (Москва)

эпителиальные, дистрофии боуменовой мембраны, стромальные и эндотелиальные. Благодаря современным молекулярно-генетическим исследованиям, идентифицированы соответствующие мутации генов для большинства дистрофий. Наследственные первичные дистрофии роговицы (абнотрофии) связаны с обменными нарушениями, патологией белкового метаболизма. Первым признаком заболевания могут являться рецидивирующие эрозии часто на обоих глазах; заболевание может иметь бессимптомный характер (ухудшение зрения в определенном возрасте); может присутствовать синдром «сухого глаза» разной степени выраженности; течение заболевания может носить как симметричный, так и асимметричный характер; возможны эпизоды с острым течением (резко выраженный роговичный синдром). Важно помнить, подчеркнул докладчик, что худший глаз может присутствовать синдромом «сухого глаза» в сочетании с аниридией и помутнением хрусталика в настоящее время применяется тройная процедура по типу «открытое небо», включающая в себя: сквозную кератопластику, экстракцию катаракты, имплантацию иридо-хрусталиковой диафрагмы. Профессор М.М. Шишкин предложил принцип подбора имплантатов и техники их фиксации: раздельная инъекторная имплантация ИХД в капсульный мешок приводит к лучшему функциональному результату при меньшем риске повышения офтальмотонуса и является приоритетной. Имплантация ИХД с новыми опорными элементами на остатки капсулы с бесшовной фиксацией в область цилиарной борозды является надежной, но в ряде случаев приводит к декомпенсации ВГД. Бесшовная склеральная фиксация ИХД обеспечивает неограниченный срок фиксации имплантата и не зависит от биодеструкции фиксационной нити. Однако она опасна геморрагическими осложнениями, сопровождающимися декомпенсацией гидродинамических показателей. Разработанные конструкции диафрагмы и техника ее имплантации через малый разрез существенно уменьшают объем хирургических вмешательств, снижают риск развития осложнений, расширяют возможности оптической коррекции за счет сменного оптического элемента. Далее докладчик остановился на синдроме колобоматозной микрофтальмии с микрокорнеой. В связи с возможностью дисгенеза угла передней камеры данные пациенты требуют тщательного обследования на предмет выявления глаукомы и пристальной динамического наблюдения. Показана возможность проведения витреоретинального вмешательства и зрительной реабилитации при тяжелой травматическом поражении пациента.

Д.м.н. Е.Г. Полунина (Москва) подробно остановилась на проблеме «Гигиена век в алгоритмах лечения заболеваний глазной поверхности». Терапевтическая гигиена век включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункция мейбомиевых желез; демодекозный блефарит; себорейный блефарит; стафилококковый блефарит; аллергический блефарит; ячмень и халязион. В качестве профилактики роговицы включает теплые компрессы и самомассаж век с гелем. Показаниями для проведения гигиены век являются дисфункци



Профессор Т.Н. Юрьева (Иркутск), профессор С.Ю. Анисимова (Москва)

обеспечивается естественное расположение ИОЛ; меньше риски выбивания пигмента, зрачкового блока и вторичной гипертензии; при современной методике интраксклеральной фиксации маловероятны смещения и наклоны; возможна имплантация через малый разрез; нет влияния на форму и размер зрачка; низкий риск развития иридоциклита и увеита; нет риска дислокации; возможно использовать ИОЛ без клея. Преимуществами фиксации к радужке являются: быстрота; безопасность; возможность крепления на переднюю и заднюю поверхности радужки; возможность крепления при дефектах радужки, но не более 1/3 протяженности; возможна имплантация через ограниченный разрез; имеется рассчитанная А-константа для расчетов; зрачковая фиксация обладает самоцентрирующей. Недостатки фиксации к склере: остается риск геморрагических осложнений; требуется трехэтапная линза иногда с увеличенной гаптической; скорость операции меньше по сравнению с фиксацией к радужке; требуется перерасчет оптической силы ИОЛ на 0,5 D; существует риск гипертензии в случае геморрагических осложнений; необходимы специальные инструменты по Шарноту; вскрытие конъюнктивы и выкраивание склеральных лоскутов являются обязательными процедурами; коррекция астигматизма затруднена. Докладчик перечислил недостатки фиксации к радужке: зрачковые линзы требуют подшивания; склонность к дислокации при активном зрачке; зрачковая функция работает хуже; существует риск геморрагических осложнений и иридоциклита; риск развития гипертензии; фиксация к радужке затрудняет дальнейшие лечебные мероприятия на заднем отрезке и сетчатке; при использовании модели «гриб» зрачок не может быть уже 3,0 мм; требуется наличие специальной модели и диоптриности; малый диаметр оптики у зрачковой модели; затруднена коррекция астигматизма; риск вывиха ИОЛ. При значительных дефектах радужки или ее атрофии, а также если нарушена плоскость радужки, ставить ИОЛ нельзя. В случае имплантации ИОЛ «Артизан» требуется специальный инструмент. Хорошо работают жесткие модели, но требуется большой разрез. К недостаткам также относятся: трудности центрирования и выравнивания; развитие синехий; пролапс радужки. По мнению докладчика, условиями для выбора склеральной фиксации ИОЛ являются: молодой возраст и физическая активность пациента; активная функция зрачка; дефекты радужки, зрачкового края или атрофия; обособленная перспектива вмешательства на заднем отрезке; более низкое количество эндотелиальных клеток; возможность создания условий проведения операции, т.е. наличие линз и необходимых инструментов.

Мнение аудитории по поводу метода фиксации ИОЛ разделилось пополам.

«Хирургия катаракты у пациентов с глаукомой: комбинированный или поэтапный путь?» — тема, которую обсуждали д.м.н. Д.И. Иванов (Екатеринбург) и профессор И.Э. Иошин

(Москва). Сторонник комбинированной хирургии, Д.И. Иванов, в качестве достоинств этого метода назвал сокращение социальной и зрительной реабилитации; снижение психоэмоциональной нагрузки; оптимизацию экономической эффективности. Отстаивая свою точку зрения, профессор И.Э. Иошин обратил внимание на гипотензивный потенциал ФЭК; комфортные условия при д/о компенсации ВГД; возможность проверить эффективность антиглаукомной операции; снижение риска интра- и постоперационных осложнений; преемственность в лечении глаукомы. Недостатками комбинированной хирургии, по мнению И.Э. Иошина, являются: проведение операции в незапланированных не комфортных условиях (нестабильное ВГД); суммирование риска осложнений, характерных для ФЭК и а/г операции; неочевидное «авторское» расширение показаний к дополнительной а/г компоненту; у пациента не формируется приверженность к лечению (режим инстилляций), при этом суммарный «прайс-лист» лечения катаракты и глаукомы при комбинированной и последовательной хирургии сопоставим.

Голосование аудитории показало более чем двойной перевес сторонников поэтапной тактики хирургического лечения катаракты на фоне глаукомы.

Выступившая в качестве эксперта профессор В.Г. Копаева поддержала обе методики, которые должны применяться по показаниям. В случае далеко зашедшей глаукомы или развитой глаукомы с некомпенсированным ВГД профессор В.Г. Копаева высказалась в пользу поэтапной методики; если глаукома компенсирована миотиками в недалекой стадии, выбор профессора В.Г. Копаевой — за комбинированное вмешательство.

Тема «Особенности хирургии при генерализованной слабости и дефектах зонулярного аппарата хрусталика: стоит ли сохранять капсульный мешок?» обсуждалась профессором Б.Э. Малюгиным, который выступил «за» сохранение капсульного мешка. Мнение «против» высказал О.В. Шилловских (Екатеринбург). Капсульная сумка — это то место, где хирургии «хотели бы видеть ИОЛ и доказывать целесообразность такой фиксации не имеет смысла». Цель хирурга — сохранить капсульный мешок для обеспечения фиксации ИОЛ; предотвратить позднюю дислокацию блока «ИОЛ-капсульный мешок». В настоящее время в распоряжении хирургов имеется целый ряд устройств, обеспечивающих частичную замену пораженных и/или утраченных цинновых связок и создающих условия для сохранения капсульной сумки и внутрикапсульной фиксации ИОЛ. Профессор Б.Э. Малюгин назвал такие устройства, как стандартное капсульное кольцо, капсульный экспандер M. Ambati, капсульный «якорь» E. Assia, фиксатор капсулы M. Sergienko.

О.В. Шилловских в своем выступлении остановился на конкретных случаях, «когда капсульный мешок стоит убрать»: различные варианты псевдоэкзофтальмического синдрома; при травматичном разрыве порции цинновых связок и т.д.



Профессор О.А. Киселева (Москва), профессор Н.С. Ходжаев (Москва)

С двойным перевесом голосов победила точка зрения О.В. Шилловских.

В заключение работы секции профессор Ю.В. Тахтаев (Санкт-Петербург) и профессор М.Д. Пожарицкий (Москва) высказали свою позицию относительно интраоперационного заднего капсулорексиса в хирургической тактике при первичном фиброзе и помутнении задней капсулы. По мнению Ю.В. Тахтаева, при помутнении задней капсулы задний капсулорексис делать надо обязательно, вопрос, скорее, касается прозрачной задней капсулы. Ю.В. Тахтаев привел 5 мифов относительно заднего капсулорексиса: увеличивает риск развития макулопатии; увеличивает риск повышения ВГД; увеличивает риск гидратации стекловидного тела и его деструкции; увеличивает риск неконтролируемого разрыва задней капсулы; увеличивает риск дислокации ИОЛ и уменьшает ратационную стабильность. Докладчик привел статистические данные за последние два года, по которым из 500 вскрытий только в двух случаях была повреждена передняя гиалионидная мембрана, то есть методика достаточно надежна. Главным преимуществом заднего рексиса перед YAG-лазерной капсулотомией является сохранение интактной передней гиалионидной мембраны. Эта технология успешно применяется у пациентов с мультифокальными ИОЛ, у молодых пациентов, у пациентов после рефракционной замены хрусталика и у всех пациентов с фиброзом задней капсулы.

Выступивший оппонентом профессор М.Д. Пожарицкий отметил, что при проведении заднего капсулорексиса хирург должен быть готов к увеличению времени вмешательства, к выпадению стекловидного тела, к возможному отказу от имплантации мультифокальных торических ИОЛ.

Аргументы Ю.В. Тахтаева были более убедительными, что сказалось на результатах голосования аудитории. Если до начала выступлений только 23% слушателей выступало за выполнение заднего капсулорексиса при фиброзе задней капсулы, после докладов количество сторонников заднего капсулорексиса увеличилось до 49%.

Секция «Инновации в лечении глаукомы: реалии и перспективы» включала два заседания. Первое — «Рефрактерная глаукома: проблемы и решения» — открыл доклад профессора О.А. Киселевой (Москва) «Варианты хирургической тактики при рефрактерной глаукоме». В частности, она представила технологию с использованием дренажа из полигликолидной нити, которая рассасывается через 60-90 дней. О мерах по предотвращению глаукомы в Китае рассказал профессор Ван Нинли (Китай).

И.А. Молоткова (Калуга) дала оценку эффективности различных видов дренажных устройств при рефрактерной глаукоме. В результате подробного анализа преимуществ и недостатков Ahmed Glaucoma Valve, Molteno, Ex-Press, лейкокапсульного дренажа авторы пришли к выводу о том, что для хирургического лечения лобного вида

профессор Б.Э. Малюгин. Как отметил докладчик, 15-22% пациентов, у которых проводится экстракция катаракты, имеют сопутствующую глаукому. Микроинвазивная хирургия глаукомы (МИХГ) наиболее эффективна на ранних стадиях заболевания. Вмешательство дает малое число осложнений, снижает ВГД и/или зависимость пациента от медикаментозной терапии. Микроинвазивная хирургия катаракты (МИХК) в сочетании с МИХГ является новым трендом хирургии при сочетании катаракты и глаукомы. Техника операции безопасна, однако требует времени для ее освоения. При некоторых вмешательствах достигается статистически значимое снижение ВГД по сравнению с ФАКО. МИХК+МИХГ дает возможность пациентам снизить зависимость от гипотензивных препаратов. Рубцевание путей оттока играет определенную роль в стабильности достигнутого эффекта. Докладчик обратил внимание, что отдаленные результаты (более 5 лет) пока не изучены.

С современными представлениями о рациональной терапии глаукомы познакомил аудиторию профессор Е.А. Егоров (Москва). Новый взгляд на лазерное лечение глаукомы был представлен профессором А.А. Рябцевой (Москва). Докладчик рассказала о преимуществах нового щадящего способа лечения больных с большей неоваскулярной глаукомой, вторичной глаукомой, с острым приступом глаукомы — лазерной непрозрачающей гипотензивной склеротомией (ЛНГС). Новая технология позволяет полностью купировать болевой синдром, во всех случаях сохранить глазное яблоко. ЛНГС хорошо переносится пациентами, может проводиться в амбулаторных условиях, является щадящим способом достижения субъективно комфортного уровня ВГД. Вмешательство не вызывает воспалительной реакции, не сопровождается выраженным геморрагическим синдромом. Данная лазерная операция может быть рекомендована при выраженном болевом синдроме, а также при подготовке к более обширному проникающему АГО как первый этап для достижения более безопасного уровня ВГД до фильтрующей операции.

Н.Ю. Горбунова (Чебоксары) в своем докладе подробно остановилась на особенностях диагностики, ведения и хирургического лечения глаукомы при врожденной аниридии. Глаукома является грозным осложнением врожденной аниридии и может развиваться в раннем детском возрасте. Диагностика глаукомы при врожденной аниридии составляет серьезную проблему, но, как подчеркнула Н.Ю. Горбунова, отсутствие контакта с пациентом и невозможность визуализации глазного дна не должны стать причиной недоагностированной глаукомы. При хирургическом лечении более предпочтительными в детском возрасте являются трабекулотомия и гонимотомия в сочетании с низким риском развития АФС и возможностью при необходимости выполнения повторной операции. Особенности анатомии шлеммова канала и трабекулярной сети определяют неэффективность не проникающей антиглаукомной хирургии. Высокий процент послеоперационного рубцевания нивелирует гипотензивный эффект операции. Больным с аниридией чаще требуются повторные хирургические вмешательства, чем пациентам, не страдающим аниридией. Методом выбора хирургического лечения глаукомы, как отметила докладчик, являются антиглаукомные операции с использованием дренажных устройств.

Материал подготовили  
Лариса Тумар и Сергей Тумар  
Фото Сергея Тумара

## Глаукома: перспективы и возможности

### Сателлитный симпозиум компании «АО Сантэн»

Председатели: профессор В.В. Нероев, профессор Ю.С. Астахов

Одним из значимых событий международного форума «Белые ночи» стал сателлитный симпозиум на тему «Глаукома: перспективы и возможности», организованный при поддержке компании «АО Сантэн», который состоялся 31 мая 2016 года. В своем вступительном слове профессор В.В. Нероев отметил, что компания «Сантэн» за свою 125-летнюю историю завоевала доверие и уважение как в мире, так и в России и выразил надежду, что конструктивное сотрудничество с Россией будет продолжаться.

С первым докладом на тему «Консерванты в офтальмологии: эволюция и современность» выступил к.м.н. С.Ю. Петров (Москва). Докладчик остановился на истории применения консервантов в медицине. В 1865 году английский хирург Джозеф Листер установил, что «микробы попадают в рану из воздуха и с рук хирурга», и это является причиной гнойных осложнений. Антисептические мероприятия по Листеру включали обработку инструментов, шовного и перевязочного материала и рук хирурга карболовой кислотой. В 1950-е годы вспышка внутрибольничной инфекции в офтальмологическом отделении госпиталя в Бирмингеме стимулировала замену многообразных стеклянных пипеток индивидуальными съемными наконечниками; разработку первых одноразовых флаконов в виде монодоз, оснащенных антибактериальным фильтром; разработку консервантов. До 1970-х годов было синтезировано большинство основных консервантов в офтальмологии, в том числе бензалкония хлорид (БАХ). Многочисленные исследования показывают, что БАХ обладает более обширным проникающим АГО как первый этап для достижения более безопасного уровня ВГД до фильтрующей операции.

Н.Ю. Горбунова (Чебоксары) в своем докладе подробно остановилась на особенностях диагностики, ведения и хирургического лечения глаукомы при врожденной аниридии. Глаукома является грозным осложнением врожденной аниридии и может развиваться в раннем детском возрасте. Диагностика глаукомы при врожденной аниридии составляет серьезную проблему, но, как подчеркнула Н.Ю. Горбунова, отсутствие контакта с пациентом и невозможность визуализации глазного дна не должны стать причиной недоагностированной глаукомы. При хирургическом лечении более предпочтительными в детском возрасте являются трабекулотомия и гонимотомия в сочетании с низким риском развития АФС и возможностью при необходимости выполнения повторной операции. Особенности анатомии шлеммова канала и трабекулярной сети определяют неэффективность не проникающей антиглаукомной хирургии. Высокий процент послеоперационного рубцевания нивелирует гипотензивный эффект операции. Больным с аниридией чаще требуются повторные хирургические вмешательства, чем пациентам, не страдающим аниридией. Методом выбора хирургического лечения глаукомы, как отметила докладчик, являются антиглаукомные операции с использованием дренажных устройств.

К.м.н. Дж. Н. Ловпаче (Москва) представила доклад «Предупреждение, значит вооружен: путь к успеху», в котором рассматривались действия врача-офтальмолога в случае значимого влияния БАХ на глазную поверхность. В первую очередь, отметила докладчик, необходимо ставить вопрос о выборе препаратов, не содержащих БАХ. Пациенты с глаукомой нуждаются в мощной терапии и получении



немедленного результата, т.к. в I стадии наблюдается самый высокий процент перехода заболевания в последующие стадии. При этом вопрос оптимизации лечения должен решаться на первых этапах лечения, т.к. в 37,5% случаев отказ от лечения связан с переносимостью местной терапии. Дж.Н. Ловпаче обратила внимание на необходимость учитывать прямую корреляцию трех составляющих: плохая переносимость лечения — плохая приверженность к лечению — плохой результат лечения. Побочные эффекты у пациентов с поврежденной глазной поверхностью в 3 раза увеличивают риск прогресса по сравнению с пациентами, не имеющими в результате лечения побочных эффектов. Синдром «сухого глаза» встречается у 35% лиц в общей популяции; в 45% случаев у пациентов, имеющих офтальмологическое заболевание, и вектор движения ССГ увеличивается с возрастом. Более половины больных глаукомой имеют ССГ в качестве сопутствующего заболевания, при этом существует прямая зависимость прогресса синдрома «сухого глаза» от количества глазных капель и от продолжительности лечения. Докладчик отметила, что более половины больных глаукомой уже имеют ССГ до старта антиглаукомной терапии. Пациенты, у которых глаукома сочетается с ССГ, до 12 раз чаще страдают от таких побочных эффектов, как чувство инородного тела, красный глаз, зуд в глазу, слезотечение, затуманивание зрения, боль в глазу. Также в несколько раз чаще глаукомные больные, капающие капли с консервантами, страдают от побочных эффектов, по сравнению с больными, которые лечатся препаратами без консервантов. Далее докладчик привела несколько клинических случаев, доказывающих правильность выбора препарата, не содержащего консерванта, на старте антиглаукомной терапии либо при переводе пациентов на этот препарат в процессе лечения. Речь идет о препарате Тафлотан, производимом компанией «Сантэн». Исследования показали значительное улучшение слезопродукции, время разрыва слезной пленки в большинстве случаев увеличилось, пробы Ширмера показали значительное улучшение слезопродукции, пробы Норна — улучшение состояния эпителия. Лучшие результаты были получены у пациентов, которым была сразу назначена

бесконсервантная терапия. «Стоит ли ждать проблем? Почему не сделать лучший выбор сразу?» — задает вопрос докладчик. Таким образом, терапия хронического «возраст ассоциированного» заболевания, каким является глаукома, должна быть эффективна, хорошо переносима. Минимальное токсическое воздействие на глазную поверхность позволяет сохранить ее целостность, что является важным условием для продолжительного лечения, потенциальной хирургии и потенциального рестарта терапии в дальнейшем.

С последним докладом о новых направлениях в консервативном лечении глаукомы выступил профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург). Докладчик выделил следующие тенденции в медикаментозном лечении глаукомы: использование дженериков; разработка новых консервантов и препаратов без консервантов; разработка новых комбинированных препаратов с хорошим аддитивным эффектом; перспективные разработки новых групп препаратов и способов их применения. Первым препаратом без консерванта, зарегистрированным в России, стал Тафлотан («Сантэн»), который выпускается в тубиках-капельницах; первым комбинированным препаратом ПГ/Тимолол — Тапстиком («Сантэн»). При применении тафлупроста (Тафлотана) развитие гиперемии, наиболее часто встречающегося побочного эффекта аналогов простагландинов, происходит в 5 раз реже, чем при использовании Траватана, содержащего БАХ. Профессор Ю.С. Астахов обратил внимание, что гиперемия отрицательно влияет на переносимость лечения, а следовательно, на соблюдение назначенного режима. Гиперемия может быть вызвана активной субстанцией; консервантом; другими вспомогательными веществами в составе композиции. Концентрация активного вещества в тафлупросте в 3,3 раза ниже, чем в латанопресте, в 2,7 раза ниже, чем в травопросте, при этом эффективность препарата не снижается. Далее докладчик привел мета-анализ результатов независимых исследований, проведенных в 12 центрах в Финляндии, Швеции, Германии и в 7 центрах в России, изучавших изменение симптомов раздражения глаз; клинических признаков патологии поверхности глаз и ВГД у пациентов с глаукомой или офтальмогипертензией после

тафлупрост/тимолол; способен снижать до 40% ВГД по сравнению с исходным уровнем; только в 7% случаев вызывал гиперемии (Дуотрав — 12%, Ганфорт — 25%); по гипотензивному эффекту сопоставим с другими фиксированными комбинациями простагландина и тимолола.

В заключительной части доклада профессор Ю.С. Астахов остановился на перспективах создания новых антиглаукомных препаратов и отметил, что их разработка основывается на современных достижениях в области морфологии, биохимии, генетики этого заболевания. Завершая свое выступление, профессор Ю.С. Астахов высказал предположение, что ствольные клетка и генная инженерия — это будущее в лечении глаукомы.

С заключительным докладом симпозиума «Региональный регистр глаукомы: иллюзия перспективы или реальная возможность помочь больному?» от группы выступила д.м.н. А.Ж. Фурсова (Новосибирск). Медицинское сообщество идет по пути стандартизации с целью получить объективные данные заболеваемости, эпидемиологии, клинического течения заболевания и состояния медицинской службы в конкретном регионе. Создавая региональный регистр пациентов с глаукомой, авторы поставили перед собой следующие задачи: учет количества пациентов с глаукомой, учет структуры заболеваемости по стадиям, анализ тенденций течения заболевания, идентификация групп риска, а также фармакоэкономический анализ заболевания, определение потребностей в различных методах лечения, в лекарственных препаратах, оценка безопасности терапии и определение эффективности терапии на конкретном этапе. Врач при каждом осмотре вводит данные проведенного исследования, таким образом, создается база данных пациента. Регистры обеспечивают получение объективных данных о заболеваемости, распространенности заболевания, инвалидности, информации о качестве и эффективности терапии, реальной потребности в медицинской помощи и лекарственных препаратов, а также обеспечивают контроль качества оказания помощи, исполнения единых стандартов диагностики, лечения и диспансерного наблюдения.

Большое количество участников явилось свидетельством интереса, проявленного к заявленной организаторами теме.

Материал подготовил  
Сергей Тумар  
Фото Сергея Тумара









# Уфа – Белград: новые перспективы сотрудничества

## Интервью с доктором Зорицей Савкович

16-17 июня 2016 года ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России (генеральный директор профессор Э.Р. Мулдашев) посетила профессор медицинского факультета Белградского университета, руководитель клиники «Ревиды» (г. Белград) Зорица Савкович.

В газете «Поле зрения» уже опубликована статья о ее первом визите в г. Уфу в 2009 г. («Возвращение к истокам», № 3, 2014 г.)

— Уважаемая доктор Савкович, Ваш первый визит в город Уфу, во Всероссийский центр глазной и пластической хирургии, состоялся в ноябре 2009 года. Тогда были установлены наши первые научные контакты, и за эти 7 лет многое поменялось в жизни нашего Центра и Вашей известной клиники «Ревиды». Вы бы могли рассказать, что сегодня представляет Ваша клиника, какого профиля специалисты трудятся в ней и какие виды медицинской деятельности Вы реализуете в своей практической работе?

— Я рада, что повторно посещаю вашу клинику и обратила внимание, как много вы сделали. В Белграде наша клиника стала многопрофильной, мы работаем с пациентами с разными патологиями органа зрения и другими заболеваниями. Максимально наша деятельность связана с детской неврологией, детской офтальмологией, педиатрией и многими другими заболеваниями (например, аутизм, ДЦП, психофизиологические проблемы у детей). И мы сотрудничаем с российскими врачами, которые приезжают к нам и проводят осмотр и лечение этих детей. Также наша клиника проводит сертификацию сотрудников морской службы и выдает им медицинский сертификат на соответствие здоровья их профессиональной деятельности. В нашей клинике функционирует большой салон оптики, и у нас получаем реабилитацию дети с амблиопией и косоглазием. Это узкая специализация нашей больницы. При этом наши сотрудники применяют различные методики российских клиник и достигли успеха в лечении.

Клиника строит новые дополнительные операционные залы, так как мы активно применяем различные хирургические технологии, для этого недостаточно операционных залов. Строим новое большое здание, чтобы расширить свои возможности. Мы хотели зарегистрировать исключительно эффективные биоматериалы Аллоплант, разработанные профессором Э. Мулдашевым, и применять их в Сербии. К сожалению, не представляется возможным его зарегистрировать. Но не важно, ведь мы решили, что наши пациенты будут приезжать в нашу клинику на хирургическое лечение и реабилитацию.

— Скажите, пожалуйста, доктор Зорица, Вы сами и Ваши сотрудники известны не только как практические врачи, но и научные сотрудники. Вы разрабатываете самые различные научные проблемы. Недавно мы познакомились с Вашей научной публикацией по использованию компьютерных технологий в профессиональной реабилитации офтальмологических больных. Могли бы Вы рассказать об этом подробнее для российских читателей? Какие научные проблемы Вы разрабатываете, какие публикации есть у Вас лично и у Ваших сотрудников?

— Да, мы 15 лет разрабатываем компьютерные технологии в реабилитации офтальмологических больных. Это сербско-российская научная методика, и здесь мы преуспели. Работаем с детьми слабовидящими и слепыми. Используя компьютерные технологии, учим детей видеть и работать. После этого они могут достойно жить и учиться. Мы уделяем много времени этой проблеме в университете, что отражено в монографии, которая скоро будет готова, и я обязательно отправлю Вам ее.

— Среди Ваших сотрудников значится имя широко известного специалиста в области восстановительной хирургии глазницы, профессор Радмило Рончевича. В рамках нашего сотрудничества он посетил клинические отделы и научные подразделения Центра, выступал с лекциями. Результатом нашего сотрудничества стали публикации в российских журналах. Как Вам представляется дальнейшее научное взаимодействие двух наших офтальмологических центров?

— Рада слышать об этом. Профессор Рончевич очень доволен тем, что у вас увидел. Он работает над новыми методами лечения заболеваний орбиты, кроме того, он разрабатывает методы хирургического лечения

экзофтальма. Это относительно редкая патология как у нас в стране, так и за рубежом. Я уверена, что наше научное сотрудничество будет развиваться. Профессор Рончевич готов приезжать к вам и делать операции и помогать пациентам с тяжелыми осложнениями тиреотоксикоза.

— Известно, что современная офтальмология — многоотраслевая дисциплина. Выделены отдельные области, например, лечение глаукомы, рефракционная хирургия, витреоретинальная хирургия. Какова сфера Ваших личных научных и практических интересов? Кто Вы по своей первичной профессии? И, если можно так выразиться, куда Вы вкладываете душу?

— Я — детский офтальмолог, лечу детские глаза: косоглазие и амблиопию. Занимаюсь проблемой амвроза. Я закончила два факультета в Белградском университете: медицинский факультет и факультет по специальной реабилитации слепых детей в Белграде. Я хочу понять, как слепые дети воспринимают мир, что они проживают в своей душе и как им помогать. В течение 20 лет работаю над гуманитарными проектами, которые помогают слепым детям. Детские глаза — это основная сфера моей научной и профессиональной деятельности.

— Вы затронули очень интересную проблему слабовидящих и слепых детей. Данная проблема находится на стыке психологии, нейрофизиологии, медицины. Это сложная комплексная медицинская и социальная проблема. Ведь вопрос в адаптации, мироощущении слепого

ребенка. Вы коснулись такой тонкой материи, как восприятие мира слепым или слабовидящим ребенком. То, чем Вы занимаетесь, это настолько трудно и сложно, но это так важно и нужно, пусть даже удельный вес этих детей небольшой. Среди офтальмологической патологии, например, много миопии, возрастной макулярной дегенерации, в этой области работает много специалистов. А слепых детей от рождения в общей структуре глазной патологии не так много, но ведь кто-то должен с ними работать.

— Очень и очень сложно, и каждый раз мы узнаем что-то новое.

— Доктор Зорица, известно, что Вы автор практического пособия по детской офтальмологии. Каковы на сегодня основные векторы развития педиатрической офтальмологии в Сербии, так и в европейской медицине в целом?

— Детская офтальмология интенсивно развивается. Очень важна и актуальна профилактика заболеваний органа зрения. Мы работаем над профилактикой зрения на первом году жизни ребенка, когда ребенку исполняется 4-6 мес. делаем первый осмотр. Очень важно следить за рефракцией. Когда рефракция увеличивается, мы делаем коррекцию в первый год и начинаем реабилитацию, чтобы у него не возникло проблем со зрением в школе. Раньше профилактику проводили слишком поздно. И было много детей с косоглазием и амблиопией,

со слабовидящим оком. В этом направлении движется наука в детской офтальмологии, чему я очень рада. Перед приемом в школу мы проводим следующий осмотр, и результаты осмотра впечатляют. В университете изучать детскую офтальмологию очень сложно, офтальмологов достаточно в Сербии, но мало детских. Я думаю, детская офтальмология интересная, но и тяжелая наука, нужно иметь особенное ощущение и умение работать с детьми.

— А Вам довелось изучать опыт детской офтальмологии в других европейских странах? И Вы где-то проходили стажировки, обучались, изучали опыт своих коллег в других европейских странах?

— Да, в Германии. Гамбург, Мюнхен и Бонн. Там много квалифицированных специалистов, применяющих современные методы лечения косоглазия. У них хорошо оснащены клиники. И я думаю, это эффективно помогает в лечении косоглазия. Немецкая офтальмология интенсивно развивается. Я многому научилась у немецких коллег, так же как и у российских.

— Спасибо. В прошлом году мы получили известие, что Вы стали профессором медицинского факультета Белградского университета. Как ведется подготовка врачей-офтальмологов в Вашей стране? Какие образовательные стандарты Вы используете в учебной работе? И каковы, на Ваш взгляд, основные проблемы в современной системе подготовки специалистов-офтальмологов?

— В Сербии офтальмолог — интересная профессия, и многие хотят получить специальность офтальмолога, но это нелегко сделать. В Сербии офтальмологи обучают по учебникам, очень мало практической работы, я думаю, что это основная проблема. Наши специалисты, работая 3-4 года, очень мало оперируют. Обследуют пациентов, они читают, составляют анамнез, занимаются выпиской. По моему мнению, в будущем необходимо больше заниматься практической деятельностью. Офтальмология очень привлекательная специальность, на первом месте — в Сербии, но прием в университет по специальности «офтальмология» ограничен.

— Скажите, какие этапы проходит студент? Школьник окончил школу и хочет стать врачом. Может быть, он мечтает стать офтальмологом. Давайте начнем с поступления в медицинский университет после окончания средней школы.

— Абитуриент при поступлении в медицинский университет сдает следующие вступительные экзамены: математика, физика, химия и биология. Успешно сдав экзамены, он поступает в медицинский университет. В среднем принимают 300-400 студентов на 1 курс, 200 — на бюджет, а остальные — на платной основе. Есть и отделение, где проводят обучение на английском языке для студентов из других стран: факультет общей медицины и фармацевтический.

— На какой факультет надо поступить, чтобы стать офтальмологом?

— Нужно закончить медицинский факультет, далее пройти специализацию по офтальмологии.

— Сколько лет студент будет учиться? — 5 лет.

— Что он делает после окончания медицинского факультета?

— Студент должен один год стажироваться по общей медицине, а затем пройти конкурс по специальности «офтальмология», и необходима рекомендация из здравоохранения.

— Сколько лет обучаются, чтобы получить специальность офтальмолога? — 4 года — стажировка по офтальмологии.

— Получается, в общей сложности он учится больше 10 лет?

— Да, и один год проходит субспециализацию, например, по косоглазию.



Знакомство с отделом нейрофизиологии и психофизики зрения



Заведующая, кандидат медицинских наук Е.Ю. Полякова и доктор З. Савкович в детском отделении



С диагностическим отделением знакомит заведующий, кандидат медицинских наук Р.А. Мухаммадеев

— Это 11-12 лет?

— Каждые пять лет нужно выполнять научные и практические работы, чтобы следующие 5 лет работать по своей специальности.

— Так, давайте считать: 5 лет — учеба в университете, 1 год — общая специализация по офтальмологии, это 10 лет; далее 1 год — субспециализация. Итого — 11 лет.

— Но субспециализация обязательна.

— В этой связи мне вспоминается такая история. Знаменитая Маргарет Тэтчер, прежде чем стать премьер-министром Великобритании, работала министром образования. Первое, что она заметила, это дорогое медицинское образование. Медицинское образование требовало больше всего средств из казны, поэтому она решила его удешевить. Она сказала: «Я поняла, почему медицинское образование дорогое, потому что всех студентов обучают с расчетом, что они будут работать во всех сферах медицины. Так учить нельзя, это слишком дорого для государства, надо перестроить всю систему медицинского образования, чтобы тратились средства на то, что государству понадобится в будущем». Как бы Вы прокомментировали это?

— Я думаю, что на общее образование нужно 4-5 лет, у нас врач общей практики не нужна специализация, он может работать как врач общей практики. Если захочет получить другую специализацию, то будет проходить дополнительное обучение.

— Доктор Зорица, Вы не только видный офтальмолог Сербии, руководитель специализированной клиники, но и хорошо известный общественный деятель. В частности, Вами основан благотворительный фонд «Ревиды» для лечения и реабилитации детей с врожденной патологией органа зрения, последствиями травм. Расскажите подробнее о деятельности Вашего фонда. Возможно, Ваш опыт будет полезен и для нашей страны.

— В 2003 году, когда я занялась реабилитацией детей, я поняла, что должна помочь тем детям, которые не могут оплатить лечение, купить дидактический материал, лекарства. Мне было очень жаль их, государство не могло им помочь. Я решила открыть благотворительный фонд, чтобы помогать детям с патологиями органа зрения и жизненными проблемами. Провела много гуманитарных акций: бесплатные осмотры, бесплатные очки, оплата за лечение в других странах, покупка компьютеров с азбукой Брайля. Мы начали строить «парки тьмы» по немецкой франшизе, чтобы зрячие люди могли узнать и понять, что такое не видеть мир. В «парках тьмы» в течение часа можно посетить ресторан, поработать, перейти улицу, совершить покупки. Все это делается в полной темноте. Я думаю, что это необходимо. Я проходила стажировку в Германии, чтобы организовать в Сербии «парки тьмы».

— «Парк тьмы» — это школа?

— Нет, это туристический аттракцион.

— И человек находится в полной темноте? И каждый может окунуться в этот мир темноты и почувствовать положение людей, которые не видят мир.

— Каждый может понять, как нуждаются в помощи слепые люди. Я думаю, что этот проект будет реализован в Сербии через 2 года.

— Слушая Вас, я вспомнил свою историю. В 1990 году мне в составе делегации нашего Центра довелось посетить клинику США. И я удивился: какая идет пропаганда донорства, в частности, для офтальмологической службы. Мы оказались в офтальмологической клинике, где несколько пациентов ожидали приема врача. На столе лежали рекламные буклеты со словами: «Закройте на минуту глаза и попытайтесь опутить положение тех людей, которые не видят мир. Но вы, закончив земной путь, можете пожертвовать свои глаза для того, чтобы кому-то подарить зрение». Вам надо просто заполнить анкету, и тут же регистратор вносит ваши данные и информацию о вашем согласии стать донором в базу данных всей страны. Ничто не вечно под луной, мы заканчиваем свой земной путь. Если вы хотите стать донором, у вас возьмут глаза, чтобы сделать кому-то операцию, например, кератопластику.

Это тоже пропаганда донорства. Каждый человек может опутить остроту этой проблемы и внести посильную помощь в профилактику слепоты и слабовидения.

— Нужно президентам стран или директорам компаний закрыть глаза на один час во время их деятельности (Улыбаемся).

— Доктор Зорица! Развивая тему Вашей общественной деятельности, уместно вспомнить руководимую Вами Ирано-Российско-Сербскую ассоциацию. Каковы цели этой организации? К сожалению, о ней мало что известно в России.

— Да, эта идея родилась три года назад. Я активно сотрудничала с иранским послом, а также с Иранским и Русским культурными центрами в Сербии. Мы договорились создать ассоциацию, чтобы помочь слепым из Сербии, России и Ирана. На данный момент зарегистрировали ассоциацию в Белграде, далее будем регистрировать в Москве и Тегеране.

Наш первый проект «Футбол для слепых детей Сербии». Этот проект поддержали Газпром Сербии, государственные учреждения и люди доброй воли. У нас проводятся паралимпийские игры, но нет футбола. Думаю, этот проект будет работать. Слепые дети очень талантливы, и мы открыли культурный центр для них. У них органы чувств развиты совершенно по-другому. Мы хотим помочь им раскрыть свои таланты. Дети Сербии, России и Ирана будут общаться друг с другом в соответствии с этой программой.

— Вы упомянули, что Иранский культурный центр участвовал в создании этого фонда. Он есть в Белграде?

— Да, директор Иранского культурного центра господин Махмуд, директор Русского дома в Сербии — Н.В. Куценкова, советник по спецпроектам Д.В. Карабчук и я являемся основателями центра Дружбы.

— Раз существует Иранский культурный центр, по-видимому, есть иранская диаспора в Белграде? Что явилось основой для создания Иранского культурного центра?

— Да, есть большая диаспора, много иранских граждан живет в Сербии. Очень эффективно работает Иранский культурный центр, в нем сербы обучаются персидскому языку бесплатно, много книг написано о Сербии. Сотрудники Центра рассказывают о культуре Ирана в Сербии и наоборот. В мае в Центре показали бесплатный иранский фильм для всех детей Сербии. Иранцы очень активно работают.

— Доктор Зорица, как Вам представляется дальнейшее сотрудничество нашего Всероссийского центра глазной и пластической хирургии и клиники «Ревиды»? Каково, на Ваш взгляд, будущее проекта «Белград-Уфа» в сфере клинической медицины вообще и офтальмологии в частности? Что может дать нуждающимся пациентам наша совместная деятельность?

— Раньше я думала, что будем сотрудничать только в области офтальмологии. Но так как мы разработали методы лечения различных заболеваний, мы будем развивать научное сотрудничество не только в сфере офтальмологии, но и неврологии, стоматологии и регенеративной медицины. Я очень рада этому, так как у нас, к сожалению, невозможно зарегистрировать Аллоплант. Ваши офтальмологи будут приезжать в Белград, как мы раньше договаривались. На сегодняшний день мы зарегистрировали компанию, которая будет заниматься медицинским туризмом. Пациенты из Сербии будут приезжать в ваш Центр и получать лечение с применением Аллопланта. Технологии с применением биоматериалов Аллоплант очень эффективны, и результаты отличные. Пациенты, которые уже пролечились у вас в Центре, очень довольны. Таково будет наше будущее сотрудничество в этой области.

— Я понял, что Вы уже послали пациентов к нам, в Центр? И уже имеете этот опыт.

— Да, мы все отлично организовали, я думаю, что не будет проблем с нашим дальнейшим сотрудничеством. Профессор Рончевич всячески будет содействовать вашему Центру.

— Мы помним этого замечательного ученого, врача. И, конечно же, будем приглашать его на наши мероприятия, конгрессы. Поскольку Вы своим фондом объединили такие, казалось бы, разные миры, как Иран, Сербия и Россия. Я бы хотел напомнить, что наш Центр тоже давно работает с коллегами из Тегерана. И мне довелось в течение пяти лет выезжать в Тегеран. Мне даже представилась возможность выступить с лекциями в тегеранском университете для профессоров о технологии Аллоплант. Они знакомы с нашими технологиями, лекции прослушали специалисты самых разных профессий. Это были 90-е годы. Пять лет мы ездили туда, каждый год я 1-2 месяца работал в Тегеране и направлял больных в Центр. Это было очень плодотворное сотрудничество, с прискорбием должен признать, что Россия не выполнила ряд обязательств, взятых перед Ираном. И они, соответственно, приостановили все проекты с Россией. Сейчас все возрождается, и наши три страны действительно могут совместно взаимодействовать.

В завершение разговора я бы хотел сказать, что у меня есть два панно на фарси — это стихи, которые написал персидский мальчик. У него была субатрофия. Дети играли, выстрелили нечаянно из рогатки и попали ему в глаз. Мальчик был в Европе, но там не смогли спасти глаз. Его прооперировали в нашем Центре, и глаз спасли. А в это время я работал в Тегеране, и мне позвонил этот мальчик: «Доктор, можно я к Вам приеду, я Вам подарок приготовил, стихи написал». Я не мог ему отказать. Он приехал, вручил эти стихи и сказал: «Это стихи о вашем Центре».



Экскурсия начинается с приемного покоя. Медведи — символ России

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

www.xentek.ru

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

ACRYSTYLE  
Мягкое интраокулярное линзы

КСЕНОПЛАСТ  
Коллагеновый интравитреальный дренаж и материалы для склеропластики

ОКВИС  
Протектор тупей глаз — глазные капли

ЛОКОЛИНК  
Аппарат для фототерапии роговицы методом локального криоохлаждения

★ БИОСОВМЕСТИМОСТЬ  
★ БЕЗОПАСНОСТЬ  
★ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

# Собственный опыт лечения послеоперационных эндофтальмитов

О.Е. Ильяхин<sup>1</sup>, А.Ю. Слонимский<sup>1</sup>, С.М. Муртазалиева<sup>1</sup>, А.А. Овсянко<sup>1,2</sup>, И.Б. Ахмедов<sup>1</sup>, Н.И. Самохина<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Филиал №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ; <sup>2</sup>Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

## Актуальность

Эндофтальмит — это гнойное воспаление внутренних оболочек глаза, которое при несвоевременном лечении может привести к полной слепоте и гибели глаза как органа. Частота возникновения послеоперационных эндофтальмитов, по данным зарубежных авторов, достигает 1,24% [1]. В России эта цифра находится в пределах 0,02-0,5% [2]. За последние 10 лет отмечено увеличение частоты развития послеоперационного эндофтальмита.

Первые признаки эндофтальмита в подавляющем большинстве случаев развиваются в первые 1-3 суток после операции. Данное состояние считается неотложным, что требует назначения соответствующего лечения в течение первого часа с момента установления диагноза. Однако единой тактики лечения послеоперационных эндофтальмитов в настоящее время не выработано.

Общепринятым считается назначение интенсивной системной и местной антибактериальной терапии. Принимая во внимание наличие гематофтальмического барьера, биодоступность препаратов для тканей глаза остается низкой. Таким образом, возникает необходимость достижения необходимой концентрации путем введения антибактериальных препаратов внутрь глаза. В настоящее время многие исследования доказывают эффективность выполнения витрэктомии с введением антибиотика в полость стекловидного тела [1].

Цель — оценить результативность лечения больных с послеоперационным эндофтальмитом, находящихся на стационарном лечении в Филиале №1 ГКБ им. С.П. Боткина в разные сроки от начала заболевания.

## Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 6 пациентов с развившейся клинической картиной послеоперационного эндофтальмита после планового хирургического вмешательства.

Пациент Ф., 34 года. Операция — фактоэмulsionификация катаракты с имплантацией ИОЛ. Острота зрения в первые сутки после операции — 0,7 н/к. Клиническая картина эндофтальмита развилась на 2-е сутки после операции. Острота зрения — правильная проекция света.

Пациент Б., 80 лет. Операция — фактоэмulsionификация катаракты с имплантацией ИОЛ. Острота зрения после операции — 0,8. Манифестация картины эндофтальмита на третьи сутки после операции — острота зрения снизилась до правильной светопроекции.

Пациент М., 83 года. Операция — интракапсулярная экстракция катаракты с подшиванием ИОЛ + частичная передняя

Пациент	Б., 80 лет	Ф., 34 года	М., 83 года	Г., 62 года	И., 47 лет	А., 58 лет
Операция	ФЭК + ИОЛ	ФЭК + ИОЛ	ИЭК + подшивание ИОЛ + частичная передняя витрэктомия	ФЭК + ИОЛ	ФЭК + ИОЛ	ФЭК + ИОЛ + удаление силиконового масла
Острота зрения после операции	0,8 н/к	0,7 н/к	0,05 н/к	0,6 н/к	0,7 н/к	0,15 н/к
Развитие картины эндофтальмита	4-е сутки Vis = pr.l.certa	2-е сутки Vis = pr.l.certa	2-е сутки Vis = pr.l.certa	1-е сутки Vis = pr.l.certa	10-е сутки Vis = 0,01 н/к	2-е сутки Vis = pr.l. incertae
Тактика	Промывание передней камеры + закрытая с/т ВЭ + антибиотик Промывание передней камеры + витреальной полости (осложнение – геморрагическая ОСО)	Промывание передней камеры + закрытая с/т ВЭ + антибиотик Закрытая с/т ВЭ + удаление ИОЛ	Промывание передней камеры + закрытая с/т ВЭ + антибиотик + тампонада силиконовым маслом	Промывание передней камеры + закрытая с/т ВЭ + антибиотик + тампонада силиконовым маслом	Промывание передней камеры + закрытая с/т ВЭ + антибиотик + тампонада силиконовым маслом	Промывание передней камеры + закрытая с/т ВЭ + антибиотик + тампонада силиконовым маслом
Сроки стационарного лечения	12 дней	9 дней	7 дней	7 дней	7 дней	6 дней
Острота зрения в исходе	0,01 н/к	sph + 10,0D = 0,7	0,1 с корр. (силикон)	0,07 н/к (силикон)	0,3 н/к	0,01 н/к (силикон)

витрэктомия. В первые сутки после операции острота зрения составляла 0,05. На 2-е сутки после операции — клиническая картина эндофтальмита, острота зрения — правильная проекция света.

Пациент Г., 62 года. Операция — фактоэмulsionификация катаракты с имплантацией ИОЛ. Острота зрения после операции — 0,7 н/к. На 10-е сутки развитие картины эндофтальмита — острота зрения снизилась до 0,01 н/к.

Пациент А., 58 лет. Операция — фактоэмulsionификация катаракты с имплантацией ИОЛ + удаление силиконового масла + ревизия витреальной полости. Клиническая картина эндофтальмита развилась на 2-е сутки после операции, острота зрения — неправильная проекция света.

Всем пациентам в первые часы после операции назначали эмпирическую общую и местную антибактериальную терапию. В большинстве случаев она включала в себя назначение цефалоспоринов 3-го поколения и метрандазола системно. Местно в каплях назначали антибиотики группы фторхинолонов и антисептики. При отсутствии положительной динамики в течение двух часов принимали решение о переходе к хирургическому этапу лечения. Критериями оценки тяжести состояния являлись снижение остроты зрения, данные определения КЧСМ и эзографические показатели увеличения толщины оболочек глаза и усиление экссудативной реакции в витреальной полости.

Хирургический этап лечения включал в себя промывание передней камеры с проведением трехпортовой задней закрытой субтотальной витрэктомии с введением двух антибиотиков (моксифлоксацин 0,25 мг и ванкомицин 1 мг). Операции были проведены хирургами витрорециального отделения с использованием витреотома Alcon Constellation и операционного микроскопа Carl Zeiss OPMI Lumera® T с широкоугольной системой Resight 500. В четырех случаях (I группа) операция завершилась тампонадой витреальной полости силиконовым маслом вязкостью 1000St. Двум пациентам (II группа) была выполнена газовоздушная тампонада, из них одному произвели и удаление ИОЛ. Всем пациентам в обязательном порядке проводили взятие материала для бактериологического исследования содержимого передней камеры и витреальной полости.

В послеоперационном периоде всем пациентам продолжено проведение системной и местной антибактериальной терапии.

Клинические данные пациентов представлены в табл. 1.

## Результаты и обсуждение

В результате проведенных лечебных мероприятий, включавших в себя комбинацию медикаментозной терапии и хирургического лечения, воспалительный процесс во всех случаях удался купировать в короткие сроки, что позволило сохранить пораженный глаз не только анатомически, но и в функциональном плане.

В зависимости от выбранной тактики хирургического лечения, послеоперационный период ведения больных имел ряд особенностей.

- Тампонада витреальной полости силиконовым маслом позволяет купировать воспалительную реакцию как в переднем, так и в заднем отделах (ярко-розовый рефлекс и незначительная опалесценция влаги передней камеры) уже в первые сутки после оперативного вмешательства, что позволяет минимизировать сроки системной антибактериальной терапии, а также избежать повторных оперативных вмешательств. Максимальной остроты зрения удается добиться спустя 2-3 месяца после операции удаления силиконового масла из витреальной полости.

- Удаление ИОЛ является, по нашему мнению, вынужденной мерой, продиктованной невозможностью завершения основных этапов витрэктомии (по причине плохой визуализации, либо трудностями технического характера). В послеоперационном периоде также требуется более длительная

системная антибактериальная терапия. В отдаленном периоде встает вопрос об имплантации ИОЛ с оптической целью.

Отсутствие тампонады витреальной полости силиконовым маслом не купировало воспалительный процесс и требовало, по нашим наблюдениям, повторных вмешательств (промывание передней камеры и витреальной полости с повторным введением антибиотика).

Анализ клинических случаев послеоперационного эндофтальмита позволил нам определить наиболее оптимальную тактику ведения пациентов с данной патологией, позволяющую купировать бактериальный процесс в короткие сроки, минимизируя тем самым токсическое поражение сетчатки и зрительного нерва.

## Выводы

Примененная тактика ведения больных с послеоперационным эндофтальмитом дала возможность не только сохранить глаз как орган, но и вернуть определенные зрительные функции.

- Клиническая картина эндофтальмита требует назначения незамедлительной максимальной терапии.

- При отсутствии положительной динамики хирургический этап лечения должен быть начат не позднее 2-х часов от начала терапии. Объем хирургического вмешательства должен включать в себя промывание передней и задней камер глаза, закрытую субтотальную витрэктомии с введением антибиотика в витреальную полость, переднюю камеру и тампонаду витреальной полости силиконовым маслом.

- Удаление ИОЛ необходимо в самых тяжелых случаях при плохой интраоперационной визуализации вследствие нарушения прозрачности сред, а также при наличии технических препятствий к завершению основных этапов витрэктомии, необходимым мероприятием перед завершением операции является удаление ИОЛ.

## Литература

1. Барри П., Кордовес Л., Гарднер С. Руководство ESCRS по профилактике и лечению эндофтальмита после операции по удалению катаракты: данные, дилеммы и выводы. — 2013.
2. Складчикова Н.Ю., Стебнев В.С., Складчикова Н.И. Острый бактериальный эндофтальмит как осложнение хирургии катаракты. Результаты лечения // Вестник ОГУ. — 2011. — № 14 (133).

Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.

# Новый способ хирургического лечения кератоконуса

Ю.Б. Слонимский<sup>1</sup>, Г.В. Ситник<sup>2</sup>, А.Ю. Слонимский<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России; <sup>2</sup>Кафедра офтальмологии БелМАПО, г. Минск; <sup>3</sup>Филиал №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

## Актуальность

В последние 20 лет интерес к кератоконусу во всем мире непрерывно растет. Уже давно кератоконус не считается редким заболеванием. Частота возникновения кератоконуса широко варьирует в разных этнических группах: 57 больных на 100 000 населения среди европеоидной расы, 229:100 000 населения в Азии [1-3]. По другим данным, более достоверным представляется разброс частоты от 1 на 500 до 1 на 2000 [4, 5].

Кератоконус является двусторонним (97%), генетически детерминированным заболеванием с полигенным типом наследования, которое клинически проявляется возникновением кератэктазии и истинной астигматизма высокой степени. В результате отмечается прогрессирующее снижение остроты зрения вследствие развития неправильной астигматизма и роговичной миопии.

Патогенез кератоконуса до конца не изучен. Доказано, что на скорость прогрессирования заболевания влияют как генетические факторы, так и патология эндокринной системы. Если заболевание диагностируется в подростковом периоде, то его более быстрое прогрессирование отмечается до третьей декады жизни, затем, как правило, наступает стабилизация [1, 3-5].

В настоящее время в клинической практике используют классификацию кератоконуса, основанные на оценке различных параметров: остроты зрения, кератометрии, кератотопографии, клинических симптомов, aberromетрии, а также хирургическую классификацию [1, 3-6].

Лечение кератоконуса остается актуальной проблемой. На ранних стадиях заболевания традиционно применяют очковую и контактную коррекцию зрения, в том числе используют жесткие контактные линзы.

В настоящее время доказана эффективность кросслинкинга роговицы в I и II стадиях как в отношении стабилизации заболевания, так и в отношении некоторого повышения остроты зрения. Однако, что касается кросслинкинга в развитой III стадии кератоконуса, большинство долгосрочных исследований показывают низкую эффективность этой методики, а также низкую прогнозируемость результатов [2, 8-10].

Для повышения остроты зрения у больных с кератоконусом и эктазиями другого происхождения широко применяется имплантация интрастромальных роговичных сегментов. Доказано, что лучшие функциональные результаты в виде остановки прогрессирования с достоверным увеличением корригированной остроты зрения данный способ лечения дает при II-III стадиях болезни [8, 9, 11-14].

Традиционно для лечения IV стадии кератоконуса показана передняя глубокая пересадка роговицы либо сквозная пересадка роговицы (при наличии грубых рубцов и разрывов десцеметовой мембраны) [2, 3, 15-19]. Большинство пациентов после перенесенного острого кератоконуса требуется проведение сквозной субтотальной кератопластики [20].

Несмотря на развитие банков донорских тканей и максимальное благоприятствование со стороны законодательной базы во многих странах, в целом в мире в настоящее время сохраняется дефицит донорских тканей, в частности роговицы. Доказано, что 5-летняя выживаемость сквозного роговичного трансплантата при кератоконусе максимальна и составляет более 95%. По данным Австралийского регистра трансплантаций, 10-летняя выживаемость роговичного трансплантата при кератоконусе составляет 89%, 20-летняя выживаемость — 17%. Естественно, что при использовании для кератопластики свежей неконсервированной донорской роговицы прогноз в отношении долговременного прозрачного приживления трансплантата выше. Однако в 25-30% случаев острота зрения после пересадки роговицы не удовлетворяет пациента и остается крайне низкой по причине послеоперационного астигматизма высокой степени [18, 21, 22].

В то же время большинство пациентов с развитым кератоконусом — это молодые люди, нуждающиеся в эффективной реабилитации и повышении остроты зрения.

Ранее для хирургического лечения истинной астигматизма высокой степени, в том числе послеоперационного, были предложены различные способы, основанные на выполнении послабляющих насечек и дугообразных разрезов по сильному меридиану, наложение компрессионных швов, проведение лазерных рефракционных операций [15, 21-25].

Применение фемтолазерных технологий в офтальмологии в последнее десятилетие, безусловно, открывает новые возможности в лечении пациентов с патологией роговицы, а также способствует улучшению функциональных результатов пересадки роговицы [14, 15, 17].

С учетом двустороннего характера кератоконуса поиск новых способов его лечения, в особенности основанных на сохранении собственной роговицы, остается актуальным.

Целью данного исследования была разработка нового способа хирургического лечения далеко зашедшего кератоконуса посредством аутокератопластики с использованием фемтосекундного лазера.

## Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 17 пациентов (15 мужчин, 2 женщины), средний возраст составил 33±8,4 года. Все пациенты были прооперированы в ГКБ № 10 г. Минска. Исследования и лечение были выполнены с информированного согласия пациентов и в соответствии с этическими нормами Хельсинкской декларации.

Период наблюдения после операции составил от 2 до 8 месяцев. Срок от момента установления кератоконуса до операции составил в среднем 7 лет (от 4 до 14 лет). У всех наших пациентов заболевание было выявлено уже в развитой стадии: у 3 пациентов была диагностирована III, у 14 — IV стадия кератоконуса. Одинаковая стадия кератоконуса на обоих глазах выявлена у 9 пациентов. Двое больных ранее перенесли сквозную кератопластику на парном глазу, причем в обоих случаях был диагностирован посткератопластический астигматизм высокой степени (9,5 и 12 дптр).

Кросслинкинг был выполнен ранее 4 пациентом, в остальных случаях от него были вынуждены отказаться по причине далеко зашедшей стадии заболевания. Срок после кросслинкинга составил от 1,5 до 4 лет. Однако повышения остроты зрения, в том числе с коррекцией, достичь не удалось.

## Результаты биометрии до операции по данным ОКТ переднего отрезка глаза

Таблица 1

Стадия кератоконуса	Мин толщина роговицы, мкм	Толщина роговицы в зоне 7-10 мм, мкм	Глубина передней камеры до операции, мм	Конфигурация УПК
III	385±27,8	535,43±26,77	3,61±0,15	открыт, широкий
IV	381±33,82	536,44±23,8	3,78±0,17	открыт, широкий

У всех пациентов зафиксировано отсутствие прогрессирования заболевания на протяжении как минимум 1,5 лет.

Жесткие контактные линзы использовали для коррекции зрения 4 наших пациентов. Однако лишь один из них мог носить их в течение 6-8 часов в день. Трое других пациентов отмечали плохую переносимость, невозможность использования более 2-4 часов в день, частое выпадение линзы. Остальные 13 пациентов не смогли адаптироваться к жестким линзам. У двух пациентов выявлено парacentральное расположенное локальное стромальное помутнение роговицы.

Для оценки результатов лечения всем пациентам проводили стандартное офтальмологическое и специальное обследование до операции и в течение всего периода наблюдения. Остроту зрения без коррекции

(НКОЗ) и с максимально возможной коррекцией (КОЗ) измеряли при помощи набора пробных очковых линз по стандартной методике по визометрической таблице Головина-Сивцева или на фороптере (Торсон, Япония). Выполняли офтальмометрию, рефрактометрию, пневмотонометрию и биомикроскопию на авторефрактометре, пневмотонометре и щелевой лампе соответственно (Торсон, Япония), кератопахиметрию (TMS-5, Tomey, Япония), оптическую когерентную томографию переднего отрезка глаза (Visante OCT, Carl Zeiss Meditec), эндотелиальную микроскопию с подсчетом плотности эндотелиальных клеток (Торсон SP-3000P, Япония).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием компьютерного программного обеспечения SPSS14.0.

Критериями включения пациентов в исследование были следующие: стадия кератоконуса III-IV, документально подтвержденное отсутствие прогрессирования кератоконуса на протяжении как минимум 1,5 лет, толщина роговицы на вершине конуса не менее 330 мкм, толщина роговицы в зоне 7-10 мм не менее 500 мкм, глубина передней камеры глаза более 3,5 мм, открытый УПК, нормальный уровень ВГД, плохая переносимость или невозможность очковой и/или жесткой контактной коррекции, отсутствие разрывов десцеметовой мембраны и грубого помутнения стромы.

Результаты предоперационного обследования по данным ОКТ переднего отдела глаза представлены в табл. 1.

Фемтолазерная рефракционная аутокератопластика (ФРАК) была произведена с использованием

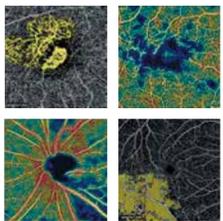


**САТЕЛЛИТНЫЙ СИМПОЗИУМ КОМПАНИИ «ТРЕЙДОМЕД ИНВЕСТ» В РАМКАХ РООФ-2016**

**«ОКТ-ангиография в диагностике и лечении заболеваний сетчатки»**

**12 октября, 17.10-18.40 ч., отель «Рэдиссон Славянская», зал «Толстой»**  
(г. Москва, площадь Европы, д. 2, М. Киевская)





**Председатель симпозиума:** директор МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца **В. В. Нероев**  
**Модератор симпозиума:** **М. М. Шишкин** (ФГУ «НМХЛ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ)

**1. Т. Д. Охочицкая,** В. В. Нероев, О. В. Зайцева, М. В. Рябина, В. А. Фадеева (МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, г. Москва)  
**Возможности ОКТ-ангиографии в оценке микрососудистых изменений сетчатки при сахарном диабете**

**2. Т. Б. Шаимов,** И. Е. Панова, В. А. Шаимова, Р. Б. Шаимов, А. В. Фомин (Глазной Центр «Зрение», г. Челябинск)  
**Оптимизация диагностики атипичных подтипов возрастной макулярной дегенерации**

**3. А. В. Григорьева,** А. Г. Шуко, Т. Н. Юрьева, Н. В. Зайцева (Иркутский филиал ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова)  
**Критерии дифференциальной диагностики хориоретинальной неоваскуляризации при осложненной миопии и экскавационной форме влажной возрастной макулярной дегенерации**

**4. Н. А. Федорук,** А. В. Фомин (Санкт-Петербургский филиал ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова)  
**Сосудистые изменения в сетчатке при центральной серозной хориоретинопатии**

**5. Н. А. Скворцова,** Н. В. Савостьянова, А. В. Фомин (Центр диагностики и хирургии заднего отдела глаза, г. Москва)  
**Применение ОКТ-ангиографии в диагностике парацентральной острой ишемической макулопатии**

**6. Т. Н. Семёнова,** В. Г. Касаткина, И. Б. Соловейчик, М. В. Максимов (Центр лазерной коррекции зрения и микрохирургии, г. Саратов)  
**Эффективность ФДТ при хронических формах ЦСХП**

**7. Р. Б. Шаимов,** В. А. Шаимова, Т. Б. Шаимов (Глазной Центр «Зрение», г. Челябинск)  
**ОКТ при сочетанной патологии: периферических дистрофиях сетчатки и витреомакулярном тракционном синдроме**

**8. Дискуссия**

Регистрация на сайте [www.tradomed-invest.ru](http://www.tradomed-invest.ru) или по электронной почте [fomin@tradomed-invest.ru](mailto:fomin@tradomed-invest.ru)  
По вопросам участия просьба обращаться по тел.: +7 916 613 7145, +7 495 662 7866.

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**

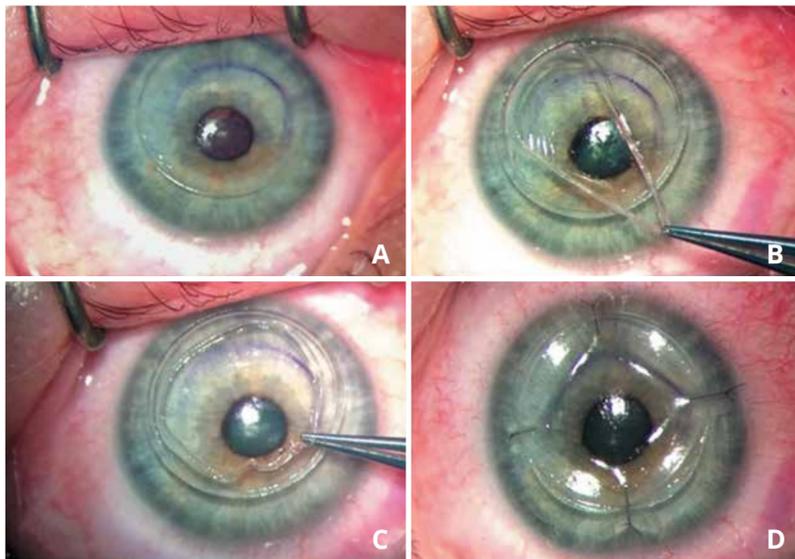


Рис. 1. Этапы операции ФРАК (объяснения в тексте)



Рис. 2. Состояние переднего отрезка глаза в первые сутки после ФРАК

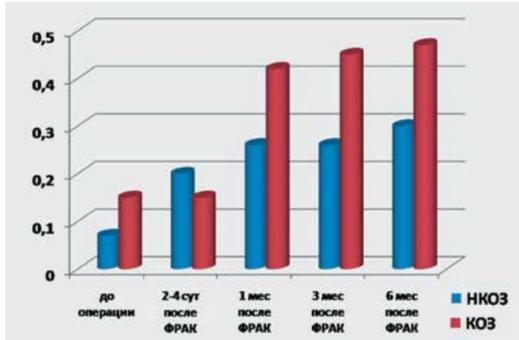


Рис. 3. Изменение средней НКОЗ и КОЗ после операции ФРАК

фемтосекундного лазера Intralase 60 kHz (Intralase Corp., США), программное обеспечение которого позволяет выполнять концентрические разрезы роговицы на заданную глубину под необходимым углом.

**Техника операции.** Все операции были выполнены под местным обезболиванием. За 8-12 часов до операции назначали инстилляции антибактериальных препаратов фторхинолонового ряда. Первый этап выполняли с использованием фемтосекундного лазера Intralase 60 kHz по программе Keratoplasty. Одним из ключевых моментов являлся расчет параметров реза, который осуществляли индивидуально на основе результатов пахиметрии и кератотопографии. Анализ пахиметрических данных проводили по результатам ОКТ-пахиметрии. При выборе диаметра реза принимали во внимание ширину зоны эктазии

и ее расположение. Глубину реза рассчитывали таким образом, чтобы она составляла до 90% от толщины роговицы в предполагаемой зоне воздействия. Суть предложенного нами способа лечения заключается в том, что при помощи фемтосекундного лазера выполняется глубокая двухэтапная резекция стромы роговицы. На первом этапе операции после установки бифаростата и достижения апланации роговицы при помощи вакуумного кольца и однофазового интерфейса производили первый кольцевой разрез роговицы, проходящий по границе зоны эктазии (но не менее 8,0 мм в диаметре) под углом к поверхности роговицы, рассчитанным по данным кератотопографии, на глубину до 90% толщины роговицы в этой зоне. Затем сразу выполняли второй кольцевой разрез роговицы, перпендикулярный к ее поверхности, на расстоянии от 150 до 300 мкм от первого, таким образом, чтобы данные разрезы пересеклись на заданной глубине и был сформирован кольцевидный лоскут роговицы с клиновидным профилем (заявка на патент № 201500191/26). После этого снимали вакуумный фиксатор, инстиллировали капли офтальма и накладывали асептическую повязку. На рис. 1А показано состояние роговицы сразу после фемтолазерного формирования клиновидного лоскута.

После этого больного переключают под операционный микроскоп, где выполняется второй этап операции. Ранее сформированный лоскут роговицы легко удаляется при помощи пинцета и шпателя (рис. 1В, С). При необходимости выполняют парацентез для облегчения последующей адаптации краев раны.

Затем на края роговичной раны накладывают 4 первых кардинальных узловых шва (нейлон 10-0), ориентируя их строго по ключевым часовым меридианам (12, 6, 3, 9 часов). При необходимости предварительно наносят метки на роговицу при помощи хирургического маркера и роговичного шовного разметчика для более точного последующего сопоставления краев раны (рис. 1Д).

Количество швов определяется индивидуально. В большинстве случаев оно составило 8 (от 8 до 12) узловых погружных шва. На рис. 2 показано состояние переднего отрезка глаза в первые сутки после операции.

### Результаты

Во всех случаях хирургическое лечение прошло без осложнений. Особенностью фемтолазерной хирургии является необходимость использования вакуумного фиксатора на этапе апланации роговицы, что может приводить к субконъюнктивальному кровоизлиянию, о чем пациентов заранее информировали.

В раннем послеоперационном периоде пациенты отмечали умеренно выраженную светобоязнь и слезотечение, которые в большинстве случаев наблюдались лишь в первые сутки. Во всех случаях уже в первые сутки после операции мы наблюдали увеличение НКОЗ. На 3-5 сутки после операции все пациенты отмечали субъективное улучшение качества зрения на оперированном глазу.

Послеоперационное лечение было одинаковым во всех случаях: офтаквикс — 4 раза в день 2 недели, дексаметазон 0,1% — 4 раза в день 2 недели, затем 3 раза в день 1 месяца после операции, далее 2 раза в день; корнергель — 4 раза в день 1 месяц. Через 1 месяц после операции назначали слезозаместительный препарат низкой вязкости (Хилозар-комод, Систейн-ультра) 2-4 раза в течение дня.

На рис. 3 представлена динамика изменений НКОЗ и КОЗ после операции. За представленный период наблюдения средняя НКОЗ достоверно увеличилась с 0,07±0,03 до 0,26±0,13 к 3-му месяцу после ФРАК.

В период с 3 до 6 месяцев после операции мы наблюдали стабилизацию зрительных функций (как НКОЗ, так и КОЗ).

Увеличение КОЗ мы наблюдали в 94,1%, причем в 76,5% случаев прибавка составила более 3 строчек.

Кератотопографические индексы также претерпели изменения. Максимальный кератометрический индекс, достигавший до операции в среднем 60,1±5,7 D, к 3 месяцам после ФРАК снизился до 53,2±3,8 D. Минимальный кератометрический индекс снизился с 54,8±5,8 D до 46,4±3,6 D. Цилиндрический компонент уменьшился с 9,1±3,8 до 5,4±2,75 D. К настоящему моменту у 4 из пролеченных пациентов срок наблюдения составил 6-8 месяцев. Кератометрические индексы и острота зрения у этих пациентов остаются стабильными.

Постепенное восстановление глубины передней камеры до средних величин мы наблюдали к 1 месяцу после операции у всех пациентов, средняя ее величина составила 2,9±0,26 мм. В последующем она оставалась стабильной и в период 3-6 месяцев после ФРАК составила 3,1±0,23 мм.

На рис. 4 представлено ОКТ-изображение переднего отрезка глаза пациентки до операции и на 5-е сутки после ФРАК. Глубина передней камеры составила 4,0 мм и 2,81 мм соответственно, УПК среднеширокий.

Повышение ВГД нами не было зафиксировано ни в одном случае, его средняя величина составила 16±2,3 мм рт.ст.

В течение периода наблюдения нами не было выявлено также осложнений, связанных со швами (разадаптация раны, провисание, неоваскуляризация и др.). Снятие роговичных швов планируется по истечении 10-12 месяцев после ФРАК.

Изучить плотность эндотелиальных клеток до операции не представлялось возможным в 15 из 17 случаев по причине выраженной конической деформации роговицы. Через 1 месяц после ФРАК она составила 2592±120,2 кл./мм<sup>2</sup> в оптической зоне роговицы, через 3-6 месяцев существенных изменений мы не наблюдали: 2569±113,8 кл./мм<sup>2</sup>.

Сроки временной нетрудоспособности у пациентов, работа которых не связана с физическим трудом, составили в среднем 18±8,8 дня.

Все наблюдаемые нами пациенты субъективно оценили достигнутый после операции оптический результат как хороший, отметили значительное повышение зрительного комфорта и качества жизни.

### Обсуждение и заключение

Лечение пациентов с кератоконусом должно решать сразу несколько задач: во-первых, восстановление нормальной анатомии и сферичности роговицы; во-вторых, повышение зрительных функций с учетом высоких требований и ожиданий пациентов молодого возраста; и в-третьих, стабильность и долгосрочность достигнутого результата.

Принимая во внимание генетическую детерминированность данного заболевания, склонность к различному по скорости прогрессированию в течение жизни и сложности точного прогнозирования характера течения, в настоящее время невозможно говорить о радикальном излечении кератоконуса. Любые современные хирургические способы лечения и коррекции зрения, включая имплантацию роговичных сегментов, лазерные рефракционные операции и пересадку роговицы, следует рассматривать как в определенной степени временную меру, призванную улучшить зрительные функции и качество жизни пациента. Таким образом, при выборе способа лечения, безусловно, следует по возможности отдавать предпочтение менее инвазивным и более безопасным, а также рассматривать пересадку роговицы как крайнюю меру в лечении данной патологии.

С учетом молодого возраста пациентов приходится также учитывать сроки послеоперационного лечения, зрительной реабилитации и временной нетрудоспособности. Операция ФРАК предполагает относительно короткие сроки нетрудоспособности.

Существуют вопросы, требующие дальнейшего исследования для оценки эффективности лечения и стабильности достигнутого оптического результата. Изучения требует вопрос о тактике ведения швов после ФРАК с учетом их возможного влияния на величину астигматизма. Известен факт значительного увеличения степени астигматизма и, соответственно, снижения остроты зрения после снятия швов после пересадки роговицы. Некоторые авторы придерживаются ступенчатой тактики снятия швов после кератопластики, принимая во внимание остроту зрения и ориентируясь на результаты кератотопографии [22]. Изучение отдаленных результатов применения предложенного нового способа лечения далеко зашедшего кератоконуса позволит установить его эффективность и определить место в лечении данной патологии.

Выполнение операции при помощи фемтосекундного лазера позволяет произвести высокоточную дозированную непроникающую резекцию ткани роговицы в виде кольцевидного лоскута с клиновидным профилем. Важным аспектом является то, что параметры удаляемого лоскута рассчитывают индивидуально, исходя из данных офтальмологических обследований. После наложения швов на роговичную рану достигается уплощение поверхности роговицы, что позволяет повысить остроту зрения за счет уменьшения степени аметропии и астигматизма.

### Выводы

Разработанный авторами новый способ хирургического лечения кератоконуса — Фемтолазерная Рефракционная Аутокератопластика (ФРАК) — позволяет использовать оптические возможности собственной роговицы пациента.

- Применение нового метода хирургии дает возможность значительно улучшить зрительные функции пациентам с далеко зашедшим кератоконусом без использования крайне дефицитного донорского материала, что очень актуально во всем мире.

- Непроникающий характер операции позволяет избежать многих осложнений.

- В результате проведения предложенной операции отмечается увеличение как некорригированной остроты зрения, так и корригированной остроты зрения, причем (при необходимости) возможно использование мягких контактных линз.

- Применение фемтолазера обеспечивает высокую точность параметров удаляемого роговичного лоскута, что позволяет дозированно и безопасно моделировать кривизну собственной роговицы пациента.

- Предложенная новая операция позволяет сохранить интактной периферическую зону роговицы, что обеспечивает возможность выполнения при необходимости в последующем передней глубокой послышной пересадки роговицы или сквозной пересадки роговицы как в пределах уже выполненной лазерной насечки, так и с использованием большего диаметра трепана.

### Литература

1. Севостьянов Е.Н., Горскова Е.Н. Кератоконус плюс. — Челябинск: ПИРС, 2006.
2. Бикбов М.М., Бикбова Г.М. Эктазии роговицы (патогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение). — М.: Офтальмология, 2011.
3. Abu-Amero K., Al-Muammar A.M., Kondkar A.A. Genetics of Keratoconus: Where Do We Stand? Hindawi Publishing Corporation // J. Ophthalmol. — 2014. — Article ID 641708, 11 pp. http://dx.doi.org/10.1155/2014/641708.
4. Слонимский Ю.Б., Герасимов А.С. Рефракционная сквозная пересадка роговицы. — М.: Новела, 1992.
5. Слонимский Ю.Б., Слонимский А.Ю. Заболевания роговицы // Руководство по клинической офтальмологии / Под редакцией акад. РАН, проф. Бровиной А.Ф. и проф. Астахова Ю.С. — М.: Медицинское информационное агентство, 2014. — С. 266-273.
6. Абугова Т.Д. Клиническая классификация первичного кератоконуса // Современная оптометрия. — 2010. — № 5. — С. 17-20.
7. Gore D.M., Shortt A.J., Allan B.D. New clinical pathways for keratoconus // Eye. — 2013. — Vol. 27. — P. 329-339.
8. Золоторевский А.В., Золоторевский К.А., Абдуллаев Э.Э. Опыт лечения больных с кератоконусом и кератэктазиями // Клиническая медицина. — 2013. — Т. 5. — № 1. — С. 40-44.

9. Дементьев Д.Д., Сысоева М.В., Шипунова А.В. Двухлетний опыт применения кроссликинга роговичного коллагена при лечении кератоконуса // Офтальмология. — 2015. — Т. 12. — № 2. — С. 31-36.

10. Kymionis G.D. Long-term follow-up of corneal collagen cross-linking for keratoconus — the Cretan study // Cornea. — 2014. — Vol. 33 (10). — P. 1071-1079.

11. Ziaei M., Barsam A., Shami N., Vroman D. et al. Resheping procedures for the surgical management of corneal ectasia. // J. Cataract Refract. Surg. — 2015. — Vol. 41 (4). — P. 842-872.

12. Pron G., Ieraci I., Kaulback K., Medical Advisory Secretariat, Health Quality Ontario. Collagen crosslinking using riboflavin and ultraviolet-A for corneal thinning disorders: an evidence-based analysis. Toronto ON. Medical Advisory Secretariat. Ont. Health Technol. Assess Ser. [Internet]. — 2011. — November; 11(5): — P. 1-89. Available from: www.hqontario.ca/en/mas/tech/pdfs/2011/rev\_CXL\_November.pdf.

13. Мороз З.И., Леонтьева Г.Д., Новиков С.В., Гурбанов Р.С. Рефракционные результаты имплантации интрастромальных роговичных сегментов на основе гидрогеля у пациентов с кератоконусом // Офтальмохирургия. — 2009. — № 1. — С. 14-17.

14. Vega-Estrada A., Alio J.L., Brenner L.F., Javaloy J. et al. Outcome analysis of intracorneal ring segments for keratoconus based on visual, refractive, and aberrometric impairment // Am. J. Ophthalmol. — 2013. — Vol. 155 (3). — P. 575-584.

15. Костенев С.В., Черных В.В. Фемтосекундная лазерная хирургия: Принципы и применение в офтальмологии. — Новосибирск: Наука, 2012.

16. Малюгин Б.Э., Паштаев А.Н., Елаков Ю.Н., Кустова К.И., Айба Э.Э. Глубокая передняя послойная кератопластика с использованием фемтосекундного лазера Intralase 60 kHz: первый опыт // Практическая медицина. — 2012. — № 4 (59). — С. 100-103.

17. Rama P., Knutsson K., Razzoli G., Matuska S. et al. Deep anterior lamellar keratoplasty using an original manual technique // Br. J. Ophthalmol. — 2013. — Vol. 97. — P. 23-27.

18. Shehadeh-Mashor R., Chan C.C., Bahar I., Lichtinger A. et al. Comparison between femto-second laser mushroom configuration and manual trephine straight-edge configuration deep anterior lamellar keratoplasty // Br. J. Ophthalmol. — 2014. — Vol. 98. — P. 35-39.

19. Kelly T.L., Williams K.A., Coster D.J. Australian Corneal Graft Registry. Corneal transplantation for keratoconus: a registry study // Arch. Ophthalmol. — 2011. — Vol. 129 (6). — P. 691-697.

20. Слонимский Ю.Б., Слонимский А.Ю., Корчуганова Е.А. К вопросу о рациональном ведении пациентов с острым кератоконусом // Офтальмология. — 2014. — Т. 11. — № 4. — С. 17-24.

21. Kelly T.L., Coster D.J., Williams K.A. Repeat penetrating corneal transplantation in patients with keratoconus // Ophthalmology. — 2011. — Vol. 118 (8). — P. 1538-1542.

22. Fares U., Mokashi A.A., Elalfy M.S., Dua H.S. Sequential selective same-day suture removal in the management of post-keratoplasty astigmatism // Eye. — 2013. — Vol. 27. — P. 1032-1037.

23. Price N. C., McG. Steele A.D. The Correction of Post-Keratoplasty Astigmatism // Eye. — 1987. — Vol. 1. — P. 562-566.

24. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия. — СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2002.

25. Дога А.В., Качалина Г.Ф., Кишкин Ю.И., Мушкова И.А., Каримова А.Н. Результаты лазерной коррекции посткератопластической аметропии по данным кератотопографии с помощью компьютерной программы «Кераскан» // Практическая медицина, 2012. — № 1 (59). — С. 32-35.

26. Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.

## FEMTO LDV Z-серия

ziemer  
OPHTHALMOLOGY

— это уникальная мобильная платформа с широким спектром приложения в офтальмохирургии: для хирургии роговицы (Femtocornea) и катаракты (Femtocataract)

- Эффективность
- Мобильность
- Универсальность

Femtocornea — хирургия роговицы с возможностью проведения следующих процедур:

- Z-LASIK — стандартные лоскуты с программируемым положением ножки
- Z-LASIK-Z — персонализированные лоскуты
- SIM-LASIK — сочетание Z-LASIK и коррекции пресбиопии
- Создание персонализированных интрастромальных тоннелей (одного, двух отдельных тоннелей на различной глубине или одного кругового тоннеля 360°)
- Создание персонализированных интрастромальных карманов
- Послойная и сквозная кератопластика

Femtocataract — хирургия катаракты.

- Капсулотомия
- Фрагментация хрусталика
- Профилированные тоннельные послабляющие и дугообразные разрезы
- Операционные катарактальные разрезы

ВРЕМЯ ДЕЙСТВОВАТЬ!



ООО «ИННОВАМЕД»  
инновационные медицинские технологии

эсклюзивный дистрибьютор  
Россия, 119991, Москва,  
Ленинский проспект, д. 32А  
Телефон / факс: +7 495 989-60-32  
www.innovamed.ru/инноватед.pdf  
www.femtoldiv.ru/фемтоласик.pdf  
фемтоласик.pdf

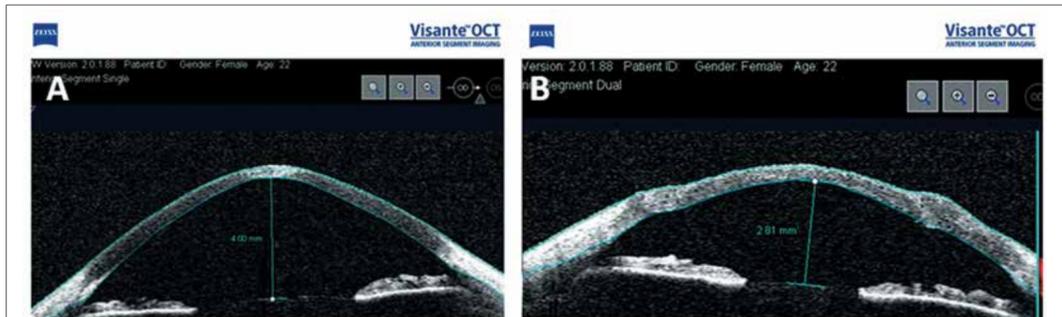


Рис. 4. ОКТ-изображение переднего отрезка глаза: А — до операции, В — 5-е сутки после ФРАК

# Дренирующая аутоклапанная лимбосклерэктомия (ДАЛС) — операция нового типа в лечении первичной глаукомы. Техника «step by step» с применением одноразового набора оригинальных инструментов — залог точности, безопасности и предсказуемого результата

Д.В. Лапочкин<sup>1</sup>, А.В. Лапочкин<sup>2</sup>, В.И. Лапочкин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Филиал №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ; <sup>2</sup>НКОЦ «ЛЕГЕ АРТИС», г. Москва

Хирургическое лечение глаукомы является одной из самых основных неразрешенных проблем в офтальмологии, потому что до сих пор не существует операции или технологии, позволяющей получить прогнозируемый и долгосрочный результат в подавляющем большинстве случаев.

Доказательством этого является тот факт, что по сегодняшний день «золотым стандартом» среди антиглаукомных операций остается синустрабекулэктомия, предложенная доктором J. Cairns еще в 1968 году. Это единственная операция, которая позволяет добиваться максимального и стойкого гипотензивного эффекта.

Интересен факт, что почти за 50 лет ее существования, ученые и хирурги внедрили в практику огромное количество новых антиглаукомных операций, инструментов, дренажей, шунтов.

Каждому хирургу известен ряд этих достижений, перечислим их:

- Иридоциклоретракция (Краснов М.М., 1980);
- Глубокая склерэктомия (Федоров С.Н., Иоффе Д.И., Ронкина Т.И., 1982.);
- Глубокая склерэктомия с активацией увеосклерального оттока (Федоров С.Н. и соавторы, патент RU 2121325, 1998);
- Фильтрующая иридоциклоретракция (Нестеров А.П., Колесникова Л.Н., 1984);
- Субсклеральная трабекулотомия (Егоров Е.А., Бабушкин А.Э., 1988).

Однако они так и не смогли заменить или значимо потеснить классическую СТЭК. Более 18 лет назад д.м.н. В.И. Лапочкин, работавшим под руководством академика А.П. Нестерова, была разработана антиглаукомная операция проникающего типа, которая заставляет опытных глаукомных хирургов согласиться с наличием принципиально нового подхода к данной проблеме.

В клинической практике Офтальмологической клинической больницы данная операция была внедрена в 2013 году и на протяжении 3 лет выполняется группой хирургов.

С целью повышения эффективности гипотензивного механизма операции были модернизированы некоторые аспекты ее выполнения. В настоящий момент она приобрела свой законченный вид. В 2016 году была сформулирована и оформлена заявка на изобретение данной технологии под названием «дренирующая аутоклапанная лимбосклерэктомия — ДАЛС» (заявка на патент РФ № 2016106535).

Почему же мы говорим о совершенно новом подходе к проникающей хирургии глаукомы?

Остановимся на следующих 5 принципиальных позициях.

1. Впервые антиглаукомная операция имеет четкий поэтапный план выполнения вмешательства. Ее алгоритм стандартизирован и не предполагает отступления от схемы операции, т.е. мы говорим о введении техники «step by step».

2. Впервые ДАЛС, как антиглаукомная операция, позволяет активировать 2 из 2 возможных путей оттока внутриглазной жидкости — субконъюнктивальный и увеосклеральный — без применения искусственных дренажей, шунтов и клапанов.

3. Отдельно необходимо подчеркнуть создание аутоклапанной регуляции ВГД. Склеральный лоскут не только выполняет роль «живого» аутодренажа (склеральный лоскут продолжает получать питание из лимбальной сети сосудов) в супрацилиарном пространстве, но и дозированно осуществляет перераспределение камерной влаги в фильтрующую подушку.

4. Впервые среди проникающих антиглаукомных операций происходит отказ от какой-либо шовной фиксации на склеральной капсуле, что позволяет избежать ятрогенного послеоперационного астигматизма.

5. Впервые для операции ДАЛС разработан набор оригинальных одноразовых инструментов, которые выводят хирургию глаукомы на самые современные стандарты точности и безопасности при проведении вмешательства. В прошлое уходит принцип бессистемного подхода к выполнению отдельных этапов антиглаукомной операции у разных хирургов. Мы имеем в виду разные конфигурации склеральных лоскутов, разные размеры трабекулотомических отверстий и разные способы шовной фиксации склеры.

Впервые данная операция была внедрена в практику как «Способ хирургического лечения глаукомы путем лимбосклерэктомии

с клапанной дренирующей супрацилиарного пространства» (патент RU № 2157155, 15.03.2000 г.). Его схема представлена на рис. 1. Техника операции заключается в следующем: выполняют формирование конъюнктивального лоскута основанием к лимбу, затем выкраивается склеральный лоскут толщиной в 1/2 склеры в виде полоски 6,5x2,1 мм основанием к лимбу (рис. 1А). В дистальной части дна склерального кармана формируются задняя склерэктомия размерами 2,1x0,8 мм (рис. 1В), под основанием склерального лоскута выполняется лимботомическое отверстие размерами 2,1x1,0 мм (рис. 1В), затем производится иридэктомия. Следующим этапом с помощью окончатого шпателя выкраивается склеральный лоскут заводится в супрацилиарное пространство (рис. 1С), и в глубоких слоях склеры формируется вырез в виде остроугольного треугольника основанием к лимботомическому отверстию 1,5x0,5 мм (рис. 1Д). Конъюнктив и тенонова капсула ушиваются непрерывным швом 8/0. Операция обеспечивает активацию 2-х путей оттока камерной влаги: 1-й — в субконъюнктивальное пространство, 2-й — в супрацилиарное пространство. Первоначально она была предложена для повторных вмешательств при рефрактерной ранее оперированной глаукоме.

Операция в течение длительного времени зарекомендовала себя достаточно эффективно, и некоторые ее отдаленные результаты прослежены в сроки от 11 до 17 лет с сохранением стабильного гипотензивного результата без использования дополнительных капель. Однако в целях совершенствования ее эффективности и возможности применения при первичной глаукоме с различной степенью открытия угла передней камеры нами предложена 1,5 года назад новая модификация вмешательства (заявка на патент РФ № 2016106535, рис. 2).

Также для обеспечения технологичности операции и стабильности ее результатов при различном уровне хирургической техники разработан и изготовлен для серийного внедрения набор одноразовых новых и модифицированных инструментов в количестве 9 единиц (заявка на патент РФ № 2016105210).

Техника операции близка к предыдущей ее модификации, однако есть ряд принципиальных моментов, учитывающих новый трехклапанный механизм ауторегуляции дренирования камерной влаги в послеоперационном периоде, а также

максимально щадящее и дозированное воздействие на ткани склеры и трабекулы благодаря оригинальным одноразовым инструментам, обеспечивающим технологичность вмешательства.

## Поэтапная схема операции ДАЛС

1. Разрез конъюнктивы и теноновой капсулы выполняется в классическом варианте основанием к лимбу в 6,5-7 мм от него. Гемостаз.

2. Дополнительная очистка эписклеры в зоне операции делается оригинальным эписклеральным скребком в виде «коккейной» клюшки.

3. Затем с помощью Г-образного разметчика аналогичной эписклеральному скребку формы делается отметка бриллиантовым зеленым или другим красителем в 6,5 мм от лимба. Концевая часть разметчика ставится на лимб, а на его «пятке» снизу имеется 1 мм выступ, который и обрабатывается красителем.

4. Следующим этапом производится нанесение 2-х параллельных надрезов на глубину 350 мкм и длиной 6,0-6,5 мм. Расстояние между надрезами — 2,1 мм. Это достигается с помощью оригинального «двузубого» дозированного ножа с выносами лезвий на 350 мкм, расположенных в 2,1 мм друг от друга. Далее концы дозированных надрезов соединяются общехирургическим ножом, и склеральная полоска толщиной 350 мкм отсепаивается к ее основанию у лимба, формируя склеральный клапан из поверхностных и средних слоев склеры (рис. 2А, 1). Высокое качество лоскута и ровная поверхность дна склерального кармана обеспечиваются двумя оригинальными расщеплятелями — правым и левым, где рабочая часть инструмента изогнута под углом 60°, и лезвие обращено в горизонтальной плоскости соответственно вправо или влево. Это значительно облегчает процесс отсепаивания лоскута и делает максимально удобной работу у его основания, т.е. в зоне лимба.

5. Затем в дистальном отделе дна склерального кармана формируются задняя склерэктомия размерами 2,1x0,8 мм (рис. 2В, 2). 6. Далее через парацентез в роговице в переднюю камеру в зону проекции основания лоскута вводится небольшое количество рассасываемого вискоэластика (провиск или др., рис. 2В, 4) для поддержания стабильности передней камеры.

7. Под основанием склерального лоскута формируется лимботомическое отверстие размерами 2,1x1,0 мм с помощью общехирургического ножа (рис. 2В, 3). Далее производится иридэктомия.

8. Следующий этап — проведение в супрацилиарное пространство склерального лоскута (рис. 2С, 5). Он выполняется с помощью оригинального окончатого шпателя, концевая часть которого изогнута вверх на 4-5° для более комфортного и легкого введения его в супрацилиарное пространство. Боковые ребра нижней поверхности шпателя и нижнее ребро конца инструмента закруглены и отшлифованы с целью наименьшей травматизации сосудистой оболочки и плоской части цилиарного тела. За все 18 лет применения операции с использованием предыдущей модификации окончатого шпателя, предложенного академиком А.П. Нестеровым для фистулизирующей иридоциклоретракции при закрытоугольной глаукоме, не наблюдалось ни одного случая травматизации сосудистого тракта или гемофтальма.

9. Последним шагом производятся три сквозные насечки дна склерального ложа от трабекулотомического отверстия к периферии. В центре ложа — насечка длиной 1,25 мм, по краям ложа — 2 насечки по 0,8 мм (рис. 2Д, 6).

10. Далее накладывается непрерывный шов на конъюнктиву и тенонову капсулу.

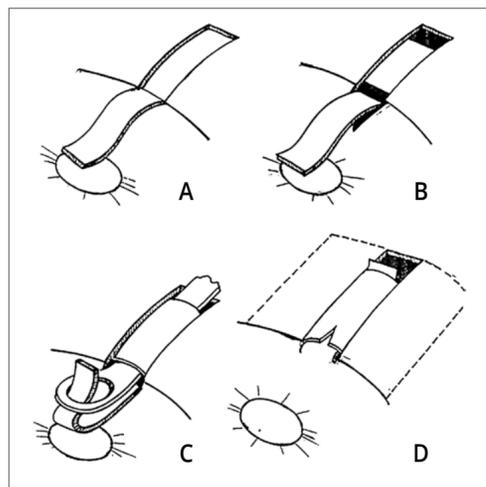


Рис. 1. Лимбосклерэктомии с клапанной дренирующей супрацилиарного пространства

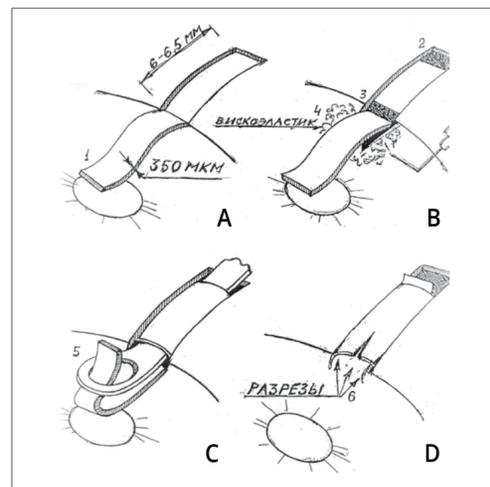


Рис. 2. Схема выполнения дренирующей аутоклапанной лимбосклерэктомии (ДАЛС) (пояснения в тексте)

Таким образом, за счет интерпозиции аутосклеральных лоскутов формируется 3-клапанный механизм ауторегуляции оттока камерной влаги по двум путям оттока: под конъюнктиву и в супрацилиарное пространство. Один основной клапан — это склеральный лоскут, направленный в супрацилиарное пространство, два других малых клапана сформированы насечками на дне склерального ложа.

Важным преимуществом данной операции является отсутствие каких-либо искусственных имплантов или дренажей, а также швов на склеральной капсуле глаза, вызывающих ту или иную степень ятрогенного астигматизма.

По нашему мнению, операция ДАЛС может активно использоваться в качестве операции выбора как при ПООУ, так и при других типах глаукомы за счет уникального гипотензивного механизма.

Показания к ДАЛС:

- первичная открытоугольная глаукома;
- закрытоугольная и смешанная глаукома;
- некупирующийся острый приступ;
- глаукома на глазах с артрафакцией;
- повторно оперируемая первичная глаукома;
- глаукома на глазах с афакией.

В настоящее время изучается вопрос о возможности применения ДАЛС при некоторых видах вторичной глаукомы в сочетании с цитостатиками.

Применение оригинального, предназначенного для данного вмешательства, набора одноразовых дозированных инструментов делает операцию технологичной и дающей стабильный результат даже на ранних этапах ее освоения.

## Клинические примеры

### Клинический пример № 1

Большая Ф., 65 лет с диагнозом: OD — открытоугольная 3С глаукома, незрелая катаракта. OS — незрелая катаракта, открытоугольная 2А глаукома.

Данные до операции: Острота зрения OD = 0,4 не корригирует, OS = 0,7 не корригирует.

ВГД OD = 30 мм рт.ст. по Гольдману на режиме капель азопт — 1 капля 2 раза в день, ксалатан — 1 капля 1 раз в день.

ВГД OS = 15 мм рт.ст. по Гольдману на режиме ксалатан — 1 капля 1 раз в день. Поля зрения OD по 8 меридианам — 118 градусов.

Отток OD по данным тонографии С = 0,09 мм<sup>2</sup>/мин/мм рт.ст.

Проведена операция по предложенному способу — ДАЛС.

Операция и послеоперационный период прошли без осложнений.

Данные через 11 месяцев после операции: Острота зрения OD = 0,4 не корригирует. Поля зрения OD по 8 меридианам — 126 градусов.

ВГД OD = 11 мм рт.ст. по Гольдману без гипотензивных капель. Фильтрационная подушка хорошо выражена, разлитая.

Отток OD по данным тонографии С = 0,27 мм<sup>2</sup>/мин/мм рт.ст.

### Клинический пример № 2

Большая А., 69 лет с диагнозом: OD — открытоугольная 3С глаукома, незрелая катаракта. OS — артрафакция, открытоугольная 3А глаукома.

Данные до операции: Острота зрения OD = 0,2 сфера +1,0 дптр = 0,3, OS = 0,4 сфера -1,0 дптр = 0,7.

ВГД OD = 35 мм рт.ст. по Гольдману на режиме капель азарга — 1 капля 2 раза в день, траватан — 1 капля 1 раз в день.

ВГД OS = 17 мм рт.ст. по Гольдману на режиме капель азарга — 1 капля 2 раза в день.

Поля зрения OD по 8 меридианам — 110 градусов.

Отток OD по данным тонографии С = 0,08 мм<sup>2</sup>/мин/мм рт.ст.

Выполнена антиглаукомная операция — дренирующая аутоклапанная лимбосклерэктомия (ДАЛС) на OD. Операция и послеоперационный период — без особенностей.

Данные через 14 месяцев после операции: Острота зрения OD = 0,2 сфера +1,0 = 0,3-0,4.

Поля зрения OD по 8 меридианам — 121 градус.

ВГД OD = 12 мм рт.ст. по Гольдману без гипотензивных капель. Фильтрационная подушка хорошо выражена, разлитая.

Отток OD по данным тонографии С = 0,3 мм<sup>2</sup>/мин/мм рт.ст.

## Клинический пример № 3

Большая М., 53 лет с диагнозом: OS — открытоугольная 2С глаукома, миопия средней степени. OD — открытоугольная 1А глаукома, миопия средней степени.

Данные до операции: Острота зрения OS = 0,1 сфера -3,75 дптр = 0,8, OD = 0,2 сфера -3,5 дптр = 1,0.

ВГД OS = 29 мм рт.ст. по Гольдману на режиме капель арутимол 0,5% — 1 капля 2 раза в день, дорзопт — 1 капля 2 раза в день, ксалатан — 1 капля 1 раз в день.

ВГД OD = 16 мм рт.ст. по Гольдману на режиме капель арутимол 0,5% — 1 капля 2 раза в день.

Поля зрения OS по 8 меридианам — 197 градусов.

Отток OS по данным тонографии С = 0,11 мм<sup>2</sup>/мин/мм рт.ст.

Проведена операция ДАЛС на OS. Операция и послеоперационный период — без осложнений.

Данные через 25 месяцев после операции: Острота зрения OS = 0,1 сфера -3,75 дптр = 0,8, OD = 0,2 сфера -3,5 дптр = 1,0.

Поля зрения OS по 8 меридианам — 200 градусов.

ВГД OS = 12 мм рт.ст. по Гольдману без гипотензивных капель. Фильтрационная подушка умеренно выражена, разлитая, равномерная.

Отток OS по данным тонографии С = 0,28 мм<sup>2</sup>/мин/мм рт.ст.

Как следует из вышеприведенных примеров, на всех глазах операция и послеоперационный период протекали без осложнений. В послеоперационном периоде в течение 3-4 недель проводили инстилляции кортикостероидов, антибиотиков и нестероидных противовоспалительных препаратов по 3 раза в день. Во всех случаях отмечалось снижение уровня ВГД до низкой нормы — в 2-3 раза ниже от исходного. Отмечалось увеличение показателя легкости оттока в 5-8 раз и незначительное расширение полей зрения.

Всего по новой модификации операции, описанной в данной статье, выполнено в течение 1,5 лет более 140 операций при глаукоме с различной степенью открытия УПК. К настоящему времени отмечаются стабильные результаты по уровню ВГД в 95% случаев без капель и в 5% с дополнительным использованием гипотензивной терапии.

Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.

Особенно хочется подчеркнуть, что дальнейший путь развития операции ДАЛС будет неразрывно связан с именем Московской глазной больницы, в которой школа антиглаукомной хирургии всегда была на уровне лучших офтальмологических клиник не только нашей страны, но и мира.

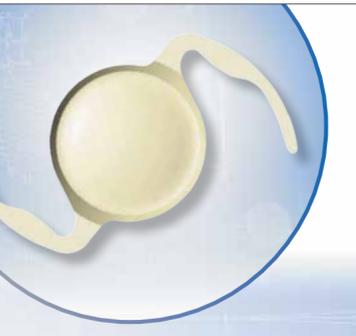
## Литература

1. Cairns J. Trabeculectomy // Amer. J. Ophthalmology. — 1968. — Vol. 66. — P. 673-679.
2. Егоров Е.А., Бабушкин А.Э. Клапанная трабекулотомия с аутосклеральным имплантом в хирургии глаукомы // Вестник офтальмологии. — 1988. — № 1. — С. 7-9.
3. Краснов М.М. Микрохирургия глаукомы. — М.: Медицина, 1980. — С. 116-126.
4. Нестеров А.П., Колесникова Л.Н. Фистулизирующая иридоциклоретракция // Вестник офтальмологии. — 1984. — № 1. — С. 10-12.
5. Федоров С.Н., Иоффе Д.Н., Ронкина Т.И. Ангилаукоматозная операция — глубокая склерэктомия // Вестник офтальмологии. — 1982. — № 4. — С. 6-10.
6. Федоров С.Н. и соавт. Глубокая склерэктомия с активацией увеосклерального оттока // Патент РФ № 2121325 от 10.11.1998.



ЗАБОТА О ЗРЕНИИ КАК ИСКУССТВО



## ВСЕ НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ КАТАРАКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

### ВСЕГО В 3 ПРИБОРАХ NIDEK

с программным обеспечением и расходными материалами

**КОМПАКТНАЯ БЕСКАССЕТНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА CV-9000 NIDEK С МНОГОРАЗОВЫМИ РАСХОДНИКАМИ**

- Система APS+ обеспечивает стабильность передней камеры и безопасность при работе вблизи капсулы хрусталика
- Система VIS предотвращает эффект отталкивания и улучшает скорость разрушения хрусталика

**СКАНИРУЮЩИЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ МИКРОСКОП SEM-530 NIDEK**

- Ручной и автоматизированный анализ качественных и количественных показателей, характеризующих состояние эндотелиальных клеток (размер, форма, количество, плотность)
- Возможность исследования центральной, парацентральной и периферической зон

**ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЛЯ ПОДБОРА ИОЛ IOL-STATION™ NIDEK**



- Для быстрого выбора оптимального типа и точного расчета оптической силы ИОЛ
- Подбор торических ИОЛ
- Зрительная симуляция индивидуально подобранной ИОЛ

**ОПТИЧЕСКИЙ БИОМЕТР AL-SCAN NIDEK**

Бесконтактным способом измеряет необходимые для расчета силы ИОЛ параметры глаза: осевую длину глаза; кривизну, радиус и толщину роговицы; глубину и объем передней камеры; диаметр зрачка.

- Расчет торических ИОЛ
- Возможность подключения УЗ-датчиков
- Визуализация Шемпфлог-изображения переднего отрезка глаза
- Победитель red dot Design Awards 2012

**МОНОЛИТНАЯ ИОЛ С АСФЕРИЧЕСКОЙ ОПТИКОЙ И ЖЕЛТЫМ СВЕТОФИЛЬТРОМ NEX-ACRI «AKTIS SP» NIDEK**

- Угол и форма галтики уникальной формы по «якорному» типу обеспечивают оптимальную фиксацию линзы внутри капсулы
- Квадратный профиль по всему заднему краю линзы предупреждает миграцию клеток и развитие вторичной катаракты

**ИНЪЕКТОР NEX-II 2**



- Многоразовый иньектор Nex-II 2 значительно упрощает процесс имплантации ИОЛ. Позволяет проводить манипуляцию одной рукой и через малый разрез
- Предназначен для монолитной ИОЛ AktisSP и трехчастных ИОЛ семейства Nex-Acri
- Оснащен механизмом автоматического плавного возврата поршня в исходное положение
- Ширина разреза 2,8 - 3,0 мм (в зависимости от типа используемого одноразового картриджа)



MD ВИЖН — эксклюзивный дистрибутор Nidek Co., Ltd (Япония) в России и странах СНГ, 117312, Россия, г. Москва, ул. Губкина, д. 14. Тел./Факс: +7 495 989 80 56. www.nidek.ru

# Клиническое наблюдение пациентки с синдромом Фогта-Коянаги-Харада

Л.К. Мошетова<sup>1</sup>, Г.Ш. Аржиматова<sup>2</sup>, Г.М. Чернакова<sup>1</sup>, К.И. Туркина<sup>1</sup>, Е.А. Клецева<sup>1</sup>, И.Г. Бурденко<sup>2</sup>, Р.С. Мордвинова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России;

<sup>2</sup>Филиал №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Синдром Фогта-Коянаги-Харада — идиопатическое аутоиммунное заболевание, поражающее ткани, содержащие меланоциты, в том числе глаза, внутреннее ухо, менингеальную мозговую оболочку, волосы и кожу [3]. Заболевание в основном встречается у лиц монголоидной расы, чаще у женщин в возрасте от 30 до 50 лет [1, 2, 6]. При изучении патогенеза заболевания было выявлено, что в основе лежит реакция гиперчувствительности замедленного типа, опосредованная Т-лимфоцитами и направленная против меланинсвязывающих белков в меланоцитах стромы хориоидеи и других органов [2, 3, 5]. В исходе острого воспаления развиваются депигментация кожи (витилиго), частичная алопеция, в том числе ресниц и бровей, их локальное поседение (полиоз) и депигментация глазного дна [4]. Поражение меланоцитов в оболочках головного мозга и внутреннего уха приводит к развитию менингеальных симптомов и понижению слуха. Также установлена связь синдрома Фогта-Коянаги-Харада с генами системы гистосовместимости — HLA DR4 и HLA Dw 53 [1, 2].

Мы наблюдали атипичное течение синдрома Фогта-Коянаги-Харада у пациентки Ч., 46 лет, которая была госпитализирована 4 сентября 2015 года с жалобами на снижение зрения правого глаза, боль при движении глазами, головную боль больше в височной области. Данные жалобы появились в конце августа 2015 года, беспокоили периодически. За 2 недели до появления жалоб дочь пациентки перенесла обострение герпес-вирусной инфекции (herpes labialis).

Офтальмологический статус при поступлении:  
 Visus OD = 0,5 sph - 1,0 D = 1,0.  
 Visus OS = 1,0.  
 ВГД OD = 15 мм рт.ст.  
 ВГД OS = 16 мм рт.ст.

Передний отрезок обоих глаз и стекловидное тело без патологии. Офтальмоскопия: ДЗН бледный, границы несколько ступенчаты с носовой стороны, складки сетчатки, единичные геморрагии, в макулярной области — рефлекс ступенчатости.

Эхография: плоская субтотальная отслойка сосудистой оболочки обоих глаз. По данным оптической когерентной томографии (ОКТ) макулярной области — отслойка нейроретиниты, складчатость сетчатки, толщина сетчатки в норме.

При осмотре кожных покровов обнаружены участки депигментации на кистях.

Данные лабораторных исследований: обнаружены Ig G к цитомегаловирусу (244,2 ед/мл), герпес-вирусам 1 и 2 типов (11,5 инд.поз.), титры к антистрептолизину-О (234 ед/мл). Антиген HLA B27 не был обнаружен.

На основании проведенного обследования пациентке был выставлен предварительный диагноз: ОУ — нейроретинит неясной этиологии. Проводилась противовоспалительная, антибактериальная, глюкокортикоидная терапия, дексаметазон в виде ретробульбарных инъекций.

К 10-му дню наблюдения при эхографии ОУ выявлено снижение толщины отслойки сосудистой оболочки, тогда как по данным ОКТ — распространенная отслойка нейроретиниты (OS > OD) обоих глаз, толщина сетчатки — 350 мкм. Острота зрения обоих глаз — прежняя. ВГД ОУ — 13 и 12 мм рт.ст. соответственно. Учитывая данные ОКТ было принято решение выполнить ретробульбарное введение препарата «Дипроспан».

24 сентября 2015 года после прекращения местной глюкокортикоидной терапии у пациентки отмечалась отрицательная динамика — появились жалобы на резкое снижение зрения обоих глаз (OD > OS), боль при движении глазами, головную боль (более выраженную в височной области).

Visus OD = 0,02 sph + 1,5 D = 0,1.  
 Visus OS = 0,3 sph + 1,0 D = 0,6.

Уровень ВГД в пределах нормы (17 и 18 мм рт.ст. соответственно). Снижены показатели КЧСМ (OD = 30 Гц, OS = 32 Гц). Передний отрезок обоих глаз — без особенностей. Офтальмоскопия: гиперемия ДЗН, ступенчатость его границ, выраженный отек перипапиллярной сетчатки, складчатость сетчатки, сосуды неравномерного калибра, отек макулярной области, периферия — перемещение пигмента, извитость сосудов (рис. 1).

По данным эхографии отмечался отек в центральной зоне, отслойка сосудистой оболочки субтотальная плоская. Компьютерная периметрия: OD — относительная скотома в центральной зоне, OS — относительные скотомы в параоптических зонах. На ОКТ макулярной области — распространенная высокая отслойка нейроретиниты (OD > OS) (рис. 2).

При проведении флуоресцентной ангиографии обоих глаз — в ранней фазе исследования выявлены обширные зоны гипоплюоресценции вследствие задержки перфузии хориоидальных сосудов, в поздней фазе — множественные гипоплюоресцентные зоны, точечные зоны гиперфлуоресценции, что связано с неравномерной флуоресценцией хориоидальных сосудов (рис. 3).

Совокупность клинических и лабораторных данных, характер течения заболевания (острое начало, боль при движении глазами, поражение в виде серозных отслоек сетчатки, данных флуоресцентной ангиографии («пятнистая» хориоидея), неврологическая симптоматика (головные боли)), а также временный положительный эффект от глюкокортикоидной терапии позволили выставить диагноз — болезнь Фогта-Коянаги-Харада. Все вышеперечисленное определило специфическую тактику лечения — проведение пульс-терапии метипредом по схеме: 750 мг в сутки 4 дня с последующим переходом на пероральный прием в дозе 16 мг в день 1 месяц с последующим уменьшением дозы. Кроме того, учитывая серологические маркеры к герпес-вирусам и цитомегаловирусу (IgG CMV — 244,2 ед/мл, IgG HCV 1, 2 — 11,5 инд.поз.), дополнительно проводились внутривенные инфузии препарата

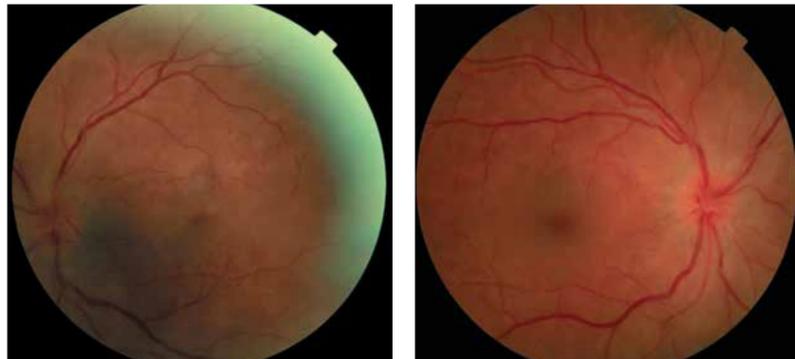


Рис. 1. Офтальмоскопическая картина глазного дна

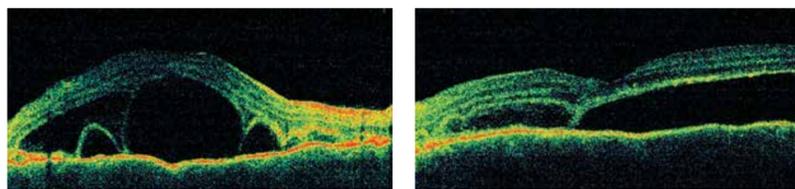


Рис. 2. Картина макулярной области по данным оптической когерентной томографии от 24.09.2015 г.



Рис. 3. Флуоресцентная ангиография сосудов глаза



Рис. 4. Офтальмоскопическая картина глазного дна

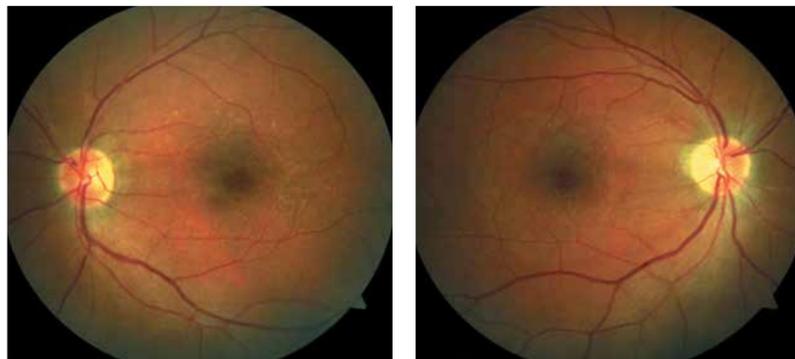


Рис. 5. Оптическая когерентная томография от 08.02.2016 г. (по сравнению с 24.09.2015 г.)

«Ацикловир» по схеме с последующим пероральным приемом препарата «Фамвир» в дозе 500 мг в сутки.

К 5-му дню лечения глюкокортикоидная терапия оказала положительный эффект на течение заболевания:

Visus OD = 0,5 н/к,  
 Visus OS = 0,4 с sph +0,5 D = 0,6.

По данным эхографии обоих глаз отслойка сосудистой оболочки не определяется.

При динамическом осмотре через 1 месяц после выписки в течение синдрома Фогта-Коянаги-Харада наблюдалась стабильная ремиссия:

Visus OD = 0,9 н/к,  
 Visus OS = 1,0.

При офтальмоскопии — обширный участок атрофии пигментного эпителия, единичные друзы (рис. 4).

Динамическое наблюдение через полгода показало, что воспалительный процесс стабилизирован, зрительные функции восстановлены. В макулярной области сформировались необратимые изменения (атрофия пигментного эпителия, единичные друзы), не влияющие на зрительные функции (visus OU = 1,0) (рис. 5).

На данный момент пациентка получает глюкокортикоидную терапию метипредом в дозе 4 мг в сутки.

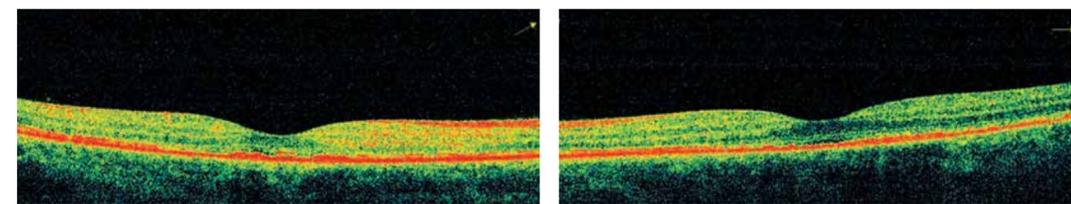


Рис. 5. Оптическая когерентная томография от 08.02.2016 г. (по сравнению с 24.09.2015 г.)

## Заключение

Болезнь Фогта-Коянаги-Харада — редкое системное заболевание, дебют которого характеризуется различными клиническими вариантами с отсутствием патогномных симптомов. По данным литературы, в большинстве случаев патологический процесс начинается с развития переднего увеита с выраженной воспалительной реакцией стекловидного тела и сопутствующими неврологическими проявлениями. Поражение заднего отрезка глаза начинается с отека зрительного нерва, сопровождающегося выраженной клеточной инфильтрацией стекловидного тела. Самым главным, и, наверное, ключевым признаком синдрома является развитие экссудативной

отслойки сетчатки. Исход заболевания характеризуется потерей зрительных функций, депигментацией глазного дна (симптом «заходящего солнца») вследствие поражения меланоцитов пигментного эпителия и хориоидеи, проявлениями со стороны покровной системы, а именно: алопецией, полиозом, витилиго. В представленном случае развитие двустороннего воспалительного процесса, при отсутствии в анамнезе проникающего ранения глаза или операции (предшествующих началу воспаления), протекало без поражения переднего отдела глаза, воспалительной реакции стекловидного тела и проявлений со стороны покровной системы, что дает нам право говорить о неполном синдроме Фогта-Коянаги-Харада.

У данной пациентки удалось своевременно диагностировать болезнь Фогта-Коянаги-Харада, назначить адекватную патогенетически обоснованную терапию. В настоящий момент мы наблюдаем стабилизацию процесса у пациентки, полное восстановление зрительных функций.

## Литература

1. Астахов Ю.С. и др. Перспективы диагностики и эффективности лечения болезни Фогта-Коянаги-Харада // Офтальмологические ведомости. — 2014. — Т. 7. — №. 3. — С. 84-92.  
 2. Коскас Г., Коскас Ф., Зурдан А. Комплексная диагностика патологии глазного дна. / Пер. с фр. под общ. ред. В.В. Герова, М.В. Рябиной. — М., 2007. — С. 296-307.

3. Уевитис: Руководство для врачей / И.Е. Панова, Е.А. Дроздова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2014. — 144 с.

4. Nussenblatt R.B., Whitcup S.M. Uveitis: Fundamentals and Clinical Practice. 4th ed. — Elsevier, 2010.

5. Rao N.A., Gupta A., Dustin L. et al. Frequency of distinguishing clinical features in Vogt-Koyanagi-Harada disease // Ophthalmology. — 2010. — Vol. 117. — No. 3. — P. 591-599.

6. Wang Y., Chan C.C. Gender differences in Vogt-Koyanagi-Harada disease and sympathetic ophthalmia // Ophthalmology. — 2014. — 2014: ID157803.

Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.

## Дорогие коллеги!

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

## ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

23 сентября

09:00 Открытие конференции

«**Глаукома и венозные окклюзии: проблема в проблеме**»

Введение в проблему.

Академик РАН профессор С.Э. Аветисов

1. Глаукома при тромбозах венозных сосудов: неизбежный исход или статистическая закономерность. Клинико-морфологический субстрат (Эксперты: Т.Н. Юрьева, В.В. Страхов, И.А. Лоскутов)

2. Венозные окклюзии и глаукома как взаимовлияющие факторы (Эксперты: В.П. Еричев, Е.В. Карлова)

3. Патогенетическое лечение: обязательный алгоритм и оправданные надежды или факультативная терапия и неопределенный исход (Эксперты: М.В. Будзинская, Е.А. Егоров, С.Ю. Петров)

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

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

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

ПРИГЛАШЕНИЕ

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



В научно-теоретическая конференция  
 «**Дискуссионные вопросы офтальмологии**»

Подмосковье  
 22-24 сентября  
 2016 г.



**Дорогие коллеги!**

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

**ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ**

23 сентября  
 09:00 Открытие конференции

«**Глаукома и венозные окклюзии: проблема в проблеме**»

Введение в проблему.  
 Академик РАН профессор С.Э. Аветисов

1. Глаукома при тромбозах венозных сосудов: неизбежный исход или статистическая закономерность. Клинико-морфологический субстрат (Эксперты: Т.Н. Юрьева, В.В. Страхов, И.А. Лоскутов)

2. Венозные окклюзии и глаукома как взаимовлияющие факторы (Эксперты: В.П. Еричев, Е.В. Карлова)

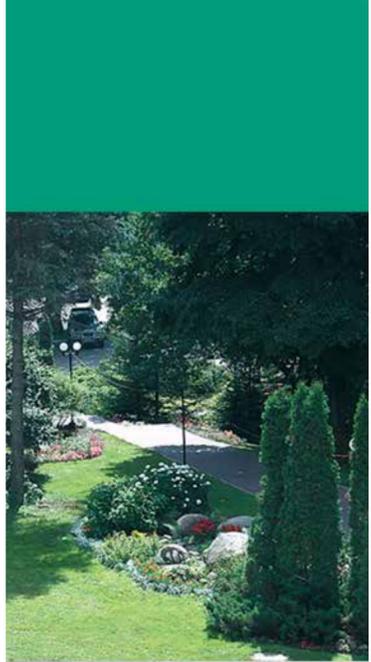
3. Патогенетическое лечение: обязательный алгоритм и оправданные надежды или факультативная терапия и неопределенный исход (Эксперты: М.В. Будзинская, Е.А. Егоров, С.Ю. Петров)

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

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

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





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

# Клинический случай одностороннего острого некроза сетчатки герпес-вирусной этиологии

Е.А. Клещева<sup>1</sup>, Г.М. Чернакова<sup>1</sup>, А.Д. Румянцев<sup>2</sup>,  
Е.В. Ширшова<sup>2</sup>, А.С. Обрубов<sup>2</sup>, О.Е. Ильихин<sup>2</sup>,  
И.Г. Бурденко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России;  
<sup>2</sup>Филиал № 1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Вирус ветряной оспы (ВВЗ), как правило, вызывает два разных по своим клиническим проявлениям заболевания — ветряную оспу и Herpes Zoster (опоясывающий лишай). У детей при ветряной оспе может в 3-5% наблюдаться поражение роговицы [1]. После стихания клинической картины ветряной оспы ВВЗ мигрирует в чувствительные ганглии, «оседая» в ядрах нейронов до момента возможной реактивации. Если реактивация ВВЗ произошла из тройничного узла с поражением его первой (глазной) ветви, то развивается так называемый Herpes Zoster Ophthalmicus (HZO) — симптомокомплекс, включающий поражение участка кожи и тканей глаза [1-3].

Особой, и наиболее драматичной, формой внезапной активизации ВВЗ является острый некроз сетчатки, причем этот вирус занимает лидирующие позиции в качестве причины этого состояния. На втором месте после ВВЗ в этиологии ОНС стоят вирусы простого герпеса, еще реже упоминаются цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус Эпштейна-Барра (ВЭБ) [4-6]. Острый некроз сетчатки — общепринятое название синдрома, фактически включающее последовательное развитие переднего увеита, витреита, некротических луковиков на периферии сетчатки, сливающихся в дальнейшем в «коллцевидный» некроз за пределами сосудистых аркад и неврита зрительного нерва. Частым исходом ОНС бывает воронкообразная отслойка сетчатки.

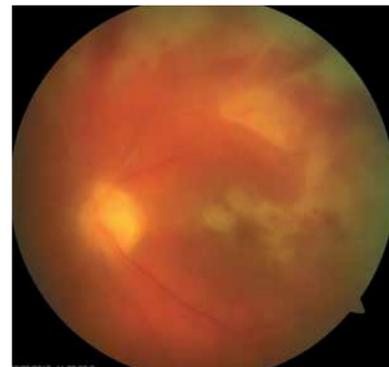


Рис. 1. Глазное дно левого глаза



Рис. 3. Передний отрезок левого глаза к моменту выписки

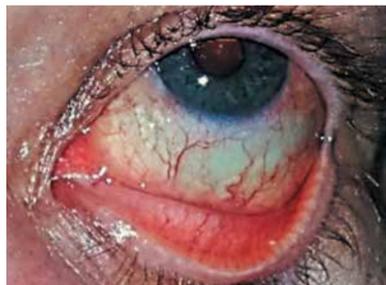


Рис. 2. Передний отрезок левого глаза после операции



Рис. 4. Картина глазного дна левого глаза 09.04.2015 г.

повторное оперативное вмешательство. В отдаленном послеоперационном периоде отмечались явления спячной болезни. Герпетический анамнез — спокойный. Со слов, пациентка страдает пищевой аллергией.

Офтальмологический статус при поступлении. Острота зрения правого глаза — 0,4, коррекция сферической линзой +1,0 до 0,8; левого глаза — неправильная светопроекция. Внутриглазное давление: OD — 19 и OS — 22 мм рт.ст. Критическая частота слияния мельчайших: OD = 40 Гц, OS — не определяется.

OD: структуры переднего сегмента без видимой патологии. OS: смешанная инъеция, на эндотелии роговицы мелкие «сальные» преципитаты в виде треугольника, передняя камера средней глубины, влага опалесцирует (клеточная реакция влаги передней камеры 2+), радужка отечная, задние структуры в норме. Из анамнеза заболевания установлено, что 18.03.2015 г. на фоне повышения температуры тела у пациентки появилось покраснение левого глаза, при этом симптомы поражения верхних дыхательных путей отсутствовали. Обратилась к офтальмологу в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз «ОС — острый иридоциклит» и назначены парабульбарные инъекции дексаметазона. Спустя двое суток (20.03.2015 г.) пациентка заметила снижение зрения левого глаза, к специалисту обратилась только 26.03.2015 г., где было рекомендовано стационарное лечение.

Из анамнеза жизни: пациентка отмечает наличие периодических вертебралгий и паравертебралгий, патологии коленных суставов (около 8 лет назад проводилась процедура пунктирования правого колена сустава с эвакуацией синовиальной жидкости). В 2000 г. — аппендэктомия с осложненным послеоперационным течением, вследствие которого произведено

отечный, бледный. Структуры глазного дна «за флером», дифференцируются нечетко. Артерии верхне-височной и верхне-назальной сосудистой аркад — кровоток отсутствует. В центральной зоне и на периферии сетчатки формируются обширные поля некроза желтого цвета, имеющие тенденцию к сливанию (рис. 1). По ходу сосудистых аркад — геморрагии и плазморрагии.

На фоне проводимой интенсивной терапии динамика воспалительного процесса в первые дни привела к некоторой стабилизации воспалительного процесса, но повторное проведение эхографии 06.04.2015 г. выявило нарастающую клеточную инфильтрацию в стекловидном теле и угрозу отслойки сетчатки.

Учитывая интенсивность воспалительного процесса в левом глазу, эхо-признаки начинающейся отслойки сетчатки, данные лабораторных исследований, отрицательную динамику заболевания на фоне проводимой медикаментозной терапии было принято решение прибегнуть к хирургическому лечению (субтотальной витректоми) с целью сохранения остаточных зрительных функций.

06.04.2015 г. на левом глазу проведена закрытая субтотальная витректоми с введением перфторорганического соединения (ПФОС) в витреальную полость с целью мобилизации центральной зоны и тампонадой тяжелым силиконовым маслом. Результаты лабораторного исследования стекловидного

Эхография (26.03.2015 г.). В стекловидном теле интенсивный выпот слева.

Рентгенография придаточных пазух носа (26.03.2015 г.) — без патологических изменений.

Рентгенография органов грудной клетки (05.04.2015 г.). Легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных изменений.

С помощью методов лабораторной диагностики у пациентки были исключены следующие инфекции: сифилис, СПИД, вирусные гепатиты, хламидиоз, уреплазмоз, токсоплазмоз. В то же время — выявлены повышенные титры сывороточных иммуноглобулинов класса G к вирусу варицелла-зостер (>4000; N<150), цитомегаловирусу (101; N<6), вирусу Эпштейна-Барра (>750; N<20). Кроме того, обнаружено носительство аллеля 27 в локусе В генов HLA I класса.

Общий анализ крови, общий анализ мочи и коагулограмма — в пределах нормы. Отмечалось повышение глюкозы крови до 6,78 ммоль/л при поступлении с последующим снижением до 3,64 ммоль/л.

По совокупности выявленных глазных симптомов, жалоб, анамнеза заболевания, данных инструментальных и лабораторных методов исследования нами выставлен клинический диагноз: острый некроз сетчатки герпес-вирусной этиологии (ВВЗ+ВЭБ), сопровождающийся классической триадой симптомов (передний увеит с сальными преципитатами и задними синехиями, витреит и ретиноваскулит).

С первого дня поступления в стационар пациентке была назначена местная (дексазон) и системная кортикостероидная (парентеральная) терапия; антибиотикотерапия (аминогликозиды местно, препараты фторхинолонового ряда парентерально); противогрибковые препараты (нистатин); мидриатики (атропин 0,1% субконъюнктивальные инъекции, цикломед — инстилляцией); витаминотерапия (аскорбиновая кислота); сосудистая терапия (реополиглюкин, этамзилат). После того как были получены результаты лабораторных маркеров реактивации герпес-вирусной инфекции, в схему лечения были включены противовирусные препараты (ацикловир per os, ганцикловир внутривенно).

На фоне проводимой интенсивной терапии динамика воспалительного процесса в первые дни привела к некоторой стабилизации воспалительного процесса, но повторное проведение эхографии 06.04.2015 г. выявило нарастающую клеточную инфильтрацию в стекловидном теле и угрозу отслойки сетчатки.

Учитывая интенсивность воспалительного процесса в левом глазу, эхо-признаки начинающейся отслойки сетчатки, данные лабораторных исследований, отрицательную динамику заболевания на фоне проводимой медикаментозной терапии было принято решение прибегнуть к хирургическому лечению (субтотальной витректоми) с целью сохранения остаточных зрительных функций. 06.04.2015 г. на левом глазу проведена закрытая субтотальная витректоми с введением перфторорганического соединения (ПФОС) в витреальную полость с целью мобилизации центральной зоны и тампонадой тяжелым силиконовым маслом. Результаты лабораторного исследования стекловидного

тела и субретинальной жидкости пациентки показали наличие ДНК вируса варицелла-зостер и вируса Эпштейна-Барра (метод ПЦР), что позволило подтвердить герпес-вирусную природу воспалительного процесса и продолжить комплексную медикаментозную терапию с использованием аналогов нуклеозидов.

В послеоперационном периоде в OS сохранялись активные явления переднего увеита (рис. 2), в связи с чем пациентка была дообследована, обнаружена ДНК уреплазмы (слеза и моча), назначена пероральная терапия доксициклином. На фоне комплексной терапии отмечалась положительная динамика в ходе инфекционного процесса: гиперемия конъюнктивы уменьшилась, преципитаты на эндотелии роговицы регрессировали, прозрачность влаги передней камеры восстановилась (рис. 3). Зрение левого глаза при выписке — движение руки у лица, ВГД — пальпаторно — норма.

Картина глазного дна (09.04.2015 г.) левого глаза также свидетельствовала о купировании воспалительного процесса: ДЗН бледный, границы ступеневаты. Отек тканей сетчатки уменьшился, сетчатка бледная, но прилежит на всем протяжении. Кровоток по носовым и верхне-височной артериям отсутствует, по нижне-височной — частично сохранен (рис. 4).

Заключено

В представленном клиническом случае диагноза острого некроза сетчатки был подтвержден обнаружением ДНК ВВЗ и ВЭБ в субретинальной жидкости и стекловидном теле методом ПЦР (одномоментно ДНК ВПГ 1 и 2 типов, ЦМВ, герпесвируса 6-го типа, уреплазмы, хламидии и микоплазмы не выявлены). Кроме того, высокие титры сывороточных иммуноглобулинов G к данным представителям к ВВЗ и ВЭБ, выявленные в первые дни заболевания, безусловно, послужили подсказкой в диагностике заболевания, что позволило своевременно начать адекватную противовирусную терапию. Проведение субтотальной витректоми с силиконовой тампонадой на фоне адекватной противовирусной и антибактериальной в пред- и послеоперационном периодах позволило сохранить глаз как орган и остаточные зрительные функции.

Литература

1. Майчук Ю.Ф. Клинические формы и лечение кератитов, вызываемых вирусом варицелла-зостер // *Вестник офтальмологии*. — 2003. — № 6. — С. 35-38.

2. Синдром «красного глаза»: практ. руководство для врачей-офтальмологов / Под ред. Д.Ю. Майчука. — М., 2010. — 108 с.

3. Чернакова Г.М., Клещева Е.А., Семенова Т.Б. Герпесвирусы в офтальмологии // *Вестник офтальмологии*. — 2014. — № 4. — С. 127-131.

4. Bon oli A., Eller A. Acute Retinal Necrosis // *Seminars in Ophthalmology*. — 2005. — Vol. 20. — P. 155-160.

5. Wong R., Cunningham E. Diagnosing and Managing Acute Retinal Necrosis // *Retinal Physician*. — 2013. — Vol. 10. — P. 38-45.

6. Roquelaura D., Harbarth S., Schutz J.S. et al. [Epstein-Barr virus associated acute retinal necrosis] // *Ophthalmologie*. — 2006, Feb. 23. [Epub ahead of print].

Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г.



Илья Бруштейн

Юные таланты должны обрести уверенность в себе

— Елена Васильевна, какие задачи ставит перед собой Российская государственная специализированная академия искусств?

— Наша главная задача состоит в социально-культурной и профессиональной реабилитации людей с инвалидностью, в том числе инвалидов по зрению.

За четверть века своего существования деятельность нашего вуза стала ярким свидетельством того факта, что студенты «с особыми образовательными потребностями» могут творить, учиться, работать не хуже, чем их относительно здоровые ровесники.

Интеграция людей с инвалидностью является общенациональной задачей для каждой страны, которая хочет быть современной, цивилизованной, гуманной. Академия призвана участвовать в решении этой задачи.

— Сотрудники академии в беседах со мной подчеркивали, что она является уникальным вузом, единственным в мире... Но ведь существует Галлодский университет глухих в США, Курский музыкальный колледж-интернат слепых в России, а также множество других специализированных учебных заведений для различных категорий инвалидов...

— На самом деле в мире действует немало учебных заведений для различных категорий инвалидов. Уникальность нашего вуза состоит в том, что он создан для студентов с самыми разными

# Принцип обратной инклюзии

С 1991 года в Москве действует уникальное высшее учебное заведение — Российская государственная специализированная академия искусств (РГСАИ). Главное предназначение этого вуза — обучение творческим специальностям россиян с ограниченными возможностями здоровья.

В академии работают три факультета: музыкальный, изобразительного искусства и театральный. Незрячие и слабовидящие юноши и девушки проходят обучение на музыкальном факультете. Среди студентов театрального факультета преобладают инвалиды по слуху. На факультете изобразительного искусства могут успешно проявить себя люди с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Этот вуз создан специально для абитуриентов с инвалидностью. Но здесь учатся и студенты, не имеющие проблем со здоровьем. Академия ставит своей целью раскрытие творческого потенциала своих питомцев. Ее сотрудники уверены в том, что физические ограничения не могут и не должны препятствовать профессиональной реализации человека. Успех этого вуза — это сотни выпускников, которые нашли свой путь в искусстве, востребованы на рынке труда, радуют своим творчеством слушателей и зрителей.

Ведущий рубрики «К незримому солнцу» встретился с проректором по учебной и воспитательной работе, доцентом кафедры оперного пения Еленой Васильевной Клименко и незрячей пианисткой, лауреатом нескольких международных конкурсов, ассистентом-стажером академии Еленой Михайловной Кухаренко.

формами инвалидности. В этом и состоит наше принципиальное отличие от американского университета глухих или российского музыкального колледжа-интерната для слепых. У нас учатся студенты с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, инвалиды по общим заболеваниям.

На сегодняшний день из 196 наших студентов 102 имеют инвалидность. Из них 37 — инвалиды по зрению. Но уникальность вуза состоит не только в этом. У нас реализуется концепция «обратной инклюзии». В мире не существует высшего учебного заведения, которое работает в соответствии с данными принципами.

— Что означает «обратная инклюзия»?

— «Прямая инклюзия», получившая широкое распространение в сфере высшего и среднего образования в последние годы, означает интеграцию инвалидов в коллектив здоровых сверстников.

Кстати, к нам охотно поступают учиться не только абитуриенты с инвалидностью, но и другие молодые люди, имеющие проблемы со здоровьем. Например, у нас учатся студенты с сахарным диабетом и другими тяжелыми заболеваниями. Они учатся у нас именно потому, что здесь каждому студенту гарантируется индивидуальный подход.

— Студенты с инвалидностью всегда должны составлять большинство?

— Да. В этом состоит суть нашей концепции. Для абитуриентов с инвалидностью и без инвалидности конкурс проводится раздельно. Но в любом случае для обучения в вузе по творческим специальностям необходимы одаренность, упорство, трудолюбие, настойчивость.

— Надо ли молодым людям с инвалидностью предоставлять привилегии при поступлении в вуз?

— Эта практика вполне себя оправдала. Я бы говорила не о «привилегиях», а о «компенсации», связанной с трудной, даже экстремальной жизненной ситуацией многих наших абитуриентов и студентов.

— Как организован у вас процесс обучения?

— Наш вуз является образовательным учреждением, подведомственным Министерству культуры Российской Федерации. Образовательный процесс соответствует государственному стандарту для творческих профессий, принятым в нашей стране. Программа обучения для актеров и дизайнеров рассчитана на четыре года и завершается присуждением степени «бакалавра».

при прямой инклюзии. При этом люди с инвалидностью практически всегда составляют в учебном заведении явное меньшинство.

«Обратная инклюзия» означает, что «особые студенты» составляют в вузе большинство. Здоровым студентам предстоит интегрироваться в «инвалидное сообщество». Сотрудники академии убеждены в том, что «обратная инклюзия» также имеет право на существование, как и прямая инклюзия.

— В чем состоит преимущество этой концепции?

— С одной стороны, обратная инклюзия призвана обеспечить особые образовательные потребности людей с физическими и сенсорными ограничениями, с другой — дать возможность парням и девушкам с инвалидностью и без инвалидности общаться друг с другом, узнавать друг друга, дружить.

Ассистентура-стажеровка длится два года. Она направлена в первую очередь, не на научную, а на педагогическую деятельность, а также самостоятельное творчество. Ассистенты-стажеры помогают нашим преподавателям в индивидуальной работе со студентами.

— Хотелось бы поговорить с Вами о требованиях, которым должны соответствовать незрячие и слабовидящие абитуриенты, которые хотят обучаться на музыкальном факультете.

— На музыкальном факультете можно обучаться по трем специальностям: «искусство концертного исполнительства», «музыкально-театральное искусство» (искусство оперного пения) и «музыкальная звукорежиссура». По специальности «искусство концертного исполнительства» проводится обучение инструментам, представленным в симфоническом оркестре и в оркестре русских народных инструментов: фортепиано, флейта, кларнет, труба, саксофон, тромбон, баян, гитара, балалайка, домбра, скрипка, альт, виолончель, контрабас.

Подготовка абитуриента должна соответствовать программе музыкального (музыкально-педагогического) училища или колледжа. Эти требования к подготовке не зависят от наличия или отсутствия инвалидности.

— Знаний и навыков в объеме детской музыкальной школы недостаточно?

— В Советском Союзе и России сложилась трехступенчатая система музыкального образования: детская музыкальная школа —

По музыкальным специальностям у нас учатся пять лет, на факультете изобразительного искусства — шесть лет. После успешного прохождения курса обучения выпускник становится дипломированным «специалистом».

Кроме того, у нас организована система постдипломного, послевузовского образования. Имеется аспирантура и ассистентура-стажеровка. В настоящее время в вузе повышают свой образовательный уровень пять аспирантов и восемь ассистентов-стажеров. Среди них также имеются инвалиды по зрению.

— В чем отличие между этими образовательными формами?

— Длительность аспирантуры составляет три года. Предполагается, что за этот срок аспирант под руководством своего научного руководителя подготовит к защите диссертацию на соискание ученой степени кандидата наук.

Позтому программы детской музыкальной школы может быть недостаточно для обучения в вузе. Также необходимо предварительно освоить курс среднего специального учебного заведения: колледжа или училища.

Но при нашем вузе действует подготовительное отделение с годичным и двухгодичным сроком обучения, а также подготовительные курсы. Поэтому если у способных абитуриентов имеются проблемы в образовании — они все равно имеют шанс у нас учиться.

Юные таланты должны обрести уверенность в себе! Замечательно, если в этом им поможет и данная публикация!

Проблемы в знаниях могут быть связаны с объективными причинами, вызванными проблемами со здоровьем. Мы готовы с пониманием отнестись к данной ситуации, если человек обладает природной одаренностью и желанием совершенствоваться в музыкальном творчестве.

Хотела бы подчеркнуть, что для поступления в вуз не нужен диплом об окончании училища или колледжа. Многие абитуриенты поступают к нам сразу после окончания детской музыкальной школы. Но подготовку, соответствующую музыкальному училищу или колледжу, необходимо иметь.

— Не могли бы Вы подробно рассказать, как проходят вступительные экзамены?

— Со всеми абитуриентами проводится собеседование. Также проверяются их знания по русскому языку и литературе. Будущие оперные певцы и звукорежиссеры



Елена Клименко

училище (колледж) — консерватория (академия искусств, институт искусств). Наш вуз представляет третью, заключительную, ступень этой триады.

Позтому программы детской музыкальной школы может быть недостаточно для обучения в вузе. Также необходимо предварительно освоить курс среднего специального учебного заведения: колледжа или училища.

Но при нашем вузе действует подготовительное отделение с годичным и двухгодичным сроком обучения, а также подготовительные курсы. Поэтому если у способных абитуриентов имеются проблемы в образовании — они все равно имеют шанс у нас учиться.

Юные таланты должны обрести уверенность в себе! Замечательно, если в этом им поможет и данная публикация!

Проблемы в знаниях могут быть связаны с объективными причинами, вызванными проблемами со здоровьем. Мы готовы с пониманием отнестись к данной ситуации, если человек обладает природной одаренностью и желанием совершенствоваться в музыкальном творчестве.

Хотела бы подчеркнуть, что для поступления в вуз не нужен диплом об окончании училища или колледжа. Многие абитуриенты поступают к нам сразу после окончания детской музыкальной школы. Но подготовку, соответствующую музыкальному училищу или колледжу, необходимо иметь.

— Не могли бы Вы подробно рассказать, как проходят вступительные экзамены?

— Со всеми абитуриентами проводится собеседование. Также проверяются их знания по русскому языку и литературе. Будущие оперные певцы и звукорежиссеры



Елена Кухаренко



Российская государственная специализированная академия искусств



Сцена из спектакля «Евгений Онегин» Оперного театра РГСАИ

экзаменуются по сольфеджио и элементарной теории музыки, музыканты-исполнители — по сольфеджио и гармонии.

Разумеется, проводится экзамен по специальности. Абитуренты должны исполнить заранее подготовленную программу. По моей специальности — оперное пение — эта программа включает в себя исполнение арии из оперы русского композитора, исполнение арии из оперы зарубежного композитора (на языке оригинала), исполнение романса и русской народной песни. Такая разносторонняя программа даёт возможность приёмной комиссии оценить творческий потенциал будущих студентов.

— Мне довелось побывать не только в вашем вузе, но и посетить общежитие. Очень приятно, что общежитие находится в непосредственной близости от учебного корпуса. За десятипятнадцат минут пешеходом незрячий студент может дойти от общежития до вуза.

— К сожалению, у нас нет своего общежития. Мы арендуем места в нескольких московских общежитиях: некоторые из них находятся рядом с вузом, некоторые — немного дальше. Все незрячие студенты и, вообще, все студенты с первой группой инвалидности имеют возможность разместиться в ближайшем общежитии.

— Кого из нынешних студентов — инвалидов по зрению Вы могли бы отметить?

— Мне не хотелось бы кого-то специально выделять, так как мы, преподаватели, в равной мере любим всех своих питомцев и «болею» за них. И студенты нас радуют! Например, в апреле 2016 года наша второкурсница из Екатеринбурга Анастасия Шелгова (колоратурное сопрано) завоевала первую премию на Пятом международном конкурсе вокалистов им. Б.Т. Штоколова в Санкт-Петербурге.

Думаю, что инвалидность по зрению не помешает Насте сделать карьеру оперной певицы... По моему опыту, инвалиды по зрению, так же как и студенты с другими физическими ограничениями, не любят говорить о своих проблемах со здоровьем. Им приходится сложнее, чем здоровым ровесникам. Но они, так же как и Анастасия Шелгова, хотят, чтобы их воспринимали как творческих личностей, а не как представителей «инвалидного сообщества». И это совершенно правильное и логичный подход!

— В Российской государственной специализированной академии искусств не только учатся, но и работают незрячие и слабовидящие люди. Не могли бы Вы представить своих коллег?

— Целый ряд наших сотрудников из числа инвалидов по зрению являются нашими выпускниками. Например, Олеся Генриховна Гринько (колоратурное сопрано) преподаёт у нас на кафедре оперного пения. После окончания вуза



Сцена из спектакля «Муж за дверью» Оперного театра РГСАИ

она в течение двух лет была у нас ассистентом-стажёром, а потом была зачислена в штат.

Она успешно выступала в различных оперных постановках с Академическим симфоническим оркестром Санкт-Петербургской филармонии, артистами Мариинского театра, в составе ансамбля старинной музыки «Telemann-sonort». Также Олеся даёт сольные концерты, занимается научной работой, исследуя творческое наследие композиторов отечественной школы первой половины XX века.

Виталий Валерьевич Калицкий с отличием окончил Государственную специализированную академию искусств в 2006 году по специальности «инструментальное исполнительство» (фортепиано). Ещё будучи студентом, он стал трудиться у нас в качестве концертмейстера. С 2007 года является преподавателем своей родной кафедры.

Виталий успешно сочетает исполнительскую, педагогическую, научную и организационную деятельность. В 2014 году он защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата философских наук на тему «Диалог в музыкальной коммуникации как феномен культуры (философско-культурологический анализ)».

В качестве преподавателя он подготовил более десяти дипломантов, лауреатов и обладателей Гран-при международных конкурсов. Наш коллега является членом Учёного совета РГСАИ, старшим концертмейстером и заведующим труппой Оперного театра РГСАИ. На ведущих концертных площадках Москвы и российских регионов он выступает в качестве солиста, концертмейстера и участника камерного ансамбля. Калицкий неоднократно становился лауреатом международных конкурсов.

О.Г. Гринько и В.В. Калицкий являются слабовидящими людьми. Также у нас работают и незрячие сотрудники, например, кандидат филологических наук, выпускница филологического факультета Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова Татьяна Сергеевна Белова. С 2005 года она преподаёт в нашем вузе итальянский язык, занимается научно-методической работой в сфере языкознания.

— Елена Васильевна, позвольте в конце нашей беседы задать Вам личный вопрос. Как работа в академии повлияла на Вашу жизнь, на Ваше мировоззрение?

— На этот вопрос трудно ответить в двух словах... Я воспринимаю студентов и сотрудников академии как близких, дорогих мне людей. У меня создалось впечатление, что все сотрудники знают по именам всех наших студентов.

Работая в этом вузе, нельзя не задумываться о социальной политике государства. Я убеждена в том, что любое государство может считать себя состоявшимся и сильным только в том случае, если люди с инвалидностью чувствуют себя в нём комфортно.

**Именно здесь я стала профессиональной пианисткой**

С 2009 года по 2014 год Елена Михайловна Кухаренко была студенткой Российской государственной специализированной академии искусств. В настоящее время она является ассистентом-стажёром этого вуза. Широкой общественности незрячая пианистка стала известна в 2014 году, когда на нескольких российских телеканалах был показан полнометражный документальный фильм режиссёра Виктории Казариной «Игра вслепую».

Кухаренко была главной героиней этой ленты. В съёмках также приняла участие ещё один студент академии, тогдашний молодой человек и сокурсник Елены — Роман Чистяков. В беседе с пианисткой мы хотелись поподробнее узнать об основных этапах её жизни, о съёмках фильма, о творческих планах...

— Елена, наверное, редко кто из музыкантов может похвастаться тем, что уже в начале творческого пути он стал героем полнометражного документального фильма. Обычно такие фильмы посвящаются юбилеям музыкальных виртуозов. А Вам до первого юбилея ещё очень-очень далеко... Меня заинтересовала эта картина. И захотелось познакомиться с Вами поближе.

— Фильм «Игра вслепую» показывали не только по телевидению, но и во многих кинотеатрах в разных регионах России. Хотя,

конечно, документальному кино уделяется не так много внимания, как художественному...

Съёмки велись в течение всего 2013 года. Меня и Романа Чистякова снимали в стенах академии, на улицах Москвы, во время концертных выступлений, в студенческом общежитии, в магазине, в выставочном зале и т.д.

— Картина производит сильное впечатление, особенно на тех зрителей, которые до этого никогда не сталкивались с незрячими людьми, не знали об их жизни... Но в чём состоит концепция этого фильма? Что именно хотел сказать зрителям режиссёр?

— Каждый зритель сам определит для себя, в чём именно состоит идея картины, ради чего она была снята. Сейчас картина выложена в Интернете. Можно посмотреть и составить своё мнение.

Для меня участие в съёмках стало огромным подарком и огромным авансом, источником вдохновения, источником новых жизненных сил. А сам фильм — это ценная реликвия, которая останется на всю жизнь!

— Как Вы стали героиней этой ленты? Как познакомилась с режиссёром-документалистом?

— Виктория Казарина обратилась в Культурно-спортивный реабилитационный комплекс (КСРК) Всероссийского общества слепых (ВОС) с просьбой предоставить ей координаты смешанных пар, смешанных семей, где один из партнёров был бы слепым, а другой — зрячим... Ей было интересно, есть ли в Москве такие пары, много ли их? И в КСРК ей объяснили, что таких пар много, это вполне распространённое, обычное явление. И с этими парами можно встретиться.

— И потом режиссёр провела кастинг?

— Можно и так сказать. Некоторые пары отказались участвовать в съёмках. Другие оказались режиссёру не очень интересными. И в итоге было принято решение сделать фильм о нас с Романом Чистяковым. Мы стали парой, будучи студентами музыкального факультета Российской государственной специализированной академии искусств.

Роман — тоже пианист. Он — зрячий, никакой инвалидности у него нет.

— Почему всё-таки режиссёр хотела привлечь к участию в картине именно смешанные пары? Есть ведь много семей, где оба супруга являются незрячими...

— Мне кажется, что изначально идея состояла в том, чтобы через конкретную смешанную пару показать взаимодействие слепых и зрячих, инвалидов и неинвалидов. Режиссёр хотела, чтобы зритель задумался об интеграции, инклюзии людей с ограниченными возможностями здоровья. Она считала, что во взаимоотношениях Мужчины и Женщины, как в капле воды, отражаются взаимоотношения в нашем обществе.

Виктория Казарина хотела разобраться, понимает ли Роман, будучи зрячим, особенности, «специфику» моей жизни, способен ли он оказаться «в моей шкуре»... Например, в фильме есть эпизод, когда мы вместе с Романом посетили выставку скульптуры в Третьяковской галерее в Москве. Эта выставка была специально адаптирована для инвалидов по зрению. Скульптуры можно было «осматривать» руками. Там были надписи по Брайлю.

Особенностью фильма стало то, что не только я должна была знакомиться с выставкой в темноте, но и Роман. Ему повязали светонепроницаемую повязку. В таком виде он не только ознакомился со скульптурами, но и определял, что именно они изображают.

— Честно говоря, меня немного удивили эпизоды фильма, когда Вы неловко разрезаете торт — и получаются неровные куски. Или зачем-то показано, как Вы неумело чистите ботинки... Вам не было обидно, что в фильме вошли такие комичные бытовые эпизоды?

— Я была главной героиней, но не создателем фильма. Было снято много материала. В картину вошла только его небольшая часть... Я не участвовала в отборе материала, и режиссёр этот вопрос со мной не согласовывала.

Эпизоды с разрезанием торта, уходом за обувью и другими бытовыми моментами меня совершенно не обидели! Наоборот, они показали мне в фильме вполне умелыми и забавными... Когда я оказываюсь в неловких ситуациях или не могу справиться с какими-то бытовыми делами, то стараюсь относиться к этому с чувством юмора. Мне кажется, что смех, в том числе над собой — это лучшее средство реабилитации!

Как я уже говорила, съёмки фильма продолжались около года. Камера сопровождала нас с Романом практически повсюду. И мы уже перестали её замечать, вели себя совершенно естественно. Однажды оператор присутствовал на вечеринке в студенческом общежитии. Когда я разрешила торт и стала раскладывать куски по тарелкам, то обнаружилась, что торт разрезан неровно. Кому-то из гостей досталась большая кусок, а кому-то маленький. Гости это тоже, конечно, обнаружили.

Мы все тогда посмеялись над этой ситуацией. А режиссёр решила включить этот эпизод в картину.

— Зрячие люди нередко интересуются именно бытовой стороной жизни инвалидов по зрению...

— К этому можно относиться по-разному. Но мне такой интерес представляется нормальным и естественным. Зрячим действительно интересно, как слепой человек выбирает одежду и обувь в магазине, убирает квартиру, готовит еду, гладит бельё и занимается другими бытовыми делами... Наш фильм тоже отразил этот интерес. Например, были съёмки в обувном магазине.

— Обидная ситуация.

— Да, было горько и обидно! Моим родителям прямо сказали, что слепая девочка у них не сможет учиться. Якобы для этого нет условий. Покидая родную школу, я чувствовала себя «без вины виноватой». Фактически меня наказали за то, что я ослепла.

Ещё до ухода из школы отношение ко мне в этом учебном заведении изменилось в худшую сторону. С одной стороны, меня жалели. С другой стороны, мне в лицо говорили, что я теперь инвалид и уже не смогу стать профессиональным музыкантом.

— Где Вы продолжили своё образование?

— В Полоцке нет специальной школы для слепых и слабовидящих детей. Но в городской средней школе № 1 созданы так называемые «интегрированные классы», где учатся дети с разными формами инвалидности, а также здоровые дети. Именно там я продолжила свою учёбу. А музыкой стала заниматься в Детской школе искусств. И мне всё очень понравилось!

— Как говорится, что ни делается — всё к лучшему...

— Так всё и получилось! Из родной школы мне пришлось уйти, но я обрела новую общеобразовательную школу, новую музыкальную школу. И в этих учебных заведениях меня понимали, поддерживали, относились по-доброму.

— Что помогло Вам справиться с обрушившейся на Вас слепотой?

— Конечно же, мне очень помогла музыка! Мне всегда нравилось выступать и в роли исполнителя, и в роли композитора. Фортепианную музыку я сочиняю с самого детства.



Сольный концерт Елены Кухаренко

— В фильме «Игра вслепую» есть шемный эпизод, когда Вы, уже будучи взрослой, посещаете врача-офтальмолога в Москве — и он выражает удивление и недоумение, почему Вам в детстве не была сделана операция в связи с отслойкой сетчатки...

— На самом деле операций на сетчатке мне не проводилось. Трудно судить о том, почему это произошло... Возможно, врачи в Полоцке были недостаточно компетентными или им не хватало необходимого аппарата. Возможно, необходимо было поехать на консультацию в Витебск или Минск. Честно говоря, я никогда не пыталась анализировать эту ситуацию. Произошло то, что произошло.

— Когда Вы стали заниматься музыкой?

— Игру на фортепиано я стала осваивать с семи лет. Также с детства занималась вокалом, училась в школе с хоровым уклоном. К сожалению, когда я потеряла зрение, то меня в буквальном смысле этого слова вынудили оставить родную школу... Для меня там больше не нашлось места!

— Обидная ситуация.

— Да, было горько и обидно! Моим родителям прямо сказали, что слепая девочка у них не сможет учиться. Якобы для этого нет условий. Покидая родную школу, я чувствовала себя «без вины виноватой». Фактически меня наказали за то, что я ослепла.

Ещё до ухода из школы отношение ко мне в этом учебном заведении изменилось в худшую сторону. С одной стороны, меня жалели. С другой стороны, мне в лицо говорили, что я теперь инвалид и уже не смогу стать профессиональным музыкантом.

— Где Вы продолжили своё образование?

— В Полоцке нет специальной школы для слепых и слабовидящих детей. Но в городской средней школе № 1 созданы так называемые «интегрированные классы», где учатся дети с разными формами инвалидности, а также здоровые дети. Именно там я продолжила свою учёбу. А музыкой стала заниматься в Детской школе искусств. И мне всё очень понравилось!

— Как говорится, что ни делается — всё к лучшему...

— Так всё и получилось! Из родной школы мне пришлось уйти, но я обрела новую общеобразовательную школу, новую музыкальную школу. И в этих учебных заведениях меня понимали, поддерживали, относились по-доброму.

— Что помогло Вам справиться с обрушившейся на Вас слепотой?

— Конечно же, мне очень помогла музыка! Мне всегда нравилось выступать и в роли исполнителя, и в роли композитора. Фортепианную музыку я сочиняю с самого детства.

— Вы уже в детстве решили стать профессиональным музыкантом?

— Это решение пришло в детстве. Но когда я потеряла зрение, то было непонятно, как претворить эту идею в жизнь. Я обвинявала белорусские музыкальные училища. Но везде мне говорили, что незрячие у них не смогут учиться...

В конце концов я узнала о существовании Курского музыкального колледжа-интерната слепых. Поговорила по телефону с его директором Станиславом Георгиевичем Попковым. Он очень по-доброму со мной побеседовал, рассказал о колледже-интернате, поддержал идею поступления.

С 2005 года по 2009 год я училась в Курске. Это время стало началом моей самостоятельной жизни. До этого я жила дома, с родителями. А Курск — это жизнь в общежитии, ощущение свободы!

— Какие воспоминания остались у Вас о Курске?

— Самые положительные! Я много времени уделяла своей специальности — игре на фортепиано. Кроме того, мне было интересно на начальном уровне освоить новые музыкальные инструменты: саксофон, домбру, маримбо.

— Что за инструмент «маримбо»?

— Это ударный инструмент, похожий на ксилофон. Когда пианист осваивает новые инструменты — это расширяет музыкальный горизонт. Мне нравились все предметы в колледже, в том числе «педагогическая практика». Работать с детьми, преподавать — очень интересно!

Я принимала участие в различных мероприятиях в Курске, в том числе в фестивале «Студенческая весна соловьиного края». Там были представлены мои детские песни, патриотические песни, романсы. Я выступала и как композитор, и как певец, и как вокалист. И, конечно же, сама себе аккомпанировала на роле.

В Курске у меня было много различных проектов: я участвовала в студенческом рок-ансамбле, в вокальном акапельном ансамбле, в джазовом ансамбле.

— Почему после окончания колледжа Вы решили поступать в Российскую государственную специализированную академию искусств?

— Училась в Курске, я слышала много положительных отзывов об этом вузе. Здесь учится много выпускников курского колледжа. Поэтому решила поступать именно сюда! И ни разу не пожалела об этом! Именно здесь я стала профессиональной пианисткой!

В России много замечательных музыкальных вузов. Но, думаю, ни в одном из них преподаватели не уделяют так много времени своим студентам, как у нас. Мой учитель, Юлия Павловна Антонова, стала для меня второй мамой! На сегодняшний день, будучи ассистентом-стажёром, я выступаю в роли помощницы Юлии Павловны. И я горжусь этим! Знания и навыки, которые я овладела за годы



На занятиях бегового клуба



Герои фильма «Игра вслепую» Елена Кухаренко и Роман Чистяков

учёбы, я могу передать новым студентам, а также учащимся наших подготовительных курсов и подготовительного отделения.

Кстати, моя дипломная работа в вузе называлась «Работа с учащимися по зрению в классе фортепиано». Я обобщила свой личный опыт обучения музыке и опыт других незрячих музыкантов.

— Какие важные события происходили в Вашей жизни во время учёбы в академии и работе в качестве ассистента-стажёра?

— Учёба в нашей академии сопряжена с регулярными концертными выступлениями, причём на самых крупных и престижных концертных площадках. Одним из первых моих выступлений в Москве стало участие во встрече тогдашнего Президента России Дмитрия Анатольевича Медведева со спортсменами-паралимпийцами в 2009 году. Меня пригласили в Большую Кремлёвскую Дворец для участия в культурной программе этого мероприятия. Предстояло исполнить «Токкату» Арама Хачатуряна. Кстати, в Кремле произошёл курьёзный случай. Обычно пианистам предоставляется возможность заранее познакомиться с роляем. Но в этот раз такой возможности у меня по какой-то причине не было. Я начинаю играть... — и с удивлением обнаруживаю, что вместо клавиш был по деревяшкам!

— Что же произошло?

— Обычно в клавиатуре роляля 88 клавиш. Но бывают и укороченные клавиатуры, в которых только 85 клавиш, то есть на три клавиши меньше. Именно такой роляль мне и попался. В принципе, в этом нет ничего страшного, на укороченной клавиатуре тоже можно сыграть любое произведение. Но я узнала об этой особенности инструмента только в процессе исполнения, пришлось перестраиваться прямо на ходу.

— В разговоре с музыкантом нельзя не спросить о творческих планах. Чем Вы хотите заниматься? Что Вас привлекает в музыке?

— Я пишу музыку самых разных жанров: детские песни, романсы, песни о любви. Даже патриотические, военные песни есть в моём репертуаре. Ещё я пишу музыку для фортепианных дуэтов.

Меня привлекает жанр фортепианного дуэта и как исполнителя, и как композитора. Кстати, фортепианные дуэты бывают разными. Иногда два музыканта играют в четыре руки на одном роляле, иногда используются сразу два роляля. Мне также очень нравится заниматься научно-методической и педагогической работой. Хотелось бы заниматься исследованием и совершенствованием методики обучения инвалидов по зрению. Часто для незрячих исполнитель характерна глубинная мышечная зажатость, а также резкие движения. Но эти особенности вполне можно преодолеть! Зажатость уходит. Движения становятся мягче...

— В ноябре 2016 года Вы стали обладателем Гран-при на Международном конкурсе незрячих музыкантов, который проходил в стенах Вашего родного Курского музыкального колледжа-интерната слепых.

— Участие в этом конкурсе было таким же запоминающимся событием, как и концерт в Большом Кремлёвском дворце. Это было моё первое выступление на международном конкурсе. Гран-при стал важной и дорогой наградой! Было

очень приятно, что его мне вручили в стенах родного колледжа.

Значимым событием в моей жизни стало также участие в Международном конкурсе незрячих музыкантов в Праге в марте 2011 года, где я завоевала первую премию. Для этого конкурса была подготовлена большая и сложная программа. Но особенно запомнилось исполнение пьесы Сергея Прокофьева «Наваждение». Это эмоциональное, экспрессивное, технически сложное произведение. Оно состоит из многочисленных скачков.

— А что такое «скачки»?

— Если говорить простым языком, то «скачки» — это быстрое перемещение рук по клавиатуре. Руки пианиста движутся с такой скоростью, что напоминают руки жонглёра в цирке во время исполнения этюда. Именно скачки позволяют продемонстрировать виртуозное владение инструментом. От пианиста требуется не только солидная техническая подготовка, но и высокая степень концентрации воли, собранности, эмоционального напряжения.

— К сожалению, сутулость — распространённая проблема среди инвалидов по зрению.

— Творческая активность должна сочетаться с занятиями адаптивной физической культурой, танцами, йогой и т.д. Тогда и сутулость не будет!

Ещё один важный вопрос — пространственная ориентировка. Может быть, эта мысль звучит парадоксально, но, по моим наблюдениям, незрячие люди, которые хорошо ориентируются в городе, уверенно владеют белой тростью, также хорошо ориентируются и на клавиатуре роляля.

В жизни всё связано между собой. Самостоятельные перемещения по городу, активное использование общественного транспорта придадут слепому музыканту уверенность в себе. А эта уверенность очень помогает достойно держаться на сцене и достигать наилучших результатов!

— Знаю, что о физической активности Вы рассказывали на основании своего личного опыта.

— Я много времени провожу в тренажёрном зале, занимаюсь танцами, люблю плавать. А ещё — регулярно посещаю занятия московского бегового клуба «Мы вместе», в котором бегом вместе занимаются инвалиды по зрению и зрячие люди.

Когда слепой и зрячий бегун выходят на дистанцию, их ладони соединяют прорезиненная верёвочка. Можно использовать и обычную верёвочку, но прорезиненная — помогает добиться синхронности движений двух спортсменов.

— Елена, что Вы могли бы пожелать читателям газеты «Поле зрения»?

— Каждому читателю хотелось бы пожелать добиться в жизни поставленных целей. Если жизненной целью является музыкальное творчество, достижение мира музыки, то в её достижении может помочь Российская государственная специализированная академия искусств.

Фотографии Иллы Бруштейн и из архива Российской государственной специализированной академии искусств

# Разведка боем

## Registered Nurse, или Записки американской медсестры

Елена Филатова

Как мне радостно после долгого перерыва снова сказать: «Здравствуйте, дорогие читатели!» Перерыв случился исключительно по моей вине: сначала я была в отпуске, а потом переезжала в новый дом, а сейчас наконец всё встало на свои места, так что «вперёд, вперёд, моя история!»<sup>1</sup>

Сегодня я поведаю о своём неожиданно близком знакомстве со службой канадской скорой помощи. Напоминаю вам, что я теперь живу в Оттаве, то есть географически нахожусь в Канаде, а в профессиональном плане — между небом и землёй: мою экзотическую калифорнийскую лицензию медсестры местные органы всё ещё не подтвердили. Поэтому я работаю на добровольных началах в больнице — об этом в следующем раз — и провожу эксперименты с собой в роли подопытного кролика. Не, на кролика я не тяну... ну, скажем, свинки. Морской или сухопутной.

Итак, начнём по порядку. За годы работы в Калифорнии я довольно часто встречалась с бригадами неотложки (парамедиками), но как-то вскользь, потому что их задача на том этапе, когда они уже добираются до больницы — сдать нам большое по принципу «опись, протокол, сдал, принял, отпечатай пальцы» и лететь дальше. Правда, несмотря на краткость контакта, меня всегда поражали неизменные молодость и привлекательный вид этих добрых молодцев и красных девиц. Я до сих пор уверена, что их выращивают в каком-то тайном генетическом питомнике. Ну кого ни возьми — все молодые, стройные и длинноногие. Однажды очередной потрясающей красоты экипаж доставил нас в отделение старухи с сердечным приступом, и она мне по секрету (очень громко, потому что забыла слуховой аппарат) сообщила: «Мне кажется, у меня сердце было в порядке, пока мальчики не приехали. А потом я как глупуля на них — и всё! Прихватило и до сих пор не отпускает». Я заверила её, что сейчас ей мигом полегчает, потому что красавцы уедут, и останется она со мной.

Такой роскоши, чтобы на скорой помощи ездили медсестры, а уж тем более врачи, здесь не бывает, как и начисто отсутствует такой нам всем привычный вариант как вызов врача на дом — это слишком дорогое удовольствие. Врач сидит себе в клинике и принимает тех больных, которые не очень больные и приезжают сами — на своём транспорте или на общественном. Клиники открыты с семи утра до восьми вечера, поэтому,



если повезло заболеть в этот промежуток, идёшь туда и сидишь в очереди до одурения, но в конце концов к врачу попадёшь, и какую-то помощь тебе окажут. Ночью этот поток перекладывается на приёмное отделение больницы, и туда же по вызову парамедиков везут пострадавших, которые не могут или отказываются передвигаться сами. Приёмных отделений скорой помощи в Оттаве — городе с миллионным населением — четыре, плюс ещё специализированная детская больница.

Подобная организация медицинской помощи чревата неожиданными последствиями. В Калифорнии по гуманным законам штата отказываться от вызова скорой помощи в транспортировке нельзя. Есть ли у него медицинская страховка или нет — это никакого значения не имеет: хочет ехать в больницу — довезут. И поэтому ситуации бывают всякие. Например, одна красавица на моей памяти вызвала ночью неотложку, потому что у неё сильно обветрелись губы. Я не шушу! Наглость, конечно, страшная, но сказать ей «Ты с ума сошла, коза!» никто не может, и неотложка поневоле превращается в бесплатные такси для таких прытких пациентов. Если у дамы не окажется страховки (это почти гарантировано), то взять с неё будет нечего, и эту увеселительную поездку в больницу спишут за счёт округа. Короче, расходы покроют налогоплательщики.

Есть и другая сторона медали: народ (особенно мужчины) или стесняется беспокоить неотложку, или испуган стойкостью вызова и пытается доехать до больницы сам. Ну, в случае с обветренными губами это никого не тревожит, а вот если грянет инфаркт или инсульт, то больные могут ведь не только не доехать, но по дороге быть и прихвачены с собой невинные жертвы. Поэтому мы в порядке санпросвета изо всех сил твердим: звоните, не геройствуйте.



в русских источниках: так вот и говорят «дерево решений». Правда, я гораздо критику наводить, а сама удобоваримого русского соответствия предложить не могу: «алгоритм» — это лучшее, на что я на сегодня сподвиглась. Буду думать, а пока хочу описать, что бывает, когда за этими «деревьями» становится не видно леса.

Иду я себе как-то в спортзал, никого не трогаю, примусь почитать. Живём мы по московским меркам в пяти минут ходьбы от местной Красной площади, то есть здания парламента: кругом многочисленные



Система 911 направлена на то, чтобы оказать помощь больному как можно эффективнее, то есть с минимальным привлечением дорогостоящих врачей. Парамедики, приезжающие на вызов, должны быстро поставить диагноз, успешно стабилизировать больного и доставить его до больницы, если в госпитализации есть необходимость. Эффективность и быстрота действий бригады скорой помощи обеспечиваются, кроме постоянных тренировок, наличием так называемых протоколов: алгоритмов, строго регламентированных последовательности действий парамедиков в зависимости от ситуации, которая может быть самой неожиданной, а зачастую и трагичной. Разумеется, команда должна опираться на знание анатомии и физиологии и быстро соображать, поэтому если дамы протокола вдруг не окажется, никто при отрезанном пальце не бросится проверять кровь на сахар. Главная задача — как можно быстрее и с наименьшими потерями установить причину произошедшего хотя бы в общих чертах: например, инфаркт это или язва желудка, инсульт или невралгия. Парамедики думают, хотя бы на один ход вперёд и постоянно просчитывают, откуда можно ждать следующей неприятности.

Протоколы же работают по принципу «любит — не любит»: в сознании — без сознания / травмы — не травма / дышит — не дышит / пульс есть — пульса нет... и так далее. Звучит довольно примитивно, но на самом деле это к лучшему: у команды меньше повода чесать в затылке и поддаваться панике. Конечно, человек — система сложная, и предусмотреть все вероятные варианты просто невозможно, но в большинстве случаев эти протоколы работают безотказно. При этом они не считаются эдакой библией: их можно и нужно при необходимости корректировать.

В Интернете я обнаружила, что медицинские протоколы есть и в России, только они показались мне очень многословными и напомнили литературное произведение. Злешние инструкции предельно сжаты и представлены в виде так называемого decision tree. Я с содержанием обнаружила кальку этого термина,

во все операторы и бояться — пардон за каламбур — рубить сук, на котором сидят, и продолжают тупо проигрывать весь сценарий. Меня эта бессмысленная деятельность несказанно раздражает, но со стороны оператора возможен и такой подход: случись что (например — тыфу-тыфу-тыфу — пострадавший окажется источником вспышки Эболы) — проверит, а я все вопросы задам, с меня взятки гладки.

Скорая приехала мгновенно, и дяденька вдруг сам по себе мигом ожил. Оказалось, что он перебрал внутрь зубного элексира, бутылку с которым была заболтана в припаркованной в георгинах. Её забрали в качестве вещдока, а дядю погрузили в машину и увезли в неизвестном направлении.

Следующий этап моих научных изысканий состоялся зимой. Грануло невероятно резко похолодание, и ходить по улицам стало просто невозможно — кактос. Не только легковые машины останавливались, а даже автобусы просто высаживали народ и отказывались ехать дальше. А я как раз разорилась на страшно дорогие сапоги, в которых совершенно не сколько, поэтому твёрдой поступью заворачиваю за угол и утыкаюсь в небольшую толпу, стоящую над приличным молодым человеком, который лежит на земле и стонет. Шел-шел и упал, в общем. Имя своё назвать не может, числа не помнит, правую руку баюкает. Я на всякий случай иду, но не находясь принадлежат, находится без сознания, на вопросы не отвечает, то ли дышит, то ли нет — непонятно, и при этом лежит ужасно неуютно для потенциального оживления: выгнут мостиком, потому что прямо под спиной у него каменный бордюр. Я попыталась вокруг него... одной мне его никак не подвинуть, а народа вокруг, как назло, никого: все правительственные бюрократы отобедали и снова разбежались по своим конторам.

Набираю 911. Услышав, что я звоню по поводу «мёртвого тела, неизвестно кому принадлежащего», диспетчер мгновенно соединил меня со скорой помощью, и я изложила суть проблемы: шла по улице, наткнулась на тело и так далее. Ну, думаю, спросят адрес местонахождения тела, и хорошо — но не тут-то было. Меня совершенно неожиданно спросили, нет ли у пострадавшего аллергии, и что и когда он ел в последний раз. Я — ещё спокойно — повторила, что вижу его в первый раз и при этом в виде бездыханного тела. «Понятно», — ответили мне. «А за пределы страны он недавно не выезжал? Явлений простудного ряда не замечалось?» «Вы, наденосе, шутите», — отвечаю я, уже закипая, как чайник. На это мне новый вопрос: «Какие медицинские препараты принимает пострадавший? В каких дозах?» И дальше извиняющимся тоном: «Вы уж не вздыхайте, мы все эти вопросы обязаны задавать».

Я понимаю, что перед оператором на экране монитора — то самое «дерево решений», и оно карабкается по нему с упорством, достойным лучшего применения. И вопросы-то все вполне правомерные, но только рассчитаны они на ситуацию, когда, скажем, дедушке стало плохо, и я вызываю скорую домой. Видимо, с самого начала «садовники» из службы 911 не предусмотрели такое ответвление на дереве как «если пострадавший незнаком никому из присутствующих, спрашивай адрес, посылай машину и давай отбой».

По данным самого свежего исследования мировых грипповых тенденций<sup>2</sup>, выяснилось, что эффективность этих прививок, прямо как слухи о смерти Марка Твена, несколько преувеличена. На глазок ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) прикидывала, что прививки, вовремя и правильно сделанные, дают гарантию не заболеть гриппом около 70%. Ан нет! Оказывается, и до 50 % не дотягивают. Так что моя устойчивая сопротивляемость гриппу в последние десять лет объясняется, скорее всего, мощной иммунной системой, а не чудесами профилактики.

И вот в марте меня накрыло, как говорится, медным тазом. Грипп бушевал во мне две недели, стараясь, как видно, отыграться за «бесцельно прожитые годы». Потом температура спала, я повеселела, но вдруг посреди ночи проснулась и чувствую, что мне не хватает воздуха. Дышать-то я дышу, но как-то совершенно неэффективно, и даже как будто начинаю затуманиваться. Такого со мной никогда не было. Как медсестра я твёрдо знаю, что если: а) вовлечено нарушение дыхания и б) большой говорит, что такого раньше никогда не было, надо срочно ехать в приёмный покой, поэтому я и подняла по тревоге мужа, и мы на такси прибыли в больницу.

Народа в вестибюле было немного, и никто не выглядел умирающим, что меня порадовало. Суровый охранник на входе бросил на меня взгляд и ткнул в сторону припаркованных у стенок инвалидных колясок, куда я с облегчением и плюхнулся. Не успела я угнездиться, как меня пригласили в закуток, где триаж-медсестра расспросила о моих симптомах и померила мне всё, что можно. Насыщение крови кислородом у меня оказалось 93%, что не трагично, но и не идеально, а в лёгких чисто. Загадка, однако. Ладно, говорит медсестра, мы вас принимаем, поэтому пересаживайтесь с серых кресел на фиолетовые.

Из фиолетового царства меня опять же очень быстро позвали на ЭКГ и взяли кровь. А ещё потом — прошло в общей сложности около часа — пригласили пройти за заветную дверь собственно отделения. Там обнаружился длинный коридор буквой «Г», битком набитый народом, как на вокзале. Некоторые пришли, похоже, целыми семьями, как на пикник: с разновозрастными детьми и запасами провизии. Оказалось, что все счастливые-выпускники фиолетовых кресел, понав за дверь приёмного отделения, покорно размещаются вдоль коридора и продолжают ждать. В приёмном отделении больницы Джона Муира, когда большой «поступает», ему обязательно отводится отдельная комната. В других больницах это может быть загонык с занавеской, но у большого точно будет своя кушетка, на которой он может сидеть, лежать и страдать в любом положении. В моей больнице ещё обязательно принесли тёплое одеяло из шкафа с подогревом (их нравы)<sup>3</sup>. А вот в Канаде народ оказался закалённый: больным не то что одеяла, а и кровати не полагаются. Комнаты используются, когда приходит черёд осмотра врачом очередного пострадавшего — его заводят в любую из свободных, а потом выгуливают обратно в коридор, и он там мается, дожидаясь результатов рентгена, анализов и так далее. Комната я насчитала восемь, а народу — непонятно правда, кто больной, кто здоровый — было 58 человек. Зачем устраивать этот табур непорядочно в отделении, и почему нельзя было снова усидеть больных в вестибюле, вывели для них, скажем, зелёные, цвета надежды, кресла — совершенно непонятно.

Мы просидели в этом коридоре в общей сложности — держитесь за что-нибудь — девять часов. Согласно статистике, предоставляемой базой здравоохранения провинции Онтарио, это почти укладывается в рамки нормы ожидания (для сложных случаев — восемь часов, для простых — четыре часа)<sup>4</sup>. Для сравнения, в больнице Джона Муира это время колеблется от тридцати минут до двух часов<sup>5</sup>. Понятно, что при наличии действительно серьёзного случая за это время вполне можно помереть, но никто из присутствующих (включая вашу покорную слугу) не загнулся. Правда, когда меня пригласили в комнату, а уже была ни жива ни мертва. Врач — молодая женщина в сопровождении ещё

более молодого ординатора — сказала, что хочет удостовериться, что у меня нет инфаркта, и предложила сделать эхокардиограмму и анализ крови на тропонин (биомаркер распада сердечной мышцы). Мне мгновенно схудилось ещё больше, потому что я знаю, что анализ на тропонин делается в два приёма с промежутком в шесть часов, и я завизжала, что не надо никаких тропонинов, нет у меня инфаркта. Муж умолил меня не скандалить и отдался на милость канадской медицины.

Тут я снова возвращаюсь к пресловутому «дереву решений». На мой взгляд, логики в действиях канадских коллег было маловато. Если подозревается инфаркт, нергитрируемый ЭКГ (что случается), нельзя часами держать больного в отстойнике — помрёт! Все делается быстро: мгновенно даётся кислород, больного укладывают на кушетку, подключают к монитору, да и анализ на тропонин берётся тут же, а не как «да, вот ещё что можно сделать...» Есть инфаркт — будут срочно лечить, а нет — гуляй себе. Меня тоже отпустили погулять, пока ждали результата анализа крови. Идите, говорите, поешьте, правда, столовая уже закрыта, но тут недалеко есть много ресторанов. Ну неужели я бы отпустила в ресторан больного, у которого подозревают инфаркт? Ни в жизни! Скорее всего, всем участникам событий было ясно, что никакого инфаркта у меня нет и не предвидится, а вся бурная деятельность с анализами была устроена просто на всякий случай. Такая профессиональная расслабленность представляется мне чреватой опасностями. Нельзя быть, как говорится, «немножко беременной»: надо или отпустить больного с миром или серьёзно проработать все варианты. Оказалось, что все счастливые-выпускники фиолетовых кресел, понав за дверь приёмного отделения, покорно размещаются вдоль коридора и продолжают ждать. В приёмном отделении больницы Джона Муира, когда большой «поступает», ему обязательно отводится отдельная комната. В других больницах это может быть загонык с занавеской, но у большого точно будет своя кушетка, на которой он может сидеть, лежать и страдать в любом положении. В моей больнице ещё обязательно принесли тёплое одеяло из шкафа с подогревом (их нравы)<sup>3</sup>. А вот в Канаде народ оказался закалённый: больным не то что одеяла, а и кровати не полагаются. Комнаты используются, когда приходит черёд осмотра врачом очередного пострадавшего — его заводят в любую из свободных, а потом выгуливают обратно в коридор, и он там мается, дожидаясь результатов рентгена, анализов и так далее. Комната я насчитала восемь, а народу — непонятно правда, кто больной, кто здоровый — было 58 человек. Зачем устраивать этот табур непорядочно в отделении, и почему нельзя было снова усидеть больных в вестибюле, вывели для них, скажем, зелёные, цвета надежды, кресла — совершенно непонятно.

Мы просидели в этом коридоре в общей сложности — держитесь за что-нибудь — девять часов. Согласно статистике, предоставляемой базой здравоохранения провинции Онтарио, это почти укладывается в рамки нормы ожидания (для сложных случаев — восемь часов, для простых — четыре часа)<sup>4</sup>. Для сравнения, в больнице Джона Муира это время колеблется от тридцати минут до двух часов<sup>5</sup>. Понятно, что при наличии действительно серьёзного случая за это время вполне можно помереть, но никто из присутствующих (включая вашу покорную слугу) не загнулся. Правда, когда меня пригласили в комнату, а уже была ни жива ни мертва. Врач — молодая женщина в сопровождении ещё



Уважаемые коллеги!

В рамках «IX Российского общенационального офтальмологического форума» (РООФ-2016) компания «МД ВИЖН» — эксклюзивный дистрибьютор японской компании Nidek в России и СНГ приглашает Вас

12 октября 2016 года с 11:50 до 12:50

на сателлитный симпозиум, посвящённый ОСТ с функцией ангиографии.

Профессор Даниэла Бакерини из Университета Флоренции познакомит Вас с европейским опытом использования новейших японских технологий (RS-3000 AngioScan)!

Адрес: г. Москва, Площадь Европы, д. 2, отель «Рэдиссон САС Славянская», зал «Толстой».

Мы будем очень рады Вас видеть!

www.nidek.ru

## Комплексный подход в терапии синдрома сухого глаза

**Artelак Всплеск**

БЫСТРЫЙ ЭФФЕКТ + ЕСТЕСТВЕННОЕ УВЛАЖНЕНИЕ

- Гиалуроновая кислота 0,24% (флакон 10 мл) — максимальная концентрация среди капельных форм на рынке РФ
- Не содержит консервантов
- Можно закапывать без снятия линз

Увлажнение

**Artelак Баланс**

ДЛИТЕЛЬНОЕ УВЛАЖНЕНИЕ + АНТИОКСИДАНТНЫЕ И ТРОФИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

- Гиалуроновая кислота 0,15%
- Витамин В12: участвует в процессах метаболизма тканей
- Стабилизатор Оксид: распадается на NaCl, O<sub>2</sub>, H<sub>2</sub>O при закапывании
- Компонент Протектор: пролонгирует действие раствора
- Можно закапывать без снятия линз

**Корнерезель**

декспантенол 5% гель глазной 5 и 10 г

- Декспантенол 5% (максимальная концентрация среди глазных форм на рынке РФ): увлажняет, оказывает локальный противовоспалительный эффект
- Карбомер (гелевая форма): увлажняет, облегчает неприятные ощущения, пролонгирует контакт действующего вещества с роговицей

Регенерация

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ  
Полную информацию Вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ», Россия, 115162, Москва, ул. Шаболова, д. 31, стр. 5. Тел.: +7 495 510 2879.

VALEANT

BAUSCH + LOMB

<sup>1</sup> А.С. Пушкин. Евгений Онегин.  
<sup>2</sup> С. Марвик. Кошачьи дом.  
<sup>3</sup> В. Одоеский. Сказка о мёртвом теле, неизвестно кому принадлежащем.  
<sup>4</sup> <http://www.cbc.ca/news/canada/canada-flu-shot-vaccine-skowronski-h1n1-1.3669427>  
<sup>5</sup> <http://www.ontariowaittimes.com/en/PublicMain.aspx>  
<sup>6</sup> <http://projects.propublica.org/emergency/state/CA>  
<sup>7</sup> <http://www.longwoods.com/content/20411>  
<sup>8</sup> <http://www.theatlantic.com/health/archive/2013/02/how-much-does-it-cost-to-go-to-the-er/273599/>

# iSert®

Предустановленная ИОЛ

# HOYA

SURGICAL OPTICS

Предустановленная гидрофобная  
моноблочная ИОЛ для разреза 2.2 мм



iSert® Model 251

iSert® 251

iSert® 250

## Surgix

ophthalmic surgical products

[www.surgix.ru](http://www.surgix.ru)

[www.hoyasurgicaloptics.com](http://www.hoyasurgicaloptics.com)

[info@surgix.ru](mailto:info@surgix.ru)

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](http://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](mailto:aprilpublish@mail.ru). Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственности за иллюстративный материал, а также за содержание рекламных, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: август 2016. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 115184 Москва, Большой Ордынский переулок, д. 4, строение 3, Офисный центр «Ордынский». © «Поле зрения», 2016. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.