

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№ 4(42) ИЮЛЬ-АВГУСТ 2017

ISSN 2221-7746

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



8 августа 2017 года
**Святославу Николаевичу
 ФЕДОРОВУ,**
 выдающемуся ученому, академику,
 хирургу, политику, хозяйственнику
 в превосходной степени, философу,
 писателю, энтузиасту, подвижнику
 исполнилось бы 90 лет.

Зрячесть

Галина Шергова, журналист

Значение слов часто меняется, в зависимости от того, о ком говоришь. Особенно это заметно, когда речь идет о неординарной личности. Для заурядного человека такие понятия, как «бытие», «существование», «жизнь» — тождественны. Для незаурядного каждое из этих слов имеет свое наполнение.

В бытии Святослава Федорова понятия «жизнь» и «существование» взаимодействовали, но не были тождественны. Его «жизнь» не вмещалась в скудное пространство «существования», ей было

в нем тесно. Он всегда жил, действовал, придумывал, осуществлял через край, поверх барьеров. Все дела у него получались больше, азартнее, необузданней, чем положено человеку, который просто существует. Страсти, бушующие в нем, распирала это пресловутое «существование», рвали его смиренные ограничения.

Иногда такое называют одержимостью. Слово, может быть, несколько примелькавшееся и все больше выходящее из употребления в последние годы нашей истории. > стр. 14

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

Федоровские чтения – 2017

XIV Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция
 с международным участием

Церемония открытия конференции «Федоровские чтения – 2017» началась с показа фильма о С.Н. Федорове, с любовью сделанного д.м.н. А.В. Терещенко и его коллегами из Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». В фильме были представлены уникальные документальные кадры, фотографии С.Н. Федорова, иллюстрирующие различные этапы его жизни и научной деятельности. Своими воспоминаниями об основателе МНТК поделились соратники Федорова: профессор Н.П. Паштаев, профессор А.И. Ивашина, профессор Н.Т. Тимошкина, профессор В.В. Черных, профессор В.П. Фокин, И.Е. Федорова, д.м.н. А.В. Терещенко, профессор В.Д. Захаров, профессор А.Г. Шуко и др.

Участников и гостей юбилейной конференции приветствовал генеральный директор ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» профессор А.М. Чухраёв. Он отметил, что по решению Ученого

совета МНТК «Микрохирургия глаза» 2017-й год объявлен «Годом С.Н. Федорова». «В череду научных мероприятий, проводимых в МНТК и других учреждениях, — сказал А.М. Чухраёв, — «Федоровские чтения – 2017» занимают особое место. Конференция проходит в год 90-летия со дня рождения основателя МНТК «Микрохирургия глаза», великого Русского Ученого, Врача, Учителя, Гражданина своей Родины. Герой Социалистического Труда, академик Российской академии наук, Офтальмолог XX века, политик, экономист, организатор, строитель. Этот список можно продолжать и продолжать. Но к каждому из этих определений необходимо добавить слова: новатор и первопроходец. Проходящие годы делают заслуги Святослава Николаевича только ярче. Сегодня еще не раз будет подчеркнута роль и место С.Н. Федорова в развитии офтальмологии и офтальмохирургии. Историки долго будут изучать феномен

Федорова, человека, в детстве не обласканного судьбой, так много сделавшего для своей Родины. Философия, идеология, заложенные при создании института, и сегодня работают сполна на тех, кому Святослав Николаевич посвятил всю свою жизнь. Бывший Председатель Совета Министров СССР Н.И. Рыжков сказал, что Святослав Николаевич решил огромную социальную задачу страны. С.Н. Федорову принадлежат следующие слова: «Человек стоит того, что он оставил после себя». Только перечисление всего, что сделал основатель МНТК, заняло бы много времени. Главное, на мой взгляд, это — плеяда блестящих учеников и последователей. Это — философия новаторства и любви к своей профессии как фундамент успехов и, главное, не обманутая надежда пациентов видеть мир».

В заключение профессор А.М. Чухраёв пожелал участникам конференции творческих дискуссий, радости общения с коллегами.

В приветственном слове участникам конференции главный специалист-офтальмолог Министерства здравоохранения РФ, директор ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», член-корреспондент РАН, профессор В.В. Нероев поздравил с юбилеем С.Н. Федорова всех присутствующих, И.Е. Федорову, профессора А.М. Чухраёва и зачитал приветственное письмо министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой: «Уважаемые коллеги! От лица Министерства здравоохранения РФ и от себя лично приветствую участников и гостей XIV Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Федоровские чтения – 2017». Конференция «Федоровские чтения» объединяет ведущих отечественных и зарубежных офтальмологов, по праву занимая место одного из центральных событий в жизни офтальмологического сообщества. В этот раз «Федоровские чтения» проходят в год 90-летия > стр. 8

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА



МНТК – мой родной дом
 Интервью с генеральным директором ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им акад. С.Н. Федорова», профессором А.М. Чухраёвым > стр. 3

КОНФЕРЕНЦИИ

«ВОСТОК–ЗАПАД – 2017». Точка зрения > стр. 20

Офтальмологические мосты между Уралом и Сибирью > стр. 24

«Ерошевские чтения – 2017» > стр. 26

Изменение парадигмы глаукомы: выявление и мониторинг глаукомы методом ОКТ и ОКТА > стр. 32

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА

Воспоминания о С.Н. Федорове

Г. Шерговой, А. Яковлева, А. Коновалова, А. Агамирова, Ч. Айтматова, А. Ширвиндта > стр. 14

ОПТОМЕТРИЯ



Все что я знаю о линзах – это мой собственный опыт
 Интервью с Мартином Конвэем (Великобритания) > стр. 41

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

В Чувашии прошел пятый Межрегиональный семинар

«Практические аспекты современной витреоретинальной хирургии» > стр. 34

Также в номере:

Событие в поле зрения > стр. 23, 30, 36, 40

Обзор > стр. 38

Клинический случай > стр. 43

Оптический бизнес > стр. 44

Территория офтальмологии > стр. 46

К незримо солнцу > стр. 49



Поле зрения Святослава Николаевича Федорова

«Он очень многое смог в этой жизни сдвинуть с места и заставить измениться к лучшему. Он умел быть честным всегда и во всем. Он не терпел фальши. Он в ней просто не нуждался. Я знаю, что он по-прежнему с нами. Я верю, что так будет всегда.» Ирэн Федорова

«Я стараюсь не вспоминать прошлое. Не люблю, когда человек без конца думает о прошедшем, это мешает его развитию, мешает думать о будущем».

*Всего лишь
денег для
маленькой
возможности
не брать
Федор.*

«Считаю себя довольно уравновешенным типом с двумя особенностями. Думаю, что человек настолько мало живет, что не имеет права тратить на мелочи. Все то, что он узнает, он должен воспринимать как турист, который прилетел с планеты «Лебедь-39» и наблюдает, а потом все равно туда улетит. Во-вторых, я достаточно трезвый человек и могу предвидеть развитие процессов в науке и политике. Могу ожидать такое-то явление и не ужаснуться, что оно произошло. Я всегда знал, что буду в Москве, что построю этот институт. Он почти такой же, как тот, что мы нарисовали с Горбанем еще в 1961 году. Я — человек с достаточно четкой системой прогнозирования: знаю, что может случиться со мной лично и с тем делом, которым я занимаюсь».

«Слава — это, конечно, хорошо, это даже помогает работать. Иногда известность клиники и моя личная имеет и прагматическую цель: легче добиться денег, достать строителей, легче просить. Но в оценке славы я согласен с Маяковским: «Мне наплевать на бронзы многопудье...» Действительно, это смешотворно, жизнь мала, а времени осталось не так много, а умирать и со славой и без».

«Невероятно люблю генераторов идей, ищу их всегда. Исполнителей не люблю, пустых эрудитов тоже. Люблю людей с «критическим смыслом». Если с ними встречаюсь, то получаю большое удовольствие».

«Научные статьи делаю быстро, они будто «созревают» в голове, доклады пишу за 3-4 часа. С монографиями, конечно, труднее, над монографиями часто работаю с диктофоном, затем передаю на машинку, потом правлю до окончательного варианта. Обязательно составляю предварительный план, тезисы. Если хочу сделать быстро и хорошо, то пишу от руки. Когда видишь написанное, как-то точнее и ярче получается. Править люблю, рукописи должны быть четкие, ясные, без всякой «воды».

«Я воспринимаю те идеи, которые логичны и просты. Если идея перегружена деталями, сложными расчетами, то понимаю, что она далека от совершенства».

«Критике отношусь нормально, плодотворная критика помогает работать... Как и все люди, я люблю больше, когда меня хвалят, а не ругают. Правда, чаще оппоненты или ругают, или молчат».

«Моя жена Ирэн — мой хороший помощник, потому что она абсолютно не умеет мешать. Это особенно важно, если учесть, что мой кабинет одновременно является и общей спальней: из двух маленьких комнат нашей двухкомнатной квартиры мы, пробив арку, сделали одну комнату около двадцати метров, часть комнаты — библиотека. Так что пока я работаю, жена читает, а бывает и засыпает».

*«Святослав Федоров
основа государства
и славы»*

«8 августа 2002 года мне исполнится 75 лет. Это возраст, когда нужно «ставить стол» — то есть переходить на консультативную работу или писать о накопленном опыте. В этом возрасте энергии уже не хватает на развитие нового. Для каждой работы должен быть свой предел энергии, подвижности. Может быть, это даже много — 75 лет. Но я с детства занимался спортом и надеюсь, что сохранию до такого возраста достаточную работоспособность».

(Виктор Затевахин, «Святослав Федоров. Отражение: своими словами», 1990).

«У человека должно быть здоровое честолюбие и жесткая логика. Он должен найти то, что умеет делать лучше других. Второе. Вероятно, нужно ни черта не бояться. Не верить на слово, все подвергать сомнению. Тренировать свою логику и принимать только то, что логично и с чем ты полностью согласен. Наконец, никогда ничего ни у кого не кланяться».

(Федор Смирнов, «Удача», 1992).

*«Битва Соборщини
своего труда и
Наследства
разрешается»*

«Люблю оперировать. А эмоции? Во-первых, ощущаешь свою власть над процессом. Словно ты в небе, надо набрать высоту, заложить вираж — закладываешь! Идешь все время по канату, по лезвию бритвы толщиной в 100 ангстрем, тоньше волоса. И знаешь: дойдешь и не упадешь! А во-вторых, ощущение необычной ответственности и полезности, необходимости того, чем ты в данный момент занимаешься: этот больной, сегодня почти слепой, а завтра будет нормально видеть. По натуре я человек импульсивный, взрывной и потому, скорее всего, не мог бы быть, допустим, терапевтом: мне важно быстро увидеть результаты того, что я делаю».

(Ю. Кузнецов, «Пензенская правда», 1995).

«Талантливых хирургов много. Самое главное, на мой взгляд, в другом — в ясном понимании цели, в страстном желании не допускать халтуры ни в чем! Нет хорошей аппаратуры? Найди, достань, добейся! Нет нужных игл? Иди в «верха», рви на себе рубашку, но не смей оперировать плохими! Ты же адвокат больного перед недумом. Адвокат! Больной не должен знать твоих проблем, ты же просто обязан его вылечить. Иначе надо выбрать другую профессию. Что-нибудь с металлом или камнем».

(Евгения Альбац, «Вечерний клуб», 1993).

«Нельзя встречать третье тысячелетие в состоянии социально-экономического, политического, национального и нравственного хаоса, морального унижения. Наша страна имеет уникальную возможность обеспечить собственностью на средства производства непосредственных производителей товаров и услуг. У России есть свой путь возрождения экономической мощи. Это путь построения многоукладной экономики с преобладанием предприятий, принадлежащих самим работникам».

«Управление обществом должно базироваться на системе закрытых и смешанных акционерных обществ производителей товаров и услуг, на организованном представительстве их интересов в парламенте. Такой строй можно назвать демократическим, народным капитализмом. Хотя дело, конечно, не в термине. Становым хребтом такого строя призваны стать экономическая свобода каждого из нас и наличие миллионов граждан, владеющих средствами производства».

«Государство обязано поддерживать отечественное сельское хозяйство, предоставляя всем доказавшим свою эффективность формами хозяйствования необходимые льготы и субсидии, защищать его от одушающей конкуренции со стороны Запада... При этом земля не может являться объектом спекуляций и незаконной наживы...»

(Ю. Кузнецов, «Пензенская правда», 1995).

«Я верю в экономическое возрождение России. Ведь экономика — уровень гуманизма человека. Людей на примерах надо убедить, что быть честными — выгодно. В труде — мораль. Вот я моральный человек. Я оперирую много и хорошо, беру за это деньги и вкладываю в Россию, чтобы оперировать еще лучше. Жить в темноте — страшно».

(Сергей Ястребов, «Московский комсомолец», 1995).

Фото из личного архива И.Е. Федоровой



МНТК — мой родной дом

Неюбилейная беседа с профессором А.М. Чухраёвым

«Клиника Федорова» — под этим именем во всем мире известен ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Это не просто федеральное медицинское учреждение, а такой же символ нашей страны, как Эрмитаж или Большой театр. С ноября 2011 года руководителем медицинского комплекса является д.м.н., профессор А.М. Чухраёв.

Нам приятно отметить, что все эти годы Александр Михайлович проявлял большой интерес к деятельности издательства «Апрель» и редакции газеты «Поле зрения». Мы неоднократно встречались и в стенах МНТК, и на офтальмологических форумах. 14 января 2017 года профессору Чухраёву исполнилось 65 лет. Разумеется, мы хотели поздравить юбиляра Александра Михайловича материал в первом номере газеты «Поле зрения» за 2017 год.

Но, как говорится, человек предполагает, а Бог располагает. Наша «юбилейная» беседа с Александром Михайловичем постоянно откладывалась и откладывалась... С одной стороны, это связано с напряженным рабочим графиком генерального директора, частыми командировками. С другой стороны, Александр Михайлович — человек скромный. Он не любит говорить о личных заслугах, деталях биографии.

И все же наша встреча состоялась, хотя она и произошла уже после его юбилея. В этот раз нам хотелось поговорить не только о делах МНТК, но и о жизни самого генерального директора. Хотя А.М. Чухраёв и не любит говорить о себе, его жизненный и профессиональный опыт вызывает огромный интерес не только у коллег-медиков, но и у широкой общественности. Среди нынешних руководителей федеральных медицинских учреждений генеральный директор МНТК — единственный, избравшийся народным депутатом СССР и депутатом Государственной Думы РФ. В Верховном Совете СССР он был коллегой академика С.Н. Федорова. В то время Святослав Николаевич был руководителем МНТК, Александр Михайлович возглавлял Курскую областную клиническую больницу.

Уже в то время новаторские идеи С.Н. Федорова были близки и понятны молодому организатору здравоохранения из Курска. Он ценил возможность личного общения с академиком в парламентских кулуарах. Глубоко символично, что спустя много лет именно А.М. Чухраёву доверили стать руководителем Федоровского центра.

С 2003 года по 2011 год А.М. Чухраёв вновь стал федеральным парламентарием. Он избирался депутатом Государственной Думы РФ по одномандатному округу и от политической партии «Единая Россия», являлся первым заместителем председателя парламентского Комитета по охране здоровья.

К сожалению, и в исполнительных, и в законодательных органах власти профессиональных врачей чрезвычайно мало. Нередко политику в области здравоохранения определяют непрофессионалы. Поэтому деятельность таких людей, как А.М. Чухраёв, является очень важной.

После назначения на должность генерального директора МНТК Александр Михайлович — в соответствии с действующим законодательством — сложил с себя полномочия депутата Государственной Думы РФ. Но в душе он в полной мере остался «народным избранником». К нему продолжают обращаться избиратели. Его волнует не только развитие МНТК, а всей системы российского здравоохранения.

И в советском, и в российском парламенте А.М. Чухраёв представлял Курскую область, где он родился и вырос, где прошла значительная часть его трудовой биографии. С малой родины Александр Михайлович и сейчас не порывает связей. На Курскую землю живет его мама, братья, много других родственников и близких людей... Он с удовольствием помогает землякам. Так же как и раньше, куряне гордились «своим» человеком в парламенте — сейчас они гордятся тем, что уроженец области возглавляет МНТК.

Более 20 лет — с 1982 года по 2003 год — А.М. Чухраёв был главным врачом Курской областной клинической больницы. Этот пост он занял в тридцатилетнем(!) возрасте. В течение многих лет он был профессором и заведующим кафедрой сестринского дела в Курском государственном медицинском университете.

Он — автор более 200 научных работ, монографий, рационализаторских предложений. Награжден орденом Почета, медалью «За трудовую доблесть», значком «Отличник

здравоохранения». Почетный работник здравоохранения Курской области. Победитель областного и Всероссийского конкурса «Менеджер года» (1998, 2001). С 2015 года А.М. Чухраёв входит в состав президиума Общества офтальмологов России.

Александр Михайлович стоял у истоков создания политической партии «Единая Россия», долгие годы возглавлял ее Курское региональное отделение. В настоящее время профессор Чухраёв является членом Высшего Совета «Единой России». Генеральный директор МНТК в свободное время продолжает участвовать в партийной работе, на партийных форумах выступает экспертом по вопросам здравоохранения.

Наша беседа состоялась в необычном формате. Александр Михайлович предложил пообщаться не в тиши служебного кабинета, а во время экскурсии по медицинскому комплексу. Поэтому разговор состоялся «на ногах»: профессор провел экскурсию по подразделениям МНТК, обратил внимание на перемены, произошедшие в последние годы.

— Александр Михайлович, сердечно благодарю Вас за возможность не просто взять у Вас интервью, а увидеть плоды Вашей работы за прошедшие годы.

— То, что Вы видите — это результат усилий всего нашего коллектива. Моя задача как генерального директора состоит в том, чтобы создать достойные условия для наших офтальмохирургов, для всех сотрудников. Но самое главное — это создать комфортную, благоприятную атмосферу для пациентов. Что обеспечивает успех клиники? Высочайшая квалификация врачей, слаженные действия среднего, младшего и вспомогательного медицинского персонала, современное техническое оснащение, качественные расходные материалы, индивидуальный подход к каждому пациенту. Все это в МНТК имеется.

— Вы ведь лично знали Святослава Николаевича. Какое влияние он оказал на Ваше становление как врача и организатора здравоохранения?

— В конце восьмидесятых годов, когда мы познакомились, я был совсем молодым парламентарием и главным врачом областной клинической больницы. Деятельность Федорова, его энергия, ясный, пронизывающий ум произвели на меня огромное впечатление. Не секрет, что у Святослава Николаевича было много и завистников, и недоброжелателей... Говорили о том, что секрет его успеха состоит в том, что ему была оказана большая поддержка со стороны правительства, что он получил много денег на создание и развитие МНТК.

На самом деле были выделены значительные государственные средства. Но заслуга Федорова состоит в том, что эти средства были израсходованы исключительно грамотно, разумно, на пользу всей стране. И самое главное: Святослав Николаевич разработал и воплотил в жизнь концепцию развития МНТК, проанализировал, какие финансовые ресурсы и технические средства необходимы для организации работы.

— Как Вы считаете, что из наследия академика Федорова продолжает оставаться актуальным в наши дни?

— 2017 год в МНТК объявлен «Годом Федорова». В этом году академику исполнилось бы 90 лет. Мне думается, что можно выделить три основные заслуги Святослава Николаевича, три «столпа», на которых стоит МНТК. Во-первых, при Федорове произошла технологическая революция в офтальмологии, активно внедрялись новые технологии, в частности, фактомальное развитие. Разумеется, технологическое развитие нашего комплекса продолжается и сегодня. Оно не останавливается ни на один день. Во-вторых, наш основатель уделял огромное внимание мотивации персонала, в том числе, финансовой. Для него было принципиально важно, чтобы оплата всех сотрудников зависела от результатов их работы.

— То есть оплата труда должна основываться на понятных, «прозрачных» критериях?

OPTOPOL
technology

COKT Copernicus

Stormoff®

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ СЕТЧАТКИ, ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА, РОГОВИЦЫ И СКЛЕРЫ

ОКТ-АНГИОГРАФИЯ. 3D ВИЗУАЛИЗАЦИЯ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ СЕТЧАТКИ И ХОРИОИДЕИ

- Проведение всех измерений в автоматическом режиме
- Голосовые подсказки в процессе измерения
- Исследования переднего отрезка без дополнительной насадки
- Панорамное сканирование сетчатки 12 мм + 12 мм
- Визуализация хориоидеи

Тел.: (495) 780-0792
(495) 780-7691
(495) 956-0557

www.stormoff.com
oko@stormoff.com

— Конечно. На сегодняшний день эти принципы внедрены в России не только в МНТК, но и практически во всех медицинских учреждениях. А значит, наследие Федорова на самом деле востребовано.

В-третьих, Федоров разработал систему взаимоотношений головной организации и филиалов МНТК. В этом плане мы не только сохранили, но и развиваем его идеи. МНТК сохранился как единый комплекс, каким его и задумывал наш основатель. Но, с другой стороны, сегодня филиалы не просто являются «проводниками» идей головного офиса... Практически в каждом филиале рождаются новые технологии для всего МНТК.

— Александр Михайлович, мы с Вами сейчас находимся в главном корпусе стационара. Что Вы хотели бы здесь показать? О чем следует рассказать нашим читателям?

— У меня нет в планах показывать что-то особенное. Мне очень приятно находиться здесь с Вами, так же как и со всеми другими российскими и зарубежными гостями, приезжающими в нашу клинику.

Хотелось бы, чтобы в этом интервью речь, в первую очередь, шла не обо мне, а о людях, которые здесь работают, о людях, создающих и поддерживающих славу МНТК, бренд МНТК.

Нас сопровождает главный врач ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», к.м.н. Николай Петрович Соболев. Он работает здесь, в головной клинике комплекса, с 1987 года. Это его первое и на сегодняшний день единственное место

работы. Пришел сюда сразу же после окончания Московского государственного медицинского института им. И.И. Сеченова. Потомственный врач. С 2010 года является главным врачом нашего межотраслевого научно-технического комплекса.

— Ответственная должность.

— Должность ответственная, и Николай Петрович отлично справляется с возложенными на него обязанностями. Он — блестящий катарактальный и рефракционный хирург. Каждый год проводит по 500-600 операций. Но главное другое: во всей системе МНТК ежегодно осуществляется около 300 000 хирургических вмешательств. И Н.П. Соболев один из тех, кто ответственный за организацию всей лечебной работы.

О нем и о каждом из членов команды могу долго рассказывать... Сегодня я попросил Николая Петровича показать Вам клинику.

— Нельзя не отметить те периоды, которые произошли у Вас в клинике за последние годы. И наше посещение стационара вместе с Вами это наглядно показало. Здесь прошел не просто ремонт, а настоящая реконструкция.

— Если говорить о диагностическом и операционном оборудовании, то за последние пять лет оно было заменено практически полностью. И это не наша прихоть, а веление времени! Офтальмохирургия развивается очень быстрыми темпами. Как федеральное медицинское учреждение мы должны заниматься самыми тяжелыми

случаями глазной патологии, делиться своим опытом с врачами других клиник, в том числе с медиками первого звена. Поэтому здесь необходимо иметь самое современное оборудование, самые лучшие расходные материалы.

Что касается ремонта... Когда в ноябре 2011 года мне назначили на должность генерального директора, я обратил внимание, что многие помещения не ремонтировались более четверти века, с момента ввода в эксплуатацию комплекса. И требовалась именно реконструкция, а не просто косметический ремонт.

— На что Вы обращали внимание при проведении реконструкции?

— Необходимо обращать внимание на все, начиная с прилегающей территории. Она должна быть ухоженной. Требовалось заменить лифты, установить пандусы для инвалидов-колясочников. Кстати, работа по созданию доступной среды еще до конца не завершена. Все палаты, как Вы видите, отремонтированы, в распоряжении пациентов — одно- и двухместные палаты с туалетом и душем. Закуплено оборудование, новая мебель.

— У Вас есть и VIP-палаты?

— Наверное, аббревиатура «ВИП» не совсем уместна. Это дополнительные платные услуги для людей, приехавших к определенному уровню комфорта и готовых за это заплатить. Эти услуги доступны всем желающим. Есть палаты, состоящие из нескольких комнат. В таких и арабского шейха не стыдно будет разместить!

С другой стороны, совершенно бесплатно человек может попасть в комфортабельную палату, где у него будет один или два соседа. Например, трехэтажных, мнительных больных мы стараемся «селить» вместе с психологически устойчивыми, бойкими, оптимистичными пациентами. Воздействие соседей по палате может быть очень ценным и благотворным.

— Наверное, масштабные ремонтные работы в головной организации МНТК повлияли и на Ваши филиалы?

— Конечно, филиалы и раньше уделяли внимание хозяйственным вопросам. Они находились в даже лучшим состоянии, чем головная организация, и являлись образцом для региональных лечебных учреждений.

Когда мы говорим о ремонте и реконструкции, то речь идет не только о комфорте пациентов, но и об удобстве сотрудников, о достойных условиях труда, а в первую очередь, о новых медицинских технологиях и логистике лечебно-диагностического процесса.

— Сейчас из стационара мы перемещаемся в лечебно-диагностический центр.

— Это важное подразделение возглавляет Наталья Владимировна Григорьева. Так же как и Н.П. Соболев, она работает в МНТК уже несколько десятилетий. Центр включает в себя отдел экспорта медуслуг, отделение диагностики и отделение комплексных методов лечения, амбулаторной хирургии и консервативных методов лечения.

Действует оптимальная схема диагностического обследования, когда в день приема пациент проходит обследование и консультацию специалиста по профилю заболевания. В кратчайшие сроки мы можем подготовить человека к госпитализации и хирургическому вмешательству.

— Здесь слышна многоголосая иноязычная речь.

— Зарубежных пациентов в МНТК всегда было много, начиная со времени основания комплекса. Они получают такой же сервис, как и россияне. О Наталье Владимировне можно сказать только одно — «хорошая хозяйка».

— Короткое определение. Но этим все сказано.

— Вы знаете, у меня детство прошло в деревне, и я могу отличить хорошего хозяина, хорошую хозяйку, от плохих. Наталья Владимировна — человек степенный, основательный, экономный. Конечно же, мы с ней и коллективом обсуждали и обсуждаем все вопросы, связанные с реконструкцией лечебно-диагностического центра. Мнение коллектива, слово Натальи Владимировны не менее важно, чем слово генерального директора. Она умеет организовать работу.

— Александр Михайлович, мы с Вами побывали почти во всех подразделениях МНТК. Сейчас мы находимся в гостиничном комплексе. Почему Вы предложили прийти именно сюда?

— Гостиничный комплекс, как Вы сказали, носит официальное название «реабилитационный комплекс». Его вполне правомерно можно назвать «гостиницей». Более того, в настоящее время реабилитационный комплекс проходит сертификацию как гостиница. Это значит, что все услуги, которые обязана предоставить гостиница, можно получить и у нас. Это подразделение возглавляет замечательный специалист и прекрасный человек Лариса Николаевна Кашкевич.

Я бы обратил внимание на психологический аспект. Как известно, в современной офтальмологии большинство хирургических вмешательств выполняется амбулаторно или в условиях дневного стационара. Получается, что через два-три часа после операции пациент уже может ехать домой.

— Но не для всех пациентов такая ситуация удобна...

— В том-то и дело! Например, по медицинским показателям у нас нет причин для госпитализации, но пациент волнуется, испытывает чувство тревоги, боится сразу же после операции покидать клинику... А теперь ему и не нужно сразу уезжать! Имеется комфортабельная гостиница, где можно после операции отдохнуть, набраться сил. А уже на следующий день — отправляться в путь. Поэтому эта услуга востребована не только приезжими, но и москвичами.

Кстати, в отличие от обычной гостиницы, в нашем гостиничном комплексе круглосуточно дежурит медицинская сестра, всегда можно вызвать дежурных врачей. Услуги гостиничного комплекса — доступные. Например, стоимость однодневного номера составляет всего две тысячи пятьсот рублей. Номера люкс — немного дороже. Здесь с удовольствием останавливаются не только пациенты, но и сопровождающие их лица.

Кроме того, у нас всегда много командированных, докторов из других городов. И это не только сотрудники МНТК, но и других государственных и частных медицинских учреждений. Очень приятно, что им не нужно терять время на дорогу из городских гостиниц. Они могут жить и питаться прямо у нас.

— В нынешнем виде гостиничный комплекс появился совсем недавно...

— Да. Реконструкция прошла в последние годы. И мы обращали внимание на каждую мелочь. Например, в одноместных номерах решили поставить не односпальные, а полутороспальные кровати (1 м 40 см). Во-первых, спать на них удобнее. Во-вторых, на одной такой кровати может разместиться мама с ребенком.

Купили качественную мебель, используем специальную пропитку для мебели. Когдаходишь в номер, создается впечатление, что мебель привезли только вчера, хотя ей уже несколько лет. Наши сотрудники очень бережно ухаживают за мебелью и всем оборудованием. Уют, чистота, порядок — это тоже важный фактор лечения.

Здесь же, в гостиничном комплексе, располагается тренажерный зал, хамам (паровая баня), сауна, комната психологической нагрузки с массажными креслами. Для своих сотрудников мы стараемся создать комфортные условия. Поэтому после работы можно и в тренажерном зале позаниматься, и сауну посетить. Для сотрудников это совершенно бесплатно.

Все эти услуги доступны не только нашим сотрудникам, но и гостям. Разумеется, после проведения операции пациент не станет посещать тренажерный зал и сауну, но для сопровождающих лиц, других клиентов гостиницы эти услуги вполне актуальны.

— Александр Михайлович, общаясь с Вами, понимаешь, что МНТК занимает в Вашем сердце особое место.

— МНТК — мой родной дом. Хочется, чтобы этот дом был светлым, уютным, доброжелательным, гостеприимным. Конечно, в работе генерального директора случаются различные моменты: и нелицеприятные разговоры, и конфликтные ситуации. Но у меня было и есть огромное доверие к нашим врачам, ко всем сотрудникам.

Могу сказать, что если мне или членам моей семьи, родственникам, друзьям, понадобится офтальмологическая помощь, то я с уверенностью доверюсь мастерству наших врачей. И я буду знать, что они сделают все возможное для сохранения и улучшения зрительных функций. И такое отношение у нас — к каждому пациенту.

— Вы считаете себя жестким руководителем или демократичным?

— Работа медицинского учреждения немислима без неукоснительного соблюдения технологической дисциплины и должностных инструкций, т.к. за этим стоит здоровье и жизнь

наших пациентов. Поэтому руководитель должен быть бескомпромиссным, ставящим во главу угла интересы дела, особенно, если это касается здоровья, внедрения новых технологий и др. Директор должен быть уверен в том, что все его распоряжения, которые даны в рамках служебных полномочий, будут выполнены.

Но, с другой стороны, для меня всегда было важно, чтобы в коллективе царил добрая, душевная обстановка. И это тоже зависит от первого лица! Когда директор только отдает распоряжения и критикует своих подчиненных — это плохой руководитель. Необходимо и похвалить, отметить заслуги человека, или просто не забыть поздравить с днем рождения.

Стараюсь как можно чаще бывать во всех подразделениях головной организации и в филиалах. Для меня очень важно лично знать всех сотрудников, не только руководителей подразделений, но и всех работников. Когда есть свободное время, стараюсь потратить его на то, чтобы лучше узнать своих коллег. Часто приглашаю сотрудников различных подразделений к себе кабинет, угощаю чаем, расспрашиваю об их работе. Беседа зачастую выходит за рамки проблем научной и лечебной работы.

И дело здесь не в какой-то показной демократичности. Для генерального директора жизненно необходимо знать, что волнует сотрудников подразделений: и хирургов, и работников котельной, и поваров в столовой... В разные месяцы работы некоторые сотрудники удивлялись таким приглашениям к генеральному директору. Они говорили мне о том, что за годы и десятилетия работы они побывали в этом кабинете впервые.

Полагаю, что искусство руководить (лучше — управлять) — это такое же искусство, как искусство врачевания. В сфере менеджмента нужно постоянно совершенствоваться, так же как и в медицине. Нужно уметь прислушиваться к людям, уважать их мнение, уметь делегировать полномочия и доверять своим сотрудникам. Но при этом нести личную ответственность за все, что происходит в клинике, а любому руководителю — за состояние дел в своем подразделении.

— В интервью с генеральным директором лечебного учреждения нельзя не затронуть тему оплаты труда.

— Здесь у нас нет никаких секретов. Средняя зарплата офтальмохирургов в системе МНТК составляет 122 тысячи рублей в месяц, научных сотрудников — 98 тысяч рублей, медицинских сестер — более пятидесяти тысяч, санитарок — около сорока тысяч. Таким образом, мы полностью выполняем требования майских Указов Президента России об уровне оплаты труда медицинских работников.

— Заработная плата персонала зависит от результатов их работы.

— Разумеется. По сути, это та система, которую создал Святослав Федоров. И с некоторыми поправками она действует до сих пор. Оплата офтальмохирургов зависит от качества и объема выполняемых операций. Действуют коэффициенты: более сложные операции приносят больший доход, чем менее сложные, рутинные.

— Значит, чтобы больше зарабатывать, хирургу нужно больше оперировать.

— Да, нужно больше оперировать. И для этого у хирургов есть все возможности: и пациентов хватает, и новейшее оборудование имеется. Но важно не только больше оперировать, но и повышать свою квалификацию, осваивать новые технологии, новые виды операций.

Кстати, в МНТК в настоящее время выполняется около 500 видов офтальмохирургических вмешательств. Когда происходит внедрение новых технологий, то за каждую операцию хирург получает дополнительную оплату, так

как освоение нового требует огромных усилий и эмоционального напряжения. Но когда технология уже освоена, операция поставлена «на поток» — все зависит только от трудолюбия, целеустремленности и таланта конкретного врача.

У среднего и младшего медицинского персонала тоже есть возможность повысить свой доход, получать премии, надбавки. Все зависит от отношения человека к делу.

В некоторых случаях врачи зарабатывают в месяц больше, чем руководители подразделений, генеральный директор и его заместители, другие начальники.

— Хотела бы спросить Вас о покупке нового оборудования? Как организован этот процесс?

— Существует порядок проведения государственных закупок, обязательный для всех государственных учреждений. Разумеется, мы его соблюдаем. Но важно не только формально следовать букве закона, но и проводить глубокий экспертный анализ. С одной стороны, необходимо экономно расходовать государственные средства, а с другой стороны, обеспечить врачей наиболее эффективными и современными техническими средствами.

Опыт показал, что нам необходимо, в первую очередь, приобретать технические средства и расходные материалы, прошедшие клиническую апробацию в нашей клинике. Нам легче: централизованные закупки для всего комплекса всегда экономически выгодны, чему мы отдаем предпочтение.

— МНТК — это не только лечебное, но и научное учреждение. По Вашему мнению, хотят ли современные врачи заниматься наукой?

— На этот вопрос нет однозначного ответа. Разумеется, врач-офтальмолог, тем более офтальмохирург, может достойно работать, не занимаясь наукой. Но, с другой стороны, если врач не уделяет внимание самообразованию, если его не интересует развитие своей научной дисциплины, то он рискует «отстать от жизни». Даже если офтальмохирург сегодня блестяще проводит операции, то завтра он может уже не освоить новые технологии. Ведь развитие медицинских технологий основано на научном поиске.

— То есть необходим интерес к медицинской науке?

— Интерес к науке — это, можно сказать, программа-минимум для врача. Важно не только быть «потребителем» научно-технической информации, но и по возможности самому стремиться двигать науку. Успешно проведенная операция — это не только результат работы офтальмохирурга, свидетельство его мастерства. Каждая операция — это определенная технология. Общась с молодыми коллегами, я часто говорю им: «Технологии, которые вы используете, создали ваши предшественники. Но неужели вам не хочется оставить что-то после себя? Неужели вам не хочется подарить вашими потомкам, вашим детям новые технологии, новые идеи? Поэтому занимайтесь наукой, пишите статьи, выступайте на научных конгрессах, защищайте диссертации!»

— Проникновенные слова.

— Я прекрасно понимаю, какой труд требуется вложить, чтобы защитить кандидатскую и докторскую диссертации, так как сам в течение многих лет совмещал научную работу с лечебной и административной деятельностью. Но этот труд себя окупает.

За прошедшие годы, в течение которых мне довелось возглавлять МНТК, сотрудниками было защищено восемь докторских диссертаций. И практически в каждом нашем филиале защищались кандидатские и докторские диссертации. Кстати, в МНТК работают 33 профессора, 61 доктор медицинских наук, 218 кандидатов медицинских наук, подавляющее большинство из них — врачи.

Моя задача состоит в том, чтобы помогать нашим ученым. Более того, это моя обязанность как генерального директора.

— Каким образом можно помочь ученым-медикам?

— Это может быть самая разная помощь. Во-первых, это — тема научного поиска и условия для его выполнения. Научные успехи, публикации в солидных журналах, присвоение ученых степеней необходимо финансово стимулировать. Такие полномочия есть и у генерального директора, и у директоров филиалов. Во-вторых, решая вопросы о замещении вакантных должностей — руководителей лечебных отделов, научно-организационных отделов, научно-клинических отделов, других подразделений, — мы всегда учитываем наличие ученой степени и других научных заслуг. В-третьих, мы стараемся создать максимально благоприятные условия для самореализации. Ученые-медики могут участвовать в российских и международных научных конференциях, проходить стажировки, тренинги, курсы повышения квалификации.

— МНТК и его филиалы ежегодно проводят целый ряд научных форумов. Но мне бы хотелось обратить внимание на международную конференцию «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии», которая прошла в Сочи 16-17 марта этого года.

— Это конференция действительно весьма примечательна. В первую очередь, хотел бы отметить, что такой крупный международный форум

пошел не в Москве, а в Сочи, в зоне ответственности Краснодарского филиала. Этот филиал добивается успеха, среди прочего, именно в сфере витреоретинальной хирургии. Поэтому совершенно логично, что жителю Кубани мы доверили стать организатором мероприятия.

Мы и в дальнейшем планируем проводить крупные международные конференции не только в Москве, но и в регионах. Например, следующая конференция по витреоретинальной патологии пройдет в марте 2018 года в Санкт-Петербурге. Программа сочинского форума была очень обширной и разнообразной. Она включала в себя пленарные заседания, посвященные системе организации высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с патологией сетчатки и стекловидного тела, эндovitреальной и эписклеральной хирургии, лазерным методам лечения, офтальмоонкологии, лазерной и витреальной хирургии ретинопатии у детей. Составляла демонстрация «живой хирургии».

Для меня эта конференция, так же как и другие подобные мероприятия, стала демонстрацией научно-практического потенциала МНТК. Среди ведущих спикеров конференции — наши сотрудники: доктора медицинских наук, профессора В.Д. Захаров, П.Л. Володин, И.Е. Панова, Э.В. Бойко, А.С. Измайлов, А.А. Яровой и М.В. Гацу, кандидаты медицинских наук Д.О. Шкворченко, И.М. Горшков и Е.К. Педанова и др.

На конференции успешно выступали и наши молодые сотрудники. Врач одного из филиалов представил выступление, которое показало мне

очень ярким, интересным по содержанию, но монотонным по форме изложения. Я в личной беседе поделился своим мнением с директором филиала. Мол, нужно поработать с этим сотрудником, помочь ему раскрыться... В конце концов, есть же книги и тренинги по ораторскому искусству. Мне думается, что ученому важно не только добиваться весомых научных результатов, но также уметь их достойно презентовать.

Еще одно личное наблюдение из Сочи. Меня немного «резануло», как один из докладчиков — наш сотрудник — отвечал на вопросы. Вопросы задавали люди, которых он хорошо знал. Мне думается, что элементарная вежливость предписывает в таком случае обратиться к человеку по имени-отчеству, поблагодарить его за вопрос, а потом на него отвечать. Но почему докладчик этого не сделал, а сразу перешел к ответу.

Кому-то это может показаться мелочью... Но на самом деле культура взаимоотношений между коллегами, так же как и культура взаимоотношений между врачами и пациентами, — это очень важная, принципиальная вещь.

— Александр Михайлович, общаясь с Вами, понимаешь, что для Вас не существует мелочей.

— Действительно в медицине нет мелочей. Например, Святослав Николаевич Федоров при всей своей занятости лично контролировал состояние матрасов в палатах. Он не мог допустить, чтобы пациенты спали на продавленных матрасах. И я этот подход к делу прекрасно понимаю.



Каждый мм рт.ст. имеет значение

Ганфорт

Биоматрица 0,3 мг/мл + Тамолон 5 мг/мл, капли глазные



Allergan

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Ганфорт®. 2. Leske MC et al. Arch Ophthalmol 2003; 121: 68-56.

Получить дополнительную информацию, сообщить о нежелательной реакции при применении, а также направить претензию и качество продукции можно по адресу ООО «Аллерган СНГ САРЛ», Российская Федерация, 115191, г. Москва, Колодезный пер., д. 3, корп. 1, стр. 4, по телефону: 8-800-200-90-25 (звонок по России бесплатный), по факсу: 8-495-200-90-26, по электронной почте: MK@MedInfoAllergan.com. Ганфорт® Биоматрица 0,3 мг/мл + Тамолон 5 мг/мл, капли глазные — ГПС-002778/10. «Аллерган Фармацевтика Алларган», Иранский. ООО «Аллерган СНГ САРЛ», 109004, г. Москва, ул. Станиславского, д. 21, стр. 2, тел.: +7 495 974 63 53, www.allergan.ru. Периодичность выпуска: поквартально, основанная на полной инструкции по медицинскому применению. 01/07/2016

AquaFree Yellow Preloaded

ЖЕЛТАЯ, ГИДРОФОБНАЯ, АСФЕРИЧЕСКАЯ ИОЛ, УСТАНОВЛЕННАЯ В ИНЪЕКТОРНУЮ СИСТЕМУ ASSISEST® (MEDISEL, ШВЕЙЦАРИЯ) ПОД РАЗРЕЗ МЕНЕЕ 2,2 ММ

Оптика с ультратонким асферическим покрытием и гидрорепеллентом. Высокая контрастность. Отсутствие бликов. Высокая прочность. Удобство введения. Простота установки. Высокая биосовместимость. Высокая биостабильность. Высокая биомеханическая прочность. Высокая биомеханическая прочность. Высокая биомеханическая прочность.

РАЗ! ДВА! ТРИ!

С PRELOADED AQUAFREE

Официальный представитель ООО «Эр Оптик»
123458, г. Москва, ул. Твардовского, д. 8
Тел.: (495) 780-92-55
info@r-optics.ru

www.r-optics.ru

То же самое и с этическими вопросами, с коммуникацией между врачами и между врачом и пациентом. В настоящее время у нас все сотрудники носят бейджи с фамилией. Таким образом, пациент может обратиться к врачу по имени-отчеству, так же как и врач к пациенту. Это облегчает их коммуникацию, способствует созданию доверительной атмосферы.

Еще один момент, на который не могу не обратить внимание. Всегда настоятельно прошу наших врачей подробно объяснять пациентам суть офтальмологических вмешательств и те результаты, которые мы планируем получить. Очевидно, что далеко не всем людям можно вернуть стопроцентное зрение. Для кого-то и десять процентов зрительных возможностей — это большая успех! Надо понимать современные границы науки.

Но чтобы пациент понял суть своей патологии и действия врачей — ему надо все это объяснить. Конечно, у врачей всегда не хватает времени... Но ведь речь идет не о том, чтобы каждому пациенту читать научные лекции. Бывает, что речь идет о нескольких минутах. Но эти несколько минут могут определить взаимодействие пациента и его лечащих врачей на долгие-долгие годы.

— Медицину нередко называют словом ремесла, искусства и науки. А что для Вас означает профессия медика?

— Для меня врач — это не просто профессия, а состояние души, образ жизни. Приведу простой пример. Приезжаю на работу задолго до официального начала рабочего дня. Часто уже в семь утра нахожусь в рабочем кабинете... Но я не могу сказать, что приезжаю на работу первым. Многие врачи приезжают на работу раньше положенного, задерживаются на службе, готовы помогать пациентам и в рабочее, и в личное время.

Медицинские работники — это не только врачи, медсестры, санитарки, а все сотрудники нашего комплекса. У нас все работают на конечный результат, на общее дело. Думаю, что главная черта медицинского персонала — это желание помогать людям.

Лично для меня работа с пациентами, проведение хирургических операций было и работой, и отдыхом. Ведь я в тридцать лет стал главным врачом Курской областной клинической больницы. На голову обрушилась «лавина» хозяйственных забот и хлопот. Но всегда

было принципиально важно не сосредотачиваться исключительно на административной работе, а продолжать быть действующим хирургом, ученым, преподавателем. Но чтобы от этого не страдало то, что записано в твоих функциональных обязанностях, т.е. чтобы не страдали пациенты и коллектив.

— Нельзя не признать, что в советское время престиж врача был выше, чем в настоящее время. С чем Вы связываете это явление?

— Сложно дать однозначный ответ. После разрушения Советского Союза наше общество стало более открытым. Но, с другой стороны, средства массовой информации стали в первую очередь информировать общественность о негативных явлениях в сфере медицины: врачебных ошибках, различных злоупотреблениях и даже преступлениях... Конечно, негатив есть во всех сферах жизни. Но врачи — это те люди, которым мы доверяем свою жизнь и здоровье. Они, в любом случае, достойны уважения.

Если говорить об офтальмологии, то своей работой может гордиться не только успешный офтальмохирург, но и доктор из районной поликлиники, который вовремя выявил патологию, дал пациенту направление в областную больницу или в один из наших филиалов. Надо повышать престиж врачей первичного звена!

В девностые годы появились слишком много новых медицинских вузов, новых кандидатов и докторов наук, чьи научные заслуги весьма сомнительны. Это тоже сказалось на репутации нашей профессии.

— Вызы с сомнительной репутацией — это ведь не специфически медицинское явление.

— Конечно, это характерно для самых различных областей науки. Но некомпетентный врач, некомпетентный профессор и доцент медицинского вуза — это особо опасное явление.

Репутация медицинских школ создается в течение десятилетий. Если мы сохраним преемственность в медицинской науке, то и престиж практического здравоохранения повысится. И он уже повышается в последние годы.

— Александр Михайлович, хотелось бы поговорить с Вами о событиях и людях, которые оказали на Вас наибольшее влияние.

— Наверное, мой ответ не будет оригинальным. Мы все — родом из детства. Поэтому именно родители, именно детские воспоминания оказывают наибольшее влияние на формирование личности. Я родился в деревне, папа был трактористом, мама — дояркой. Родители привили такое качество, как трудолюбие. Как и большинство сельских детей, я с детства помогал взрослым. Многие умел делать своими руками.

В студенческие годы у родителей не было возможности помогать материально. Да я бы и сам не принял их помощи. Приходилось и вагоны разгружать, и на стройке работать. Летом ездил в студенческие строительные отряды, был командиром стройотряда. Все это стало жизненной школой, закаляло характер.

Отец всегда был и остается для меня примером для подражания. Он прошел две войны: советско-финскую и Великую Отечественную. У него ордена Александра Невского, три ордена Отечественной войны, ордена Красной Звезды, медали «За отвагу», «За оборону Ленинграда», «За победу над Германией». Уже в мирное время он был награжден орденом Октябрьской революции и двумя медалями.

Папа умер в 2011 году, в возрасте 93 лет. Он прожил большую, достойную жизнь. Поэтому, когда мне бывает трудно, я вспоминаю отца и говорю себе, что ему в жизни приходилось гораздо труднее. Но он достойно выстоял и оставил о себе добрую память.

У нас дома хранятся не только боевые награды отца, но и много документов, связанных с его фронтовым путем: представления к наградам, награжденные листы. Поэтому я могу подробно рассказать, за что папа получил каждый свой орден, каждую медаль. Почему важно об этом помнить? Я родился уже после войны. И подавляющее большинство нынешних жителей России родились и выросли в послевоенные годы. Но важно, чтобы события тех лет воспринимались не просто как исторический эпизод, а как часть собственной жизни, часть семейной истории.

Для меня героическая военная служба отца, лейтенанта-минометчика — это частица истории России. Поэтому чрезвычайно важны такие мероприятия, как «Бессмертный полк», подчеркивающие связь поколений в нашей стране.

После смерти отца я в который раз, но уже со старшим внуком побывал в тех местах, где он воевал. В Санкт-Петербурге довелось поработать в архиве Музея артиллерии. Там я тоже нашел материалы, связанные с папой, а также его фотографии.

— Воспитания таких людей, как Ваш отец, других защитников Родины, мы все стремимся быть на них похожими.

— В Санкт-Петербурге я узнал, что боевой путь папы и еще одного бойца вдохновил петербургского поэта-любителя на создание стихотворных строк. Хотелось бы их процитировать: «Оберега славный город, родное детище Петра, дожди, морозы, бури, голод вас изнурили до утра. А утром снова канонада, врагам прокладывая путь, за ней фашистская армия рвалась колыть, чтобы разомкнуть. На этом фронте в ту годину сражались храбро два бойца: Рыжков, морской был пехотинец, стоял за город до конца. Атаки яростные вражья был минометчик Чухраев, огнем прицельным, беспощадным матросу облегал он бой. Отчизне отступили верно солдаты кровью на Неве, начав в июне в 41-м, до 43-го в январе. Вам благодарны ленинградцы, что город их от бед спасли, от детей и вдов солдатских поклоном примите до земли».

Мама сейчас продолжает жить в Курской области, вместе с братьями. Она тоже имеет правительственные награды, побеждала на конкурсах профессионального мастерства. Стараясь быть у нее как можно чаще.

Вы просили рассказать о событиях, оказавших влияние на мою жизнь. Трудно вычленил какое-то одно событие. Вспоминаю студенческий строительный отряд, где был командиром, как мы строили коровник.

Я обратил внимание, что в селе, где мы работали, нет памятника погибшим в войне односельчанам, и предложил ребятам его построить. Конечно, мы понимали, что это — дополнительная работа, но комсомольский долг оказался выше материальных интересов, и памятник к огромной радости жителей был построен. Но мы не просто возвели памятник, мы нашли имена погибших, собрали документы, касающиеся боев 121-й Рязьско-Киевской дивизии, пригласили ветеранов дивизии на открытие.

Вспоминаю еще один эпизод: каждое утро приходил к нам дедушка, звали его Осип Михайлович Маликов. Придет и сидит, ничего не говорит. Мы вставали в 4 утра, а он уже на объекте, молча наблюдает за нами. Но однажды Осип Михайлович подошел ко мне и говорит: «Сынок, я живу один, печка совсем не «танет». Отвечаю ему: «Отец, да мы не печники». И вдруг узнаю, что у него пять боевых орденов, герой войны. Говорю ребятам, надо скопировать какую-то печку, снять все размеры, дымоход и прочее и сложить деду по образу и подобию.

Мы жили в школе, где была отличная печь, и решил взять за основу ее. Вечерами сверху вниз снимали уровень за уровнем, перекладывая на бумагу все ходы, снимали размеры. Дошли до основания, а руководству школы объяснили, что в плане шефской работы разобрали печь для ее чистки, что выгребли кучу сажи, прочистили дымоход; собрали печь на объекте, заштукатурили. Но главное — у нас на бумагу был подробный ее чертёж.

Слой за слоем, строго следуя чертежу, сложили Осипу Михайловичу печь. Печь высохла, наступил «момент истины»: пора ее затопить. Запалили дрова, а она аж задымела — такая была тяга. У нас от сердца отлегло, а радости ветерана не было предела.

...Многолетняя работа в стройотрядах отмечена государственной наградой, медалью «За трудовую доблесть».

— Кого из преподавателей Курского мединститута Вы могли бы отметить, кто оказал на Вас наибольшее влияние?

— У нас были не просто преподаватели, а Учителя с большой буквы. Помню имена-отчества всех, кто меня учил. В первую очередь, не могу не сказать о профессоре, моем учителе, Михаиле Ивановиче Чудакове, фронтовике-артиллеристе, блестящем хирурге. Он относился к нам не просто как к студентам, а как к своим детям. Он научил нас читать научную литературу, формулировать свои мысли, но самое главное — отношению к больному. Уроки Чудакова — это не только навыки профессии, но и уроки жизни.

— Александр Михайлович, Вы стали главным врачом Курской областной клинической больницы в тридцатилетнем возрасте. Как Вы думаете, почему выбор пал именно на Вас? Что помогло Вам справиться с этой ношей, успешно руководить больницей более двадцати лет подряд?

— Мне трудно сказать, почему выбор пал на меня. Это было решение партийных органов. В то время все кадровые вопросы во всех сферах жизни, в том числе и в медицине, решались в обиходе партии. Я как коммунист должен был подчиниться принятому решению.

Честно скажу, не хотел становиться главным врачом. В то время я был аспирантом, готовился к защите кандидатской диссертации. Хотелось заниматься наукой и оперировать... Но став главным врачом, делал все от меня зависящее, чтобы оправдать оказанное доверие. Что мне помогло? Огромная поддержка и сплоченность коллектива. Сотрудники чувствовали, что я отношусь к ним с уважением, оперативно реагирую на все обращения и пожелания. И люди работали честно, старались меня не подвести.

Эта поддержка особенно проявилась в девностые годы, когда больница находилась буквально на грани выживания: не хватало ни обезбаливающих средств, ни продуктов для питания больных. Но мы смогли не просто выжить и сохранить коллектив, но и внедрять новые технологии, проводить модернизацию.

В этом плане я счастливый человек. Я чувствовал поддержку коллег и во время работы в Курске, и в Государственной Думе, и здесь в МНТК. В коллективе, среди блестящих врачей-офтальмологов, я почувствовал себя «своим» с первых дней назначения на пост генерального директора.

— Ваши коллеги всегда отмечали такое Ваше качество, как внимательное отношение к людям. Став генеральным директором МНТК, Вы дали возможность продолжить работу всем заместителям генерального директора, директорам филиалов, руководителям ключевых подразделений.

— Конечно, ротация кадров происходит в любом коллективе. Но к любым кадровым назначениям надо относиться очень внимательно, стараюсь беречь и ценить людей.

— Александр Михайлович, позвольте прочитать отрывок из воспоминаний Ваших коллег из Курска: «В 1984 году главный врач областной клинической больницы А.М. Чухраев назначил И.В. Чеканова заведующим нейрохирургическим отделением. А было новоспеченному руководителю больницы всего-навсего 33 года... Главный врач Чухраев всегда шел навстречу нейрохирургам, находил варианты приобретения instrumentation и новейшего оборудования. Если мы чего-то и добились, то во многом благодаря Александру Михайловичу, причем не только наше отделение, но и большинство других, заведующие которых были назначены Чухраевым».

— Старался сделать все, что от меня зависит. Большую помощь оказывал Александр Федорович Гудков, первый секретарь Курского обкома КПСС. Мы многое смогли сделать в больнице: достроили, наконец, новый комплекс на

1300 коек с поликлиники на 800 помещений в смену. В несколько раз увеличилось количество хирургических вмешательств. В подтверждение вышеупомянутой цитаты могу привести пример нейрохирургического отделения, о котором чуть ранее. За короткое время количество операций в отделении выросло с 70-90 в год до 700; стали оперировать пациентов не только с диагнозом «остеохондроз», «грыжи межпозвоночных отделов», выполнялись очень тяжелые: удаление опухолей мозга, на передней и задней черепных ямках, при травмах черепа и позвоночника. Благодаря оснащению больницы самым современным оборудованием, в клинике стали выполняться высокотехнологичные операции, которые раньше делать не могли. В связи с этим хочу упомянуть добрым словом Николая Тимофеевича Трубилина, заместителя министра здравоохранения РСФСР, затем министра здравоохранения и заместителя председателя Совета министров РСФСР, который оказывал нам всестороннюю помощь.

— Вы упомянули имя Николая Тимофеевича Трубилина. Какое содействие он оказывал вашей больнице?

— Как-то у нас зашел разговор с А.Ф. Гудковым о нуждах больницы, о том, почему пациенты часто вынуждены ездить в Москву на лечение. Я ответил, что нет современного диагностического и операционного оборудования, что даже прекрасные, талантливые врачи не всегда могут поставить правильный диагноз и провести лечение на высоком уровне. Накануне разговора знакомая первого секретаря обкома ездил в Москву, в институт Гельмгольца на лечение, что, наверное, и послужило толчком к нашему разговору.

Руководитель области задает мне вопрос, что необходимо для больницы. Я вспоминаю разговор с профессором Д.С. Кролем, заведующим кафедрой глазных болезней Курского мединститута, когда Даниил Соломонович мечтательно произнес, что недавно в Москву поступила партия офтальмологических комбайнов Carl Zeiss... Отвечая дипломатично Гудкову, что нам много чего надо, но на что-то денег не хватит, что-то просто никогда не дадут, кто, мол, мы такие. Вижу, первый секретарь напрягся: «Ну, что, например?»

Отвечая, что нужен сейсовский офтальмологический комбайн. Не говоря ни слова, он снимает трубку «вертушки» (телефон правительственной связи — прим. ред.) и звонит Николаю Тимофеевичу Трубилину, на тот момент первому заместителю председателя Совета Министров РСФСР и просит по возможности дать один комбайн курской больнице. Н.Т. Трубилин ответил, что если найдется в резерве хоть один прибор, он будет наш. Вы не поверите, не успел я дойти до своего кабинета (больница в пяти минутах от обкома), звонит помощник Гудкова, говорит, что Н.Т. Трубилин выделил один комбайн нашей больнице, можно ехать в Москву забирать.

— В настоящее время Вы являетесь членом Высшего Совета «Единой России», были депутатом Государственной Думы от этой партии, секретарем Политсовета Курской региональной организации. Как отражается эта политическая, общественная деятельность на работе генерального директора?

— Каждая партия, тем более, парламентская партия — это инструмент общественного контроля. Думаю, что партия «Единая Россия» играет особую роль в жизни нашей страны. Почти во всех регионах у «Единой России» самые крупные фракции и в региональных парламентах, и в местных советах. В Государственной Думе у нашей партии сейчас конституционное большинство — более двух третей депутатов являются членами фракции.

Но доверие избирателей — это и большая ответственность. Отдавая предпочтение нашей партии, избиратели одновременно выражают поддержку Президенту России Владимиру Владимировичу Путину. Для меня «Единая Россия» — это партия реальных дел.

Входя в состав Высшего Совета «Единой России», я стремлюсь к тому, чтобы коллектив МНТК работал

достойно. И делаю для этого все, что от меня зависит. Думаю, что в Высший Совет «Единой России» не избирают за какие-то прошлые заслуги. Надо достойно работать сегодня и сейчас.

— Александр Михайлович, каким Вы видите будущее МНТК? В чем видите свою роль как генерального директора?

— Нередко журналисты называют МНТК «уникальной клиникой». Такие определения являются очень лестными. Но все-таки они не определяют суть нашей работы... ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» хотя уникальное и единственное в своем роде медицинское учреждение, но оно является составной и неотъемлемой частью российской системы здравоохранения.

Задача состоит в том, чтобы все жители России, во всех регионах, могли по месту жительства получить квалифицированную офтальмологическую помощь, соответствующую лучшим мировым стандартам. И совсем не обязательно для получения этой помощи обращаться в МНТК или в другие федеральные медицинские центры. Эффективное лечение пациенты должны получать и в областных, районных больницах, частных медицинских центрах. А федеральным медицинским учреждениям необходимо сконцентрироваться на наиболее тяжелых случаях, на тех пациентах, которым действительно не могут помочь в других клиниках; на разработке новых технологий, основанных на научных исследованиях; на обучении врачей ЛПУ этим технологиям, а также на определении стратегии отечественной офтальмохирургии.

Убежден в том, что МНТК и в будущем будет оставаться одним из флагманов отечественной медицины. Мы всегда готовы делиться своим опытом с врачами и организаторами здравоохранения из всех регионов России.

Каждый человек хочет быть здоровым, реже обращаться к врачам. Но если такая потребность есть, то пациенты должны знать, что в МНТК, во все наши филиалы, они могут прийти со спокойным сердцем, с уверенностью в наилучшем результате лечения. И такое же доверие должно быть ко всем медицинским учреждениям нашей страны.

Что касается роли генерального директора... Сила директора — в его команде. Если есть поддержка коллектива — а я ее ощущаю буквально каждый день! — то с любыми задачами можно справиться.

— У Вас есть жизненный девиз?

— Особого девиза у меня нет. Но есть простое правило: относиться к людям так, как хочешь, чтобы они относились к тебе.

— Александр Михайлович! Этот номер газеты должен выйти в конце августа. Но редакция «Поля зрения» постарается часть тиража выпустить раньше срока и отправить газету в Чебоксарский филиал, где состоится юбилейная всероссийская научно-практическая конференция «Фемтосекундные технологии в офтальмологии», приуроченная к 30-летию Чебоксарского филиала и 90-летию со дня рождения С.Н. Федорова. Что бы Вы пожелали сотрудникам филиала?

— Уверен, что конференция пройдет в творческом, конструктивном ключе. Пользуясь случаем, хочу поздравить сотрудников Чебоксарского филиала с юбилеем, пожелать новых свершений. Коллеги! Сегодня перед вами стоят новые, ответственные задачи. Их эффективное решение напрямую зависит от компетентности, профессионализма, добросовестного отношения к своим обязанностям. Нет сомнений в том, что вы и впредь будете трудиться творчески, с полной отдачей, на благо отечественной офтальмологии. Сердечные поздравления передаю директору Чебоксарского филиала Н.П. Паштаеву по случаю 70-летия со дня рождения. Николай Петрович! Ваш жизненный и профессиональный путь заслуживает самого искреннего уважения. Желаю крепкого здоровья и новых успехов!

Редакция газеты «Поле зрения» и сотрудники издательства «Апрель» присоединяются к поздравлениям!

Беседовала Лариса Тмар



Уважаемые коллеги!

В рамках «X Российского общенационального офтальмологического форума» (РООФ – 2017) компания «МД ВИЖН» — эксклюзивный дистрибьютор японской компании Nidek приглашает Вас

3 октября 2017 года с 11:50 до 12:50
на сателлитный симпозиум, посвященный диагностике и хирургии катаракты.

Адрес проведения: г. Москва, Площадь Европы, д. 2, отель «Рэдиссон САС Славянская», зал «Толстой».

Мы будем очень рады Вас видеть!
www.nidek.ru



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



Постоянное использование

	ХИАО-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота
При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза»; до и после хирургического лечения. Лидер продаж в Германии®. Препарат года с 2007 по 2015 в Германии®.	
До 3-й степени сухости	
	ХИЛОМАКС-КОМОД® 0,2% гиалуроновая кислота
Длительное интенсивное увлажнение. Высокая концентрация и высокая вязкость. При тяжелых формах синдрома «сухого глаза».	
1-4 степень сухости	

Бережный уход и восстановление

	ХИАОЗАР-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота + декспантенол
Увлажнение глаз и заживление повреждений. Дневной уход. Вместо мази в течение дня. При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», способствует заживлению повреждений глазной поверхности.	
До 3-й степени сухости	
	ХИОПАРИН-КОМОД® 0,1% гиалуроновая кислота + гепарин
Увлажнение и восстановление. Уход при раздражении роговицы и конъюнктивы. При легких и умеренных формах синдрома «сухого глаза», включая хроническое воспаление роговицы.	
До 3-й степени сухости	

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

Защита в ночное время

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

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

* ИНСАЙТ ХЕЛС (Май 2014)
** Результаты исследования Федеральной ассоциации фармацевтов Германии (BVA)

Фокус на инновации

Фокус
Матрицы для микрохирургии

Система офтальмологическая хирургическая

Enhancing Visual Acuity (EVA)

- Инновационный дизайн
- Удобрный и простой интерфейс
- Инновационная система:
- VisuFlow Vti (Интеллектуальное распределение потока)
- AIC — Автоматическая компенсация инфузии
- Two Dimensional Cutting — алгоритм TDC (режущий в двух направлениях)

8 (495) 646-72-51

info@focus-mr.ru

www.focus-mr.ru

© 2017 на правах рекламы

Федоровские чтения – 2017

XIV Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция с международным участием

Организаторы: Министерство здравоохранения РФ; Общество офтальмологов России; ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ.

15-16 июня в ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ прошла XIV Всероссийская научно-практическая конференция «Федоровские чтения», приуроченная к 90-летию со дня рождения выдающегося ученого **Святослава Николаевича Федорова**.

> стр. 1

со дня рождения выдающегося российского врача-офтальмолога Святослава Николаевича Федорова, вошедшего в историю как блестящий хирург, выдающийся ученый и талантливый организатор здравоохранения, отличавшийся редким умением найти пути решения самых смелых идей и проектов. Святослав Николаевич основал один из крупнейших научно-исследовательских центров, МНТК «Микрохирургия глаза», существенно повысив доступность для населения высокотехнологичной офтальмологической помощи. Уверена, что конференция позволит проанализировать наследие великого ученого в различных областях офтальмологии, поделиться результатами развития его идей и концепций, собственных достижений в научной и практической деятельности, что, несомненно, станет весомым вкладом в современную офтальмологию. Желая всем участникам и гостям Всероссийской научной конференции с международным участием «Федоровские чтения – 2017» продуктивной работы, здоровья и добра».

Обращаясь к профессору А.М. Чухраёву, профессор В.В. Нероев сказал: «Благодарим Вас за то, что Вы помните наследие великого ученого Святослава Николаевича Федорова и желаем в Вашей дальнейшей повседневной работе удачи, успехов, чтобы у МНТК «Микрохирургия глаза» все получалось, чтобы МНТК, как всегда, оставалась ведущим учреждением и лидером российской офтальмологии».

Директор МНТК «Микрохирургия глаза», профессор А.М. Чухраёв поздравил заместителя директора по научной работе, профессора Б.Э. Малюгина с награждением Медалью им. Бинхорста. В ответном слове Б.Э. Малюгин поблагодарил профессора А.М. Чухраёва и отметил, что «Федоровские чтения» — это «особая конференция, которую мы всегда ждем, любим и стремимся к тому, чтобы к нам приходило много друзей, гостей, которые бы делились с нами своими знаниями, мастерством. Я уверен, что мы еще долгие годы будем встречаться в этих стенах, вспоминать Святослава Николаевича, его вклад в офтальмологию. Самое главное — ежедневно, ежедневно делать свое дело на благо пациентов, на благо отечественной и мировой офтальмологии и тем самым доказывать свою любовь к С.Н. Федорову».

Президент «Фонда содействия и развития новых медицинских технологий им. академика С.Н. Федорова» И.Е. Федорова сказала: «Сегодня начались наши торжества по поводу юбилея С.Н. Федорова. «Федоровские чтения – 2017» — это значимая и запоминающаяся конференция, так как именно сегодня мы начинаем отмечать этот праздник. Святослав Николаевич не с нами, но он живет в наших сердцах, в нашей памяти. Пока мы живы, пока мы помним его, он — живой».



Президиум секции «Исторический вклад в российскую и мировую офтальмологию академика С.Н. Федорова»



Профессор А.М. Чухраёв



Член-корреспондент РАН, профессор В.В. Нероев



И.Е. Федорова



Профессор Б.Э. Малюгин



Профессор М.М. Бикбов (Уфа)



Д.м.н. И.С. Федорова



Профессор Лю Пин (Китай)

Дочь С.Н. Федорова, И.С. Федорова, поприветствовала участников и гостей конференции и отметила, что счастлива видеть своих учителей, которые одновременно являются учениками С.Н. Федорова: «Вы были и остаетесь любимыми учениками моего отца, самыми верными его соратниками и помощниками. Именно в сплоченной команде с вами ему удалось создать

«Империю МНТК», которая продолжает жить и работать сегодня, несмотря на огромные человеческие потери. В этом и ваша огромная заслуга. У моего папы было много хороших друзей среди коллег во всем мире. Их отношения были чистыми, абсолютно ничем не замутненными. Конечно, они были бы среди нас, если бы не их солидный возраст и далекие расстояния».

Профессор М.М. Бикбов, директор Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней, поделился своими воспоминаниями о встрече со С.Н. Федоровым: «В 1986 году, во время проведения одного из первых курсов по кератотомии, мы с моим учеником М.Т. Азнабаевым приехали в Москву. Среди преподавателей были С.Н. Федоров, В.Г. Копаева,

И.С. Федорова. Во время одной из лекций Святослав Николаевич рассказал о своем видении, о своем понимании механизма действия кератотомии. Показывая слайды, он говорил, что при разрезе происходит разрежение количества коллагеновых волокон и роговица «омолаживается», возвращается в исходное состояние, за счет чего происходит коррекция близорукости. Я в тот момент подумал про себя, что механизм довольно понятен: изменяется радиус кривизны. Однако Святослав Николаевич во время лекции был довольно убедителен. Со временем этот эпизод стал забываться. Прошло много лет, я начал заниматься кроссликингом роговицы и увидел, что в результате процедуры кроссликинга происходит уплотнение коллагеновых волокон, то есть искусственное старение роговицы. Тогда я и вспомнил лекции Федорова и подумал, что он обладал гениальным научным предвидением, он по-своему объяснял механизмы действия операции, в этом и заключалась «изюминка». Конечно, Святослав Николаевич был

к ведению пациентов, видеофильмы, лекционный материал и традиционные научные доклады, «живая хирургия».

Научная площадка конференции «Федоровские чтения» всегда открыта для обсуждения самых разных вопросов, для плодотворного взаимодействия и сотрудничества. Отрадно отметить, что оргкомитет конференции внимательно прислушивается к тому, что предлагают участники конференции, и старается включать интересные предложения в программу. Год от года в работе секций происходят и количественные, и качественные изменения: большое внимание уделяется дискуссионным вопросам, интерактивному общению, которое становится скорее нормой, чем исключением.

В этом году опытом с коллегами делились специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Иркутска, Калуги, Волгограда, Ярославля, Екатеринбург,



Профессор В.Г. Копаева

удивительным человеком, он создал систему МНТК, которая работает по мировым стандартам, что вызывает гордость за МНТК и за всю российскую офтальмологию».

Со словами приветствия участникам конференции выступил профессор Харбинского медицинского университета Лю Пин.

Гостей конференции также приветствовал один из пионеров лазерной хирургии Японии — профессор Кодо Окума. На хорошем русском языке японский врач сказал, что гордится тем, что был и остается учеником Святослава Николаевича Федорова. На этом торжественная часть была завершена. Конференция «Федоровские чтения – 2017» объединила широкий круг вопросов современной офтальмологии, а также актуализировала неотъемлемую роль современной диагностики в алгоритме оказания качественной медицинской помощи больным офтальмологическим профилем. Для обсуждения стандартных заболеваний предложено использовать радиальную кератотомию и термомонопластику. Для лечения стандартных заболеваний предложено конвейерную хирургию. За С.Н. Федоровым закреплены авторские права по технологии хирургии глаукомы и катаракты. Огромную роль сыграл С.Н. Федоров



Член-корреспондент РАН, профессор В.В. Нероев, И.Е. Федорова



Профессор В.К. Зуев, профессор В.Д. Захаров



Профессор В.Г. Копаева, профессор А.И. Ивашина

Краснодара, Оренбурга, Уфы, Чебоксар, Челябинска, Кемерово, Китая и Японии. Среди обсуждаемых тем необходимо выделить вопросы ранней диагностики и эффективного мониторинга глаукомы, инновационные технологии в диагностике и лечении этого заболевания. Сессия «Фундаментальные проблемы патологии сетчатки и ретинального пигментного эпителия», безусловно, поможет профильным специалистам идти в ногу со временем, находить ответы на многие вопросы, возникающие в ежедневной клинической работе врача.

На секции «Современные аспекты нейроофтальмологии» были рассмотрены вопросы применения новых методов исследования врожденной и наследственной патологии.

Уже не первый год значительное внимание было уделено обсуждению вопросов перспективного развития методов планирования и управления в системе оказания

офтальмологической помощи с использованием информационных технологий.

Лекционный формат сессии «Воспаления глаза и заболевания глазной поверхности» вызвал огромный интерес у аудитории.

Во время работы видеосимпозиума «Нестандартные клинические случаи в практике катарактального хирурга» слушатели имели возможность задавать вопросы докладчикам и получать исчерпывающие ответы, основанные на практическом опыте экспертов.

На секции «Офтальмотравматология» были рассмотрены вопросы хирургических и консервативного лечения пациентов, а также вопросы реабилитации у больных с травматическими повреждениями органа зрения. Работа секции началась с показа фильма, посвященного памяти профессора Р.А. Гундоровой, а завершилась видеосимпозиумом «Удаление внутриглазных инородных тел». Были

рассмотрены нестандартные подходы в хирургии травмы глаза. В докладах, прозвучавших во время работы секции «Актуальные вопросы детской офтальмохирургии», были освещены наиболее важные аспекты диагностики, лазерного и хирургического лечения воспалительных заболеваний глаз у детей.

В рамках секции «Воспаления глаза: клинические случаи; увективизация» была предусмотрена разнообразная интерактивная деятельность: разбор нестандартных случаев, обсуждение докладов, дискуссия, отработка навыков принятия решений в сложных ситуациях, связанных с увеальными состояниями. Секция офтальмоонкологии была посвящена рассмотрению вопросов, связанных с диагностикой и лечением глазных опухолей у взрослых и детей.

Думаем, что наиболее важным моментом конференции является то, что она позволяет людям из

разных городов и стран знакомиться, налаживать контакты на различных уровнях сотрудничества. Главный итог конференции — возможность создания условий для совместной плодотворной работы профессионалов и достижения ими важных конечных результатов.

О юбилее писать сложно. Как правило, вместо искренних слов на бумагу ложатся общепринятые фразы о «славном пути». Нам очень хотелось сделать отчет о конференции «человеческим», поэтому репортаж мы решили посвятить исключительно выступившим ученикам великого ученого. Они рассказали о роли Святослава Николаевича в становлении и развитии интраокулярной коррекции, эволюции рефракционной хирургии, о федоровском периоде развития кератопластики и кератопротезирования, о роли школы академика Федорова в развитии лазерной рефракционной хирургии в России.

Технология экстракапсулярной экстракции катаракты представляет собой механическую факофрагментацию, для чего в ЭТП, построенном при клинике, создавался специальный хирургический инструмент. Это различия конструкции многоразовые и одноразовые канюли, алмазные ножи с острым лезвием в 1000 ангстрем. Святослав Николаевич сам проводил экспертизу и оценку инструментов. Инструменты аплодировали на операционном столе, и вместе с пациентами он радовался результатам своего труда.

Святослав Николаевич постоянно укреплял свое здоровье, увлекался верховой ездой, любил природу и ходил на охоту.

Но основное свое время он проводил на работе, часто задерживался допоздна. Дружил со многими зарубежными офтальмологами. Активно делился своими идеями с коллегами, совершенно не забывая о том, что эти идеи могут быть просто заимствованы. В клинике была создана атмосфера доброты, взаимного уважения, энтузиазма, желания двигаться к новым научным свершениям. Успевали собираться вместе за праздничным столом и расслабляться.

Получив мировую известность, С.Н. Федоров стал чаще встречаться с политическими деятелями, создал свою политическую Партию самоуправления трудящихся. Встретился с Президентом России Б.Н. Ельциным, демонстрировал ему конвейерную хирургию, дружил с артистами, находил общий язык с рабочими, на равных общался с Папой Римским.

Встреча с Фиделом Кастро в МНТК «Микрохирургия глаза» закончилась подписанием соглашения о передаче

Республике Куба нашей хирургической технологии всего за 700 000 евро. В течение 4 месяцев 47 специалистов МНТК работали на Кубе и делились своим опытом с кубинскими коллегами. Тысячи больных были прооперированы на плавучей клинике в Арабских Эмиратах, Гибралтаре.

Святослав Николаевич избирался народным депутатом СССР, депутатом Государственной Думы РФ. Двухчасовая встреча с Председателем Совета Министров СССР Н.И. Рыжковым 29 декабря 1985 года привела к тому, что через 4 месяца, 24 апреля 1986 года вышло Постановление Совета Министров СССР № 491 о создании МНТК «Микрохирургия глаза».

«Собираясь в свой последний полет, Святослав Николаевич оставил нам огромное состояние: Москва, головная организация, с нее началась «МНТКовия», заработали Чебоксарский, Краснодарский, Санкт-Петербургский, Калужский, Хабаровский, Волгоградский, Новосибирский, Иркутский, Оренбургский и Тамбовский филиалы. В каждом из этих учреждений в среднем работало около 400 сотрудников и производилось порядка 25 тыс. операций в год.

Есть ли секрет успешности этого человека? Конечно, в основе лежат работоспособность, энергетика и стремление вперед. Но существуют и общечеловеческие правила, вот одно из них: «Старайтесь во всех неудачах благодарить обстоятельства, а во всех успехах винить только себя». (Полос С.Н. Федорова: «У меня всегда была «формула счастья»: чтобы тебя любили люди, чтобы они были тебе благодарны. Необходимо каждый день делать что-то новое. Обязательно писать в природу — заниматься ты ли сбором грибов, то ли ловлей рыбы или охотой. И, главное, все это нужно делать, не надеясь на то, что кто-то скажет тебе «спасибо»».)

Давайте благодарим Святослава Николаевича за то огромное наследие, которое он нам оставил, где мы работаем и где будут трудиться наши дети и наши внуки. Спасибо! ■

Жизненный путь академика С.Н. Федорова

Профессор Н.П. Паштаев, директор Чебоксарского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

во внедрении лазерной хирургии, испытывал фемтосекундный лазер в частной клинике в Будапеште. В 1943 году курсант летного училища Святослав Федоров попал в аварию, и ему пришлось ампутировать ступню. Его комиссовали, это было серьезное испытание в судьбе юноши. Надо было определиться с другой профессией. Федоров принял решение поступать в медицинский институт. Активно занимается спортом, тренирует мышцы рук, занимается гирями и плаванием.

В Ростове-на-Дону С.Н. Федоров окончил медицинский институт, ординатуру, защитил кандидатскую диссертацию и уехал в Чебоксары. После долгих экспериментов в 1960 году в Чебоксарах им была выполнена первая в СССР имплантация интраокулярной линзы собственного производства Лены Петровны, девочке 12 лет, с врожденной катарактой. За эту операцию Федоров подвергся серьезной критике со стороны местных офтальмологов и местных органов власти и был вынужден уехать в Архангельск. А девочка начала видеть, окончила школу, институт, стала учительницей, вышла замуж, родила сына и назвала его Святославом.

В Архангельске эксперименты были продолжены, С.Н. Федоров усовершенствовал ИОЛ, и имплантация линз вошла в ежедневную практику. В Архангельске сложился первый коллектив единомышленников, и четыре врача вместе с Федоровым переехали в Москву.

В Москве Федоров был назначен заведующим кафедрой офтальмологии 3-го медицинского института и возглавил Лабораторию клинической и экспериментальной хирургии

глаза на базе больницы № 81. Через некоторое время лаборатория переехала в Институт микрохирургии глаза, а затем — в МНТК «Микрохирургия глаза». А.Д. Семенов, Э.В. Егоров, В.Д. Захаров, С.Н. Багров, Т.Л. Климова, В.К. Зуев, В.Г. Копаева, Н.С. Ярцева, Т.Н. Григорьянц, Г.А. Шилкин составили ядро будущего института. Вскоре в коллектив влились новые члены, но «заводилой» всегда оставался наш неповторимый Святослав Николаевич. Детальной разборе подвергался буквально каждый новый инструмент или щелевая лампа, а модель ИОЛ Федорова-Захарова под названием «Спутник» прошла многочисленные испытания и в течение долгого времени была основной линзой после интракапсулярной экстракции катаракты.

После перехода на экстракапсулярную экстракцию катаракты появились другие модели ИОЛ. Каждая модель проходила жесткие экспериментальные клинические испытания. Как правило, за каждой линзой закреплялся ответственный сотрудник, который вел эту тематику. Так называемая «модель 26» была сконструирована бригадой Э.В. Егоровой и долгое время оставалась основной линзой после экстракапсулярной экстракции катаракты.

Затем стали применяться мягкие интраокулярные линзы различной конструкции, менялись формы линзы. Модель СП-3 «мягкой» конструкции имплантируется после удаления дислоцированного хрусталика, до сегодняшнего дня выпускается и применяется в клинике.

Технология экстракапсулярной экстракции катаракты представляет собой механическую факофрагментацию, для чего в ЭТП, построенном при клинике, создавался специальный хирургический инструмент. Это различия конструкции многоразовые и одноразовые канюли, алмазные ножи с острым лезвием в 1000 ангстрем. Святослав Николаевич сам проводил экспертизу и оценку инструментов. Инструменты аплодировали на операционном столе, и вместе с пациентами он радовался результатам своего труда.

Святослав Николаевич постоянно укреплял свое здоровье, увлекался верховой ездой, любил природу и ходил на охоту.

Но основное свое время он проводил на работе, часто задерживался допоздна. Дружил со многими зарубежными офтальмологами. Активно делился своими идеями с коллегами, совершенно не забывая о том, что эти идеи могут быть просто заимствованы. В клинике была создана атмосфера доброты, взаимного уважения, энтузиазма, желания двигаться к новым научным свершениям. Успевали собираться вместе за праздничным столом и расслабляться.

Получив мировую известность, С.Н. Федоров стал чаще встречаться с политическими деятелями, создал свою политическую Партию самоуправления трудящихся. Встретился с Президентом России Б.Н. Ельциным, демонстрировал ему конвейерную хирургию, дружил с артистами, находил общий язык с рабочими, на равных общался с Папой Римским.

Встреча с Фиделом Кастро в МНТК «Микрохирургия глаза» закончилась подписанием соглашения о передаче

Республике Куба нашей хирургической технологии всего за 700 000 евро. В течение 4 месяцев 47 специалистов МНТК работали на Кубе и делились своим опытом с кубинскими коллегами. Тысячи больных были прооперированы на плавучей клинике в Арабских Эмиратах, Гибралтаре.

Святослав Николаевич избирался народным депутатом СССР, депутатом Государственной Думы РФ. Двухчасовая встреча с Председателем Совета Министров СССР Н.И. Рыжковым 29 декабря 1985 года привела к тому, что через 4 месяца, 24 апреля 1986 года вышло Постановление Совета Министров СССР № 491 о создании МНТК «Микрохирургия глаза».

«Собираясь в свой последний полет, Святослав Николаевич оставил нам огромное состояние: Москва, головная организация, с нее началась «МНТКовия», заработали Чебоксарский, Краснодарский, Санкт-Петербургский, Калужский, Хабаровский, Волгоградский, Новосибирский, Иркутский, Оренбургский и Тамбовский филиалы. В каждом из этих учреждений в среднем работало около 400 сотрудников и производилось порядка 25 тыс. операций в год.

Есть ли секрет успешности этого человека? Конечно, в основе лежат работоспособность, энергетика и стремление вперед. Но существуют и общечеловеческие правила, вот одно из них: «Старайтесь во всех неудачах благодарить обстоятельства, а во всех успехах винить только себя». (Полос С.Н. Федорова: «У меня всегда была «формула счастья»: чтобы тебя любили люди, чтобы они были тебе благодарны. Необходимо каждый день делать что-то новое. Обязательно писать в природу — заниматься ты ли сбором грибов, то ли ловлей рыбы или охотой. И, главное, все это нужно делать, не надеясь на то, что кто-то скажет тебе «спасибо»».)

Давайте благодарим Святослава Николаевича за то огромное наследие, которое он нам оставил, где мы работаем и где будут трудиться наши дети и наши внуки. Спасибо! ■



Роль С.Н. Федорова в становлении и развитии интраокулярной коррекции

Профессор В.Д. Захаров, заведующий отделом витреоретинальной хирургии ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

Первые опыты были проведены на кроликах и прошли без осложнений — пластмасса не вызвала серьезных изменений в глазу. Из воспоминаний С.Н. Федорова: «По вечерам на кухне под микроскопом начали делать первые имплантаты, приделывая к пластмассовым крохам дужки. В 1959 году в Чебоксарах вживили искусственный хрусталик в глаз кролику. Кролик с искусственным хрусталиком и завязанным зоревым глазом быстро кинулся к морковке. Другие прооперированные животные тоже видели отлично». 5 июля 1960 года впервые в СССР С.Н. Федоровым успешно проведена первая имплантация искусственной оптической линзы 12-летней Лене Петровой. Девочке была имплантирована переднекамерная ИОЛ модели Данхейма собственного производства. Линза была изготовлена из полиметилметакрилата и супрамида. Об уникальной операции в местной газете была помещена небольшая заметка о «творческом содружестве молодого ученого и искусного умельца», которая вскоре была перепечатана центральными изданиями. До конца года С.Н. Федоровым было проведено 4 успешных имплантации ИОЛ, но главный офтальмолог СССР В.Н. Архангельский высказал свое отрицательное мнение директору МНИИ ГВ им. Гельмгольца. Правление Всероссийского общества офтальмологов предостерегло коллег от использования искусственных хрусталиков. В результате руководство Чебоксарского филиала МНИИ ГВ им. Гельмгольца запретило Федорову дальнейшие операции с имплантацией ИОЛ.

Однако С.Н. Федорова поддержал очень известный в тот период журналист А.А. Аграновский. Он так описал свое первое впечатление о Федорове: «Это был молодой человек, широкоплечий, энергичный, безупречно одетый, и сразу видно, умница. Лицо его выражало волю и спокойную самоуверенность. С.Н. Федоров поправлялся своим оптимизмом,

независимостью и прямой суждений, запомнилась манера смотреть собеседнику прямо в глаза...»

Огромное значение для Святослава Николаевича имела горячая поддержка со стороны видного офтальмолога, профессора Т.И. Ершовского. Он единственный среди видных офтальмологов поддержал молодого ученого. В письме к С.Н. Федорову профессор Т.И. Ершовский писал: «Считаю, что Вам следует настойчиво продолжить свои исследования с искусственным хрусталиком. За Вами удалось разрешить в условиях Вашего города технологию процесса, преодолеть операцию на животных и человеке. За Вами теперь приоритет, а нам, советским офтальмологам, это важно, так как операция с искусственными линзами до сих пор является монополией Запада...» Тихон Иванович посетовал Федорову расстаться с Чебоксарами и подать заявление в Архангельский медицинский институт, где была вакантная должность заведующего кафедрой глазных болезней. Святослав Николаевич так и поступил и прошел по конкурсу. На первой же лекции он рассказал студентам о проблемах имплантации искусственного хрусталика и пригласил студентов в научный кружок, в котором планировалось заниматься этой тематикой. В кружке собралась довольно дружная сплоченная команда. Мы работали довольно интенсивно, собирались 4 раза в неделю в 5 часов вечера и засиживались часто до 11-ти.

В 1957 году Бинхорст предложил оригинальную модель зрачковой ИОЛ (ирис-клипс-линза), более перспективную по сравнению с линзой Данхейма, которая могла представлять опасность для роговицы. С.Н. Федоров написал письмо в Голландию, в котором рассказывал о своих первых операциях и что в дальнейшем планирует работать именно с ирис-клипс-линзой. Бинхорст ответил очень теплым письмом и прислал в конверте в качестве образца свою линзу, что здорово нам помогло в дальнейшей работе. Мы изготовили пресс-формы, инструменты, станочки и приступили к разработке технологии. Главная сложность заключалась в сверлении каналов для передней петли. Просверлить канал диаметром в 100 мкм в линзе толщиной в 120 мкм было непростой задачей, однако в конце концов мы ее решили и получили линзу, пригодную для введения в глаз. Но первые операции показали, что ввести радужку, особенно без хорошего тонуса в зор между петлями довольно сложно, и я предложил, на мой взгляд, довольно простую идею — развернуть задние петли на 90°. Действительно, имплантировать линзу стало легче, но она потеряла в стабильности, кончики передних петель могли касаться эндотелия роговицы. Тогда у Святослава Николаевича возникла блестящая мысль — сделать опору на 3 точки. Так появилась линза, которая в дальнейшем получила название «Спутник».

В 1964 году С.Н. Федоров предложил проводить операции сидя и начал регулярно использовать бинокулярный микроскоп МБС-1, которым мы пользовались при изготовлении хрусталика. Так было положено начало микрохирургии. Он говорил, что часовых дел мастер никогда не будет стоя ремонтировать часы. Надо сказать, что в то время все хирурги оперировали стоя. Тогда же мной было предложено усовершенствовать операционный стол: над головой больного были сделаны подковообразные столики для упора рук хирурга. Через 10 лет, в 1974 году, я побывал в Филадельфии в знаменитом институте Шайе и с удивлением увидел, что хирурги оперируют

стоя. Я высказал свое восхищение институтом, но заметил, что в положении стоя оперировать нельзя. Большой проблемой оказалась расчет ИОЛ, каждому больному необходимо было подобрать оптическую силу. Решение этой задачи было поручено А.И. Ивашину, которая блестяще с ней справилась. Основная сложность заключалась в определении переднезаднего размера глаза. В литературе описывались два метода: рентгеновский и ультразвуковой. Ультразвуковой аппаратуры у нас не было, и мы работали по рентгеновскому методу, который оказался чрезвычайно сложным, не вполне точным, субъективным и, главное, небезопасным. Но на наше счастье Святослав Николаевич каким-то образом умудрился получить прибор эхо-офтальмографа, который только начали выпускать в Швеции, и задача была решена. Появилась знаменитая формула расчета линзы, появились номограммы, таблицы. В результате количество проделанных операций значительно выросло.

29 апреля 1965 года в газете «Известия» опубликован очерк А.А. Аграновского «Открытые доктора Федорова», где он написал о нашей работе, в результате которой людям возвращается способность видеть. В результате на нас обрушился вал писем со всей страны. В задачу студенческого кружка входило отвечать на все письма, но, к сожалению, почти во всех случаях мы отвечали отказом, т.к. не было возможности прооперировать такое количество пациентов. Возмущенные отказом люди обращались в различные инстанции, в результате чего в Архангельск нагрянула комиссия Минздрава здравоохранения РСФСР, в состав которой входили профессор Р.А. Гундорова и профессор Д.Г. Бушмиц. Комиссия провела тщательную работу: посмотрела кроликов, гистологию, протоколы исследований, истории болезней, больных, которым была сделана операция по имплантации ИОЛ. Была дана положительная оценка, и вышел приказ Минздрава РСФСР о создании научного исследовательской лаборатории искусственного хрусталика.

К этому моменту было проведено 375 имплантаций ИОЛ, С.Н. Федоров опубликовал материалы о результатах операций, в частности, в «Офтальмологическом журнале» и «Вестнике офтальмологии». В Лондоне состоялся офтальмологический симпозиум, куда был приглашен и С.Н. Федоров. Это был чрезвычайно сложный период для метода имплантации ИОЛ, т.к. большинство хирургов, которые этим занимались, вынуждены были от него отказаться из-за большого количества осложнений. Однако Гарольд Ридли, Питер Чойс, Корнелиус Бинхорст, С.Н. Федоров, Бенедито Штрампелли, Эдвард Эпштейн и Джон Багарданец не «сложили оружия», не дезертировали, а продолжали работать. Думаю, по объемам проделанной работы Федоров среди этих докторов занимает первое место.

В 1967 году по приказу министра лабораторию переводят в Москву, где она сначала располагается на базе ГКБ № 50, затем, в 1970-1979 годы — на базе ГКБ № 81. Возможностей по имплантации ИОЛ стало значительно больше. В том же, 1967 году, С.Н. Федоров защитил докторскую диссертацию на тему «Коррекция односторонней афакии интраокулярными линзами». Защита прошла в Казани, научным консультантом выступил профессор Т.И. Ершовский.

16 февраля 1967 года были получены авторское свидетельство на линзу «Спутник» и патенты в 5 странах. На ВДНХ в 1969 году линза «Спутник»

удостоена золотой медали, на Всемирной выставке в Женеве в 1970 году — бронзовой медали, на Всемирной выставке в Братиславе в 1972 году — золотой медали.

В 1968 году был создан Технический отдел, главная задача которого заключалась в изготовлении ИОЛ. В 1975 году отдел был преобразован в Экспериментально-техническое производство, которое возглавил Е.И. Дегтев, который в свое время помог Федорову в Чебоксарах. Евгений Иванович сумел наладить производство хрусталиков в промышленных масштабах. Всего в ЭТП было изготовлено 1 250 000 жестких искусственных хрусталиков, большая часть которых использовалась в головной организации и филиалах МНТК, а также поставлялась в другие клиники страны и за рубеж.

В 1979 году в Научно-исследовательской лаборатории искусственного хрусталика создан Отдел интраокулярной коррекции, который возглавила Э.В. Егорова. Отдел занимался, в частности, применением ИОЛ при травматических катарактах, в детской хирургии. Из этого отдела вышло много прекрасных хирургов и ученых.

Большое внимание Святослав Николаевич уделял мягким линзам, говорил, что за такими линзами — будущее, т.к. их легче имплантировать и они менее травматичны. Самую первую мягкую, гидрогелевую линзу мы сделали еще в Архангельске в 1965 году из материала, который нам прислал академик О. Вихтерли из Чехословакии. В 1973 году опубликована серия работ по силиконовым линзам, их авторами стали Э.В. Егорова, В.Г. Кохреидзе, Г.М. Круглов, И.П. Беннисон, были защищены несколько диссертаций. Очень перспективным материалом оказался сополимер коллагена. Изготовленные линз из этого материала начались под руководством С.Н. Федорова, производство продолжается и на сегодняшний день. Этим линзам посвящены работы М.Р. Омаидзе, И.Э. Юшина, В.В. Агафоновой, В.К. Зуева, Э.Р. Туманян. В 1996 году на свет появились линзы «Флекс» из полиуретанметакрилата, горячим сторонником которых был профессор Д.Ф. Линник.

Несколько слов о фактических линзах. С.Н. Федоров считал, что миопию малой и средней степени можно откорректировать операциями на роговице, но миопию высокой степени — только с помощью ИОЛ. При Святославе Николаевиче было создано несколько моделей, эта работа продолжается по настоящее время под руководством профессора В.К. Зуева и д.м.н. Э.Р. Туманян. Подводя итог, в практическом плане надо отметить, что в настоящее время имплантация ИОЛ стала рядовой операцией, она широко распространена во всем мире. Только в системе МНТК ежегодно проводится около 88 000 операций. Под руководством С.Н. Федорова на эту тему были защищены 32 кандидатские диссертации и 7 докторских, было издано 3 монографии, получено 127 авторских свидетельств и патентов.

Святослав Николаевич был удивительным человеком, он добивался успехов во всех своих начинаниях и пользовался заслуженной славой не только в нашей стране, но и во всем мире. Избирался президентом многих международных научных обществ, награжден престижными премиями. Был председателем Всесоюзного общества офтальмологов и Всероссийского общества офтальмологов. Награжден Золотой Звездой Героя Социалистического Труда, ордена Ленина, Трудового Красного Знамени, Октябрьской Революции, Знак Почета. Он был избран академиком РАМН, членом-корреспондентом АН СССР, членом корреспондентом РАН, избирался депутатом Государственной Думы РФ.

Но своим самым большим достижением С.Н. Федоров считал создание МНТК «Микрохирургия глаза». Мы должны помнить, что все это начиналось с маленькой линзочки, искусственного хрусталика глаза. Спасибо за внимание! ■



Эволюция рефракционной хирургии академика Федорова. Вершины восхождения

Профессор А.И. Ивашина

Уважаемые коллеги! Постоянное преодоление в создании идеальной оптической системы глаза было просто в характере Святослава Николаевича. Его задача заключалась в идеальной роговице, идеальном хрусталике, идеальном фокусе на сетчатке. Он говорил: «Для меня жизнь — это постоянное восхождение. Карабкаешься, падаешь, обдираешь руки в кровь. Но сознание, что впереди вершина и ее непременно надо одолеть, заставляет продолжать путь».

Команда рефракционных хирургов С.Н. Федорова, будучи называемой фамилией Ивашина, Коршунова, Гудечков, Дурнев, Яценко, Евсеева, Аграновский, Кодю Окюма (Япония), Жорж Ган (Венесуэла), Федорова И.С., Мушково, Федченко, Нестеренко, Полуханова, Клявова, Михальченко, Тингаев, Саркизова, Яковлев, Александрова, Ермилова, Наиф Джабер, Карданова, Захаров, Зуев, Медведев, Балашова, Кузнецова, Хаустова, Пантелеев, Першин, Шевченко, Сайфуллин.

Первая вершина — это искусственный хрусталик глаза. Не могу не повториться, потому что главным для Святослава Николаевича было восстановление нормальной оптической системы глаза, а не только ее прозрачности. Поэтому одномоментная экстракция

катаракты, которую ввел Святослав Николаевич, а зарубежные офтальмологи почти всегда имплантационно хрусталика делали вторым этапом или по причине того, что не считывали оптическую силу ИОЛ, ставили ИОЛ стандартной силы или по силе корригирующего афакии стекла. Вместе с нами Святослав Николаевич сделал расчет оптической силы. Несмотря на то что мы 15 лет ждали официальной разрешения имплантации, Федоров сделал эту операцию по-настоящему доступной и массовой.

Мы очень уважали Гарольда Ридли, когда он приехал в Москву на конференцию по интраокулярной коррекции в 1987 году, он страшно удивился тому, что среди офтальмологов Советского Союза он пользовался огромным уважением и известностью. В каждой ординаторской висел его портрет.

Начали мы работу с интраокулярными линзами с модели 1 с перпендикулярным положением дужек (Альбина Ивановна демонстрирует слайд с изображением глаза с имплантированной более 50 лет назад ИОЛ модели 1. Роговица прозрачна, отсутствует эндотелиально-эпителиальная дистрофия, несмотря на травматическую катаракту).

Большой популярностью пользовалась заднекамерная линза Т-26. Она фиксировалась в капсульном мешке, в цилиарной борозде, на частично сохраненной капсуле.

Вторая вершина восхождения — хирургия близорукости. Это — миопический кератомилез, который мы начали делать в 1969 году, а до 2000 года было сделано 707 операций; радиальная кератотомия (1974-2000) — 601 753 операции; афакичная ИОЛ (1986-2000) — 3905;

удаление прозрачного хрусталика (1986-2000) — 3366; склеропластика (1992-2000) — 366 970; коллаgenoпластика (1992-2000) — 3780; ФРК (1990-2000) — 45 116; ЛАЗИК; фемтосекундный ЛАЗИК (1999-000) — 47. Святослав Николаевич успел поработать с фемтосекундным лазером. По данным Линдстрема, к 1990 году количество рефракционных операций достигло 1 миллиона.

Близорукость — это рефракция, не свойственная человеческому глазу, отметили все ученые, которые этим занимались. Много офтальмологических проблем было связано именно с осложненной близорукостью. Кроме того, зависимость от очков и контактных линз Святослав Николаевич считал рабством. Миопическим кератомилезом мы начали заниматься в клинике в 1969 году, и благодаря В.Д. Захарову, который отказался от замораживания иссеченного лоскута роговицы (в отличие от Барракера), мы корригировали миопию до 24 дптр.

Радиальная кератотомия (А.И. Ивашина демонстрирует снимок РК 1978 года из доклада С.Н. Федорова). Роговица в центре действительно уплощается прямо на операционном столе. Мы начинали оперировать осколком бритвенного лезвия и пришли, наконец, к протрапеоме набору инструментов, созданному в ЭТП. Экспериментально-техническое производство ставилось тем, что производило прекрасные инструменты, алмазные лезвия, которые мы точили лучше, чем это делали англичане. Математика радиальной кератотомии была уникальной, потому что каждый пациент получал план операции, который мы отмечали прямо на глазу.

Третья вершина восхождения — хирургия гиперметропии. Инфракрасная кератопластика (ТКК), с 1986 по 2000 годы было сделано около 31 590 операций; гиперфакция (афакичная ИОЛ) (1991-2000) — 623; гиперартифакция (УПХ+ИОЛ)

оболочки. Широко вскрытие роговицы, больше трансплантаты позволили создать новое направление в глазной хирургии — восстановительно-реконструктивная хирургия глаза. Это означает возможность на основе широкого вскрытия глазного яблока выполнять удаление синехий в передней камере, удалять инородные тела, проводить репозицию зрачка, пластику радужки, одновременно удалять катаракту и имплантировать искусственный хрусталик, при необходимости выполнять переднюю витректомию. Это, действительно, новая страница в кератопластике, и эту страницу открыл Святослав Николаевич Федоров.

При обширной патологии роговой оболочки и других отделов глаза было показано, что роговица очень долгое время может оставаться прозрачной и выполнять свою функцию. Наш опыт пересадки роговой оболочки опроверг долго существовавшее представление о том, что трансплантат не может оставаться прозрачным, если он полностью окружен мутной роговой оболочкой. Было доказано, что трансплантат может существовать в полном «мутном» окружении. Субтотальное иссечение роговицы при фистулах, когда радужка полностью приросла к роговой оболочке, дает возможность реконструкции передней камеры глаза и всего переднего отдела глаза, удаления всего инфицированного в роговой оболочке, профилактики новых перфораций, это — соединение лечебного, оптического и косметического эффекта.

Семейно-наследственные дистрофии роговицы — особая статья среди прочих видов поражения роговой оболочки. В России эта патология встречается значительно более редко, чем в других европейских странах. Впервые нами было отмечено, что семейно-наследственная дистрофия роговицы — единственный вид патологии, при которой роговая оболочка хорошо приживается, но прозрачность сохраняется 6-10 лет, затем приходится повторять операцию,

Кроме того, несвертываемость технологии кератопластики могло стать тормозом к продвижению технологии имплантации ИОЛ. Первой задачей, которую он нам поручил, было определить, сколько времени необходимо консервировать роговицу по методу Филатова — 1 сутки или 6 суток, как говорили ученики Филатова. Что собой представлял метод Филатова? Пациент лежит на койке, а глаз донора лежит на полке холодильника в ожидании, когда появится необходимое количество биостимуляторов. Перед Святославом Николаевичем стоял вопрос: сколько времени нужно консервировать роговицу.

Мы довольно долго занимались этой проблемой с ведущими офтальмологами СССР, и результаты исследований показали, что лучшими свойствами обладает роговица в течение первых 12 часов после смерти донора. При этом положительные свойства метода В.П. Филатова следует использовать в течение первых суток только для доставки роговицы в операционную или в глазной банк для консервации.

На протяжении более 20 лет кератопластика проводилась с использованием неконсервированной донорской роговой оболочки. Для реципиента, безусловно, лучшим материалом является именно неконсервированная донорская роговица. Но вследствие различных организационных моментов и пациенту, и клинике крайне неудобно было только спустя много лет. Его интересовало одно из осложнений имплантации искусственного хрусталика, а именно: эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы, которая делала пациента практически

(1991-2000) — 863; кератомилез гиперметроп. (1994-2000) — 987; лазерная кератопластика: контактная (1998-2000) — 220; бесконтактная (1992-2000) — 720; ФРК (1997-2000) — 39; ЛАЗИК гиперметроп. (1996-2000) — 729. Всего: 35 771 операция.

Виды энергетического воздействия на роговицу, писал С.Н. Федоров в 1983 году, могут быть разные: механическое (РК); лазерное; инфракрасное тепловое; рентгеновское; радиочастотное. Главное — результат.

Инфракрасная кератопластика. С 1986 года по 2000 году было сделано свыше 31 000 операций, со средним эффектом около 4 дптр.

Гиперметропический астигматизм мы исправляли детям с очень хорошими результатами. Мы сделали 220 операции лазерной контактной кератопластики. Эти операции были внедрены в педиатрическую практику профессором А.Н. Сергиенко.

Гиперфакция проводилась в институте с 1991 года. В институте была накоплена потрясающая база данных, которая позволила выбрать метод в зависимости от индивидуальных параметров глаза.

Гиперартифакция позволяла корригировать от 5 до 20 дптр; применялись ИОЛ от 24 до 46 дптр. Отдаленные результаты метода — уникальные.

Таким образом, рефракционная хирургия гиперметропии показала свою эффективность, за эти годы было проделано более 1 миллиона операций при миопии и более 35 тыс. операций при гиперметропии.

В заключение хочу выразить восторг тем, что С.Н. Федоров находился в американском офтальмологическом Зале Славы, куда помещены портреты самых величайших офтальмологов XX столетия, основателя современной офтальмологии. Наряду с Барракером, Шепенсом, Бинхорстом, Док-Эдлером, фон Грефе, Гольдманом, Ридли, Гельмгольцем, Чойсом, Келманом, Махемором — наш Святослав Николаевич Федоров. ■

Федоровский период развития кератопластики

Профессор В.Г. Копаева



Уважаемые коллеги! Федоровский период развития кератопластики очень трудно уложить в короткий доклад. Впервые идея пересадки роговой оболочки была высказана и апробирована в эксперименте немецким врачом Гимли еще в 1813 году, но только через 100 лет удалось получить прозрачное приживление трансплантата диаметром 2-3 мм и большей частью только в эксперименте.

С именем Владимира Петровича Филатова связано широкое клиническое применение кератопластики во всем мире. Он создал технические приемы операции, инструменты, экспериментальный институт в Одессе. Я бы хотела обратить ваше внимание на то, что уже в 1937-1938 годах он сумел инициировать Постановление Совета народных комиссаров СССР о свободном изъятии глаз трупов для целей кератопластики, при этом предварительного согласия самого донора и его родственников не требовалось.

Как сегодня обстоит дело с забором донорского глаза, есть ли прогресс или регресс? Если обратиться к американским и европейским конгрессам, сегодня пропагандируется изыскать донорское согласие после смерти отдать свой глаз и стать донором, и ведущие специалисты подают в этом пример.



так как роговица приобретает помутнения. У меня есть три пациента, которым более 45 лет, я 4 раза делала пересадки роговицы, каждый раз успешно и каждый раз на короткий промежуток времени.

Самой трудной статьёй для сквозной пересадки роговой оболочки являются ожоги, отечная дистрофия роговицы, обильная неоваскуляризация. Если в иных случаях достаточно только четко выполнить пересадку роговой оболочки, а затем, как говорил Святослав Николаевич, «не мешать заживлению» (он считал, что капли и мази не могут исправить плохо выполненную операцию), то при ожогах хорошо выполненная операция не является достаточным условием. В этом случае существует высокая вероятность «конфликта» между донором и реципиентом, по этому требуется стероидная терапия.

Не могу не сказать о том, что в первые годы (3-5 лет), когда мы только начали выполнять эти операции, мы не ощущали этой проблемы и не понимали, что ожоги — трудная тема. В чем секрет? Думаю в том, что в 70-е, начале 80-х годов было много пациентов с большими сроками между ожогами и операциями: 20-30 и даже 40 лет после ожога. Были такие пациенты, которые

пациент от Федорова с искусственным хрусталиком, прошло 8-10 месяцев, а преципитаты на задней поверхности роговицы все еще сохраняются. Уважаемый главный офтальмолог СССР, не пора ли удалять глазное яблоко, чтобы избежать симпатической офтальмии?» Почему так думали врачи? Преципитаты не были воспалительными и не угрожали симпатической офтальмией, но мы об этом не знали, потому что до Федорова никто не трогал радужную оболочку с внутренней стороны. Ее стали трогать федоровские хрусталики своими опорными дужками. И в процессе расширения и сужения зрачка дужка «счесывали» пигмент с задней поверхности радужной оболочки, и этот пигмент долгое время не смылся с роговицы и пугал врачей, хотя отрицательного значения эти наложения не имели.

Эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы несла большую угрозу, и возможность пересадки роговой оболочки большого диаметра для Святослава Николаевича представляла собой не только возможность реабилитировать данного пациента, но и возможность реабилитировать всю технологию имплантации искусственных хрусталиков. Оказалось, что прозрачное приживление роговицы — это еще не все. Главной причиной низкой остроты зрения после сквозной кератопластики при прозрачном приживлении трансплантата был неправильный принцип профилактики астигматизма в сквозном трансплантате.

Прежде всего, это правильное выкраивание трансплантата, точное совмещение меридианов с такими же точками в ложе роговицы реципиента. Круг должен быть разделен на 4 равные части, и равномерная адаптация трансплантата непрерывным швом. Мы отдаем предпочтение именно непрерывному шву, потому что в процессе суточного колебания ВГД в раннем послеоперационном периоде непрерывный шов обеспечивает некую «адаптацию» трансплантата, но только в том случае, если он был правильно позиционирован по четырем точкам в процессе операции. В противоположность этому узловые швы прочно фиксируют неверную позицию, которую хирург задает во время операции. Разметка в четырех точках позволяет именно правильно совместить два главных взаимоперпендикулярных меридиана.

Сегодня фирма Ruxex выпускает разметчик для обеспечения правильной позиции трансплантата при пересадке роговой оболочки. Должна сказать, что категорически нельзя пришивать трансплантат «на глазок». Врач должен помнить, что роговица — это не только запятка в глазу, это — оптическая линза, и обращаться с ней надо так, как полагается обращаться

с оптикой. В диссертации доктора Н.А. Юдовой было убедительно показано, что когда врач на операционном столе позиционирует трансплантат с помощью разметки правильно, после снятия обвивного шва через год астигматизм пропадает, а если есть — не больше 1 дптр.

Результаты исследований в области кератопластики в федоровский период были представлены в 3 докторских диссертациях (В.Г. Копаева, С.А. Борзенко, С.Б. Измайлова) и 19 кандидатских диссертациях (Б.Э. Малюгин, Ю.В. Андреев, А.А. Верзин, Д.Ю. Майчук, Е.В. Ковшун, Ю.А. Комах, Н.И. Сухарева, Е.В. Кротова, Н.Г. Сургуладзе, С.Л. Лейкина, Н.А. Юдова, Т.Ч. Чинь, А.В. Плещкова, М. Текари, В.В. Чуприн, Н.В. Вандич). Кандидатская диссертация Б.Э. Малюгина была посвящена коррекции послеоперационного астигматизма, так как это является одной из важнейших возможностей иметь высокое зрение.

Должна сказать, что все те достижения, о которых мы сегодня говорим, имели широкое практическое применение не только в нашей стране, но и за рубежом. Невероятными усилиями Святослава Николаевича был инициирован приказ МЗ СССР № 241 (1981 г.) об усовершенствовании зарубежных специалистов в области передовых технологий школы С.Н. Федорова на основе коммерческого лицензионного контракта. Почти все пункты этого приказа противоречили устоям, существовавшим в СССР. Моя трудовая книжка на протяжении четверти века лежала в отделе кадров Московского медицинского стоматологического института, где был факультет усовершенствования врачей, потому что в НИИ усовершенствование врачей с выдачей диплома государственного образца не разрешалось. Данный приказ разрешал платное обучение для врачей из капиталистических стран и отечественные доктора обучались бесплатно. Более того, этим же приказом разрешалось использовать полученную валюту для нужд института. Был создан первый WetLab, который был постоянно работающим на протяжении всего периода существования института. В одном из кабинетов располагался аппарат для разных фирм. Некоторым фирмам это не совсем нравилось, но институт была возложена функция совместного научно-методического центра, которому поручалось не только обучение, но и контроль за внедрением микрохирургии, переводого опыта школы С.Н. Федорова в СССР.

Микрохирургия с трудом входила в жизнь, нелегко осваивались новые технологии, но только не в клинике Федорова. Святослав Николаевич в своей операционной убрал потолочную лампу, убрал напольный осветитель, и — микрохирургия внедрена. В те годы очень серьезные ученые без малейшей доли иронии говорили, что у Святослава Николаевича нет ноги, вот пусть он и оперирует сидя с микроскопом, «а на ноги крепкие, мы будем работать стоя».

Работа по осуществлению контроля за внедрением микрохирургии была приурочена к выездной сессии Всероссийского общества офтальмологов, которое также рассматривало эти вопросы на своих заседаниях. Коллективы федоровских клиник, как в России, так и за рубежом, равно как и бригада врачей плавучей клиники, проходили обучение перед началом работы.

Несколько слов о филиалах. Когда строились филиалы в промышленных городах России, в это время «строилась» команда каждого филиала. К моменту окончания строительства филиала была готова и команда врачей.

В 1982 году в Москву приехала первая большая группа американских врачей осваивать наши методики. Среди них был Альберт Ньоман, директор института во Флориде. Он изучал все наши методики и все внедрял в практику. Более того, он организовал обучение по нашим методикам для врачей Америки и Европы, потому что в контракте в первые годы отсутствовал пункт, который бы запрещал передачу информации третьим лицам. Первую лекцию американским врачам Святослав Николаевич читал в лифтовом холле главного корпуса, потому что конференц-зал еще не был построен, в 1984 году лекции читались уже в этом зале. На обучение приезжали как большие группы из Египта, Италии, Франции, других стран, приезжали и немногочисленные группы, состоящие из ведущих специалистов своих стран, как, например, граф Кухенбук из Бразилии, профессор Хикмет Асеттин из Турции. Святослав Николаевич не только читал лекции, но и участвовал в проведении практических занятий. После окончания учебы и возвращения домой иностранные доктора внедряли новые технологии в своих клиниках, и в этом им помогали наши специалисты. В частности, в США существовало правило: прежде чем входить в операционную, было необходимо сделать 10 операций на кроликах. Кубинский лидер Фидель Кастро лично контролировал процесс обучения своих врачей.

Федоровские технологии лучше любых политиков объединяли людей, Америку и Европу. Святослав Николаевич любил повторять: «Всегда вперед и оптимизмом». Эти слова Федорова, этот послыя я отдалю аудиториям.

мне помогли коллеги из МНТК, которым я бесконечно благодарен: А.Д. Семенов, А.И. Ивашина, Надежда Коршунова. Святослав Николаевич, в отличие от многих великих, любил людей не вообще, глобально, а каждого отдельно, проявляя интерес к человеку вне зависимости от его статуса. Он как магнит притягивал к себе людей талантливых, нестандартных, которые и составляли ближайший круг профессора Федорова. Их вы только что видели на экране в фильме и некоторых — на столе президиума. О клиниках писали газеты, мной написаны книги для врачей и больных. Профессор Федоров учил, что каждый имеет право выбирать свой путь в медицине. После РК я выбрал экспериментальные системы, систему «Профиль», и этому выбору я верен до сих пор. Система «Профиль» разрабатывалась и создавалась в МНТК. Профессор Федоров увлекался техникой и следил за всеми техническими достижениями. «Профиль 400» проработал в Токио, «Профиль 500» — в Осаке. Каковы задачи системы «Профиль»? Обеспечить каждому больному комфортное зрение. «Профиль» дает широкий пучок, который создает мультифокальность из-за разницы

Николаевич. С тех пор началось наше сотрудничество с МНТК. Федоров и врачи из МНТК неоднократно приезжали в Японию, оказывали нам поддержку и помощь. Благодаря Святославу Николаевичу и врачам из МНТК нам удалось выжить в борьбе с производителями очков и контактными линзами и консервативном Обществе глазных врачей Японии. Угроза исключения из Общества заставляла многих японских хирургов отказываться от работы в моей клинике. В борьбе за существование мы вынуждены были менять названия клиники и переезжать с места на место.

Сейчас Dr. Kodo Okuyama Eye Clinic находится в Токио. Тогда же довольно изменился мой статус — я стал офтальмологом, в чем

распределения энергии на роговице. В результате ФРК при близорукости -10 дптр, если будет проведено повторное вмешательство, можно добиться 100% остроты зрения в 84% случаев.

В стронении роговицы важно знать, где находится 10-микронная бесструктурная боуенова мембрана, т.к. мы предполагаем, что она играет важную роль при ЛАЗИК. Раньше считалось, что после механического воздействия боуенова мембрана не восстанавливается, и ее роль была не ясна. При ЛАЗИК на тонкой роговице боуенова мембрана находится, как правило, в крышке, и миоипозия не возникает. При ЛАЗИК на нормальной и толстой роговице часть боуеновой мембраны остается на основной части роговицы, в результате — возникает миоипозия. Проблема ЛАЗИК в том, что невозможно определить, где находится боуенова мембрана. Профессор Г.Ф. Калачина и доктор А.А. Харизов еще в 1997 году установили, что боуенова мембрана восстанавливается

в течение 6 месяцев после фотохимического воздействия эксимерным лазером. По моей гипотезе, восстанавливаясь боуенова мембрана вызывает необходимую миоипозию, которая снижает аккомодационную нагрузку, проявляющуюся особенно сильно при монофокальной и мелкофокусной линзе, а также



Кератопротезирование в МНТК: от прошлого до наших дней

Профессор В.К. Зуев

и лечения осложнений. Докторская диссертация Зинаиды Ивановны касалась именно этой тематики.

Многочисленные работы, относящиеся к сквозному кератопротезированию роговицы, и анализ существующих моделей давали основание полагать, что идеальный кератопротеза на тот момент не существовало. Моделей было много: типа «запонка», кератопротезы Сагдона, «болт-гайка» и др., но герметичность эти устройства обеспечить не могли. Они держались за счет толщины роговицы. Через спланированный разрез вводилась гайка и завинчивалась. Такая грубая конструкция не могла обеспечить продолжительное использование.

Как-то я пришел к Святославу Николаевичу и говорю, что основная проблема заключается в том, что одномоментно проводится расщепление роговицы (бельма) и сквозная перфорация верхней и нижней пластинок, после чего проводилось зашивание. На мой взгляд, это было совершенно неправильный подход, который не мог обеспечить длительное пребывание протеза в ожоговом бельме. Операция должна проводиться в два этапа. Святослав Николаевич в свою очередь предложил делать пластинку без оптического цилиндра. Оптический цилиндр, по нашему мнению, должен ввинчиваться через два месяца, на втором этапе операции, после того как пластинка плотно срастется. Этот метод предполагал наличие очень тонкой втулки, изготовить которую представлялось довольно трудным делом. Святослав Николаевич при мне позвонил Володе Киселеву, и тот пообещал сделать нужную втулку. Так в 1972 году у нас появилась «Кератопротез Федорова-Зуева».

Он производился в ЭТП МГ. Было проведено более 1700 имплантаций, и кератопротез показал наилучшую эффективность у пациентов с тяжелыми послеожоговыми бельмами по сравнению с имеющимися КРго. Его галтическая часть была сделана из титана, имела размеры — 8х5 мм, толщину — 0,09 мм, вес — 24 мг; два отверстия — 1,5х4,3 мм; площадь — 0,09 мм, вес — 24 мг; проводившиеся исследования, как за рубежом, так и в нашей стране (В.Я. Бедило, С.Н. Федоров, Н.Ф. Пучковская), вселяли оптимизм в плане возможности совершенствования протеза. Основными направлениями развития кератопротезирования в МНТК были: изыскания биологически инертных материалов; совершенствование моделей кератопротезов; разработка способов крепления; разработка мер профилактики

способствует снятию синдрома «сухого глаза». Роль боуеновой мембраны при использовании фемтосекундного лазера, с моей точки зрения, еще недостаточно изучена. А теперь — немного статистики. По данным «Евротаймс» за декабрь 2016 года, в США за 2007 год сделано 3 800 000 операций ЛАЗИК,



С Тихоном Ивановичем Ерошевским, Краснодар, 1963 г.

С Гарольдом Ридли в Москве, 1987 г.

а за последние 5 лет — всего 600 000. В Америке каждый год привлекается 1 200 000 кандидатов на операцию, но только 12% оперируется. Кроме того, ежегодно 3 000 000 человек из-за синдрома «сухого глаза» отказываются от контактных линз, но только 10% идут на операцию, хотя среди оперированных

95% пациентов довольны результатом. По данным японской газеты «Санкэй Симбу», в 2010 году в стране проведено 450 000 операций ЛАЗИК, в 2014 году — только 50 000, при этом значительно выросли продажи контактных линз. По сведениям японских клиник, в среднем 90% оперированных пациентов довольны результатами операций, однако, по данным Министерства по контролю за качеством продукции, только 55% пациентов довольны результатами. При этом Министерство рекомендует «проявлять осторожность», т.е. не оперироваться.

Количество пациентов в моей клинике также значительно уменьшилось — на 90%, но пока я еще держусь на плаву. Может быть благодаря той маленькой толике бойцовских качеств, которые я перенял от Святослава Николаевича.

Память об этом светлом человеке всегда в моем сердце. Верю, что дело всей его жизни будет продолжено как в России, так и в Японии. Спасибо за внимание! ■

факичных линз. Сначала слушатели сидели нога на ногу, переговаривались: «Ну что эта молоденькая, симпатичная доктор может нам сказать нового?» Затем было видно, как их внимание переключается на доклад. Аллодисментов, правда, не было, но после выступления нас окружили несколькими кольцами офтальмологи. Президент фирмы Star был готов купить нашу технологию. Но презентов не было, и сделка не состоялась, однако позже технология была запатентована.

Вот такое дружеское, уважительное отношение со стороны американских врачей завоевал Святослав Николаевич. Его знали и почитали все.

Спасибо за внимание! ■

Отчет о работе секции «Исторический вклад в российскую и мировую офтальмологию основателя МНТК «Микрохирургия глаза» академика С.Н. Федорова» подготовили Сергей Тумар

Редакция газеты «Поле зрения» искренне благодарит Ирэн Ефимовну Федорову за предоставленные фотографии С.Н. Федорова

Репортаж подготовили Лариса Тумар и Сергей Тумар

Фото с конференции Сергея Тумара



РОГОВИЦА II
КЕРАТОТОПОГРАФИЯ
И АБЕРРОМЕТРИЯ

ФГБОУ ВО «Московский государственный академический научно-образовательный университет им. А.И. Ефодомова» Минздрава России & Глазной центр Восток-Прозрение

WWW.VOSTOK-PROZRENIE.RU
WWW.XENTEK.RU

• 3 февраля
2018

• ОБУЧАЮЩИЕ ЛЕКЦИИ
• ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
• ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ ВИДЫ КОРРЕКЦИИ

Зрячесть

Галина Шергова, журналист



страницах данной книги, серьезнее и глубже, чем могла бы сделать я, дилетант, человек со стороны. Мне хочется думать и говорить о сущности этой «штучной» натуры.

Я сказала, ему было тесно в ответственных, положенных рамках. Видимо, поэтому он так ненавидел любые формы оков. Полагаю, оттого и случился, осуществился странный для многих рывок из медицины в политику. Знаю, шептались тогда по газетным и околостольным задворкам: «Все ему мало, честолюбие заедает». Нет. Мало для кого порыв этот, рывок этот был столь органичен, столь самой натурой его продиктован. Он первым в нашем обществе «освобожденного труда» произнес: «Рабство, раб, рабский труд». Не о жертвах рисуемого пропагандой капитализма. О нас, нас самих!

Как в сознании советских поколений слово «раб» означалось? Наивным фанатизмом комсомолки в красной косынке, выводящей на ликбезовской доске: «Мы не рабы. Рабы не мы». Да еще наивной яростью Спартака, заманувшего гладиаторским мечом на самовлюбленное величие Рима. И вдруг мы, наша покорная подвластность государству! Может, снова риторика, а то и тщеславие политика-новобранца? Нет. Заговорил-то Федоров об этом до перестроечных вольностей. В те времена и слушать-то такое страшно было. Я, во всяком случае, опасливо вздрагивала. А позднее поняла: рабство самый страшный застенек человеческого духа, достоинства, порыва. Замурованность. Оковы личности. А Федоров ненавидел огражденность, предписанность предела. Так кому же,



как не ему, ощутить злые запреты рабства? И обрушиться на них не только во всеулышное, а, что не менее важно, говоря с самим собой, как на исповеди.

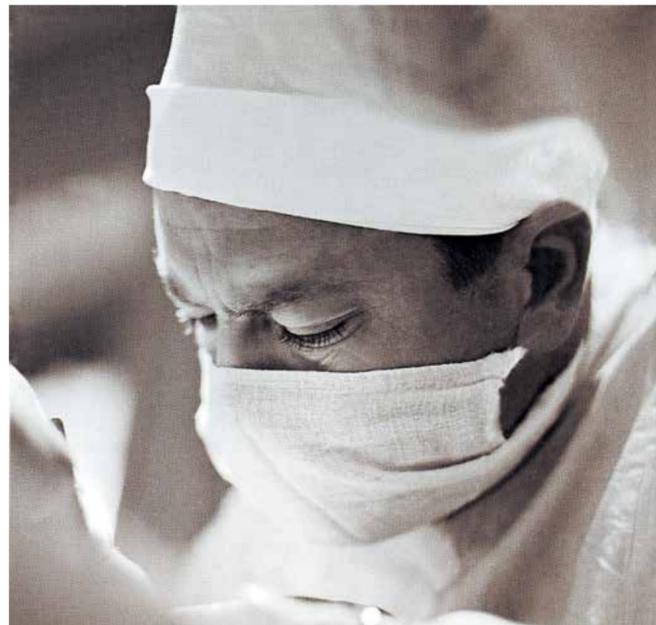
Помню, доходило до смешного. Лежу на операционном столе. Профессор Федоров «чинит» мне глаза. И в течение часа, пока длится операция, произносит страстную речь на тему: «Как сделать человека хозяином собственного труда». Время от времени его речь перебивается указаниями ассистентам о скальпеле или о каком-то другом инструменте. Лежу смиренно, но начинаю заводиться: какого черта задумал он приглашать в операционную политических оппонентов, чтобы и здесь взбираться на трибуну, вместо того чтобы думать только о моем ущербном глазе? Чье идейное противостояние предположительно моего здоровья? Хотелось бы взглянуть на них. И вот операция закончена, открываю здоровый глаз. Смотрю. Никого, кроме бригады. Это мне, распростертой и беспомощной, адресовал он весь пыл аргументов, испепеляющих его со вчерашнего дня, когда мы начали разговор в его рабочем кабинете.

Поражаешься, сколько страстей и порывов заключала в себе его неумная натура. Во всем: в профессии, в политике, в любви. Мало на моей памяти примеров, когда почти тридцатилетнее супружество не стало бы в лучшем случае дружеским единением. В браке Славы и Ирэн бал правила страсть, влюбленность, какие обычно отмечают только начало. В последний отпуск Федоровых мы вместе отдыхали на Кипре. Начав дальний заплыть, обнаружила Славу на «соседней» волне. Спросила: «А где Ирэнша?» Он мгновенно отыскал ее взглядом в далеком многолюдье пляжа: «Вон она, белоснежка». И такая нежность скользнула по лицу, на котором привычнее означался фанатизм идеи.

Сейчас, написав «фанатизм», я подумала, что вообще-то для меня это понятие нелюбимое, даже враждебное. В одном из своих сочинений я зачислила это понятие в разряд смертных грехов, потому что это всегда слепота, закрытость для принятия, понимания чужой аргументации. Да, слепота. Но как же Федоров и слепота? Игра словами на поверхности: «слепота», «офтальмология»... И тем не менее не избегаю ее, суть противостояния слепоты и зрячести в самой натуре Федорова. Но фанатизм его — это обреченная идея, замыслу, начинанию, а не тупое отрицание чьих-то аргументов.

И еще. Выше я сказала о любви, особой любви Федорова. Наверное, именно присутствие Ирэн в жизни Славы, ее мягкость, доброта, свет, исходящий от этой женщины, и смягчали, одушевляли федоровскую непреклонность, не давая ей стать упрямой непрекаемостью. С ней, Ирэн, он не мог лукавить. А не лукавить с близким человеком — это больше, чем не лукавить с самим собой. Они были отражены друг в друге. Как в системе параллельных зеркал, когда изображение уходит в бесконечность. Значит, и сегодня, глядя в глаза Ирэн, мы будем видеть Славу. Он зрим для нас. И не дай Бог ослепнуть нашим чувствам, нашей верности рыцарю зрячести. ■

«...Слава был одержим. Мыслью, задачей, идеей, претворением замысла. Таким помню его в давние времена...»



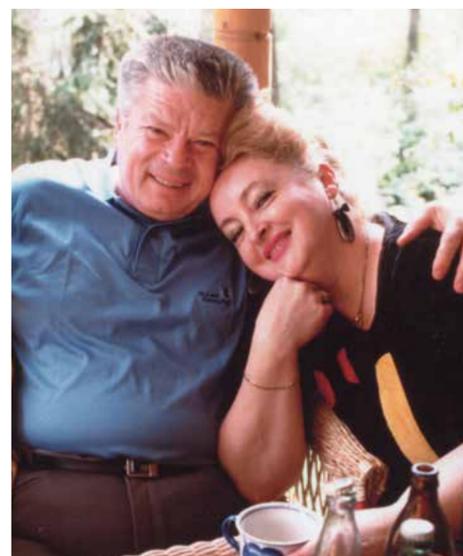
> стр. 1

Но и раньше, когда трудовой энтузиазм был особенно в чести, воплощенная одержимость, как главный вектор реального человека, встречалась отнюдь не на каждом шагу.

А Слава был одержим. Мыслью, задачей, идеей, претворением замысла. Таким помню его в давние времена, когда Анатолий Аграновский написал о фантастических опытах безвестного офтальмолога. Таким он остался, став повелителем своей врачующей империи. Менялся только масштаб, размах. Не страстей, а географических и административных категорий.

Мне нет нужды расписывать достоинства, значение его профессиональных и организаторских достижений. Коллеги Святослава Николаевича делают это — в том числе и на

«Все дела у него получались больше, азартнее, необузданней, чем положено человеку, который просто существует».



«Для заурядного человека такие понятия, как «бытие», «существование», «жизнь» — тождественны. Для незаурядного каждое из этих слов имеет свое наполнение».

«Они были отражены друг в друге. Как в системе параллельных зеркал, когда изображение уходит в бесконечность...»

Краткий миг добра

Александр Яковлев, академик РАН



«Может быть сотни вариантов, способных лишить человека жизни. Но чтобы они сломали жизнь — это нужно позволить... Однажды простить подлость. Однажды спастись. Однажды отступить. Однажды промолчать. Дальше пойдет ценная реакция... Вот тогда, считайте, жизнь будет по-настоящему полновата».

С. Федоров, 1962 г.

Он возвращал людям зрение, физическое зрение и стремился открыть глаза людям духовно, помочь им найти свой путь в жизни, свое личное определение смысла жизни.

Он был с неумным характером. Увлекался всем. Писал, творил свою жизнь, как поэт. Метался, мучился, но всегда делал это с улыбкой, повторяя настойчиво, что человек сотворен делать добро.

Конечно, он был прагматик. Прагматик в том плане, что всегда исповедовал идею здравого человеческого смысла. И здесь он

был глубоко убежденным романтиком, который не сводил человеческую деятельность к механическому исполнению неких функций, он во всем видел творчество. Ибо не раз говорил: плоды человеческого труда и интеллекта — главное, к чему призван человек в его секундах жизни на этой Земле.

Добрый человек. Гостеприимный, милосердный. Действительно, великий человек настоящего и уникальный человек будущего. И нет ему равных в его жажде к созидательной жизни, к творению счастья. ■

«И нет ему равных в его жажде к созидательной жизни, к творению счастья».

Звездная судьба

Александр Коновалов, академик РАН, директор Института нейрохирургии им. Бурденко

Дружба со Святославом Николаевичем Федоровым досталась мне по наследству от моего друга и учителя, знаменитого московского нейрохирурга Э. Канделя.

Как-то после коротких зимних каникул, проведенных в Домбае, загорелые и счастливые, я и Инна вернулись в Москву и тут же получили приглашение на ужин к Эдуарду Израилевичу Канделю. Там должен был присутствовать и известный швейцарский нейрохирург с супругой. «Жду также Славу Федорова», — сказал по телефону Кандель. — Тебе будет интересно с ним познакомиться».

Действительно, интерес к этой встрече у меня был большой. О Федорове тогда ходило много легенд, он находился в zenите своей славы. Много я слышал от своих знакомых о его удивительных операциях. В памяти почти не осталось следов от встречи со швейцарским коллегой, но впечатления о встрече со Святославом Федоровым было необычайно ярким и буквально врезалось в сознание. Надо сказать, что впечатление, которое он произвел, было довольно неожиданным и скорее неблагоприятным. Удивил его внешний облик, как мне показалось, эпатажная манера держаться. Поразила массивная золотая цепь на шее и четки, которые он постоянно перебирал в руках. Позже я понял, что в его одежде и манере поведения на самом деле не было никакого вызова, просто он не обращал на это внимания и всегда одевался, как ему нравилось. Всегда делал то, что считал нужным, не заботясь о том, какое впечатление он может произвести.

Мы стали дружить, но, к сожалению, наши встречи не были особенно частыми. Однако каждая — особенная. О трех из них мне хотелось бы коротко рассказать.

Из-за двухсторонней катаракты стала быстро терять зрение моя мать, которой было тогда за 80 лет, — обычная история. Понадобилась операция. Что выбрать: ограничиться традиционным удалением поврежденных полупрозрачных хрусталиков и постоянно пользоваться очень сильными и потому малоудобными очками или решиться на новую по тем временам операцию — имплантацию искусственных хрусталиков, пионером

которой в нашей стране был Федоров. Помню, как знакомые окулисты — весьма многочисленные в моем окружении — дружно отговаривали от последнего, убеждая, что для старого человека это опасно, есть угроза весьма серьезных осложнений.

Выбор был трудным. Потому решил сам поехать в институт к Святославу Николаевичу и познакомиться с тем, как проводят операции при катаракте. Сначала мне показали фильм о технике операции. Затем, стоя за спиной Федорова, я следил, как быстро и умело он удаляет поврежденный хрусталик и вставляет вместо него новый, пластмассовый, который миниатюрными крючками надежно фиксируется в нужном месте. Со временем не осталось. И уже через неделю я вновь стоял за спиной Федорова и с волнением следил, как он точно и уверенно заменил хрусталик у моей мамы. Во время операции Святослав Николаевич мне все объяснял, почему и где накладывается именно такой шов, какие ножи они применяют, насколько тонка заточка хирургических лезвий, — этакая микролекция. Спустя некоторое время он провел матери операцию и на втором глазу. Зрение вернулось, наконец-то стали не нужны очки, которые мама постоянно забывала в разных местах и искала.

Эмоциональная сторона этой, теперь вполне обычной, истории — чувства благодарности и восхищения были столь велики, что навсегда определили мое отношение к Святославу Николаевичу.

Следующий яркий эпизод, о котором хочется вспомнить, — посещение семейной церкви Суворовых в селе Рождествено.

На территории, отданной в аренду институту микрохирургии глаза, на берегу Икшинского водохранилища, стояла старинная заброшенная церквушка. Когда-то она принадлежала отцу Суворова. Много таких заброшенных, покосившихся, обезглавленных церквей в Подмосковье. Комок подступает к горлу, когда видишь полуразрушенные храмы, бывшие в свое время украшением России. Этой церкви «повезло», она оказалась на земле, преобразовать которую стало мечтой и целью жизни Святослава Николаевича.



«Этой церкви «повезло», она оказалась на земле, преобразовать которую стало мечтой и целью жизни Святослава Николаевича».

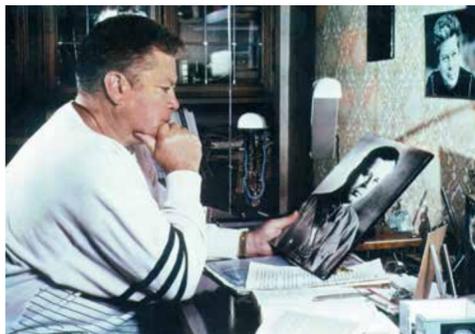
Впервые я увидел церковь в Рождествено, когда она уже была отреставрирована и к ней вернулась ее первозданная красота и величие. Вновь засверкали золотым блеском купола. Этот храм и прилегающий к ней уголок земли — одно из самых красивых, самых поэтичных мест Подмосковья. Высокий берег с видом на водохранилище, рядом небольшая пруд со склонившимися к нему ивами. Ощущение нечистоты и умиротворения. Возрожденная церковь одиноко стояла на холме. Чарующая красота ландшафта и храма рождали желание возвращаться сюда вновь и вновь.

Святослав Николаевич не только вернул жизнь старому храму, но и определил место, где сам должен обрести вечный покой. По его желанию он был похоронен у стен церкви, возродившейся благодаря его воле и энергии.

Протасово — место, где мы чаще всего встречались со Славою и Ирэн. Мы с радостью приезжали туда, тем более что и наша

дача находилась неподалеку. Часто Святослав Николаевич, совершая очередные облеты окрестностей на вертолете, пролетал и над нашим домом. Заслышав знакомый шум мотора, мы с женой спешили в сад. Вертолет зависал над верхушками берез, почти касаясь их. Из кабины появлялась рука Федорова, так он приветствовал нас. Несколько раз вертолет приземлялся вблизи дачи на небольшом футбольном поле, чем вызывал большой интерес у жителей поселка.

Один из таких прилетов особенно отчетливо врезался в память. Под рев винтов, поднимая тучи осенней листвы, вертолет приземлился посередине поля. Сразу же набежала толпа соседней детворы, которая с восторгом и радостью окружила машину, все слушала, как сам Федоров и браво пилот рассказывали об особой конструкции винтов, устройстве и маневренности крылатой машины. На этот раз в Протасове я летел вместе со Святославом Николаевичем. Он за штурвалом. Управлять вертолетом



Портрет отца

было для него не меньшим счастьем — а может, и большим, — чем мчаться на любимом коне или мотоцикле.

Федоров был рискованным пилотом. Я понял это сразу, когда очутился рядом с ним в кабине. Он закладывал виражи, от которых захватывало дух. Вертолет пронесся над вершинами деревьев, почти касаясь их. В прогалах между родами Святослав Николаевич бросал машину вниз так, что становилось страшно от быстро приближавшейся земли, покрытой не по-осеннему яркой травой. Я много раз вспоминал об этом полете уже после трагической гибели Святослава Николаевича на этом же вертолете.

О Федорове написано много и будет сказано еще больше. Знакомство с ним никогда не оставило равнодушным. Много раз я старался разобраться в своем отношении к Федорову, пытаюсь осознать, что же было наиболее притягательным в его личности.

Пожалуй, наиболее ярким было чувство удивления и восхищения. Святослав Николаевич любил делиться своими планами. Он всегда был устремлен вперед. То, чего он достиг, его уже мало интересовало. Он был полностью сосредоточен на новых идеях. Многие из этих планов в первые годы казались мне чистой фантазией. Вот он рассказывает о специальном корабле, оснащенном всем необходимым, чтобы лечить больных с поражением зрения в разных странах. План настолько грандиозен, что в него трудно

поверить. Проходит несколько месяцев, и я узнаю, что уже тысячи больных прооперированы сотрудниками института на борту специально оборудованного теплохода. Такими же невероятными казались идеи Федорова о хирургическом конвейере — знаменитой «Ромашке», о летающей тарелке с обустроенной в ней операционной. Однако все они превратились в жизнь (и летающая тарелка — это не голый вымысел, а реальный летательный аппарат, созданный нашей авиационной промышленностью). Я перестал удивляться необычным фантазиям Федорова. Но чувство восхищения осталось.

Поражало, с какой естественной простотой воплощались в жизнь его самые дерзкие проекты. Со стороны все казалось простым логичным и внешне несложным. Но у меня никогда не было желания очертя голову повторить то, что было сделано Святославом Николаевичем. Например, в рамках нашего института нейрохирурги пытаются воспроизвести систему операций, созданную в институте «Микрохирургия глаза». Я отдавал себе отчет, что все, что создается Федоровым, в первую очередь реализуется и существует лишь благодаря его исключительной энергии и энтузиазму. Повторить подобное очень трудно и, скорее всего, невозможно. Кроме неударимой целеустремленности и энергии, Святослав Николаевич обладал удивительной интуицией и умением

«Федоров из удивительной породы первопроходцев, которыми славилось наше Отечество... Они без страха и сомнения шли на край земли, полагаясь только на свои силы».

до тонкостей просчитывать ситуацию. Он, несомненно, имел дар аналитика, умел выстраивать все на много шагов вперед. Наверно, не случайно, что шахматы были любимой игрой Федорова. За год до его гибели мы отдыхали вместе на Кипре. Привычным было видеть Святослава Николаевича в тени пальм с шахматной доской и сборником шахматных этюдов с описанием наиболее ярких партий знаменитых гроссмейстеров.

Все созданное Святославом Николаевичем Федоровым, и в первую очередь институт «Микрохирургия глаза», поселок Славин, построенный его стараниями в Протасове, где расположились великолепные конюшни, гостиница, спортивный дворец, существовало и развивалось благодаря его неукротимой энергии. Теперь, когда его не стало, меня мучает мысль, что это огромное наследие, лишенное создательного содержания, в силу законов энтропии может постепенно распадаться, незаметно слившись с безликим, серым окружением.

Из качеств, которые поражали в Святославе Николаевиче, я выделил бы такие: его удивительную естественность, отсутствие какой-либо позы. Первое впечатление о нем оказалось ошибочным. Ему было абсолютно чуждо желание привлечь к себе внимание. Он никогда не оглядывался на посторонних, не старался подлаживаться под окружение, а порой и наоборот — неординарным поведением стремился эпатировать общество.

Можно было бы предположить, что у человека, вынужденного ходить на протезе, есть комплекс неполноценности, обратной стороной которого, как известно, является желание самоутвердиться. Удивительно, как Святослав Николаевич относился к своему физическому дефекту! Он вел себя так, будто его вообще не существовало. Не стеснялся на пляже обнажить свою культю, старался ни в чем не уступать людям без физических дефектов. На зависть им, здоровым и тренированным, он прекрасно плавал, неутомимо скакал на лошади, управлял вертолетом, никак не подчеркивая, что все это ему дается ценой постоянных тяжелых усилий.

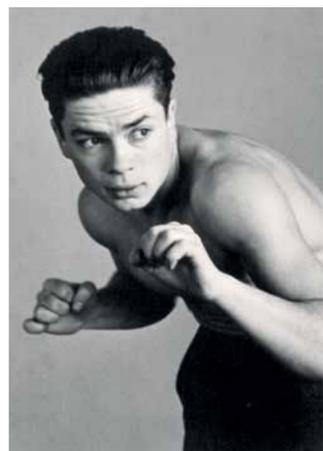
Федоров из удивительной породы первопроходцев, которыми славилось наше Отечество. В нем было так много от покорителей безбрежных просторов России — Ермака, Атласова, Хабарова, которые без страха и сомнения шли на край земли, полагаясь только на свои силы. От наших великих летчиков и космонавтов — Чкалова, Гагарина и его последователей, с которыми он был дружен. Его всегда влекло вдаль, ввысь, в неизведанное. Прирожденный лидер, в любой, самой сложной ситуации бравший ответственность на себя. Но это не было лидерство фаталиста, Святослав Николаевич всегда очень тщательно просчитывал ситуацию и контролировал ее. Рационализм, умение предвидеть счастье сочетались в нем с удивительной интуицией.

Трагическая гибель Святослава Николаевича потрясла всех. Много было и остается версий катастрофы, оборвавшей его жизнь. Может, правы те, которые допускают возможность террористического акта. Эта версия кажется вполне вероятной, если учесть кампанию запугивания и гонения, которая развернулась вокруг него незадолго до гибели.

К сожалению, я материалист, не верю ни в загробную жизнь, ни в существование какой-либо сверхъестественной силы или Божьей воли. Тем не менее считаю, что катастрофа, оборвавшая жизнь Святослава Николаевича Федорова, — это судьба. Не могу допустить, чтобы человек с такой необычной биографией, устремленный ввысь, к звездам, мог погибнуть как простой смертный, от старости, от болезни, что он мог уйти из жизни слабым и беспомощным. Это могло произойти и происходит с каждым из нас, только не со Святославом Федоровым. Ему была уготовлена звездная судьба. ■



«Человек, потерявший ногу в юности, доказал себе и всем, что можно стать выдающимся спортсменом, плавать на десятки километров, танцевать... и получать наслаждение!»



пристрастия были достаточно разнообразными, но неопределенными. Потому приходит на ум строчка а-ля Пастернак: «Во всем хотел дойти до самой сути».

Я все более и более увлеклся общением с Федоровым и по-прежнему не торопился встретиться с ним как с врачом. Известие о его трагической гибели свалилось на меня внезапно и так зловеще обыденно, что я сразу даже не поверил в это. Жизнь еще раз заставила меня убедиться в непреложной истине: смерть глупа. А внезапная — особенно. На экранах телевизоров замелькали кадры. Несколькими раз я с болью видел почерневшую от горя супругу Святослава Николаевича — Ирэн.

«Сомневаюсь, что наша земля родит в ближайшее время личность федоровских масштабов и мечтаний...»

Как бы желая наверстать то, что было уже безвозвратно потеряно, через месяц после его гибели оказался в поселке Славин. То, что я увидел и почувствовал там, существование дополнило мое представление о человеке Святославе Федорове. Это был настоящий русский гигант. Для людей такого склада особенно характерна мечтательность. При всей своей энергичности, деловитости, тысяче обязанностей Федоров был типично русским мечтателем-утопистом.

Может, скажете, мистика, но то, что других не шло дальше кухонных интеллигентских разговоров, у Федорова становилось реальностью, обрастало плотью. Поселок Славин — образец того, какой бы могла стать русская сельская жизнь, если бы власти умели, а народ хотел. Или наоборот. Славин напоминает маленький германский городок, волшебным образом перенесенный на среднерусскую возвышенность. Все здесь строилось по федоровскому плану. Все удивительно логично: сочетание воды —

ее там много, целое водохранилище, — разновысокой земли и точное использование ландшафта для отдыха и труда людей. С Германской поселок роднит и то, что на улицах — их всего две — встречные взрослые и дети здороваются с незнакомыми, приветливо улыбаясь.

Я слышал об увлечении Святослава Николаевича лошадьми, да и сам я тоже неравнодушен к этим удивительным животным. Меня поразила особенность — по-другому и не скажешь — дешенной конюшни: чистота, порядок, даже специфический для таких мест запах неназойлив. Лошадки, а их очень много, ухожены, выезжены. Мне показалось, что и они уже знают о гибели хозяина, а потому тоже грустят. И так по-особому, тактично, как это умеют делать только животные. Здесь были и личные лошади Святослава Николаевича, на которых он любил скакать. Основательные экземпляры. Потом я узнал, что, бывало, Святослав Николаевич падал во время выездки, да так сильно, что с трудом приходил в себя.

И уж совсем жуткое ощущение возникло, когда мы с женой гуляли по асфальтированной дорожке со странной разметкой. Я спросил у местных, что это такое. Они удивились: «Как, вы не знаете? Это полосу приземления для вертолета Федорова». Рядом радарная башня, система наведения, ангар для вертолета. Мне вдруг стало страшно, как будто ночью один идешь по кладбищу. Мелькнула мысль, что это теперь никому и никогда не понадобится, но жить будет долго, как руины Помпеи. И праздных туристов будут просвещать: вот летал, торопился и долетался... А я все думал: «Ведь он во всем хотел дойти до самой сути».

Под впечатлением от увиденного, я стал читать написанное самим Федоровым. Постепенно передо мной возник образ человека, которого могу сравнить только со знаменитым американцем. Его в России одно время обожали, а потом, как водится, увлечение прошло. Я имею в виду великого писателя Джека Лондона. Между прочим, Федоров чем-то был на него похож даже внешне. Да еще та же жажда приключений, острых ощущений, беспрерывного риска и...

«При всей своей энергичности, деловитости, тысяче обязанностей Федоров был типично русским мечтателем-утопистом».



Филармоническая дружба

Анатолий Агамиров, журналист

О Святославе Федорове я услышал на рубеже 70-80-х годов. Еще с юных лет я, уввы, страдая тяжелой формой глазного заболевания, которое трудно поддается лечению, несмотря на широкие возможности современной медицины. По иронии судьбы болезнь обнаружилась довольно поздно, да и лечился я не слишком активно, так как был неправильно ориентирован тогдашними «глазными» знаменитостями. «У вас с глазами нехорошо», — говорил мне очередной эскулап. Далее следовал вопрос: «А вы к Федорову обращались? Он, говорят, Аллу Пугачеву от слепоты вылечил». И я, скептически относясь к любым врачам, кроме, пожалуй, зубных, решил для себя: если с глазами станет уж совсем худо, пойду к Федорову. И...

В Большом зале Московской консерватории идет концерт оркестра под управлением Павла Когана. Я сижу в ложе на своем обычном месте, которое до меня занимал Иван Семенович Козловский. Вдруг в антракте ко мне подходит дама и говорит: «Анатолий Суменович, позвольте представиться, я — Ирэн Федорова, жена Святослава Николаевича. Мы часто слушаем «Эхо Москвы», и должна сказать, что и мой муж, и я ваши большие поклонники». А дальше, почти как в «Евгении Онегине»: «Я на себя взяла смелость...» Позже в антракте мы познакомились уже по всем правилам этикета.

После второго отделения в банкетном зале я впервые увидел самого Федорова. Наконец-то я встретился с человеком, которого, не скрою, открыто побаивался,

хотя и возлагал на него последние надежды. Демократично и просто он сам подошел ко мне, улыбнулся, протянул руку и сказал, что давно хотел познакомиться. Я сказал что-то подобающее случаю, и мы углубились в обсуждение ранней симфонии Шостаковича, которую в этот вечер дирижер Павел Коган вызвал из небытия. Ее большевикский пафос двадцатых годов отпугивал и исполнителей, и филармонию. Да и сам Шостакович, по-моему, ее стеснялся. Что-то Федоров в этой музыке услышал такое, что его заинтересовало. Поскольку он совершенно не владел музыкальной терминологией, разговаривать было трудно. Но я уже попал под обаяние этой незаурядной личности. В разговоре я заметил, что случайно забытых произведений не бывает — вся мировая практика об этом свидетельствует, а исключения, как обычно, лишь подтверждают правило. Федоров разразился столь яркой и интересной тирадой — причем совершенно не музыкальной — о случайностях и закономерностях, что я понял: передо мной не только выдающийся врач, но и незаурядный мыслитель. Вот, например, одно из его рассуждений: «Теория «перевёрнутой бочки» действует не только на показах моды. Она торжествует во всем: в искусстве, в политике, в философии. Любому человеку свойственно возвращаться к, казалось бы, забытой им истине и, стараясь от нее, двигаться вперед».

А далее Федоров перешел к теме, которой я боялся больше всего: «Мне о вас много говорили. Я бы хотел посмотреть ваши глаза.

Может быть, мы что-нибудь вместе придумаем». Тенильная постановка вопроса! Что я могу придумать вместе с Федоровым? Я пустился в длинные «оправдательные» предложения: мол, он моя последняя надежда и если и его операция не поможет, то как же быть дальше... Федоров прокомментировал мою речь так: «Ох уж эта мне интеллигенция. Ее неверие ее же и погубит». Я очень не люблю, когда нападают на интеллигенцию, хотя прекрасно осознаю, что сам носитель всех ее российских комплексов. Но от всей фигуры Федорова, даже от непокорного ежика его волос, веяло таким спокойствием и уверенностью в том, что безвыходных положений нет, что я принял его укоры. Ведь если упорно работать над тем, что тебе нужно, чего ты хочешь, тогда результат пусть не абсолютный, но будет достигнут.

Шли месяцы. Мы стали чаще встречаться в консерватории. И каждый раз после длительных разговоров о музыке он спрашивал: «Ну что, мне самому за вами приехать?» «Да-да», — смущаясь, отвечал я. «Скорее всего это будет в ближайший четверг. Только позвоните накануне», — прошил он. И однажды я, наконец, решился. Освободил очередной четверг от всех дел... но Федоров уехал в этот день в Венгрию...

Последняя наша личная встреча состоялась в эстонском посольстве. Там проходил джазовый концерт. Эстонские музыканты играли американские мелодии по-новому, нестандартно, и бы даже сказал, авангардно. И популярные пьесы Гершвина, Берлина,

Керна звучали современно, но воспринимались не всегда легко. Меня поразила пылкость Святослава Николаевича, с которой он пытался проникнуть в специфику музыкального процесса: превращение музыки из простой и популярной в очень сложную, с прихотливым ходом нотной мысли. Меня все это забавляло с чисто профессиональной точки зрения. А Святослав Николаевич хотел понять то, что было ему недоступно из-за отсутствия специальных музыкально-теоретических знаний. И я понял, что, поговори мы с ним часа два на эту тему, он взял бы и этот барьер.

Федоров умел так выстроить разговор, что заставлял тебя рассказать буквально все, что ты знал, и даже то, что и сам-то ты еще не осознал окончательно. Ему все было интересно. Потом уже я понял, что психологический портрет собеседника был для него очень важен. Его интересовала личность как таковая. И он позвал ее, задавая самые неожиданные вопросы. Там же, в эстонском посольстве, он сказал, что хотел бы проводить у себя в институте регулярные тематические концерты по абонементам: «Сотрудники, конечно, скажут, что это мой очередной вольонтаризм, что я заставляю их приобщаться к тому, что им совершенно не нужно. Но, возможно, потом некоторые из них вспомнят и эту мою придурь с благодарностью». Часто, увлекаясь собственными идеями, Святослав Николаевич, буквально влюблялся в них и искренне удивлялся, обнаружив, что другие его влюбленности не разделяют. В музыке, насколько я понял, его

выдающимся спортсменом, плавать на десятки километров, танцевать, жонглировать гириями и получать наслаждение! Но какая же громадная сила воли понадобилась для обретения всего этого. Меня всегда смущало желание Святослава Николаевича стать президентом России. Но, читая его статьи, я понял, что это не было самоцелью. Он просто хотел через выборную кампанию привлечь общественное внимание, собрать его в фокус для демонстрации собственных идей. Какая-то странная смесь донкихотства и уверенного прагматизма. И все это Святослав Николаевич облекал в романтическую и даже театральную форму, ибо лошади, вертолет, увлечение музыкой, живопись — своеобразный театр Федорова. Его драматургия, его пьесы были сродни произведениям тех гениев, чью рукопись положишь на rampу, а она сама играет.

...Но Господь судил иначе. Во многих делах Федорова — недосказанность. Но его порыв, его буквально прометеевские усилия сделать нашу серую, скудную жизнь лучше были и, надеюсь, будут осязательными. Я не разделяю идей народоуверия, так как признаю только одну власть — Божью. У народа, среди которого мы живем, среди которого жил Федоров, с Богом собственные отношения. Ослепленные печальным историческим опытом и отсутствием идей, которые помогли бы тот опыт осмыслить и дать простор для строительства новой дороги. Вот где был нужен Великий Прораб Святослав Федоров с его романтической верой в благоразумные усилия народа и всеобщую справедливость.

Сомневаюсь, что наша земля родит в ближайшее время личность Федоровских масштабов и мечтаний. Именно он показал нам неограниченные возможности человека в работе, в мечтах, в творчестве, в любви, во многом, что мне лично дорого. Пока есть время, надо восторгаться и ценить любовь к женщине, ласку ребенка, доверчивость животного, собственные сказки. Даже если они не всегда сбываются. Таким в моей памяти останется Святослав Федоров.

А пока по-прежнему хожу на концерты. Слушаю музыку. Говорю и пишу о ней. Но дилетантских вопросов Святослава Николаевича мне теперь ужасно не хватает. ■

Будь погода нелетной...

Чингиз Айтматов, писатель

И опять повторяю свое и опять убеждаю себя: будь погода нелетной... Эта недосказанная и на первый взгляд мало что значащая фраза пребывает в душе моей как выкрик вослед тому роковому событию, потрясшему всех нас летом 2000 года. Вот с такой горечью думается мне всякий раз, вспоминая Святослава Федорова, погибшего при вертолетной катастрофе на полете к Москве из Тамбова.

В таких случаях для скорбящих остается только одно: как бы ни было тяжело, рано или поздно неизбежно примирение с утратой, ибо другого исхода быть не может, что совершенно понятно. И однако же как бы вопреки действительности, вопреки столь очевидному факту бывают, оказываются, неучитываемые, несмирившиеся апелляции к уже совершившейся судьбе. Апелляции к тому, что уже необратимо, но могло быть иначе, что совершенно неопровержимо и неумолимо, но все могло бы быть иначе, стоило только быть чуть иной ситуацией... И в этом смысле я продолжаю утверждать, что для меня было доподлинно известно, поскольку волею обстоятельств, а вернее, благодаря нашей давнишней дружбе со Славой, со Святославом Николаевичем, я оказался в тот день в гостях на даче Федоровых и поэтому могу свидетельствовать, что были метеорологические авиасводки с прогнозом на следующее утро, которые заблаговременно и неоднократно уточнял в моем присутствии Федоров по телефону, ибо готовился вылететь на служебном вертолете. Так вот, прогнозы предсказывали назавтра нелетные условия, надвигался некий мощный циклон, дело-то было в самых последних числах мая, с 30 на 31, и в этом случае, если бы погода выдалась нелетной, как ожидалось, Федоров собирался отправиться в путь на автомашине. Стало быть, и возврат его из Тамбова проходил бы также на автомашине и, понятное дело, это само собой исключало воздушную катастрофу на вертолете. Вот, собственно, и вся суть той дежурной транспортной



С писателем Чингизом Айтматовым

ситуации, если не предполагать, теперь уже задним числом, что фатальный исход передвижения в этот раз был предопределен.

Да, все обернулось иначе. Такова оказалась участь Федорова и его спутников по полету. И лишь после этой страшной трагедии я вдруг поймал себя на мысли, что весь тот день нашего общения, начавшегося, как всегда, со встречи в знаменитом федоровском кабинете, с последующей поездкой загород, в поселок Славино со всеми посещениями местных достопримечательностей этого современного дачного поселения нового типа, обустроенного по федоровскому проекту и благодаря его организаторскому и общинному энтузиазму. Так вот, весь этот день оказался прощальным днем друзей. Навсегда прощальным. И как теперь я понимаю, то были часы со своими истинно мистическими предвестиями тому, чему предстояло быть и что-таки свершилось. И опять же познаешь это затем... И теперь я пытаюсь постичь, припоминая, переживая, и удивляюсь тому, что Федоров в тот день был, если можно так выразиться, как актер в заключительной сцене, на волне откровений. Я всегда любил и ценил его за открытость, за ясность и глубокую энергичность мысли, но в этот раз он был вдохновенен и открыт, как никогда. И больше всего меня удивило, когда при выходе из местной церкви, об истории реставрации которой Святослав Николаевич рассказывал так много существенного, интересного, он вдруг приостановил меня и указал на огороженный металлической решеткой участок с краем прищипанного кладбища и сказал вдруг с извисяющей улыбкой: «Вот, посмотри, здесь наше семейное место, вот здесь мы будем погребены — я и Ирина». Что и подтвердилось роковым образом ровно через три дня. О своей реакции на такое редкое шокирующее заявление я скажу попозже, но сам он был в тот час в прекрасном настроении, мудр, и счастлив, и в чем-то ироничен, что особенно чувствовалось — полон надежд на будущие действия. «Ну, вот отправлюсь в Тамбов — там у нас свой офтальмологический центр, региональный, а потом разные зарубежные поездки и тоже... только поспевай...» В наши-то годы! Какую силу духа надо было иметь, поспевать, внедрять всякие «ноу-хау»? Ради потенциала людских очей...



«Таких людей современникам посылает судьба... он был инвестирован нам свыше для примера и содействия в повседневной жизни нашей...»

Уверен, он был наготове новых действий, он вынашивал не совсем постижимые для меня свои идеи, открытия, и, насколько я улавливал, его великий опыт великого исцелителя (исцелителя научно-технологического, а не мифического, чему так подвержены наши человеческие пристрастия) достиг того научного прозрения, когда он был, возможно, на пороге очередного научного открытия. И я даже подумал: вот человек всегда обновляющейся стремительной идеи! Неустанный Федоров! Сколько им было сделано для блага зрения людского на земле, сколько его современников сохранили и уберегли через федоровские микрохирургии глаза то, что есть первейшая жизненная ценность в мировосприятии всей

действительности в контексте от песчинки до космических бесконечностей, восприятия в реальности «сейчас и здесь», ежесекундно, всегда и всюду, на каждом шагу, при каждом движении от рождения до смерти. Что может быть столь ценно в нашем земном бытии, как наше зрение, что, разумеется, не подлежит даже размышлению, но те, кто были на грани слепоты, — и вновь свет в глазах, благодаря федоровским микрохирургическим исцелениям — им не может быть меры благодарности, в этом смысле сопоставимыми, измеримыми разве что только с божественными чудотворениями, с деяниями свыше. И здесь я несколько не преувеличиваю значимости такого типа восприятия, и, чтобы на мгновение убедиться в этом, стоит представить себе, закрыв на минуту глаза, что вокруг только непроглядная тьма и что свету никогда не бывает, как тут же каждый может сказать себе, насколько удалится от него окружающий мир и какие тяготы беспросветности лягут на плечи его сознания.

Святослав Федоров был сугубо материалистически мыслящий ученый, не потчующий себя разного рода религиозно-идеалистическими специями дуализма, но весь фокус в том, что именно в таком качестве строго научного мышления и с вытекающими отсюда аналитически доказуемыми действиями он был ниспослан нам судьбой в инвестиции свыше. Да, он был нам инвестирован (теперь это модное слово повсюду в ходу), но кем, когда и как, судить не берусь. Полагаю, что свыше... Это моя точка зрения. (И тут зрение!) Его интеллект был инструментом воплощения на практике идеи всепривышающей мечты, всякий раз для каждого персональной и в целом всеобщей, а потому мечты вечности — мечты исцеления недугов, ибо это есть базовое начало жизни. И тут надо отдать должное — в этом аспекте Святослав Николаевич Федоров был гениальной личностью эпохи глобализации, ибо его технология конвейерно-последовательного оперирования, а точнее говоря, радикальная микрохирургия глаза являлась его открытием в контексте глобализации мировой медицины XX века. И это по большому счету!

А в повседневном бытии, кстати, он был настолько общительным и дружелюбным, настолько своимским, свободным, с полуслова понимающим тебя, что подчас забывалось, что имеешь дело с человеком выдающимся, исключительным, обладавшим таким первостепенными достижениями в медицинской науке и практике, и не только, а в политике насущной, а во всех наших делах общественных. Это же был стратегически мыслящий современник наш! Но и при этом, при всей его открытости и общительности федоровская аура крупного мыслителя и энергичного деятеля всегда ощущалась в нем, ибо размышления его отличались и убедительностью, и прагматичностью в деталях, касалось ли это, повторяю, текущих политических событий, истории ли, философии ли, с Федоровым всегда было интересно и значимо.

Вот и в этот раз, в часы последней нашей встречи, теперь уже навсегда прощальной, гуляя по дачным улочкам Славино, что протянулись по откосам здешних лесистых всхолмленностей вдоль Беломорканала от Москвы-реки, разговаривая обо всем, что занимало нас в тот час, я попытался узнать мнение «глазника» Федорова по одному извечному и, пожалуй, всех на земле исторически касающемуся вопросу, о чем давно собирался его спросить, да все не удавалось, чтобы уместно было затрагивать эту тему и по времени, и по месту.

— Слушай, Слава, давно собираюсь по-распрострить тебя, узнать твое мнение вот о чем... насчет того...

— Ну-ну, что-то загадочное? Гляжу на тебя...

— Да нет, хотя вопрос очень даже не простой и давнишний-давнишний... Что ты думаешь об исцелениях Иисусом Христом многих людей болезней? И самое главное, согласно евангелическим свидетельствам, он вернул зрение слепому прикосновением руки к челу слепого и веющим словом, и, должно быть, не одному. Да, он Богочеловек, и ему дано такое чудодействие, понимаю. Но вот ты, современный офтальмолог, великий, мировой, что ты скажешь на этот счет? Так это или не так? Ну, будь другом, скажи, как есть...

— Ты опять за свое! — засмеялся Федоров, — Помнишь, Чингиз, ты однажды задался вопросом, что если бы Иисус Христос прочел бы сам все послесловия, сказанные о нем после распятия, следом за его вознесением, все, что было сказано о нем и записано в Евангелиях? Ну, знаешь, такое приходит тебе в голову, тебе бы быть адвокатом! Помнишь, ты все беспокоился, что если бы Ему, Христу, прочтешь все тексты на всех языках, во всех временах? Так вот, не переживай, он прочел и, безусловно, все Ему известно до единого слова и до единой буквы этих Священных Писаний.

— Ладно. Не уходи, Слава, от вопроса. Да, я пытался представить себе такое положение вещей. Возможно, это наивно, слишком рассудочно и прагматично, что ли... Естественно, Он Всесущий, Всеведующий, Всевидящий... Ему все известно изначально...

— Вот видишь, ты сам идешь к тому, что это именно так, как сказано о Нем в Писаниях.

— Стало быть, ты, как специалист, подтверждаешь такую возможность исцеления? Так, что ли?

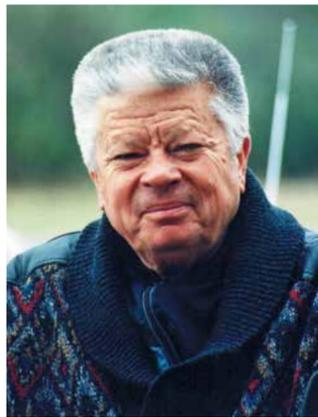
— Слушай, ты опять адвокатствуешь! Ты же прекрасно понимаешь, что речь идет о кульминации силы духа в исцелении недугов. Кульминация духа в действии. А это небо, а без неба нет жизни на земле. А по поводу Иисусовского вычисления, исцеления — так это от того самого неба, но это, как я предполагаю, тот абсолют истины, которого вечно жаждет наша душа. Значит, так надо, так есть и так будет. Вот исходи из этого. А болезнь, сам понимаешь, — вечная проблема жизни, которую предстоит постоянно решать, в том числе и в немалой степени силой духа, силой, данной нам свыше. А это дар от Вселенной, привилегия, данная только мыслящим существам, это мощь, которая концентрируется и касается и зрения нашего. Потому и говорят: в глазах наша сила... Вот видишь, в какие высокие материи уходить приходится. С твоей подачи, а еще друг... А иначе как объяснить... Во зре живет весь видимый мир... И перед смертью последним угасает зрение, и мир уходит.

Мы еще продолжили этот спонтанно возникший разговор, как всегда случалось при наших встречах, а в этот раз точно сама судьба велела — с полудня того дня и до позднего вечера было о чем потолковать, подумать, и запомнились мне федоровские метафоры в продолжение того разговора, касающиеся вроде бы очевидных истин и тем не менее теперь для меня неповторимых. «Зрение — это твой личный мир. Все, что видишь в окружающем, — это твое в совокупности: вот эти леса на холмах, дорога, река, лодка плывущая, дома на берегу, небо, весь горизонт... Стоит утратить зрение — и лишаешься, теряешь все, что было твое, в том числе и очи карие, очи черные, если распеваешь когда-нибудь, все уходит, исчезает,

умирает все, что исключается из поля зрения». Вроде бы более понятного на свете ничего нет. Как дважды два. А подумать, так и более сложного тоже ничего нет...

Да, теперь вспоминается многое... Будучи человеком практичным, четким организатором, умелым руководителем, Святослав Федоров в моем представлении обладал к тому же и исключительно романтическим, подчас экзотичным характером. Говорю об этих его чертах с удовольствием и восхищением. Меня всегда поражала, в частности, его смелость и уверенность в способах скоростного передвижения. Все знают, каким он был превосходным всадником, и существуют, если не ошибаюсь, кинокадры, где мы скачем вдвоем вдоль лесной опушки на конях, на федоровских рысаках. А кони мчали нас по земле подмосковной. Кажется, это было в мае 1982 года, когда я вместе с операторской группой снимал о нем фильм к 60-летию СССР как о выдающемся ученом мировой глазной хирургии. Я брал у него интервью, в общем-то, это был наш первый диалог, в котором мы затрагивали тогдашние проблемы науки и культуры, но этих параметров интеллектуальной беседы на федоровской оказалась недостаточно. Федоров сумел убедить, увлечь нас, киносъемщиков, таким образом, чтобы предстать перед зрителями любителям коневодства и, главное, лихим наездником, и мало что мог предположить при этом, что в седле восседал человек с протезом на ноге ниже колена. Я сам убедился в этом лишь тогда, когда мы пошли купаться в тамошней реке, и тут я увидел, как он, раздвинувшись, прыгая на одной ноге, кинулся в воду и поплыл. Без лишней скромности скажу, я сам неплохо плаваю, но Слава плыл быстрее и с азартом, с шумом и выкриками: «Давай, давай! Не отставай!»

А то, что он гонял на мотоцикле по крутым проселочным дорогам! Уму непостижимо! И вот однажды я спросил Федорова по-дружески, мол, как он не опасается всетаки, уж очень он героически лихо ведет себя и в седле, и на мотоцикле, и за рулем. Вертолета еще тогда не было, а потом добавились и пилотные страсти. Так он мне сказал тогда без гордости, а более того, с уверенностью и юмором: «Человек должен стремиться к власти над судьбой. Не только судьба, но и ты умеи показывать ей большой



палец! А для меня это мини-подвиги: скакать, мчаться, рулить, ну конечно, и риск, а как же! Не без того. Понимаю, но люблю в этом смысле диктатуру пролетариата, власть над судьбой».

И как тут не упомянуть интереснейший момент, который имел место в день нашей последней встречи. После того как мы созились и условились встретиться во второе часу дня, я прибываю к Федорову в институт, секретарша открывает мне дверь в кабинет. И что я вижу с порога? Федоров приветливо поднял руку из-за стола в глубине кабинета и, пока мы шли навстречу друг другу (мы еще не поздоровались), он, улыбаясь, протянул мне какую-то бумагу, штампованную карточку.

— А ну-ка глянь, поздравь меня! — сказал он восторженно, протягивая карточку.

Я не понял, что это означало.

— А что это такое?

— Как, не видишь? Это же документ, свидетельство. Я получил права на вождение вертолета!

— Ничего себе! Значит, ты сам будешь летать, сам пилотировать?

— А как же! Так оно и есть. Добился! Прошел экспертизу... Глаза его сняли, он был горд и счастлив.

«...В нем сочетались нравственная высота и дерзновенная инициативность, основательность опыта и модернистский деловой динамизм, гражданственность и патриотизм...»

А когда мы прибыли в Славино на дачу, он повел меня в ангар на одной из улиц поселка, где находился под высокой крышей куполообразного ангара тот самый вертолет, на котором предстояло вылететь в Тамбов... Вертолет как вертолет, я в этом не разбираюсь, но Слава был в ударе. Объяснял мне устройство летной машины, мы ходили вокруг, заглядывали внутрь и осматривали вертолет со всех сторон, но никого из технических персонала рядом не было, и мне подумалось: вот наступили времена современной цивилизации, рассматриваем летную машину, как коня на дворе, — хозяин и гость... «А завтра мы двинемся на нем, если погода будет, через всю Москву и по окраинам и далее на Тамбов», — пояснил Федоров.

Не будь того страшного последствия, я, возможно, и не запомнил бы всех деталей этого эпизода нашей последней встречи. А возможно, при следующих встречах нам было бы отрадно поговорить и насчет полетов в небе с федоровским пилотированием, сказать трудно...

Удаление во времени еще больше убеждает, что это был человек, насущно затребовавший своим временем, своим обществом, историей своей страны, ибо этот человек — теперь это буквально практически ощущение — был насущно необходимым для нас, современников, и в советские и постсоветские годы, необходим как личность надолго официальная, олицетворявшая альтернативную, самостоятельную фигуру эпохи демократических реформ и системных кризисов, драматически изменяющих нашу действительность в поисках нового образа жизни и перспектив в странах СНГ. В этом смысле Святослав Федоров был основополагающим

самоценным деятелем конца XX века, и не только в сфере медицинской науки и практики, но в то же время социально активным для всех слоев общества современником нашим, умевшим на деле, воочию, самостоятельно и убедительно реализовывать идею столь тяжело дающихся демократических преобразований. Он достигал этого самостоятельно, исходя из реальных задач и обстоятельств момента, исходя из своих убеждений и уникального опыта.

Поразительно, вот теперь только осознаешь, все, что соприкасалось с именем и деятельностью Святослава Федорова, достигло своего наглядного расцвета и апогея совершенно законченным и убедительнейшим образом — настало он был актуален и действен, внушал людям уверенность в достижениях своих жизненных целей. Таких людей современникам посылает судьба, как я уже выразился, он был инвестирован нам свыше для примера и содействия в повседневной жизни нашей...

Все сказанное выше о Федорове — лишь зачин, начало слова о нем, попытка повести то, что многим известно. Ведь популярность Федорова была необыкновенной. Казалось бы, не герой, не звезда в общественном, трафаретном понимании, а в последние годы мало кто был настолько общепризнанным в обществе, как он, ибо в нем сочетались нравственная высота и дерзновенная инициативность, основательность опыта и модернистский деловой динамизм, гражданственность и патриотизм...

И опять повторяю свое, и опять убеждаю себя: будь погода нелетной... ■

Брюссель, 24 марта 2001 года

Успеть!

Александр Ширвиндт



«Я это видел». Франсиско Гойя

Замечательный скульптор Эрнст Неизвестный как-то заметил, что если мощность накала лампочки принято измерять в ваттах, то мощность таланта следует измерять в «мощартах».

Успеть бы сказать слова о Моцартах, ушедших из жизни. Из моей, из жизни народа этой подозрительной салерьевской эпохи... Но с ужасом понимаю: при диком ускорении ухода моих друзей могу не успеть!

Слава Федоров... Что за инопланетянин, ворвавшийся в меркантильный оргазм заходящего века?

Сел писать и начал фантазировать... Предположим, я не знаком с Федоровым! Не знаю, кто он и чем занимается. Мы с женой случайно свалились ему и Иран на голову из виртуальной действительности. И они нас гостеприимно пригласили к себе в Славино. Дальше документально. На развилке Дмитровского шоссе и какой-то полуасфальтированной дороге нас поджидает, чтобы не заблудиться, серебристый «мерседес». В нем на переднем сиденье просто невероятная красавица лолобрджидского типа, а за рулем плотно сбитый мужчина с ежиком волос, как будто специально выращенным под цвет «мерседеса». Разворот... и машина улетает со скоростью 140 км/час. Ну и ас у нее в водителе!

Подкатив к усадьбе, моментально попадаем к накрытому на веранде столу с натуральной водой, натуральной закуской

и абсолютно натуральной водкой. «Водитель» выпивает с гостем, и гость понимает, что функции первого на шоферской профессии не кончатся. «В путь!» — говорит лавдаседагтай ипподрома — узнает «в лицо», они его нет. «Управляющий» показывает своего по-детски — очевидно, в сотый раз — догадывающегося гостя... Нет! Опять не угадал.

Дальше путь идет по-над коттеджем поселком, где интеллигентные аборигены копошатся на присудебных грядках. Все в пояс кланяются «коноху» и машут красивой рукой. Фантасмагория продолжается: милый священник около уютной церквушки кланяется «мотоциклисту», как самому патриарху. Огромный гостинично-бильярдный комплекс, где идут строительные работы, замирает при подъезде нашей кавальерии. Вертолетьная площадка — будь она трижды проклята! — и вот мы уже вынуждены над водохранилищем, и «мотоциклист-вертолетьчик» показывает владения с высоты птичьего полета.

уверен приезжий. — А может, и подшефная воинская часть».

Едем дальше, Шикарная конюшня: мудрые, не молодые, но чистейших кровей лошади. Многих из них гость — в прошлом заседагтай ипподрома — узнает «в лицо», они его нет. «Управляющий» показывает своего по-детски — очевидно, в сотый раз — догадывающегося гостя... Нет! Опять не угадал.

Дальше путь идет по-над коттеджем поселком, где интеллигентные аборигены копошатся на присудебных грядках. Все в пояс кланяются «коноху» и машут красивой рукой. Фантасмагория продолжается: милый священник около уютной церквушки кланяется «мотоциклисту», как самому патриарху. Огромный гостинично-бильярдный комплекс, где идут строительные работы, замирает при подъезде нашей кавальерии. Вертолетьная площадка — будь она трижды проклята! — и вот мы уже вынуждены над водохранилищем, и «мотоциклист-вертолетьчик» показывает владения с высоты птичьего полета.

А тихим вечером он потчует гостей в уютной беседке на берегу. Где-то вдали землеснаряд чистит дно водохранилища, шкварчат на огне только-только выловленные карпы, водка по-прежнему хороша, мягко струится свет с экрана видеоматрицы телефона... а «мотоциклист» внимательно и очень по-детски — очевидно, в сотый раз — смотрит фильм о микрохирургии глаза, иногда поглядывая на реакцию гостей.

Сам я знаю о проблемах, которые может доставить болезнь глаз, не понаслышке. Моя мать под старость провела долгие годы в полной слепоте, потому для меня слово «глаз» связано с какой-то мистической неприкосновенностью и опасностью. Близко к нашим глазам, как и к душе, можно допускать только гениев или инопланетян, обладающих, наверно, таким титаническим талантом и темпераментом, каким обладал Слава... Мать, к сожалению, не дождала до операции у Славы. А теперь и я не смогу воспользоваться его приказом: «Приходи ко мне, будешь жить без очков». ■

«ВОСТОК-ЗАПАД 2017» ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Обширная программа конференции затронула самые актуальные проблемы офтальмологии: инфекционно-воспалительную патологию глаз, глаукому, заболевания сетчатки и стекловидного тела, патологию роговицы и хрусталика, детскую офтальмопатологию, а также правовые вопросы в медицине. Заседания научных сессий проходили одновременно в трех залах театра, а также в конференц-зале отеля «Холлидей Инн». И в каждом из залов был аншлаги!

Ежегодно самым ожидаемым событием, в особенности для региональных офтальмологов, является прямая трансляция «живой хирургии». В нынешнем году этому пункту программы конференции было уделено особое внимание. Работа в операционных Уфимского НИИ глазных болезней шла практически весь первый рабочий день. Свое высокое мастерство в хирургии катаракты, в том числе фемто-ассистированной с имплантацией торических, мультифокальных ИОЛ, в частности, трифокальной PanOptix, продемонстрировали Б.В. Лаптев (Екатеринбург), И.И. Хуситдинов (Уфа), Ю.К. Бурханов (Уфа). Витреоретинальные операции с применением самых современных методов были показаны д.м.н. В.Н. Казайкиным (Екатеринбург), к.м.н. С.В. Ивановым (Москва), к.м.н. Д.Г. Арсютовым (Чебоксары), д.м.н. Р.Р. Файзрахмановым и к.м.н. К.Н. Ахтямовым (Уфа). Многочисленные вопросы участников конференции и исчерпывающие ответы хирургов свидетельствовали о важности таких мероприятий — наглядного обучения офтальмологов тонкостям офтальмохирургии.

В главном зале театра шла работа сессии «Новые подходы к лечению инфекционно-воспалительных заболеваний глаз». После приветствия профессора М.М. Бикбова прозвучали доклады профессора Н.А. Ермаковой (Москва) и профессора Е.А. Дроздовой (Челябинск), которые представили свои подходы к лечению и диагностике воспалительных заболеваний. Особый интерес вызвал программный доклад гостя из Индии — директора глазной клиники и хирургического центра Даршан, профессора Ш. Рао, который представил результаты диагностики и лечения грибкового кератита и синдрома «сухого глаза». О результатах своих исследований доложили к.м.н. И.Н. Околов (Санкт-Петербург), профессор В.М. Хокканен (Санкт-Петербург), Л.Ю. Текеева (Москва), Д.А. Поваляева (Хабаровск).

Второе заседание форума было посвящено «Проблемам диагностики и терапии глаукомы». Президиум

8-9 июня 2017 года Уфа вновь стала центром офтальмологической науки: Уфимский НИИ глазных болезней совместно с Академией наук Республики Башкортостан при содействии Общества офтальмологов России, Ассоциации врачей-офтальмологов и Российского глаукомного общества провел VIII Международную конференцию по офтальмологии «Восток-Запад». Под крышей одного из старинных зданий столицы Башкортостана — Башкирского государственного театра оперы и балета, стены которого пропитаны духом великих представителей искусства, таких как С.Т. Аксаков, Ф.И. Шаляпин, Р.Х. Нуреев, собрались не менее влиятельные и известные во всем мире представители науки. Критерием успеха конференции является количество офтальмологов, которое стекается в Уфу со всех концов России, ближнего и дальнего зарубежья. В этом году форум собрал более 1100 офтальмологов из 12 стран мира: Австрии, Великобритании, Германии, Италии, Португалии, Индии, Нигерии, Швейцарии и т.д. Ближнее зарубежье представляли делегации офтальмологов из Казахстана, Азербайджана, Узбекистана, Кыргызстана. Российская офтальмология была представлена большими делегациями из самых разных регионов нашей необъятной страны. Кроме того, более 1200 врачей-офтальмологов участвовали в работе конференции с помощью подключения к онлайн-трансляции заседаний.



Пленарное заседание. Академик РАН С.Э. Аветисов (Москва), профессор М.М. Бикбов (Уфа), профессор Е.А. Егоров (Москва)

возглавили: профессор Т.К. Ботабекова (Алма-Ата), профессор В.В. Егоров (Хабаровск), д.м.н. А.В. Золотарев (Самара), профессор О.И. Лебедев (Омск), профессор Н.И. Курышева (Москва) и гость из Австрии — профессор Л. Шметтерер. Программные доклады этой сессии были посвящены новым технологиям визуализации сетчатки и зрительного нерва, позволяющим диагностировать самые ранние их изменения, еще при отсутствии клинических признаков глаукомы. С докладами также

выступили профессор Н.И. Курышева, профессор О.И. Лебедев, профессор Н.А. Листопадова (Москва) и профессор А.А. Рябева (Москва). Профессор кафедры клинической фармакологии и Института медицинской физики Университета г. Вены Л. Шметтерер доложил о взаимосвязи структуры и функции у пациентов с глаукомой. Доклад вызвал большой отклик среди слушателей. Завершили работу сессии выступления О.М. Байбаловой (Челябинск) и к.м.н. С.Ю. Петрова (Москва), который представил

терапевтические подходы к псевдоэкзофталмической глаукомой и результаты нидлинга в послеоперационном ведении пациентов с глаукомой. На сессии «Лечение заболеваний сетчатки и стекловидного тела» ведущие специалисты, занимающиеся вопросами диагностики и лечения заболеваний сетчатки, познакомили слушателей с последними достижениями в данной области офтальмологии. К.м.н. С.В. Сдобникова (Москва) представила сообщение о клинико-морфологической корреляции при

тракционном макулярном синдроме. К.м.н. О.В. Зайцева (Москва) доложила о клинических вариантах «сухой» формы возрастной макулярной дегенерации и профилактике прогрессирования заболевания. Доклад д.м.н. М.В. Будзинской (Москва) был посвящен результатам применения анти-VEGF терапии: от клинических исследований до клинической практики. Профессор В.М. Хокканен (Санкт-Петербург) доложила о влиянии сочетания полиморфизмов генов CFH и ARMS2 на развитие возрастной макулярной дегенерации. Интерес вызвали доклады О.А. Жабиной (Москва), посвященный анализу аутофлуоресцентной картины глазного дна при миопической макулопатии в зависимости от возраста пациентов, и И.А. Фрольчева (Чебоксары), который сообщил об экспериментальном исследовании эффективности и безопасности тампонады витреальной полости перфтордекалином с растворами антибиотиков in vitro и in vivo.

В ходе работы сессии «Патология роговицы» в лекции доктора медицины из Университета г. Женевы (Швейцария) С. Клинг были освещены теоретические и практические аспекты применения кроссликинга у пациентов с тонкой роговицей. Профессор И.М. Корниловский (Москва) сообщил об оптимизации эксимерлазерной хирургии при патологии роговицы. Ряд докладов был посвящен различным аспектам кератопластики. Так, д.м.н. Ю.Ю. Калинин (Москва) доложил об интраоперационной профилактике роговичного астигматизма при кератопластике у пациентов с кератоконусом, к.м.н. Ф.И. Абдуллаева (Баку, Азербайджан) — о результатах применения ламеллярной кератопластики методом полулунной резекции стромы роговицы при пеллоидной маргинальной дегенерации; д.м.н. И.А. Искаков (Новосибирск) представил особенности фемтодиссекции при разных видах кератопластики с использованием материала для восстановления роговицы. Большой интерес вызвали доклады, посвященные лечению эктазий роговицы. М.В. Синицын (Чебоксары) и Л.В. Баталина (Москва) представили результаты имплантации интрастромальных колец, в том числе с применением фемтосекундного лазера у пациентов с кератоконусом. Е.Н. Вишнякова (Калуга) и В.В. Зотов (Чебоксары) сообщили о результатах применения кроссликинга роговицы. Профессор А.В. Золоторевский (Москва) доложил о хирургическом лечении патологии роговицы с использованием материала для восстановления роговицы глазного банка «АЙЛАБ».

Второй день конференции начался в 8 часов утра в конференц-зале отеля «Холлидей Инн» в необычном для научной конференции формате — «завтрак с профессором». Гостем встречи стал заведующий офтальмологическим отделением, руководитель амбулаторного отделения по глаукоме Госпиталя Гера, профессор А. Хоммер (Вена, Австрия). Он дал краткую информацию о состоянии государственной офтальмологической службы в своей стране. Несмотря на раннее начало сессии, желающих встретиться с профессором оказалось много. Далее профессор А. Хоммер и к.м.н. И.И. Хуситдинов (Уфа) представили аудитории несколько сложных клинических случаев из своей практики, касающихся глаукомных больных (диагностики глаукомы, в том числе низкого давления, атравмации для получения повышенной пенсии, редких осложнений после операций и т.п.).

В главном зале заседание началось с сессии «Детская офтальмопатология», где вниманию слушателей была представлена информация о новых технологиях диагностики и лечения заболеваний глаз, позволяющих улучшить качество офтальмологической помощи пациентам детского возраста. Профессор Р. Дюк, доцент кафедры офтальмологии и детского здоровья глаз Университета г. Калабар (Нигерия), сообщила о результатах транссклеральной диодной лазерной циклофотокоагуляции в лечении факической глаукомы у детей. Д.м.н. О.В. Жукова (Самара) представила причины неудовлетворительных отдаленных результатов хирургического лечения сходящегося содружественного косоглазия у детей, доктор У. Кампф (Дрезден, Германия) доложил о применении телемедицины в лечении амблиопии. Е.В. Ядыкина (Челябинск) осветила вопросы хирургического лечения осложненной увеальной катаракты у детей, д.м.н. И.С. Зайдуллин (Уфа) — интраокулярной коррекции у грудных детей. Следующая сессия затронула такую проблему, как «Патология хрусталика». В частности, к.м.н. Н.П. Соболев (Москва) осветил



Завтрак с профессором А. Хоммером (Австрия)



К.м.н. О.В. Зайцева (Москва)



Д.м.н. М.В. Будзинская (Москва)



Гости из Индии и Нигерии

особый интерес у участников конференции вызвал спутниковый симпозиум, посвященный правовой защите интересов не только врача, но и медицинского учреждения, который проходил в конференц-зале отеля «Холлидей Инн». На нем были рассмотрены также вопросы уголовной и гражданской ответственности врача. Были заслушаны позиции юриста Е.С. Абдрахмановой (Уфа), федерально-го судьи А.Г. Фархутдиновой (Уфа) и главного внештатного специалиста по судебно-медицинской экспертизе Минздрава РБ А.А. Сальманова (Уфа). Было констатировано, что, к сожалению, в России нет профессиональных медицинских ассоциаций по защите прав врачей. В целях быстрого и объективного реагирования на жалобы пациентов рекомендовано создание в медицинских учреждениях отдела качества медицинской помощи либо привлечение специалиста по конфликтным ситуациям.

Второй день конференции начался в 8 часов утра в конференц-зале отеля «Холлидей Инн» в необычном для научной конференции формате — «завтрак с профессором». Гостем встречи стал заведующий офтальмологическим отделением, руководитель амбулаторного отделения по глаукоме Госпиталя Гера, профессор А. Хоммер (Вена, Австрия). Он дал краткую информацию о состоянии государственной офтальмологической службы в своей стране. Несмотря на раннее начало сессии, желающих встретиться с профессором оказалось много. Далее профессор А. Хоммер и к.м.н. И.И. Хуситдинов (Уфа) представили аудитории несколько сложных клинических случаев из своей практики, касающихся глаукомных больных (диагностики глаукомы, в том числе низкого давления, атравмации для получения повышенной пенсии, редких осложнений после операций и т.п.).

В главном зале заседание началось с сессии «Детская офтальмопатология», где вниманию слушателей была представлена информация о новых технологиях диагностики и лечения заболеваний глаз, позволяющих улучшить качество офтальмологической помощи пациентам детского возраста. Профессор Р. Дюк, доцент кафедры офтальмологии и детского здоровья глаз Университета г. Калабар (Нигерия), сообщила о результатах транссклеральной диодной лазерной циклофотокоагуляции в лечении факической глаукомы у детей. Д.м.н. О.В. Жукова (Самара) представила причины неудовлетворительных отдаленных результатов хирургического лечения сходящегося содружественного косоглазия у детей, доктор У. Кампф (Дрезден, Германия) доложил о применении телемедицины в лечении амблиопии. Е.В. Ядыкина (Челябинск) осветила вопросы хирургического лечения осложненной увеальной катаракты у детей, д.м.н. И.С. Зайдуллин (Уфа) — интраокулярной коррекции у грудных детей. Следующая сессия затронула такую проблему, как «Патология хрусталика». В частности, к.м.н. Н.П. Соболев (Москва) осветил



Ветлаб на конференции



Профессор К.Б. Першин (Москва), к.м.н. О.В. Шиловских (Екатеринбург), профессор И.М. Корниловский (Москва)

были представлены к.м.н. С.В. Ивановым (Москва), Л.Е. Сдобниковым (Москва), к.м.н. А.Ю. Клейменовым (Екатеринбург).

В малом зале №1 утренняя политематическая сессия началась с докладов, посвященных актуальным вопросам мультифокальной коррекции. Доктор Арун Кумар Галли из Королевского хирургического колледжа (Ченнай, Индия) представил свою оценку факичных ИОЛ в рамках клинического исследования. Профессор В.П. Еричев (Москва) сообщил о результатах лечения пациентов с сочетанной патологией. Профессор И.Э. Иошин (Москва) предложил обсудить вопросы хирургии катаракты, а к.м.н. В.В. Тепловская (Москва) рассказала об опыте практического применения катарактально-рефракционного комплекса. Также были представлены сообщения о профилактике клинических проявлений реактивного синдрома глаза при фактоэмulsionификации катаракты (к.м.н. М.П. Югай, Москва), о результатах коррекции роговичного астигматизма торическими ИОЛ (А.О. Мурашев, Москва), опыте применения мультифокальных линз в Уфимском НИИ ГБ (к.м.н. О.И. Оренбургина, Уфа) и использования системы Verion-LensX при фактоэмulsionификации с применением лимбальных послабляющих разрезов (К.В. Малигин, Оренбург).

На сессии «Витреоретинальная хирургия» к.м.н. О.В. Шиловских (Екатеринбург) сообщил о положительном опыте применения имплантата дексаметазона при лечении кистозного макулярного отека у пациентов с хроническим неинфекционным увеитом и артериальной гипертензией. Профессор А.Н. Самойлов (Казань) продемонстрировал клинические примеры хирургического лечения больших макулярных разрывов. Заметный интерес вызвал доклад директора Института анатомии Медицинского факультета Дрезденского технического университета Р. Функа (Дрезден, Германия), посвященный инновационным исследованиям свойств фоторецепторов сетчатки. Сообщение д.м.н. Е.В. Карловой (Самара) касалось различных методов лечения вторичной глаукомы после витреоретинальных вмешательств. Имплантация субретинальных чипов у больных с пигментным ретином был посвящен доклад главного врача Офтальмологической городской больницы Дрезден-Фридрихштадт Г. Сакса (Германия). Большой интерес у аудитории вызвал также прекрасно иллюстрированный доклад М. Амара (Португалия), посвященный дифференциальной диагностике различных заболеваний сетчатки. Доклады, посвященные различным аспектам витреоретинальной хирургии,

были посвящены современным методам исследования гемодинамики глаза и медикаментозному лечению сосудистой патологии органа зрения, сообщение Г.Х. Ализаде (Москва, Баку) — поражение конъюнктивы и эпителия роговицы при гипоксии в эксперименте. И.Н. Околов (Санкт-Петербург) поделился результатами сравнительной оценки цитотоксичности 7 слезозаместительных препаратов с использованием клеточных структур. Проблемам дифференциальной диагностики увеальной меланомы посвятила свой доклад профессор Е.Е. Гришина (Москва). Об эффективности оперативного лечения ожоговым белым роговицей с использованием аллотрансплантации конъюнктивально-лимбальных лоскутов рассказал к.м.н. Б.В. Лаптев (Екатеринбург). Опыт Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» по проведению

вопросам клинической офтальмологии. Профессор М.Г. Катаев (Москва) представил показательные результаты пластических операций на веках при различной офтальмопатологии. Обзорный доклад профессора Т.Н. Киселевой (Москва)

были представлены к.м.н. С.В. Ивановым (Москва), Л.Е. Сдобниковым (Москва), к.м.н. А.Ю. Клейменовым (Екатеринбург).

В малом зале №1 утренняя политематическая сессия началась с докладов, посвященных актуальным

вопросам клинической офтальмологии. Профессор М.Г. Катаев (Москва) представил показательные результаты пластических операций на веках при различной офтальмопатологии. Обзорный доклад профессора Т.Н. Киселевой (Москва)

вопросам клинической офтальмологии. Профессор М.Г. Катаев (Москва) представил показательные результаты пластических операций на веках при различной офтальмопатологии. Обзорный доклад профессора Т.Н. Киселевой (Москва)

вопросам клинической офтальмологии. Профессор М.Г. Катаев (Москва) представил показательные результаты пластических операций на веках при различной офтальмопатологии. Обзорный доклад профессора Т.Н. Киселевой (Москва)



Лауреат Медали им. профессора В.П. Одинова профессор Б.Э. Малюгин



Профессор М. Аморо (Португалия)



Профессор Т.Б. Ботабекова (Казахстан)



Профессор М.М. Шишкин (Москва), профессор М.А. Фролов (Москва)

Окувайт® Форте

СИЛЬНЕЕ ВРЕМЕНИ

➤ Более 10 лет репутация офтальмологов № 1*

➤ Комплекс ОКУВАЙТ® изучен в 4 международных мультицентровых исследованиях**

Теперь в НОВОЙ упаковке

СРП №179.99.11.003.Е.005344.11.16 от 15.11.2016

- Окувайт® Форте – сбалансированная формула лютеина и зеаксантина, витаминов и минералов, в основе которой лежат несколько международных исследований**
- Способствует улучшению функционального состояния сетчатки при возрастных изменениях
- Витамины С и Е в составе Окувайта способствуют укреплению сосудов глазного дна
- Имеет удобный режим приема: взрослым по 1 таблетке 1 раз в день

* 1-ое место по количеству рекомендаций (назначений) офтальмологами в категории «Витаминно-минеральные комплексы для зрения», по данным исследования ООО «Исток» Компания Рифейн (Приморский край), проведенных с 2015 г. по 2016 г. в крупнейших городах России, данные по Окувайт® Лютин Форте и АДЕКС (2017 г., 360 чел.) и АДЕКС (2017 г., 402 чел.) substance, в дальнейшем использован для производства ОКУВАЙТ®, представлена компанией Bausch+Lomb в рамках программы RFD, LUNA, 2017 г., 136 чел., продолжительность приема ОКУВАЙТ® до 24 недель, SARMA, 2009 г., 433 чел., продолжительность приема ОКУВАЙТ® до 36 месяцев, на основании результатов исследования составлен обзорный мета-анализ

** С апреля 2017 г. витаминно-минеральный комплекс «Окувайт® Лютин Форте» поставляется в РФ в новой упаковке под новым торговым названием «Окувайт® Форте» без изменения основного состава, формы выпуска, режима приема

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.
Полную информацию вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ», 115162, Россия, г. Москва, ул. Щаповская, д. 31, стр.5, тел.: +7 (495) 510 29 79 www.valent.com

БАД. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

консультативно-диагностических приемов в условиях передвижного медицинского комплекса представила А.С. Карпунина (Калуга). В докладе к.м.н. Е.В. Егоровой (Новосибирск) были отмечены особенности витреорентинального интерфейса при артрафии. К.м.н. А.О. Лосицкий (Оренбург) в своем докладе остановился на аналитической оценке управляемых факторов риска развития осложнений и клинически значимых характеристиках пациентов при проведении хирургического лечения глаукомы. О положительной эффективности модифицированной методики перевернутого лоскута внутренней пограничной мембраны в лечении больших макулярных разрывов сообщил к.м.н. Д.В. Петрачков (Самара), о результатах анализа сопутствующей патологии у пациентов ПОУГ в разных возрастных группах рассказала к.м.н. С.И. Макогон (Барнаул).

Большой интерес аудитории вызвала и молодежная сессия, посвященная фундаментальным и прикладным аспектам современной офтальмологии. Так, М.С. Дениско (Томск) доложила о новом комбинированном методе хирургического лечения эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы с применением клеточных технологий, А.А. Пилягина (Тамбов) поделилась опытом прогнозирования результатов фактоэмulsionификации катаракты у пациентов с миопией высокой степени. Интерес вызвал доклад Ж.С. Жайлаубекова (Алма-Ата) об экспериментальных индукциях отслойки задних слоев стекловидного



Участники конференции «Восток-Запад»

тела с помощью фармакологического неферментного витреолизиса. Академик РАН С.Э. Аветисов (Москва), который возглавил президиум заседания, в своем заключительном слове отметил высокий научный уровень всех представленных докладов и подготовленность молодых ученых, которые исчерпывающим образом ответили на вопросы коллег по теме.

Следующая сессия была посвящена совершенствованию методов лечения глаукомы и факохирургии в осложненных случаях. Открыл данную сессию заведующий офтальмологическим отделением, руководитель амбулаторного отделения по глаукоме Госпиталя Гера А. Хоммер (Вена, Австрия), который в своем обзорном докладе коснулся эффективности меди-

каментозного, лазерного и операционного методов лечения открытоугольной глаукомы. Показания и особенности медикаментозной подготовки к хирургическому лечению глаукомы явились темой сообщения профессора В.П. Еричева (Москва), об особенностях фактоэмulsionификации на фоне глаукомы доложил профессор И.Э. Иошин (Москва), о комбинированной хирургии катаракты и глаукомы с модифицированными методиками антиглаукомного компонента — профессор М.А. Фролов (Москва) и профессор К.Б. Першин (Москва). Об устранении блокады зоны операции корнем радужки при не проникающей хирургии глаукомы путем дозированного введения вискоэластика в переднюю камеру и под слезальный лоскут доложила А.В. Сидорова (Москва), темой доклада д.м.н. Е.В. Карловой (Самара) стала гипотензивная терапия ПОУГ после фактоэмulsionификации, об особенностях удаления хрусталика в глазах с короткой переднезадней осью для профилактики острого приступа глаукомы рассказал к.м.н. А.Н. Марченко (Хабаровск).

Организаторы VIII Международной конференции по офтальмологии «Восток-Запад 2017» приложили максимум усилий для подготовки разнообразной научной программы, организации времяпровождения участников как во время заседаний, так и во время перерывов. Но изюминкой форума стали ознакомительные курсы по системе WETLAB. Это стало прекрасной возможностью для врачей-офтальмологов попробовать свои силы в микрохирургии, повысить опыт на самом современном оборудовании под присмотром опытных хирургов, тем самым освоить все нюансы техники операций. Практическое и теоретическое обучение курсантов шло по следующим темам: «Фактоэмulsionификация катаракты», «Витреоретинальная хирургия», «Фемтохирургия катаракты и роговицы», «Техника интравитреальных инъекций». За два дня конференции прошли обучение 116 врачей-офтальмологов из стран ближнего зарубежья (Азербайджан, Кыргызстан, Узбекистан, Казахстан), городов Российской Федерации (Москва, Нижний Новгород, Самара, Тамбов, Киров, Курск, Краснодар, Казань, Ставрополь, Йошкар-Ола, Набережные Челны, Саратов, Пенза, Ханты-Мансийск, Оренбург, Старый Оскол) и городов Республики Башкортостан, каждый из которых получил подтверждающий сертификат.

WETLAB по «Фактоэмulsionификации катаракты» (Alcon, США) был оснащен современными операционными микроскопами Luxor, фактоэмulsionификаторами последнего поколения Centurio (Alcon, США), видеосистемой с монитором для наблюдения за работой стажеров, комплектом микрохирургических инструментов, искусственными хрусталиками и высококачественными вискоэластиками. Ультразвуковой методике хирургии катаракты было обучено 37 офтальмологов.

Курс витреоретинальной хирургии (Alcon, США) проводился на единственном в России витреотренажере в режиме 3D. Обучение прошли 19 специалистов. На WETLAB «Техника интравитреальных инъекций» (Novartis, Швейцария) рассматривались теоретические основы, проводилась демонстрация операций и отрабатывались практические навыки проведения интравитреальных инъекций. Обучено 38 врачей-офтальмологов.

Курс обучения «Фемтохирургия роговицы и хрусталика» (Ziemer, Швейцария) проводился на фемтолазерной установке Femto LDV Z8 и включал фемтолазерную хирургию катаракты и хирургию роговицы (Z-LASIK, Z-LASIK-Z, SIM-LASIK), кератопластику, создание персонализированных интрастромальных тоннелей. Данный курс обучения прошли 22 специалиста из различных городов РФ и РБ.

Развитие офтальмологического WETLAB-обучения имело целью подготовку квалифицированных хирургов для обеспечения населения качественной, высокотехнологичной и в то же время доступной хирургической помощью.

Конференция закончилась пленарным заседанием в главном зале, на котором сначала с приветственными словами к участникам конференции выступил президент Академии наук Республики Башкортостан, профессор А.С. Газвов и заместитель министра здравоохранения РБ Э.Р. Сыртланова. Сессию открыл почетный профессор Уфимского НИИ глазных болезней, академик РАН, научный руководитель ФГБНУ «НИИГБ» (Москва), профессор С.Э. Аветисов, который сообщил о терминологических заблуждениях при осложненных рефракционных нарушениях. Президент Российского глаукомного общества, академик РАЕН, РАМН, РАН, профессор Е.А. Егоров осветил современные медикаментозные подходы к ведению глаукомных больных группы риска. Во второй раз как дань памяти и уважения основателю крупнейшей офтальмологической школы России на конференции «Восток-Запад» стало вручение Медали им. профессора В.П. Одинцова. В этом году лауреатом почетной награды за выдающиеся достижения в области отечественной офтальмологии стал председатель Общества офтальмологов России, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор Б.Э. Малогинов (Москва). Его лекция была посвящена особенностям тактики лечения пациентов с эндотелиальной дистрофией роговицы (Фука) в сочетании с катарактой.

Насыщенная научная программа VIII Международной конференции по офтальмологии «Восток-Запад», представительный состав российских и иностранных участников, интересная культурная программа — все это позволило получить новые знания, освоить передовые технологии в офтальмологии и, надеюсь, оставило незабываемые впечатления у гостей Уфы.

Материал и фотографии представлены организатором конференции

Терапия глаукомы и синдрома слезной дисфункции: перспективы и имеющиеся возможности

Сателлитный симпозиум, организованный при поддержке компании «Аллерган СНГ САРЛ»

Открыл симпозиум профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург), выступивший с докладом «Простагмид биматопрост: особенности препарата и его новые формы». Препарат биматопрост был зарегистрирован в 2001 году, широко используется в США и других странах под названием Lumigan. Обладает самой высокой концентрацией среди всех препаратов простагландинового ряда (0,03%), при этом концентрация консерванта (бензалкония хлорида) самая низкая (0,005%), за исключением Тафлотана, не имеющего консерванта в некоторых формах. Биматопрост представляет собой простагмид, структурно схожий с простагландинами. Считается, что биматопрост проходит внутрь глаза через склеру как простагмид, а не как про-вещество; амидазы в эпителии роговицы отщепляют амидную группу от молекулы биматопроста. После гидролиза она действует, активируя те же FP-рецепторы, что и другие гидролизированные молекулы простагландиновых препаратов.

Биматопрост — аналог простамида, содержит этиламидную группу и происходит из эндогенных каннабиноидов. Многие авторы считают его про-веществом. Механизм его действия на различные рецепторы до сих пор не ясен. Биматопрост воздействует и на простагландиновые рецепторы трабекул, увеличивая трабекулярный отток. Амидная группа отделяется от свободной кислоты достаточно трудно, поэтому концентрация биматопроста в препарате в 6 раз больше, чем в других гипотензивных липидах. Молекула биматопроста может проходить через интактную склеру и активировать пока неизвестные «простагмидовые» рецепторы в цилиарном теле с последующим увеличением увеосклерального оттока. Биматопрост, как и другие препараты простагландинового ряда, влияет на физические свойства склеры. Многоцентровые исследования показали сравнимую эффективность биматопроста с латанопростом и травопростом; биматопрост обеспечивает более значимое снижение ВГД по сравнению с другими препаратами простагландинового ряда. Однако процент возникновения гиперемии конъюнктивы у пациентов, принимающих биматопрост, несколько выше, чем у пациентов, принимающих латанопрост, тафлупрост и травопрост, при этом содержание консерванта в биматопросте самое низкое. В фиксированной комбинации биматопроста с тимололом (Ганфорт) доля побочных эффектов значительно снизилась, препарат имеет большую эффективность в снижении ВГД по сравнению с латанопростом и травопростом. Механизм действия препарата Ганфорта: биматопрост способствует увеличению оттока через чувствительную к давлению трабекулярную сеть и увеличению нечувствительного к давлению увеосклерального оттока; тимолол снижает продукцию ВГЖ посредством блокады β-адренорецепторов в цилиарном теле. Биматопрост и тимолол снижают ВГД за счет совместного взаимодействия, приводя к значительно более выраженному гипотензивному эффекту по сравнению с эффектом каждого из компонентов в отдельности. Фиксированное значимое снижение ВГД после перевода на фиксированную комбинацию (Ганфорт), а также уменьшение гиперемии по сравнению с исходным уровнем. На сегодняшний день выпускается также и в монодозах, без консерванта. Это — первая в мире бесконсервантная фиксированная комбинация простамида и тимолола. Ганфорт в монодозах обладает не меньшей по сравнению с обычным Ганфортом гипотензивной эффективностью и представляет собой эффективную гипотензивную альтернативу Ганфорту с консервантом для лечения пациентов, чувствительных к воздействию БАХ.

Профессор Ю.С. Астахов остановился также на новых способах применения препаратов при глаукоме, в частности, отметил системы для замедленного высвобождения препаратов: спиральный имплант, биодеградирующий имплант, микрочастицы, которые вводятся в стекловидное тело, субретинальный имплант, окклюдеры слезных канальцев, содержащие медленно высвобождающийся препарат; силиконовое кольцо с биматопростом. Силиконовое кольцо прошло 2-ю фазу исследований в 10 центрах США, при этом в опытной группе через 6 месяцев снижение ВГД составляло 20% (от 3,2 до 6,4 мм рт.ст.) Исследования показали, что пациенты чувствуют себя комфортно в 90% случаев; 85% пациентов рекомендуют препарат больным использовать кольцо; 80% врачей предпочитают кольцо глазным каплям. Кольцо обеспечивает равномерное действие препарата в течение всего периода использования и высокой compliance пациента. В будущем кольцо может рассматриваться как база для использования фиксированных комбинаций при глаукоме, для лечения аллергических заболеваний глаза, синдрома «сухого глаза» и др. Система Биматопрост SR, представляющая собой биодеградирующий имплант для постепенного высвобождения препарата, имплантируется в переднюю камеру. Система показала высокую эффективность: через 4 месяца ВГД было достаточно снижено у 92% пациентов, через 6 мес. — у 71% пациентов.

С докладом «Псевдоэкзофолиативная глаукома: современные пути решения» выступил С.Ю. Петров (Москва). Псевдоэкзофолиативный синдром (ПЭС) — самая часто идентифицируемая (в ряде стран — основная) причина ОУГ, представляет собой системное заболевание, этиология связанное с формированием катаракты и окклюзией вен сетчатки. Точный химический состав экзофолиативного материала неизвестен, но по различным версиям в него входят эластин, хондроитинсульфат, гепарина сульфат, фибронектин, ламинин, протеогликаны и др. Структура отложившейся псевдоэкзофолиации: центральный диск, промежуточная чистая зона, периферическая гранулярная зона, преэкваториальная зона. Клинические проявления: декомпенсация эндотелия роговицы; нарушение гематофтальмического барьера, дисперсия меланина; формирование задних синехий; разрыв цинновых связок; факодонез и дислокация хрусталика. Клинические особенности псевдоэкзофолиативной глаукомы (ПЭГ): в глазах с ПЭС глаукома развивается до 20 раз чаще, чем без ПЭС; следует искать клинические признаки ПЭС и пациентов с ОУГ, чтобы выявлять ПЭГ; по сравнению с ПОУГ, у пациентов с ПЭГ более высокий уровень среднего ВГД, суточные колебания ВГД имеют большую амплитуду; часто встречается дисперсия пигмента и пигментация трабекул; подъем ВГД после расширения зрачка; обычно асимметричное поражение; агрессивное течение с быстрым прогрессированием; часто недостаточная эффективность антиглаукомной терапии; чаще, чем при обычной ПОУГ, требуется хирургическое лечение. Докладчик обратил внимание на то, что ПЭС является фактором риска развития и прогрессирования глаукомы. Мета-анализ



антиглаукомных средств показал, что биматопрост возглавляет список препаратов по гипотензивной эффективности (33% от исходного ВГД), что объясняет необходимость его назначения в таких сложных случаях. Биматопрост представляет собой простагмид с двойным механизмом действия: увеличивает увеосклеральный отток и трабекулярный отток ВГЖ. Исследования показали, что при переходе с биматопроста на фиксированную комбинацию Ганфорт происходит дополнительное снижение ВГД в течение суток. У пациентов с псевдоэкзофолиативной глаукомой при использовании препарата Ганфорт наблюдается снижение ВГД на 33-35%. Кроме того, пациенты хорошо переносят препарат: не было выявлено ни одного серьезного нежелательного явления; значительно снизился частота гиперемии конъюнктивы по сравнению с биматопростом (p = 0,003). Преимущество фиксированных комбинаций заключается в повышении compliance; содержание консервантов значительно ниже; стоимость ниже; нет эффекта вымывания; нет ожидания между двумя каплями; улучшается переносимость; снижается гиперемия. Сославшись на Европейское руководство по глаукоме, С.Ю. Петров отметил, что комбинированная терапия не рекомендуется в качестве терапии выбора, однако в отдельных случаях (III стадия и/или очень высокий уровень ВГД), когда требуется снижение ВГД может превышать предельные значения эффективности, окупаемой от монотерапии, комбинированная терапия может быть назначена быстрее, чем обычно, или сразу.

С заключительным докладом на тему «Единственный способ лечения синдрома «сухого глаза» выступил д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва). На сегодняшний день существует несколько способов лечения ССГ: слезозаместители, уход за веками, санация конъюнктивной полости, снятие аллергического компонента, противовоспалительная терапия, обтураторы слезных каналов — однако, как считает докладчик, лечение ССГ с применением этих методов не приводит к положительным результатам. Единственным способом лечения ССГ является Рестапис, т.к. препарат представляет собой патогенетическую терапию. Рестапис следует назначать в следующих случаях: легкий ССГ (с микропризнаками кератоза на фоне рефлекторной гиперлакримии и снижением стабильности слезной пленки); ССГ средней тяжести (с микропризнаками кератоза, на фоне умеренного снижения слезопродукции и стабильности слезной пленки); тяжелый ССГ (с макропризнаками кератоза на фоне выраженного снижения слезопродукции и стабильности слезной пленки); особо тяжелый (с макропризнаками кератоза, угрожающим перфорацией роговицы или потерей зрения на фоне критического снижения стабильности слезной пленки).

Первичные назначения на старте терапии ССГ: антибактериальная и противовоспалительная терапия: антибиотик — 5-7 дней

(Зимар 4 р/д), кортикостероид — 7-14 дней (возможно назначение комбинированного препарата; слезозаместительная терапия — от 4 р/д; при необходимости — препараты для гигиены век. Во время повторного визита адаптируется слезозаместительная терапия; назначается Рестапис — 2 р/д 6 месяцев. По мнению Д.Ю. Майчука, препарат Рестапис следует назначать в следующих случаях: жалобы пациента на чувство песка возникают ежедневно; если дексаметазон облегчает состояние; если инстилляция искусственной слезы улучшает состояние; снижение теста Ширмера (менее 10 мм в 5 минут); при наличии сопутствующего аллергического конъюнктивита. Важно понимать, что период полувыведения Т-клеток — 70-90 дней; требуется 4-6 недель, чтобы препарат начал «работать»; значительный результат достигается через 6 месяцев. Препарат выпускается в однодозовых ампулах (30 шт.) объемом 0,4 мл; не содержит консерванта; применяется по 1 капле 2 р/д.

Докладчик обратил внимание, что результат применения Рестаписа может быть непредсказуем в следующих случаях: если пациент жалуются на слезотечение; если дексаметазон не облегчает состояние; если при наличии характерных для ССГ жалоб тест Нора меньше 10 сек, но тест Ширмера — более 30 мм; если препараты искусственной слезы не улучшают самочувствие пациента даже на короткое время. Эффективность Рестаписа не доказана в случае образования конъюнктивных складок, параллельных веку. Важно исключить деформацию конъюнктивы верхнего века, способную стимулировать симптомы ССГ.

Важно пациента предупредить о том, что препарат необходимо капать минимум 6 месяцев; возможны незначительные признаки раздражения глаза в первые две недели использования, которые пройдут; в случае выраженной аллергической реакции препарат следует отменить и обратиться к врачу; в связи с возможной аллергической реакцией начать лечение необходимо с покупки одной упаковки.

Остановившись на слезозаместительной терапии, докладчик отметил, что терапию не следует начинать со сложных теплотеректоров, гелевых препаратов. Терапия начинается либо с препаратов низкой вязкости (ВИД-комод, офтол, натуральная слеза), либо с пролонгированных препаратов с трансформационным эффектом (Систейн-Ультра, гиалуроновые кислоты). В случае нарушения эпителия необходимо применять препараты с репаративным эффектом (Стиллант, Хилозар-КОМОД).

Препарат Рестапис может быть рекомендован также при сухом кератоконъюнктивите при хронических и рецидивирующих состояниях в периоде ремиссии: аллергический блефароконъюнктивит; полинозный кератоконъюнктивит; токсикоаллергический кератоконъюнктивит; передний увеит; иридоциклит; рецидивирующие субэпителиальные инфильтраты как исход аденовирусного кератоконъюнктивита; итчатый кератит; множественные рецидивирующие халазии; склерит. Однако лечение Рестаписом необходимо начинать после купирования основного заболевания.

Д.Ю. Майчук напомнил, что в декабре 2014 года прошло заседание Экспертного совета по воспалению глаза при ОО «Ассоциация врачей-офтальмологов», цель которого заключалась в определении заболеваний, в лечении которых можно использовать препарат Рестапис в качестве основной терапии. Для обозначения воспалительного процесса при условии назначения Рестаписа было принято решение использовать термин «вторичный синдром «сухого глаза» или «сухой кератоконъюнктивит».

В завершение заседания прошла сессия вопросов и ответов, что свидетельствовало об интересе аудитории к заявленной теме.

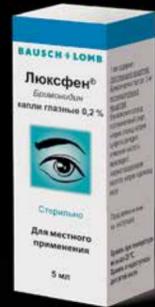
Материал подготовил Сергей Тумар
Фото Сергея Тумара

Люксфен®

Бримонидин 0,2% 5 мл

ТЬМА ОТСТУПАЕТ

- Снижение офтальмотонуса до 10-12 мм рт.ст., контроль 12 часов¹
- Нейропротекторные свойства даже в условиях повышенного офтальмотонуса^{2,3,4}
- Дополнительное увлажнение и регенерация клеток поверхности глаза за счет поливинилового спирта⁵
- Кратность применения — 2 раза в сутки¹
- Производится в Европе, в соответствии со стандартами GMP^{*1}



Рег. номер: ЛП-001434 от 16.01.2012

1. Инструкция по применению лекарственного препарата ЛЮКСФЕН. 2. Lambert W.S., Ruiz L., Orish S.D., Wheeler L.A., Collins D.J. Brimonidine prevents axonal and vesicle depolymerization of retinal ganglion cell axons. Mol Neurobiol. 2011; 6: 4-4. 3. Lopez-Herrera M.P.L., Mayor-Torrogosa S. de Imperial J.M., Villegas-Perez M.P., Yada-Sanz M. Transient ischemia of the retina results in altered retrograde axoplasmic transport: neuroprotection with brimonidine. Exp Neurol. 2002; 178: 243-258. 4. Cun-Jian Dong, William A. Hare and Larry Wheeler. Neural Mechanisms Underlying Brimonidine's Protection of Retinal Ganglion Cells in Experimental Glaucoma. Glaucoma — Basic and Clinical Concepts, book edited by Shimon Rimek, Published: November 11, 2011. 5. Мельникова В.В., Шенчук Н.Е. Синдром «сухого глаза»: диагностика, патогенез, лечение. ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней» РАН РБ, материалы Международной научно-практической конференции по офтальмохирургии «Восток-Запад» — 2011.

*Стандарт GMP (Good Manufacturing Practice) — надлежащая производственная практика) — система нормативных правил и указаний в отношении производства: лекарственных средств, медицинских устройств, изделий диагностического назначения, продуктов питания, пищевых добавок, активных ингредиентов, — контролирующая производство в Европейском Союзе и других странах.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Полную информацию Вы можете получить в ООО «ВАЛЕАНТ»: 115162, Россия, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел.: +7 (495) 510 28 79 www.valeant.com

Офтальмологические мосты между Уралом и Сибирью

Конференция «Офтальмология Урала и Сибири — мосты из прошлого в будущее»

8-9 июня 2017 года, г. Пермь

8-9 июня 2017 года в г. Перми состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Офтальмология Урала и Сибири — мосты из прошлого в будущее», посвященная 150-летию со дня рождения патриарха пермской офтальмологии, профессора Павла Ивановича Чистякова. По замыслу организаторов юбилейная конференция в 2017 году проходит в трех городах: в феврале первый этап состоялся в Томске, где П.И. Чистяков учился в медицинском университете и осваивал офтальмологию; в июне — в Перми, где в 1923 г. профессор возглавил кафедру глазных болезней и создал пермскую школу офтальмологов; в октябре эстафета перейдет к Красноярску, где родился великий ученый.

Пермская конференция посвящена актуальным проблемам современной офтальмологии: были заслушаны доклады по вопросам этиологии и патогенеза заболеваний глаз, современным методам диагностики, новым подходам к консервативному и хирургическому лечению глазной патологии.

В работе симпозиума приняли участие ведущие ученые из разных городов России: академик РАН В.А. Черешнев (Екатеринбург), доктор медицинских наук, профессор О.Г. Шилова из Томска, Ю.Б. Слонимский и Е.Г. Полунина из Москвы, С.А. Коротких и А.Г. Гринев из Екатеринбурга, И.Р. Газизова из Санкт-Петербурга, А.Л. Онищенко из Новокузнецка, кандидаты медицинских наук С.С. Ильенков из Красноярска, Е.С. Пшеницына из Самары, Т.Н. Малишевская из Тюмени, С.Ю. Голубев из Москвы, С.В. Чистякова из Симферополя, А.Е. Воронина из Оренбурга, О.Н. Санников из Екатеринбурга, а также 250 врачей-офтальмологов Западно-Уральского региона.

Открыли конференцию по традиции заведующая кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера, профессор Т.В. Гаврилова и главный внештатный офтальмолог г. Перми, заслуженный врач РФ, заведующий офтальмологическим отделением ГБУЗ ПК «ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граляя», к.м.н. Н.А. Собянин.



Организаторы конференции — С.С. Ильенков (Красноярск), Т.В. Гаврилова (Пермь), О.Г. Шилова (Томск), Н.А. Собянин (Пермь)



Президиум — д.м.н. И.Р. Газизова (Санкт-Петербург), профессор А.Л. Онищенко (Новокузнецк), профессор С.А. Коротких (Екатеринбург)

Первое заседание было посвящено истории офтальмологии Урала и Сибири. С докладом «У истоков сибирской офтальмологии: профессор П.И. Чистяков» выступила д.м.н., научный консультант центра семейной офтальмологии «Eyes Clinic» г. Томска О.Г. Шилова. Она рассказала о детстве Павла Ивановича, учебе в Томском медицинском университете, о нелегком пути

в офтальмологию, о первых годах самостоятельной работы окулиста. Продолжила рассказ об ученом Т.В. Гаврилова. Ее сообщение было посвящено становлению кафедры глазных болезней Пермского медицинского университета, организации научной, лечебной, педагогической работы в Прикамье под руководством профессора П.И. Чистякова. В заключение заседания главный

врач ГБУЗ «ККОКБ им. профессора П.Г. Макарова» С.С. Ильенков осветил исторические аспекты формирования офтальмологической помощи населению Енисейской губернии и Красноярского края. Слушатели с большим интересом воспринимали новую информацию. Если раньше исторические вехи становления офтальмологической службы на Урале и были предметом обсуждения, то связь с офтальмологией Сибири была представлена в Перми впервые. Прекрасным подарком каждому участнику конференции стала переизданная монография врача В.С. Бабушкина, бывшего ординатором у П.И. Чистякова в 60-е годы прошлого века, «Профессор Павел Иванович Чистяков».

Во втором заседании были заслушаны доклады о консервативном лечении глазных заболеваний. По уже сложившейся традиции с почетной лекцией «Иммунопатофизиология ВИЧ-инфекции» выступил академик РАН, директор института иммунологии и физиологии УрО РАН, заведующий кафедрой иммунологии ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера В.А. Черешнев. Председатель Общества иммунологов России напомнил собравшимся об истории появления вируса, осветил вопросы патогенеза ВИЧ-инфекции, рассказал о современных исследованиях с математикой по моделированию ВИЧ-инфекции и об оптимальных схемах лечения данного заболевания. Фрагмент лекции был посвящен работам пермских офтальмологов. Согласно проведенному анализу глазной патологии у ВИЧ-инфицированных лиц в Пермском крае, большая часть пациентов имеет оппортунистические инфекции и не получает антиретровирусную терапию. Лекция, прочитанная Валерием Александровичем эмоционально, на высоком научном уровне, никого не оставила равнодушными.

Актуальную проблему — «Терапевтическая гигиена век и ее роль в комплексном лечении глазной патологии» — представила д.м.н., доцент кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО ИПК ФМБА России Е.Г. Полунина (Москва). О современных возможностях консервативного лечения катаракты доложила

присутствующим к.м.н., доцент кафедры глазных болезней ИПО СамГМУ Е.С. Пшеницына (Самара). Обоснование применения ангиопротекторов при диабетической ретинопатии привел в своем докладе постоянный участник пермских конференций, большой друг пермских офтальмологов — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии УГМУ А.С. Коротких (Екатеринбург).

Проблемам коморбидности в офтальмологии и возможности коррекции эндотелиальной дисфункции и оксидативного стресса у таких пациентов было посвящено выступление к.м.н., заведующей кафедрой офтальмологии с курсом оптометрии Западно-Сибирского института последипломного медицинского образования Т.Н. Малишевской (Тюмень), а о современных тенденциях в лечении продвинутой стадии глаукомы рассказала д.м.н. И.Р. Газизова (Санкт-Петербург).

Тему лечения глаукомы у больных с сопутствующей артериальной гипертензией продолжил заместитель директора по научной работе Новокузнецкого ГИЗВА, д.м.н., профессор А.Л. Онищенко.

О важности ретинопротекторной терапии при глаукоме напомнил собравшимся О.Г. Шилова, а о современных тенденциях в лечении возрастной макулярной дегенерации, как всегда, эмоционально доложил руководитель цикла «Офтальмология» Московского филиала ВМедА им. С.М. Кирова, к.м.н. С.Ю. Голубев.

Впервые на конференции в Перми приняла участие гостья из Крыма — С.В. Чистякова, доцент кафедры офтальмологии медицинской академии имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Она поделилась с уральскими врачами своим опытом комбинированной терапии пигментной дегенерации сетчатки, представила клинические случаи по данной теме.

Третье заседание, посвященное хирургическому лечению глазной патологии, началось с доклада профессора кафедры офтальмологии РМАПО Ю.Б. Слонимского. Юрий Борисович поделился большим клиническим опытом лечения редких форм дистрофий роговицы. Данное сообщение вызвало большой интерес у собравшихся.

О накопленном опыте диагностики и лечения различных видов окклюзии вен сетчатки доложил заведующий отделом лазерной хирургии Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» О.Н. Санников. Впервые на конференции в Перми был доклад из Оренбургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» — заведующая научно-образовательным отделом, к.м.н. А.Е. Воронина поделилась клиническим опытом кастомизированной коррекции аметропии при тонкой роговице, которая успешно выполняется в данном филиале.

Несколько докладов было и от хозяев конференции. О порядке оказания медицинской помощи при травмах органа зрения в Пермском крае рассказала к.м.н., заведующая офтальмологическим Центром краевой больницы В.Н. Бусырева. Результаты хирургического



Групповое фото докладчиков

лечения больших макулярных разрывов доложил к.м.н., заведующий офтальмологическим центром МСЧ № 140 ФМБА России А.В. Филатов. О работе по исследованию дизайна задней оптической поверхности ИОЛ методом электронной сканирующей микроскопии доложила врач офтальмологического отделения ГБУЗ «ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граляя» Е.В. Калинина. От группы авторов аспиранта кафедры офтальмологии ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера К.С. Любимов доложил о положительных результатах по установке шунта Ex-PRESS как операции

выбора в развитой и далеко зашедшей стадиях глаукомы. В заключение конференции о возможности амбулаторной витрореетинальной хирургии в клинике «Три-3» г. Перми сообщил врач-офтальмолог А.Н. Демин. После докладов развернулась оживленная дискуссия, затронувшая все темы, поднятые на конференции. Организаторы конференции благодарны всем членам президиума, которые создали рабочую, в то же время непринужденную обстановку, комментировали и анализировали выступления и делились собственным опытом.

Во время своего пребывания в Перми гости города посетили офтальмологический центр Пермской краевой клинической больницы, познакомились с работой кафедры офтальмологии ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера, услышали интересный рассказ об ее истории. Профессора В.В. Чирковский, П.И. Чистяков, чье имя с 1960 г. носит пермская глазная клиника, И.Г. Ершковиц, ученик и соратник академика В.П. Филатова, Ю.Е. Горячев внесли весомый вклад в развитие отечественной офтальмологической науки.

Большое впечатление на гостей произвела лаборатория индивидуального лазерного протезирования.

Едва ли не самой знаменитой достопримечательностью города Перми является гимназия № 11 им. С.П. Дягилева, расположенная в доме, на протяжении трех десятилетий принадлежавшем большой и дружной семье Дягилевых. Посещение этого единственного в своем роде учебного заведения в России, а также фото у памятника великому импрессионисту из цветной бронзы работы Эрнста Неизвестного надолго останется в памяти гостей.

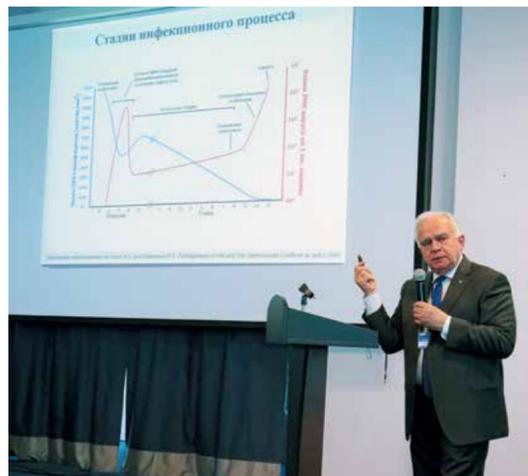
По сложившейся традиции после конференции все участники и гости были приглашены на теплую прогулку по реке Кама. Проплывая под мостами широкой реки, офтальмологи из разных регионов России почувствовали, насколько важно профессиональное общение и обмен опытом в наше время высоких технологий.

Солнечная погода и дружеская обстановка сделали конференцию в Перми незабываемым событием для всех ее участников.

Материал и фотографии предоставлены оргкомитетом конференции



Участники конференции у памятника П.И. Чистякову в сквере краевой больницы



Лекцию о ВИЧ-инфекции читает академик РАН В.А. Черешнев



Доцент С.В. Чистякова (Симферополь)

Новый препарат

АЛЛЕРГОФЕРОН®

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

ИНТЕРФЕРОН + ЛОРАТАДИН

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИИ!

Лечение сезонного и круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита

АЛЛЕРГОФЕРОН® ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ 5г

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ www.firm.ru

Отпуск по рецепту

Информация для специалистов

Инструкция по медицинскому применению препарата Аллергоферон® утверждена Минздравсоцразвития РФ. ПП 00056-2009/11

ОФТАЛЬМОФЕРОН®

Интерферон альфа-2b + дифенгидрамин
капли глазные

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

- лечение герпетических поражений глаз и аденовирусных инфекций глаз
- лечение синдрома сухого глаза
- лечение и профилактика осложнений после экзимерлазерной рефракционной хирургии роговицы
- профилактика герпетической инфекции при кератопластике
- содержит интерферон альфа-2b человеческого рекомбинантного и противоаллергический компонент

Пер. ул. № 9 П. № 00324/01

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ www.firm.ru

Информация для специалистов

Инструкция по медицинскому применению препарата Офтальмоферон® утверждена Минздравсоцразвития РФ. П. № 002902/01-240214

Отпуск без рецепта

Ерошевские чтения

22-23 июня 2017 г. в Самаре прошла офтальмологическая конференция «Ерошевские чтения – 2017», посвященная 115-летию со дня рождения основателя самарской школы офтальмологов Тихона Ивановича Ерошевского



ЕРОШЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ 2017
офтальмологическая конференция

Традиционно уже в течение последней четверти века каждые пять лет ведущие офтальмологи России и зарубежья собираются в Самаре в день рождения выдающегося отечественного офтальмолога Тихона Ивановича Ерошевского, чтобы обменяться научным опытом и новейшими технологическими достижениями. Конференция всегда отличалась своей масштабностью и политематичностью.

22 июня 2017 года в Самаре в рамках первого дня конференции «Ерошевские чтения – 2017» прошла II Витреоретинальная мастерская «ВИДЕОРЕТИНА 3Д» с международным участием.

На конференции обсуждались все основные аспекты витреоретинальной патологии, включая вопросы этиологии и патогенеза, достижений в диагностике и лечении патологии сетчатки, ассоциированной с различными заболеваниями.

С приветственным словом на открытии конференции выступил главный офтальмолог Самарской области, заведующий кафедрой офтальмологии СамГМУ, главный врач ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского», доктор медицинских наук Андрей Владимирович Золотарев, подчеркнувший значимость проблемы витреоретинальной патологии на современном этапе и важность проведения мастер-классов, обмена опытом и обучения молодых докторов у ведущих витреоретинальных специалистов России и Европы в решении этой непростой и актуальной задачи.

Мастер-класс провели ведущие витреоретинальные хирурги России: Я.В. Байбородов (Санкт-Петербург), И.М. Горшков (Москва),

А.В. Гурьев (Екатеринбург), О.Е. Ильяхин (Москва), Г.В. Крайнов (Самара), Д.В. Петрачков (Самара), А.Н. Самойлов (Казань), О.В. Унгуриянов (Москва), Р.Р. Файзрахманов (Уфа), Д.О. Шкворченко (Москва). Кроме ведущих витреоретинальных хирургов России, в Мастерской принял участие признанный мировой специалист по заболеваниям сетчатки Mitrofanis (Fanis) Pavlidis (Германия).

Участники конференции смогли не только услышать доклады, посвященные наиболее актуальным проблемам лечения патологии сетчатки, но и увидеть возможности технологии 3D в витреоретинальной «живой хирургии». В отличие от первой Мастерской 2016 года, в ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» появилась вторая операционная, оснащенная 3D-видеоиспользуемой, позволяющая выполнять большее число операций и уделить внимание интересным моментам непосредственно в процессе операции. Впервые в России в рамках «живой хирургии» благодаря безупречной организации работы и великолепной работе хирургов было показано небольшое количество операций — 12(!).

Ведущий витреоретинальный хирург Европы Mitrofanis Pavlidis (Cologne Eye Center, Germany) в режиме on-line прооперировал пациента с диагнозом «витреомакулярный тракционный синдром вследствие эпимакулярного фиброза». Операция выполнялась на инновационной хирургической системе EVA, DORC (Netherlands), зарегистрированной в РФ в феврале 2017 года.

Доктором О.В. Унгурияновым (ООО МНИОЦ «Новый взгляд», Москва) показано безупречное выполнение круговой ретиномии у пациентки с тяжелой формой регматогенной отслойки сетчатки с выраженной пролиферативной витреоретинальной (СЗ). Операция выполнена на хирургической системе Constellation, Alcon (USA).

Я.В. Байбородов (ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Санкт-Петербург) в рамках «живой хирургии» прооперировал пациента с крайне редкой встречающимся заболеванием — РПП (ретинопатия) с тяжелой формой отслойки сетчатки. Ярослав Владимирович — витреоретинальный хирург с самым большим опытом хирургического лечения данной

патологии в России. Он поделился своими наблюдениями и рекомендациями по ведению таких пациентов в до- и послеоперационном периоде.

Р.Р. Файзрахманов (Уфимский НИИ глазных болезней) показал хирургическую технику лечения эпимакулярного фиброза с ламеллярным разрывом. Случай вызвал оживленную дискуссию о необходимости удаления внутренней пограничной мембраны сетчатки при выполнении витреоретинальных вмешательств.

И.М. Горшков (ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва) выполнил операцию на многофункциональной хирургической системе Stellaris PC (B&L, USA) у пациента с регматогенной отслойкой сетчатки с пролиферативной витреоретинальной СЗ, которую завершил введением газозаполненной смеси в витреальную полость. Особенности техники, показанной Ильей Михайловичем, — использование дополнительного освещения Photon (Synergetics, USA), высокоскоростной режим резки витреотомом.

Особый интерес и бурное обсуждение в зале вызвала операция, выполняемая доктором О.Е. Ильяхиным (Филиал № 1 ГКБ им. С.П. Богдана, Москва) у пациентки с сахарным диабетом: отслойка сетчатки, эпиретинальный фиброз, пролиферативная диабетическая ретинопатия. Проведено удаление эпиретинального фиброза с целью ослабления тракционного воздействия на сетчатку. В настоящее время существуют разные точки зрения на тактику удаления таких мембран, сравнение которых было представлено: «от периферии к центру», «от центра к периферии».

Ведущий катарактальный хирург ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» Г.В. Крайнов (Самара) представил комбинированное лечение катаракты и витреомакулярного тракционного синдрома (ВМТС), выполнил факэмульсификацию в комбинации с пневматическим витреолизом пациентки с начальной катарактой и ВМТС (скрытый разрыв или Ib по Gass). Такая операция была впервые проведена в формате «живой хирургии» и вызвала большой интерес со стороны зала. Новый способ лечения ВМТС отличается микроинвазивностью

и не требует удаления стекловидного тела, а процесс отделения задней гиалиоидной мембраны от сетчатки проходит по физиологическому пути. После факэмульсификации хирургом была выполнена имплантация интраокулярной линзы ASPHINA, ZEISS (Germany), отличающейся высокой ротиационной стабильностью в капсульном мешке, благодаря 4-гиптичной конструкции. В процессе хирургии использовались высокоскоростные вискоэластики: когезивный — Z-Hyalin plus и дисперсивный — Z-Hyalcoat, позволившие сохранить прозрачность роговицы и получить высокий результат уже на 1-е сутки после операции.

Д.О. Шкворченко (ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва) прооперировал пациентку с регматогенной отслойкой сетчатки, осложненной сквозным макулярным разрывом. Дмитрий Олегович использует разработанную им методику закрытия макулярных разрывов при помощи богатой тромбоцитами плазмы крови, и в данном случае она оказалась единственно верной в закрытии макулярного разрыва без удаления внутренней пограничной мембраны сетчатки. Операция была завершена введением газозаполненной смеси в витреальную полость. Уже на 5-е сутки после операции было подтверждено закрытие макулярного разрыва и прилегание сетчатки на всем протяжении.



Д.м.н. А.В. Золотарев открывает II Витреоретинальную мастерскую «ВИДЕОРЕТИНА 3Д»

А.Н. Самойлов (Кафедра офтальмологии ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ») успешно прооперировал пациентку с регматогенной отслойкой сетчатки, осложненной витреоретинальной пролиферацией стадии В, уже на 7-е сутки после операции пациентка отметила значительное уменьшение искажений и улучшение качества зрения.

А.В. Гурьев (АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза») продемонстрировал технику операции у пациента с пролиферативной диабетической ретинопатией, осложненной тракционной отслойкой сетчатки.

Ведущий витреоретинальный хирург ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» Д.В. Петрачков (Самара) продемонстрировал классический вариант лечения сквозного макулярного разрыва с минимальным диаметром 400 мкм. В ходе операции была удалена внутренняя пограничная мембрана вокруг разрыва, не затрагивая небольшую полость ВПМ вокруг разрыва, в завершение была выполнена воздушная тампонада витреальной полости. Также Денис Валериевич продемонстрировал методику интра-витреального введения Ozurdex, который представляет собой интра-витреальный имплант дексаметазона, характеризующийся хорошей эффективностью при посттромботическом макулярном отеке, резистентном к анти-VEGF терапии. Пациенту с посттромботической ретинопатией и макулярным отеком,

Первое заседание было посвящено тактике ведения пациентов при осложнениях хирургии глаукомы. Открывал его доклад Т.В. Соколовой (Москва), посвященный лазерным технологиям в лечении глаукомы. Была представлена разработанная на базе ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» методика YAG-лазерной активации трабекулы, преимуществом которой является отсутствие зависимости от степени пигментации трабекулы.

Неподдельный интерес аудитории вызвал доклад А.А. Антонова (Москва) «Трабекулэктомия — золотой стандарт хирургии глаукомы». В своем докладе автор остановился



Обсуждение проведенных операций

которому в течение 8 месяцев было выполнено 4 инъекции Луцентиса, без положительной динамики, проведено введение имплантата Ozurdex. На 1-е сутки после манипуляции отмечена небольшая положительная динамика по данным оптической когерентной томографии сетчатки и улучшение остроты зрения.

Отличительной чертой «живой хирургии», проводимой в Самаре, всегда является отслеживание полученных результатов — состояния глаза в раннем послеоперационном периоде. Утром следующего дня после хирургии пациенты были осмотрены, им были выполнены необходимые диагностические исследования. У всех пациентов наблюдался отличный анатомический результат, а в ряде случаев выраженные функциональные улучшения. Результаты «живой хирургии» были представлены на открытии конференции 23 июня 2017 г., а также доступны для врачей на сайте СОКОБ им. Т.И. Ерошевского.

Торжественное открытие конференции «Ерошевские чтения — 2017» состоялось 23 июня 2017 г.

Открыл конференцию академик РАН, ректор Самарского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор Геннадий Петрович Котельников. Ректор поздравил всех присутствующих с таким знаменательным событием в мире офтальмологии. Выразил благодарность заведующему кафедрой офтальмологии, главному врачу ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерошевского» А.В. Золотареву, отметив слаженную работу самарской офтальмологической службы, пожелав дальнейших успехов в научной и практической деятельности. С приветственным словом также выступил заместитель председателя Правительства Самарской области — министр здравоохранения Самарской области, к.м.н., заслуженный врач РФ Геннадий Николаевич Гридасов.

Пленарное заседание было посвящено «Проблемам и перспективам развития офтальмологии». С докладами выступили выдающиеся офтальмологи из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Омска, Екатеринбургa. Рассматривались крайне актуальные вопросы, такие как проблемы глаукомы в XXI веке (профессор Ю.С. Астахов), лимфатические структуры глаза и их возможная роль в механизмах развития первичной открытоугольной глаукомы (профессор В.В. Черных), проблемы увеальной катаракты (О.В. Шиловских), проблемы и перспективы оculoпластической хирургии и глазного протезирования (профессор И.А. Филатова), взаимосвязь глаукомы и катаракты (профессор В.Н. Трубилин), взаимосвязь глаукомы и ССГ (профессор О.И. Лебедев). Профессор Е.А. Егоров доложил о современной тенденции в диагностике и лечении первичной открытоугольной глаукомы. Очень интересный взгляд на организацию экономической точки зрения на заболевание катарактой раскрыл в докладе «От катаракты не умирают...?» А.В. Золотарев.

В своем докладе автор остановился на основных этапах трабекулэктомии: выбор разреза конъюнктивы, наложение склерального шва, тактика ведения пациентов при избыточной или недостаточной фильтрации, выбор послеоперационной терапии для избежания послеоперационного рубцевания.

Н.Ю. Горбунова (Чебоксары) в своем докладе остановилась на технике операции имплантации клапана Ахмеда, на тактике лечения при таких осложнениях, как цилиохориоидальная отслойка, геморрагическая отслойка сосудистой оболочки, гипемиа, тампонада радужкой, прободение склеры. Были представлены результаты после проведенной имплантации клапана с различными формами глаукомы, при этом отмечена высокая эффективность данного вида хирургии и указано, что компенсированное внутриглазное давление было достигнуто в большинстве случаев.

Профессор И.Б. Алексеев (Москва) прочитал доклад «Дренажная хирургия глаукомы. Профилактика и лечение осложнений». Доклад был посвящен использованию в хирургии глаукомы дренажа «Лазтекс», выделены основные преимущества дренажа, определены сроки его резорбции и основные показания к его имплантации.

Д.И. Иванов (Екатеринбург) в своем докладе «Сочетанная хирургия глаукомы и катаракты. Профилактика осложнений» осветил сочетание факэмульсификации катаракты с трабекулотомией ab interno. Данный метод является собственной разработкой Д.И. Иванова, характеризуется высокой эффективностью и широко используется в лечении пациентов с глаукомой.

Кроме того, прозвучали доклады А.П. Ермолаева (Москва) «Артифактные глаза с вторичной глаукомой — вариант хирургического лечения» и профессора В.И. Лапочкина (Москва), который представил вниманию собственную разработку хирургического вмешательства — Дренажирующая Аутоклапанная Лимбо-Склерэктомия (ДАЛС) как альтернатива СТЭК — и провел презентацию разработанного набора хирургических инструментов для выполнения данного вида хирургического лечения.

На заседании «Современные аспекты терапевтической офтальмологии» было представлено множество ярких докладов с передовым подходом к пониманию патогенеза, лечению и профилактике глазных болезней. Необходимо отметить доклад об «Общем и местном применении патологии соединительной ткани при первичной открытоугольной глаукоме», в котором профессор Е.Н. Иомдина (Москва) наглядно отразила динамику развития дегенеративных процессов в наружной поверхности склеры: был создан алгоритм оценки биомеханических показателей корнеосклеральной оболочки глаза с помощью тонометрических методов,



Д.м.н. А.В. Золотарев, профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург)



Д.м.н. И.С. Зайдуллин (Уфа), д.м.н. О.В. Проскурина (Москва)

показательно изображена динамика морфологических изменений зрительного нерва у больных ПОУТ по данным лазерной сканирующей томографии, выявлен важный фактор структурной и биомеханической стабильности соединительной ткани. На основании этого был сделан вывод о существовании связи между патологией соединительной ткани и механизмом развития глаукомного поражения.

Доклад «Концентрация химических элементов во влаге передней камеры и сывороте крови у пациентов с разным уровнем внутриглазного давления» представил А.П. Ермолаев (Москва). Интересным фактом, согласно данному сообщению, является отсутствие полностью изученного механизма секреции ВГЖ. Существующие концепции лишь частично объясняют механизм аномальной гиперсекреции ВГЖ и повышения ВГД, а одной из причин стойкого повышения ВГД может быть накопление в витреальной полости осмотически активных азотосодержащих компонентов, что приводит к гиперидратации его содержимого.

С увлекательным докладом об «Особенностях диагностики и лечения оптической нейропатии при лекарственной интоксикации» выступила Е.Э. Иойлева (Москва).

В докладе «Влияние антиоксидантов на гемодинамику глаза при сосудистой патологии сетчатки и зрительного нерва» Т.Н. Киселевой (Москва) была проиллюстрирована распространенность острых и хронических нарушений кровообращения, а также процент инвалидизации по зрению у данных пациентов. Подчеркнута важность патогенетической терапии сосудистой патологии глаза, показано влияние антиоксидантов на микроциркуляцию в эксперименте,

В докладе «Эффективность применения 0,3% раствора натриевой соли гиалуроновой кислоты у пациентов с синдромом «сухого глаза» после факэмульсификации катаракты» выступил Ю.И. Пирогов (Санкт-Петербург). В его докладе была представлена зависимость между неудовлетворенностью пациентов в проведенной операции и развитием у данных пациентов синдрома «сухого глаза». Выявлена группа факторов (пред-, интра- и послеоперационных), способствующая развитию синдрома «сухого глаза», указана необходимость использования средств для его коррекции.

В докладе «Влияние антиоксидантов на гемодинамику глаза при сосудистой патологии сетчатки и зрительного нерва» Т.Н. Киселевой (Москва) была проиллюстрирована распространенность острых и хронических нарушений кровообращения, а также процент инвалидизации по зрению у данных пациентов. Подчеркнута важность патогенетической терапии сосудистой патологии глаза, показано влияние антиоксидантов на микроциркуляцию в эксперименте,

готовка с использованием антибиотиков, представлены стандартные схемы ведения больных после операции.

С докладом «Эффективность применения 0,3% раствора натриевой соли гиалуроновой кислоты у пациентов с синдромом «сухого глаза» после факэмульсификации катаракты» выступил Ю.И. Пирогов (Санкт-Петербург). В его докладе была представлена зависимость между неудовлетворенностью пациентов в проведенной операции и развитием у данных пациентов синдрома «сухого глаза». Выявлена группа факторов (пред-, интра- и послеоперационных), способствующая развитию синдрома «сухого глаза», указана необходимость использования средств для его коррекции.

Д.Ю. Майчук (Москва) представил доклад «Герпетический кератит острой атаки до рецидива», где показал распространенные ошибки при ведении рецидивирующих герпетических кератитов, подробно описал план лечения и способы профилактики.

В докладе «Профилактика послеоперационных осложнений в амбулаторной офтальмохирургии» С.А. Марных (Москва) была подчеркнута важность соблюдения правил асептики и антисептики в операционной, предоперационная



Репортаж из операционной



Опирирует Д.В. Петрачков (Самара)

ПОЗВОЛЬТЕ СЕБЕ БОЛЬШЕЕ С

ALLADDIN HW 3.0

- Оптическая биометрия
- Стандартные формулы для расчета ИОЛ плюс формула Баррета "onboard"
- Два интегрированных калькулятора для расчета торических ИОЛ
- Формулы расчета ИОЛ после кераторефракционных операций
- Топография передней поверхности роговицы
- Анализ волнового фронта передней поверхности роговицы
- Статическая и динамическая пуллометрия

MS Weatalla GmbH
115114, Москва, ул. Дербеневская, д.1, стр. 5
Телефон: +7 495 645 13 15 Факс: +7 495 988 91 84
www.msweatalla.com | rus@msweatalla.com



Д.м.н. А.В. Золотарев (Самара)



Профессор Е.А. Егоров (Москва)



Во время работы пленарного заседания

а также влияние антиоксидантов на кровоток в сосудах глаза. Выявлена необходимость комплексного подхода к коррекции нарушений гемодинамики при сосудистой патологии глаза, показано улучшение гемодинамики в системе ретинальных и хориоидальных сосудов на фоне приема антиоксидантов.

Заседание «Современные аспекты пластической хирургии и офтальмоонкологии» открыл доклад профессора И.А. Филатовой (Москва) об актуальности проблемы анофтальма на сегодняшний день. Несмотря на повышение качества оказываемой медицинской

помощи, многие люди до сих пор сталкиваются с проблемой анофтальма, в решении которой важно учитывать не только эстетический, но и медицинский компонент.

Профессор Е.С. Милушин (Самара) в своем докладе рассказал о широком внедрении в медицинскую практику биоматериала «Флексамер», который может использоваться не только в терапии синдрома «сухого глаза» и при хирургическом лечении рецидивирующего птеригиума, но и при реконструктивных пластических операциях орбиты и в терапии тяжелых термических ожогов.

И.А. Сироткина (Челябинск) свою работу посвятила важности эстетической коррекции анофтальма, т.к. сразу после энуклеации начинается не менее важная и ответственная работа по подбору протеза, многолетнему наблюдению за пациентом.

Л.М. Пурова (Самара) представила новый аллогенный имплантат, который может использоваться для создания опорно-двигательной культуры при энуклеации. Благодаря особому строению имплантата (пористый, цилиндрической формы и имеет несколько типоразмеров), он с успехом может применяться

при энуклеации и в послеоперационном периоде позволит получить хорошие эстетические результаты при протезировании.

Группа авторов (И.А. Филатова и Е.А. Шеметов) в своем докладе представили опыт использования имплантата из ПТФЭ при косметической и функциональной реконструкции века. Данный имплантат обладает рядом преимуществ: его удобно подшивать, регулировать длину, он позволяет добиться желаемого косметического эффекта.

Е.И. Гюнтнер (Челябинск) посвятила свой доклад увеальной меланоме и путям ее метастазирования. Увеальная меланома занимает лидирующие позиции среди внутриглазных опухолей, характеризуется быстрым метастазированием и крайне низкой пятилетней выживаемостью. Крайне важно рано диагностировать и начать лечение меланомы, а для послеоперационного наблюдения и своевременного выявления метастазов важно знать пути их метастазирования.

О.В. Голубева (Москва) рассказала аудитории об особенностях динамического наблюдения пациентов после лечения меланомы хориоидеи, о возможных осложнениях, частоте их встречаемости. Отметила важность послеоперационного наблюдения для раннего выявления и лечения возможных осложнений.

Е.А. Дроздова (Челябинск) посвятила свой доклад проблеме псевдотумора орбиты, важности тщательной работы с пациентом, последовательной диагностики и анализу полученных данных, т.к. данная патология не всегда требует оперативного лечения. Для определения тактики дальнейшей терапии очень важна своевременная и точная диагностика.

Заседание «Детская офтальмопатология» открыл доклад д.м.н. О.В. Проскуриной (Москва) о «заковыристых» вопросах коррекции смешанного астигматизма в детском возрасте. Автор отметила особую сложность подбора коррекции при смешанном астигматизме у детей, а также то, что минусовая коррекция способствует переходу смешанного астигматизма в сложный миопический.

Сообщение д.м.н. И.С. Зайдулина (Уфа) было посвящено особенностям расчета оптической силы ИОЛ у детей первого года жизни с врожденной катарактой. Автор отметил, что самой серьезной проблемой при имплантации ИОЛ у детей до года является сложность выбора оптической силы ИОЛ. В связи с этим оптическую силу ИОЛ следует рассчитывать по формуле SRK T с учетом гипокоррекции на последующий рост глаза.

О.А. Конникова (Санкт-Петербург) представила доклад от группы авторов о клинических особенностях глаукомы у детей с ретинопатией недоношенных. В докладе было отмечено, что глаукомный процесс у детей раннего возраста более чем в половине случаев возникает у недоношенных детей и развивается в большинстве случаев на двух глазах и соответствует I-II стадиям. Также была отмечена зависимость развития глаукомы от массы тела при рождении (преобладает у детей с массой тела при рождении 1450-1700 г).

В докладе Т.Н. Воронцовой (Санкт-Петербург) были представлены особенности антибактериальной терапии воспаления глазной поверхности у детей. Отмечена важность подбора правильной антибактериальной терапии воспаления глазной поверхности у детей и применение антибиотиков широкого спектра действия (левофлоксацин).

Новым возможностям контроля миопии был посвящен доклад А.В. Егоровой (Ижевск). Автором были рассмотрены аппаратные методы лечения миопии и освещены вопросы контактной коррекции близорукости линзами нового дизайна, моделирующими ретикулярный периферический дефокус.

Профессор Е.Ю. Маркова (Москва) сделала доклад о современных тенденциях в лечении инфекционно-аллергических заболеваний у детей. Были представлены основные группы препаратов в лечении аллергии, из которых была выделена группа с двойным механизмом действия (воздействие на H1-гистаминовые рецепторы и стабилизацию мембраны тучных клеток), которая представлена такими препаратами, как Визаллергол, Опатанол, Аллергодил.

А.Ю. Расческов (Казань) представил результаты off-label применения ранибизумаба для лечения РН (3 фазы клинических исследований). В докладе были представлены исследования, которые показали эффективность применения ранибизумаба в лечении ретинопатии недоношенных. Однако вопрос по применению ранибизумаба у детей с ретинопатией недоношенных остается все еще актуальным и спорным среди детских офтальмологов.

О выборе антибактериальной терапии воспалительных заболеваний глаз у детей в свете современных представлений о множественной лекарственной устойчивости возбудителей рассказала Г.З. Галева (Казань). Согласно проведенным исследованиям, была определена чувствительность возбудителей к антибактериальным препаратам, выпускающимся в форме глазных мазей местного применения.

Группа авторов из Санкт-Петербурга (Ф.В. Ковшов, Э.И. Сайдашева) представили доклад на тему «Опыт исследования новых диагностических технологий (портативная фундус-камера) в офтальмологии». В докладе был приведен



Заседание «Детская офтальмопатология»

опыт работы с цифровой фундус-камерой Optomed SmartScore и отмечены некоторые положительные характеристики портативной фундус-камеры.

В завершение прозвучал доклад Н.М. Хабидуллиной (Казань), посвященный хирургическому лечению врожденной глаукомы с использованием спонцидренажа и «нормальным» показателям внутриглазного давления у детей раннего возраста.

Заседание «Современные аспекты патологии сетчатки» открыл профессор М.М. Шишкин (Москва) с докладом «Современные подходы к лечению экссудативно-геморрагических форм ВМД». Было отмечено, что комбинированные методы лечения (интравитральное введение тра, газа и анти-VEGF терапия) является терапией первой линии, а ВРХ предпочтительнее при наличии массивных субретинальных геморрагий и гемофтальма. Раннее начало лечения (до 2-х недель от момента кровоизлияния) позволяет надеяться на лучший функциональный исход.

А.Н. Трунов (Новосибирск) в докладе «Роль местного воспалительного процесса в патогенезе пролиферативной диабетической ретинопатии» отметил, что в механизмах развития ПДРП значимую роль играет высокая активность местного иммунновоспалительного процесса, уровни содержания провоспалительного цитокина ИЛ-17 Н и индуктора гуморального звена иммунной системы или в стекловидном теле. Указанные процессы приводят к активации сосудистой пролиферации и проявляются более чем 20-кратным повышением содержания фактора роста эндотелия сосудов в стекловидном теле.

М.В. Будзинская (Москва) представила доклады «Современные аспекты патогенеза ВМД» и «Новые возможности анти-VEGF терапии в лечении заболеваний сетчатки», в которых был приведен анализ последних клинических исследований анти-VEGF терапии неоваскулярной формы ВМД, а также представлены классификации ранних стадий заболевания, вероятные пути дальнейшего развития процесса и новые лекарственные препараты (Ресветрол).

Ф.Е. Шадричев (Санкт-Петербург) в своем докладе «Современные подходы к лечению диабетических поражений сетчатки» отметил, что большая распространенность пролиферативной диабетической ретинопатии и макулярного отека указывает на наличие значительной группы больных сахарным диабетом, которые нуждаются в лазерной коагуляции сетчатки, инъекции ингибиторов ангиогенеза, инъекции кортикостероидов, витреальной хирургии, инъекции ферментов.

С.Ю. Туровский (Самара) поделился опытом фоторефракционной кератэктомии с использованием ММС у пациентов с миопией. В докладе показана стабильность кератометрических показателей на протяжении 15 лет после операции в ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ерощенко» и низкий процент осложнений.

О преимуществах применения диагностического и операционного модуля «Verion» при фактоэммульсификации с имплантацией торической ИОЛ для коррекции астигматизма выступил К.В. Мальгин (Оренбург). В своем докладе он еще раз подчеркнул важность точной центрировки торической ИОЛ с целью минимизации послеоперационного астигматизма.

А.В. Титов (Санкт-Петербург) поделился результатами ФРК в отдаленные сроки после кератингита у пациентов с первичным кератоконусом и сделал вывод, что коррекция остаточной аметропии после кератингита позволяет получить хорошие функциональные результаты, однако относительно недавнее появление подобных комбинированных вмешательств требует более длительного изучения послеоперационных результатов.

В докладе С.М. Ким (Оренбург) был продемонстрирован опыт применения комплексного лечения пациентов с катарактой и неоваскулярной ВМД. Было показано, что в подобных случаях комбинированной патологии введение ингибиторов ангиогенеза перед фактоэммульсификацией более целесообразно и обуславливает более

стабильные зрительные функции и состояние макулярной зоны, а также сокращает количество инъекций anti-VEGF препаратов для стабилизации состояния сетчатки.

С завершающим докладом на тему комплексного подхода к коррекции индуцированных аметропий выступила Н.В. Майчук (Москва). В докладе был представлен анализ структуры индуцированных рефракционных нарушений, оценка показателей роговицы после рефракционных операций и результаты эксимерлазерной коррекции индуцированных аметропий различными способами.

В рамках конференции 23 июня 2017 г. прошли обучающие мастер-классы «Современные технологии ультразвуковой диагностики в офтальмологии», «Техники фотобиомикроскопии при осмотре переднего и заднего отрезка», мастер-класс по периметрии, а также мастер-класс по новым видам контактных линз — «ULTRA» (B&L, Valeant) и «1-DAY ACUVUE MOIST MULTIFOCAL» (Johnson & Johnson Vision Care).

В программе конференции также более длительное участие в актуальным вопросам оптометрии: современные методы диагностики бинокулярных нарушений (М.А. Трубилина, Москва), асимметричная конвергенция как приспособительный механизм при близорукости (Р.А. Ибатуллин, Москва), возможности стабилизации прогрессирующей миопии (Т.Ю. Вержанская, Москва), контактная коррекция пресбиопии

мультифокальными контактными линзами (И.А. Лещенко, Москва), применение мягких контактных линз с управляемым периферическим дефокусом для контроля миопии у детей и подростков (Н.П. Парфенова, Москва).

Следует отметить, что в 2017 году «Ерошевские чтения» посетили более 600 офтальмологов со всей России (Самарская, Оренбургская, Пензенская, Ульяновская, Свердловская, Астраханская, Волгоградская, Нижегородская, Ростовская, Воронежская, Рязанская, Челябинская, Саратовская, Тамбовская, Тверская, Кировская, Ярославская области, Пермский и Ставропольский края, Удмуртская Республика, Республика Башкортостан, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Чувашская Республика, Москва и Московская область, Санкт-Петербург, Новосибирск и Республика Крым), а также почетные гости из Германии.

Конференция прошла в дружелюбной непринужденной атмосфере и активном обсуждении бесспорно актуальных вопросов офтальмологии.

Оргкомитет конференции благодарит всех партнеров, поддержавших данное мероприятие, в особенности генеральных спонсоров — компании Novartis и Valeant, что позволило провести мероприятие на столь высоком уровне.

Материал подготовили
Е.В. Ганюнова, Д.В. Петрачков,
П.А. Замыцкий, А.С. Винокурова,
А.В. Юдаков, О.В. Павлова, К.Е. Кучук,
А.В. Гаус, В.В. Васильева

КРАСИТЕЛЬ

для витреоретинальной хирургии

OPTIMED®

- ✓ Предназначен для селективного прокрашивания внутренней пограничной мембраны, эпиретинальных мембран, пролиферативной ткани в ходе витреоретинальных операций.
- ✓ Равномерно распределяется по центральной части глазного дна.
- ✓ Легко удаляется из глаза с помощью аспирации.



Варианты исполнения: во флаконах 0,5 мл, в шприцах 0,5 мл.

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

enVista TORIC

Моноблочная гидрофобная акриловая торическая ИОЛ



- Превосходная ротационная стабильность^{1,2}
- Предсказуемая коррекция Астигматизма^{1,2}

У 91% пациентов наблюдалась ротация $\leq 5^\circ$ от дня операции до 6 месяцев¹
Абсолютная средняя ротация 3° через 6 месяцев¹
Средняя децетрация 0,28 мм¹

©2017 Bausch & Lomb. Все права защищены. *77 является торговой маркой компании Bausch & Lomb. Все права защищены. Другие бренды/названия являются торговыми марками соответствующих владельцев.

1. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 2. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 3. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 4. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 5. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 6. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 7. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 8. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 9. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 10. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 11. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 12. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 13. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 14. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 15. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 16. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 17. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 18. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 19. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 20. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 21. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 22. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 23. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 24. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 25. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 26. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 27. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 28. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 29. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 30. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 31. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 32. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 33. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 34. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 35. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 36. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 37. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 38. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 39. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 40. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 41. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 42. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 43. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 44. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 45. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 46. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 47. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 48. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 49. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 50. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 51. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 52. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 53. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 54. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 55. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 56. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 57. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 58. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 59. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 60. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 61. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 62. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 63. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 64. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 65. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 66. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 67. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 68. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 69. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 70. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 71. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 72. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 73. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 74. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 75. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 76. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 77. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 78. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 79. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 80. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 81. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 82. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 83. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 84. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 85. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 86. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 87. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 88. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 89. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 90. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 91. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 92. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 93. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 94. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 95. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 96. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 97. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 98. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 99. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 100. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 101. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 102. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 103. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 104. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 105. Taylor M and J. Safety and effectiveness of a diffractive refractive hydrophobic acrylic monoblock toric intraocular lens. JAMA Ophthalmol. 2016;34(10):1121-1127. 10

ОКТ и ОКТ-ангиография в офтальмологии

Впервые в России автор метода выступил с лекцией перед отечественными офтальмологами

23 июня в отеле «Балчуг Kempinski Москва» состоялся научный симпозиум, посвященный ОКТ и ОКТ-ангиографии. Проведение данного мероприятия было связано с приездом в Москву автора данных технологий — профессора **Д. Хуанга** (США).

Это первый визит в Россию известного ученого. Инициатором симпозиума выступила профессор Н.И. Курышева, организатором — компания «Трейдомед Инвест», при спонсорской поддержке которой было проведено данное мероприятие. В симпозиуме приняли участие офтальмологи из разных регионов РФ, главным образом, специалисты в области ретикулярной патологии.



Модератор симпозиума — профессор Н.И. Курышева

Профессор Н.И. Курышева, являясь модератором симпозиума, во вступительной речи приветствовала участников конференции и представила профессора Д. Хуанга.

Профессор Дэвид Хуанг, выпускник Гарвардского университета, получил степень PhD в Масачусетском Технологическом Институте (MIT), где совместно с Джеймсом Фуджимото разработал оптическую когерентную томографию — технологию, совершившую переворот в медицине в целом и в офтальмологии в частности. Наилучшими объектами ОКТ являются коронарная артерия и сетчатка. Первая публикация на эту тему, датированная автором 1991 годом, к настоящей времени процитирована 10 тысяч раз. Позднее профессор Хуанг разработал ОКТ с функцией ангиографии, что также ознаменовало революционный переворот в диагностике глазных заболеваний. Д. Хуангом впервые предложено анализировать внутренние слои сетчатки для диагностики нейродегенеративных заболеваний, в частности глаукомы. Им введено такое понятие, как «комплекс ганглиозных клеток сетчатки» (ГКС), который в настоящее время является неотъемлемой частью структурного анализа в диагностике глаукомы.

Доклад профессора Хуанга был посвящен истории ОКТ, ее настоящему и будущему. Заняв серьезную диагностическую нишу на рубеже тысячелетий, ОКТ существенно потеснила флуоресцентную ангиографию (ФАГ) по частоте выполнения в 10 раз. Автор подробно рассказал, как развивалась технология от временных до спектральных томографов и как постепенно на смену 3D-сканированию пришли 4D-технологии, фиксирующие

движение биологических объектов (частиц крови). Автор остановился на том, как вместе с коллегами они пришли к идее декорреляции амплитуд b-сканов, что легло в основу принципа SSADA — основы современной ОКТ-ангиографии. Данная технология имеет существенные преимущества перед ФАГ, т.к. метод является неинвазивным и не требует введения контраста. ОКТ-ангиография постепенно вытесняет ФАГ.

Количество исследований по ОКТ растет с каждым годом, но за последние два года особенно замечен рост публикаций по ОКТ-ангиографии (рис. 1).

Интерес к ОКТ-ангиографии вполне закономерен и вызван, прежде всего, возможностью визуализировать хориоидальные неоваскулярные мембраны и оценивать эффективность их лечения (рис. 2, 3). Это возможно как в случае ВМД, так и при вторичной неоваскуляризации при центральной серозной хориоретинопатии (рис. 4).

Профессор Хуанг подробно остановился на новых возможностях ОКТ-ангиографии.

Применение современных технологий визуализации позволило более подробно исследовать микроциркуляторное русло сетчатки. Ранее в сетчатке различали три слоя: 1) поверхностное сплетение, которое включает в себя средние

и крупные сосуды, проходящие в слое нервных волокон сетчатки; 2) внутреннее сплетение, мелкие капилляры, которые проходят рядом с внутренним ядерным слоем; 3) наружное сплетение, средние и крупные сосуды на наружной поверхности наружного плексиформного слоя. С появлением технологии, получившей название «ОКТ с проекционным разрешением» (Projection-Resolved OCT), появилась возможность «изолировать» из анализа сосуды, дающие «тень» на расположенные глубже капилляры (эффект экранизации); было идентифицировано также промежуточное сосудистое сплетение (рис. 5) и рассмотрено кровоснабжение отдельных зон сетчатки (перипапиллярной, парафовеальной, фовеальной и периферической, находящейся в 8 мм к виску от фовеа). Такая подробная детализация зон перфузии необходима в диагностике разных форм ретикулярной патологии.

Профессор Хуанг подчеркнул важность исследования макулярной зоны в диагностике глаукомы, объяснив, что для этой цели предпочтительными являются протоколы сканирования 6x6 мм вокруг центра фовеа. Именно в этом случае удается зарегистрировать кровоснабжение нервных волокон сетчатки, наиболее рано поражаемых при глаукоме (рис. 6).

В настоящее время ученые под руководством профессора Хуанга разрабатывают новые протоколы с применением ОКТ-ангиографии для диагностики глаукомы.

Другим перспективным направлением является внедрение в практику широкопольной ОКТ-ангиографии, что особенно перспективно при таких формах офтальмопатологии, как диабетическая ретинопатия (рис. 7).

Ожидается также появление новых технологий сканирования переднего отрезка глаза, включая роговицу, склеру и угол передней камеры (рис. 8).

Группа под руководством профессора Хуанга в настоящее время также ведет разработки для улучшения визуализации радужной оболочки, что особенно актуально при меланомах радужки (рис. 9).

В докладе профессора Н.И. Курышевой на тему «Роль ОКТ-ангиографии в ранней диагностике и мониторинге глаукомы» автор сообщила, что в ходе исследования было выявлено снижение параметров ОКТ-ангиографии как в перипапиллярной сетчатке, так и в ДЗН. Индекс перипапиллярного кровотока снижался при начальной глаукоме на 16,4% ($p < 0,002$), а в продвинутой стадии — на 32,8% ($p < 0,02$) по сравнению с контролем. При начальной глаукоме были получены высокие корреляции между плотностью сосудов микроциркуляторного русла перипапиллярной сетчатки и периметрическими индексами MD ($r = 0,44$, $p < 0,001$) и PSD ($r = -0,42$, $p = 0,001$).

Под руководством профессора Н.И. Курышевой впервые была выявлена приоритетность исследования плотности микроциркуляторного русла (показатель Vessel Density, VD) в макуле (фовеа и парафовеа) в диагностике глаукомы.

Примечательно, что исследование проводилось на фоне отмены местных гипотензивных препаратов. Данный показатель имел более высокую диагностическую ценность в раннем выявлении заболевания, чем VD в ДЗН и перипапиллярной сетчатке. Более того, он имел приоритет над такими важными структурными параметрами, как толщина СНВС и ганглиозного комплекса сетчатки. При этом VD макулы имел высокую корреляцию с указанными морфометрическими параметрами, а также с показателями паттерн-ЭРГ, что свидетельствует о связи функциональных расстройств при глаукоме с гемодинамикой ГКС. С другой стороны, в дифференцировании начальной

глаукомы от развитой важную роль играли также структурные параметры (толщина ГКС и объем фовальных потерь ГКС наряду с плотностью капиллярного русла в нижневисочном квадранте).

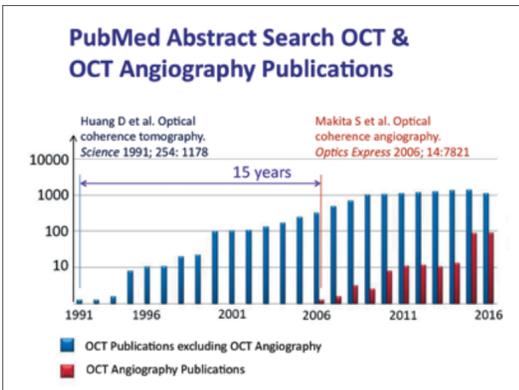


Рис. 1. Рост количества публикаций по ОКТ-ангиографии

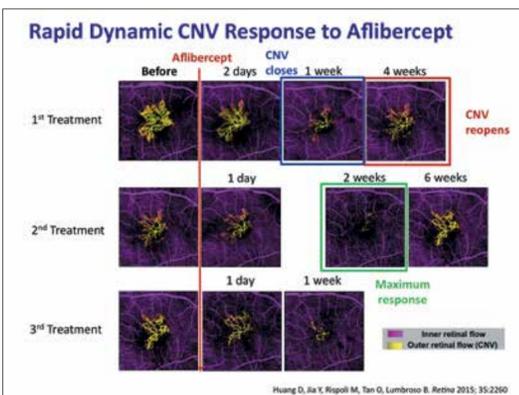


Рис. 2. Визуализация хориоидальной неоваскулярной мембраны методом ОКТ-А на фоне анти-VEGF терапии в динамике

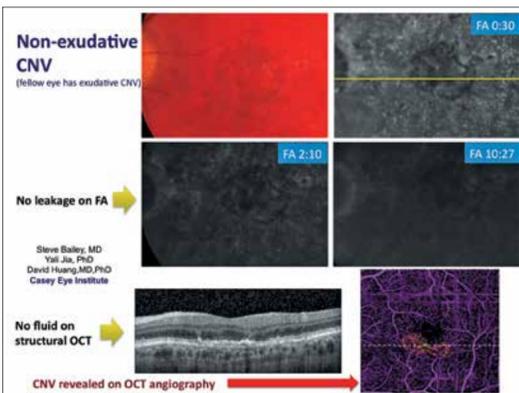


Рис. 3. Визуализация хориоидальной неоваскуляризации методом ОКТ-ангиографии при отсутствии изменений на флуоресцентной ангиограмме

глаукомы от развитой важную роль играли также структурные параметры (толщина ГКС и объем фовальных потерь ГКС наряду с плотностью капиллярного русла в нижневисочном квадранте).

Т.Б. Шаимов (Челябинск) представил доклад на тему «ОКТ-ангиография при возрастной макулярной дегенерации». Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) является социально значимым заболеванием, приводящим к необратимой потере зрения у пожилых пациентов за счет развития хориоидальной неоваскуляризации (ХНВ).

В докладе были представлены данные собственного исследования с использованием новейшей системы DUALTRAC, обеспечивающей полный контроль за движениями глаз пациента во время сканирования, тем самым минимизируя артефакты и помехи. Представлены клинические случаи с мультифокальными изображениями глазного дна пациентов с 1-м и 2-м типами ХНВ, полипной хориоидальной



К.М.н. Т.Б. Шаимов, профессор Н.И. Курышева, профессор Д. Хуанг, к.м.н. С.И. Жукова, генеральный директор компании «Трейдомед Инвест» С.А. Сутягин

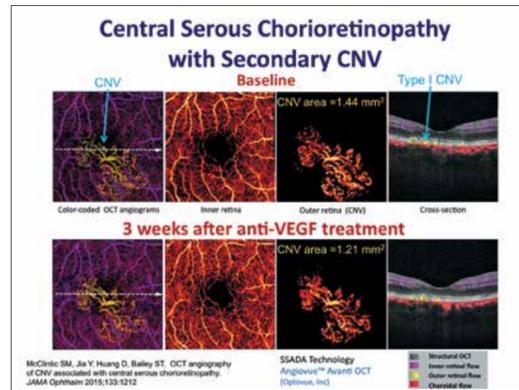


Рис. 4. Визуализация хориоидальной неоваскуляризации методом ОКТ-А при вторичной неоваскуляризации при центральной серозной хориоретинопатии

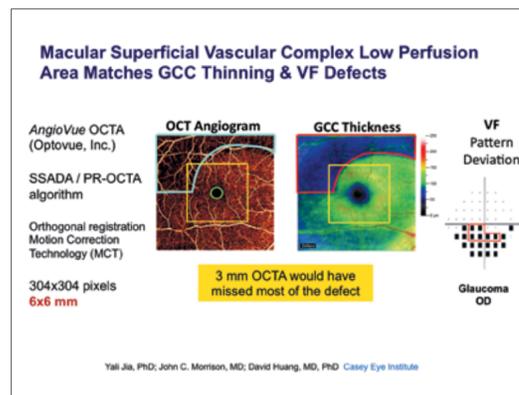


Рис. 5. Четыре сосудистых сплетения, визуализируемых методом ОКТ-А

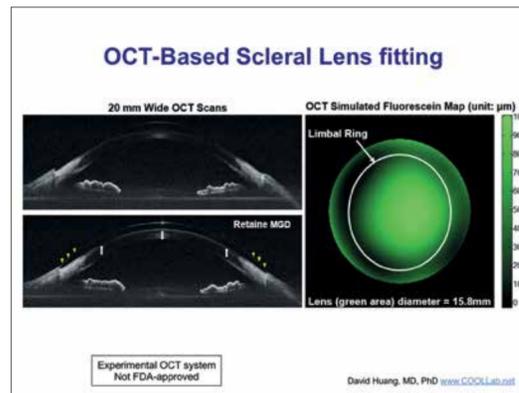


Рис. 6. Соответствие зон со сниженной перфузией макулы (в поверхностном сосудистом плексусе) структурным (толщина ганглиозного комплекса) и функциональным (дефекты полей зрения) изменениям при глаукоме

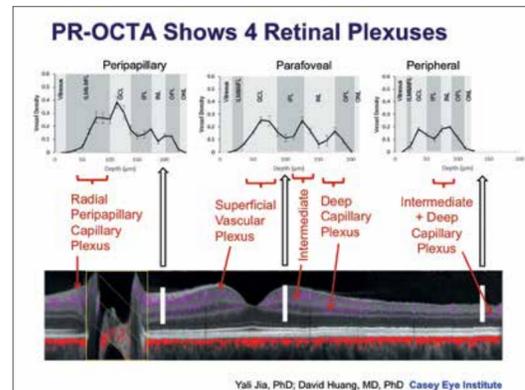


Рис. 7. Пример протокола сканирования здорового глаза с применением широкопольной ОКТ-А

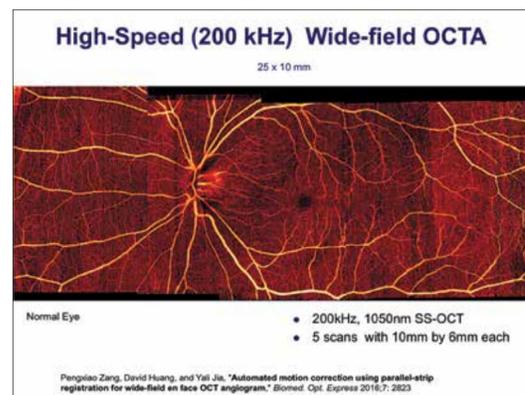


Рис. 8. Широкопольная ОКТ для сканирования переднего отрезка глаза

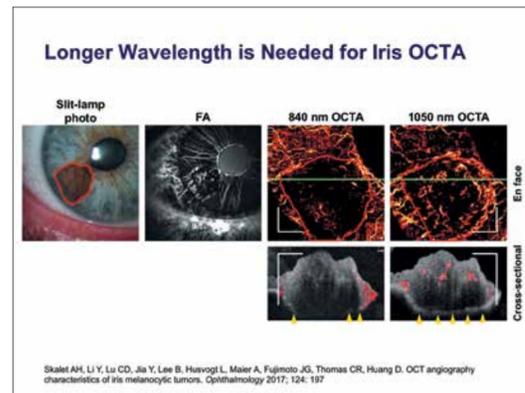


Рис. 9. Визуализация меланомы радужной оболочки методом ОКТ (увеличена длина волны сканирующего луча)

васкулопатии (ПХВ), ретикулярной ангиоматозной пролиферации (РАП) и макулярной телеангиоэктазии 2 типа.

Особое внимание автор уделил изучению клинико-инструментальных диагностических критериев ПХВ, поскольку данное заболевание является атипичной формой ВМД, устойчивой к антиангиогенной монотерапии. В клинических примерах показана высокая информативность ОКТ-ангиографии в сравнении с «золотым стандартом» диагностики ПХВ — индоцианиновой ангиографии. По данным собственных исследований, ОКТ-ангиография позволяет выявлять полипы в 75% глаз, аномальную ветвящуюся сосудистую сеть — в 100% случаев.

При ретикулярной ангиоматозной пролиферации ОКТ-ангиография позволяет с высокой точностью определять локализацию интра-ретинальной неоваскуляризации и ангиоархитектонику хориоретинального анастомоза, расположение которого точно коррелировало с «горячей точкой» на снимках индоцианиновой ангиографии.

Далее Т.Б. Шаимов представил собственные данные ежедневного применения ОКТ-ангиографии у пациентов с 1-м и 2-м типами ХНВ на фоне трех последовательных ежемесячных инъекций ранибузаума. Было выявлено, что площадь ХНВ в результате лечения более заметно уменьшается при 2-м типе ХНВ. При обоих типах ХНВ наибольший эффект отмечался в период от 7-го до 10-го дней после каждой инъекции.

В докладе С.И. Жуковой (Иркутск) «Хориоидальная дисфункция — ключевое звено патогенеза центральной серозной хориоретинопатии» были представлены собственные данные с использованием ОКТ-ангиографии в диагностике центральной серозной хориоретинопатии.

Докладчик подчеркнула, что, несмотря на то что центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХР) широко распространена во всем мире, на сегодняшний день нет единого мнения о механизме ее развития. Большое количество в некоторых случаях противоречащих друг другу теорий формирования заболевания остаются предметом научных дискуссий.

Применение оптической когерентной томографии сетчатки в режиме ангиографии позволяет визуализировать сосудистое русло сетчатки и хориоидеи, оценить степень и характер структурных изменений с учетом гемодинамических расстройств при диагностике различных форм ЦСХР, значительно расширяя возможности диагностики, понимания патогенеза заболевания с позиций анатомии и физиологии.

Сопоставление степени альтернативных изменений ретикулярной пигментной эпителии (РПЭ) и нарушений гемодинамики при различных формах заболевания позволили убедительно продемонстрировать, что ключевым звеном патогенеза ЦСХР является хориоидальная дисфункция, а своеобразной мишенью в реализации патологического процесса — РПЭ. Выявленные изменения РПЭ и хориоидеи, являясь классификационными и прогностическими критериями заболевания, определяют эффективность лечебных мероприятий и функциональный прогноз заболевания.

Все доклады вызвали оживленную дискуссию, во время которой было задано много вопросов о перспективах когерентной томографии. Участники симпозиума имели уникальную возможность лично пообщаться с профессором Хуангом, который с готовностью отвечал на все вопросы российских офтальмологов.

Материал подготовила профессор Н.И. Курышева



Профессор Н.И. Курышева демонстрирует новую концепцию патогенеза ПОАГ, основанную на данных ОКТ-ангиографии

Изменение парадигмы глаукомы: выявление и мониторинг глаукомы методом ОКТ и ОКТА

Симпозиум VII Мирового глаукомного конгресса

VII Мировой конгресс по глаукоме проходил в Хельсинки с 28 июня по 1 июля в Экспоцентре «Мессукестус» и был посвящен консолидации сил мирового глаукомного сообщества в области новейших разработок по глаукоме и их освещению для офтальмологов из разных стран мира.

В работе конгресса акцент был сделан на новейшие технологии и перспективы в лечении и диагностике глаукомы.

Модератором симпозиума «Изменение парадигмы глаукомы: выявление и мониторинг глаукомы методом ОКТ и ОКТА» (Changing the Glaucoma Paradigm: Detection and Management with OCT&OCTA) выступил профессор Дэвид Хуанг (D. Huang) (США), широко известный в мире как автор оптической когерентной томографии (ОКТ) и ОКТ-ангиографии. В своем вступительном слове он остановился на истории данного открытия, сделал акцент на технической стороне ОКТ, рассказал о ее принципах и перспективах. Применение современных технологий визуализации (ОКТ с проекционным разрешением) позволило более подробно исследовать микроциркуляторное русло сетчатки и выделить в нем четыре сосудистых сплетения. Такая подробная детализация зон перфузии необходима в диагностике разных форм ретиальной патологии. Докладчик подчеркнул, что с возрастом происходит расширение аваскулярной зоны в фовеа в поверхностном сплетении, что объясняется окклюзией капилляров, происходящей в процессе старения, а также их атрофии.



Профессор Д. Хуанг (США), профессор Н.И. Курешева (Россия), профессор Г. Голло (Венгрия)

благодаря которому стало возможным исследование объема глобальных потерь ГКС (GLV), а также их фокальных потерь (FLV). Следует подчеркнуть, что толщина ганглиозного слоя имеет важное значение в диагностике глаукомы при высокой миопии, заболевании, которое, как известно, значительно осложняет выявление глаукомы. Есть основания полагать, что при отсутствии макулярной патологии варибельность изменений, получаемых при сканировании этой области, меньше по сравнению с таковыми при исследовании ДЗН и перипапиллярной зоны.

Было определено, что средняя скорость снижения толщины СНВС в глазах с прогрессирующей глаукомой колеблется от 0,67 до 3,72 мкм/год. Причем истончение СНВС связано с более высоким уровнем ВГД: повышение офтальмотонуса на каждый 1 мм рт.ст. связано с дополнительными потерями СНВС в год на 0,05 мкм.

По данным профессора Хуанга, изменения в ГКС опережают те, что могут быть выявлены при периметрии, а у некоторых больных и те, что могут быть выявлены при исследовании СНВС. Наблюдение за 153 пациентами в течение 3 лет показало, что наиболее ценным прогностическим параметром является объем фокальных потерь ГКС (FLV).

Как подчеркнул докладчик, важным ограничивающим фактором при определении темпов прогрессирования глаукомы является относительно редкое проведение тестирования. Количество доступных тестов существенно влияет на производительность регрессионного анализа, позволяющего определить достоверность прогноза. Было установлено, что оптимальной частотой выполнения периметрии, необходимой для наилучшей оценки прогрессирования ГОН, считается 6 обследований в течение первых 2 лет наблюдения. Однако на практике эти рекомендации далеко не всегда выполняются. То же можно сказать и о периодичности исследования структурных изменений: здесь необходимы качественные базовые обследования. Периметрия является субъективным тестом. Соответствующие указания пациенту, непрерывный контроль качества и стандартизированное тестирование могут повысить надежность ее проведения. Также важно непрерывное обучение офтальмологов, выполняющих фотографирование/сканирование глазного дна. Особенно необходимо тщательно относиться к получению изображений, если их предполагается использовать в дальнейшем для выявления изменений.

На сегодня не вызывает сомнений тот факт, что между структурными и функциональными изменениями нет высокой корреляции и что структурные изменения могут опережать функциональные. Вопрос заключается в том, на какие клинически значимы эти структурные изменения и позволяют ли они прогнозировать соответствующие функциональные расстройства.

В докладе Линды Зангвил (L. Zangwill) (США) «Роль ОКТ-ангиографии в мониторинге глаукомы» (The Role of AngioVue OCTA in the Management of Glaucoma) был сделан ретроспективный обзор исследований с применением ОКТ-А при глаукоме.

Докладчик отметила, что после исследований под руководством профессора Хуанга другие авторы продолжали разработку метода. Так, Лиу с соавт., применив метод ОКТ-А, выявили достоверное снижение как плотности сосудов в перипапиллярной сетчатке (ППС), так и индекса кровотока в ней у больных глаукомой по сравнению со здоровыми обследуемыми аналогичного возраста. Плотность сосудов ППС оказалась достоверно сниженной при глаукоме, а сам по себе этот показатель имел высокую диагностическую ценность для раннего выявления глаукомы (площадь под ROC составила 0,94). Разными

авторами была продемонстрирована более значительная корреляция между показателями ОКТ-А и периметрическими индексами, чем описанные в литературе данные корреляции между структурными и функциональными изменениями при глаукоме. Это может иметь большое значение для ранней диагностики заболевания.

В литературе высказывается предположение: снижение индекса кровотока и плотности сосудов на ДЗН могут служить прогностическим критерием истончения ГКС. Тем не менее результаты проведенных исследований все еще не позволяют ответить на главный вопрос: являются ли нарушения в гемодинамике ДЗН причиной или следствием глаукомного поражения, но вполне возможно, что применение такого метода, как ОКТ-А, в мониторинге больных глаукомой приближает нас к ответу на этот вопрос.

Рао с соавт. (Индия) провели сравнительное исследование методом ОКТ-А у больных ПОУГ и пациентов, страдающих ЗУГ. Было установлено, что значимость плотности сосудов в нижневисочном отделе перипапиллярной сетчатки сопоставима с толщиной СНВС в диагностике заболевания, причем чувствительность данного параметра ОКТ-А возрастала по мере повышения тяжести глаукомы. Эти выводы были получены как в отношении ПОУГ, так и ЗУГ, что является неожиданным для авторов, полагавших, что при ЗУГ гемоперфузия ДЗН играет меньшую роль, чем при ПОУГ. Это можно объяснить тем обстоятельством, что, как и в прочих исследованиях, в данной работе больные продолжали применять местные гипотензивные и системные препараты.

Также профессор Голло подчеркнул, что многие авторы задавали вопрос о связи циркуляторных показателей со структурными. Этот вопрос закономерен, поскольку сетчатка является наиболее энергозатратной структурной единицей организма. Уже давно было замечено, что и в норме меньшему калибру ее сосудов соответствовала меньшая толщина СНВС, макулы и меньшие размеры ДЗН.

При обследовании молодых здоровых добровольцев, удалось проследить корреляцию между толщиной сетчатки в различных ее отделах и плотностью сосудистой сети (VD) в них. Оказалось, что чем тоньше параволевальная зона, тем ниже значения VD, причем корреляция прослеживалась только на внутренней внутренней сетчатке (от внутренней пограничной мембраны до наружного края внутренней плексиформного слоя), но не с наружной сетчаткой. Площадь фовеальной аваскулярной

в перипапиллярной сетчатке, так и в ДЗН. При начальной глаукоме были выявлены высокие корреляции между плотностью сосудов микроциркуляторного русла перипапиллярной сетчатки и периметрическими индексами MD ($r=0,44, p<0,001$) и PSD ($r=-0,42, p=0,001$). Авторы впервые установили высокую корреляционную связь между плотностью микроциркуляторного русла в нижних отделах макулы и толщиной ганглиозного комплекса в ней ($r=0,75, p<0,0001$), а также между плотностью сосудов (Vessel Density) в параfoвеа и толщиной СНВС в нижневисочном секторе перипапиллярной сетчатки ($r=0,72, p=0,004$).

Большой интерес у слушателей вызвали впервые озвученные автором данные о высокой корреляционной связи между параметрами ОКТ-ангиографии в макуле и показателями электрофизиологических исследований (паттерн-ЭРГ и паттерн-ЗВП).

Было установлено, что плотность капиллярной сети в нижнетемпоральном секторе перипапиллярной сетчатки имеет ведущее значение в мониторинге глаукомы. Докладчик подчеркнула важность и даже приоритетность исследования макулярной кровотока, а также паттерн-ЭРГ в ранней диагностике глаукомы.

В докладе «Роль Ангио-ОКТ в мониторинге заболеваний зрительного нерва» (The Role of AngioVue OCTA in the Management of Other Optic Nerve Disorders) профессор Габор Голло (G. Holo) (Венгрия) также прежде всего остановился на проблемах глаукомы.

Он согласился с тем, что важную роль в диагностике глаукомы играет снижение плотности капиллярной сети именно в нижневисочном секторе перипапиллярной сетчатки. По мнению профессора Голло, это может быть связано с тем, что именно в этих отделах чаще всего встречаются локальные дефекты в решетчатой мембране склеры (PMS). Подобные дефекты создают условия для атрофии нервной ткани и снижения микроциркуляции. Подтверждением тому является возникновение геморрагий в нижневисочном секторе по краю ДЗН, что весьма типично для глаукомы. В литературе высказывается мнение, что именно локальные дефекты в PMS, наряду с повышением ВГД, являются критическими для возникновения окклюзии капилляров как в самой мембране, так и в проходящих сквозь нее нервных волокнах.

Также профессор Голло подчеркнул, что многие авторы задавали вопрос о связи циркуляторных показателей со структурными. Этот вопрос закономерен, поскольку сетчатка является наиболее энергозатратной структурной единицей организма. Уже давно было замечено, что и в норме меньшему калибру ее сосудов соответствовала меньшая толщина СНВС, макулы и меньшие размеры ДЗН.

При обследовании молодых здоровых добровольцев, удалось проследить корреляцию между толщиной сетчатки в различных ее отделах и плотностью сосудистой сети (VD) в них. Оказалось, что чем тоньше параволевальная зона, тем ниже значения VD, причем корреляция прослеживалась только на внутренней внутренней сетчатке (от внутренней пограничной мембраны до наружного края внутренней плексиформного слоя), но не с наружной сетчаткой. Площадь фовеальной аваскулярной

зоны имела обратную связь с толщиной всей фовеальной сетчатки и ее внутренних слоев. К аналогичному заключению пришли другие авторы. Толщина СНВС имела прямую связь с VD в радиальном перипапиллярном плексусе, что отмечалось в разных работах. Некоторым авторам удалось определить не только высокую корреляцию между плотностью сосудистой сети и толщиной СНВС, но и их совпадение по локализации. На основании этого был сделан вывод о том, что запустевание (окклюзия) капилляров при глаукоме является следствием атрофии нервной ткани. Впрочем, сами авторы признали, что этот вывод может оказаться преждевременным: для того, чтобы понять, что первично при глаукоме — сосудистые расстройства или прочие факторы, приводящие к атрофии ГКС и их окклюзии, — требуется провести еще много исследований.

Доклад «Скрининг на глаукому с применением ОКТ» (Glaucoma Screening with OCT) сделал профессор из Великобритании Дэвид Гарвей Хит (D. Garway-Heath), который осветил важность исследования при глаукоме как структурных, так и функциональных изменений. Проблема, однако, состоит в том, что эти изменения не всегда происходят параллельно. Другая проблема — ситуация, когда у больного вообще отсутствуют функциональные изменения, которые могут быть выявлены методом периметрии (препериметрическая глаукома).

Докладчик привел пример, когда для ранней диагностики глаукомы оценивали достоверность определения толщины СНВС. В исследовании изучались 134 глаза 88 пациентов с подозрением на глаукому (диагноз ставился на основании изменений ОНН, при нормальном поле зрения на момент тестирования методом ОКТ). Этот дизайн исследования, таким образом, воспроизводит ситуацию, в которой часто оказываются врачи при попытке диагностировать ранние глаукомные изменения у пациентов с подозрением на заболевание, но с нормальным полем зрения. Сложность таких исследований состоит в том, что, как только отобраны пациенты с подозрением на глаукому, необходимо найти способ установить, точно ли у них есть глаукома, и при этом не учитывать состояние поля зрения (т.к. оно нормальное). Способ преодоления этой трудности был предложен калифорнийскими исследователями, в частности профессором Мэдейросом и др. Авторы использовали историю предыдущих задокументированных изменений зрительного нерва с целью создания базисного диагноза и разделения пациентов на глаукомных и контрольных. Если у испытуемого на стереоснимках были четкие свидетельства прогрессирующих повреждений зрительного нерва, он классифицировался как «имеющий глаукому», несмотря на нормальное поле зрения (препериметрическая глаукома). Следует отметить, что до начала тестирования у каждого обследуемого должна была присутствовать задокументированная история прогрессирующего повреждения, чтобы гарантировать, что этот пациент определенно имел глаукому к тому времени, как был включен в исследование. Контрольная группа также состояла из глаз с подозрением на глаукому, однако эти глаза были под наблюдением



Профессор Н.И. Курешева (Россия), профессор Г. Голло (Венгрия), профессор Л. Зангвилл (США), профессор Д. Гарвей-Хит (Великобритания)

в течение очень длительного периода времени (более десяти лет), без лечения и без каких-либо свидетельств развития повреждений зрительного нерва на стереофотографии. Долгосрочное наблюдение без регистрации заметного изменения дает уверенность, что эти контрольные глаза были, скорее всего, здоровыми, несмотря на подозрительный вид зрительного нерва. Такой дизайн исследования позволяет избежать погрешностей, возникающих при выборе контрольных глаз. Исследователи обнаружили, что SD-OCT способна различать глаза с препериметрической глаукомой

и глаза с подозрением на глаукому. Лучшие показатели были получены для толщины верхней височной, общей и нижней височной СНВС.

В заключение докладчик подчеркнул, что наиболее важный аспект диагностики глаукомы, а именно ее раннее выявление, находится в стадии активного изучения. Разнообразные данные литературы свидетельствуют о приоритетности ОКТ для этой цели. Среди параметров ОКТ в этом плане первоочередную важность, очевидно, имеют толщина СНВС в перипапиллярной сетчатке и параметры макулярной области, связанные

с ее ГКС. Заслуживает особого внимания еще один подход в раннем выявлении глаукомы: комбинация ОКТ с периметрией.

По завершении всех докладов была развернута продолжительная дискуссия, в ходе которой присутствующие офтальмологи из разных стран поделились своим мнением о перспективах развития новых технологий визуализации в диагностике глаукомы. Немало внимания было уделено тому, в каких условиях должны проводиться исследования и как трактовать полученные результаты. Так, профессор Н.И. Курешева высказала мнение о необходимости учитывать артериальное давление, а также перфузионное давление глаза при проведении ОКТ-ангиографии. Профессор Голло возразил на это, что подобный подход может существенно удлинить процедуру, что не всегда возможно в условиях амбулаторного приема. Вместе с тем все докладчики признали, что специальная подготовка больного, его физиологическое состояние, общее здоровье и даже применяемые им капли могут оказывать влияние на полученные результаты. Все это явилось свидетельством того, что методы визуализации будут развиваться и более широко внедряться в клиническую практику.

Материал подготовила профессор Н.И. Курешева

SanTen
A Clear Vision For Life®

Удобные
тюбик-капельницы

тафлотан

15 мкг/мл тафлупрост

Первый в мире*
простагландин без консерванта

- Низкий риск развития гиперемии конъюнктивы (1)
- на фоне доказанной высокой эффективности (2,3)

4,1%

15 мкг/мл тафлупрост

Простагландин без консерванта.

Краткая информация по применению: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Клинические исследования: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Способ применения и дозы: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Противопоказания: Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Побочные эффекты: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Фармакологические свойства: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Состав: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Условия хранения: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Срок годности: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

Производитель: Тафлотан применяется в виде капель в конъюнктивальный мешок 1 раз в день. Курс лечения — 2 недели. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты. Тафлотан не рекомендуется применять одновременно с другими препаратами, содержащими консерванты.

В Чувашии прошел пятый Межрегиональный семинар «Практические аспекты современной витреоретинальной хирургии»

С 30 июня по 1 июля в Чебоксарах в Республиканской клинической офтальмологической больнице Минздрава Чувашии прошел пятый Межрегиональный семинар «Практические аспекты современной витреоретинальной хирургии».

В юбилейном семинаре приняли участие витреоретинальные офтальмохирурги из более чем 20 российских городов: Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Омск, Саратов, Ростов-на-Дону, Самара, Нижний Новгород, Чита, Пенза, Барнаул, Ижевск, Курган, Ханты-Мансийск, Казань, Набережные Челны, Саранск, Томск, Ульяновск, Севастополь.

Данный мастер-класс проводился с целью обучения начинающих витреоретинальных хирургов технике микроинвазивной 23, 25, 27 G хирургии.

Открывая мероприятие, министр здравоохранения Чувашской Республики Владимир Николаевич Виктор подчеркнул важность семинара для обмена опытом и повышения мастерства начинающих специалистов. «Интерес коллег-офтальмологов к семинару объясним. Он обусловлен возможностью в реальной жизни наблюдать, как работает мастер мирового уровня, а это дорогого стоит. Особый открытый формат мероприятия — выполнение витреоретинальных операций в формате «живого общения». В результате зрители оказываются полностью погруженными в атмосферу своих профессиональных интересов. Такого рода мастер-классы обогащают бесценным опытом», — отметил министр.

Также коллега приветствовал главного врача Республиканской клинической офтальмологической больницы, главного внештатного специалиста-офтальмолога Минздрава Чувашии, заслуженный врач Чувашской Республики, кандидат медицинских наук Дмитрий Геннадьевич Арсютов: «Популярность витреоретинальной хирургии с каждым годом растет, увеличивается количество медучреждений, практикующих данный вид хирургии. Надеемся, что подобные мероприятия



Открывает семинар министр здравоохранения Чувашской Республики В.Н. Викторов



Приветственное слово главного врача РКОБ Д.Г. Арсютова



Гостей приветствует директор Чебоксарского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор Н.П. Паштаев



Медсестры РКОБ. Без помощников не обходится ни одно мероприятие



Сеанс «живой хирургии»



В операционной профессор Н.П. Паштаев



«Золотые» руки хирурга



К проведению операции готовится профессор А.Н. Самойлов



Оперирует д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург)



Д.Г. Арсютов (Чебоксары), профессор А.Н. Самойлов (Казань)



Д.м.н. В.Н. Казайкин (Екатеринбург), О.В. Унгуриянов (Москва)

помогут снять ряд вопросов, с которыми чаще всего специалисты сталкиваются на практике. И мне хотелось бы, чтобы наше ежегодное общение и дальше развивалось в положительном векторе».

Главная идея семинара — демонстрация витреоретинальных операций от начала до конца, от этапа подготовки операционного поля до момента выведения пациента из операционной, обязательно с аудиторией. Для начинающих хирургов нет мелочей, каждый нюанс крайне важен, поэтому по ходу операции и после ее окончания проводится подробный разбор техники их выполнения. Для «живой хирургии» в этом году была представлена разнообразная витреоретинальная патология: отслойка сетчатки, пролиферативная диабетическая ангиоретинопатия, патология витреомакулярного интерфейса, субретинальная неоваскуляризация, вывих хрусталика в стекловидное тело, комбинированные вмешательства и др. Всего в рамках двухдневного семинара было выполнено 15 сложных витреоретинальных операций.

Среди оперирующих хирургов — профессор, д.м.н., директор Чебоксарского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», заслуженный врач РФ Николай Петрович Паштаев; профессор, д.м.н., заведующий кафедрой КГМУ, заслуженный врач РФ Александр Николаевич Самойлов (г. Казань); д.м.н., заведующий отделением витреоретинальной хирургии Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Виктор Николаевич Казайкин; к.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Дмитрий Олегович Шкворченко (Москва); к.м.н., врач высшей категории, заведующий отделением витреоретинальной хирургии Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Ярослав Владимирович Байбородов; к.м.н., заведующий отделением витреоретинальной хирургии Московского научно-исследовательского офтальмологического центра «Новый взгляд» Олег Владимирович Унгуриянов; к.м.н., главный врач БУ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» Минздрава Чувашии, заслуженный врач Чувашской Республики Дмитрий Геннадьевич Арсютов.

Текст и фотографии предоставлены оргкомитетом

ОТЗЫВЫ УЧАСТНИКОВ СЕМИНАРА



Профессор Н.П. Паштаев (Чебоксары)

Профессор Н.П. Паштаев: «Конференций по всей стране проходит множество, но ключевая тема сегодня — это практические аспекты современной витреоретинальной хирургии. На семинаре мы увидели демонстрацию хирургии высочайшего класса».

Профессор А.С. Самойлов: «Витреальная хирургия — один из самых сложных видов хирургии. Семинар ориентирован на молодых специалистов, начинающих хирургов. Опытные хирурги из крупных центров России раскрывают нюансы сложнейших операций в режиме открытого диалога».

Д.О. Шкворченко: «Я участвовал в семинаре впервые. Рад был поделиться опытом с молодыми коллегами. В Чебоксарах собрались совсем не студенты, а оперирующие хирурги, которые участвуют в семинаре, чтобы научиться тонкостям проведения сложнейших операций. Надеюсь, обмен опытом станет для них очень плодотворным».

Я.В. Байбородов: «Мы очень рады приезжать ежегодно в Чебоксары по приглашению чувашских коллег. Уровень специалистов, степень оснащенности операционных растет с каждым годом. Сегодня в Республиканской клинической офтальмологической больнице стоит микроскоп, который используют в лучших клиниках мира. Хорошо оборудованная операционная позволяет проводить очень delicate вмешательства на заднем отрезке глаза. Формат встречи говорит сам за себя — это мастер-класс, а значит, мы демонстрируем наивысший уровень хирургии».



Д.О. Шкворченко (Москва)



Я.В. Байбородов (Санкт-Петербург)



Участники семинара

Заболевания глазной поверхности. Взгляд со всех сторон

Сателлитный симпозиум, организованный при поддержке компании «ТЕА Фарма»

Одним из пунктов программы офтальмологического конгресса «Белые ночи – 2017» стал сателлитный симпозиум, организованный компанией «ТЕА Фарма». Открывая заседание, д.м.н. Д.Ю. Майчук сказал, что «препараты компании «ТЕА» украшают жизнь офтальмологов»

В докладе «Современные алгоритмы лечения блефаритов» д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва) отметил, что блефариты подразделяются на передний, при котором поражение происходит в районе ресниц (бактериальный, аллергический), и задний (мейбомит). Передний блефарит приводит к изъязвлению век, кератоконъюнктивиту и синдрому «сухого глаза» (ССГ); задний — к халазиянам, ССГ и кератоконъюнктивиту. На первом этапе проводится лечение последствий блефарита, затем — самого блефарита. Лечение должно быть симптоматическим, поэтапным: 1 — противовоспалительная терапия; 2 — антибактериальная; 3 — слезозаместительная; 4 — гигиена век/восстановление функции мейбомиевых желез; 5 — противоаллергическая (при необходимости); лечение демодекса (при необходимости). При проведении противовоспалительной терапии применяется Декса-Гентамицин (мазь) 2 р/д — 2 недели или Гидрокортизон ПОС 1% или 2,5%. Антибактериальная терапия назначается на первом этапе — Азидроп (капли) 2 р/д — 9 дней (препарат первого выбора) или Декса-Гентамицин (мазь) 2 р/д — 2 недели или Неттавикс (гель) 3 р/д — 7 дней или Колбиоцин (гель) 3 р/д — 7 дней. Слезозаместительная терапия может назначаться как первым этапом, так и в более поздний период. С гиппоаллергенной целью должны применяться препараты без консервантов. Гигиена век с целью восстановления функции мейбомиевых желез включает в себя обработку век Теагелем 2 р/д — 1 месяц с массажем краев век. Противоаллергическая терапия (при необходимости проводится через 2-3 месяца после проведения первого этапа терапии) — Гидрокортизон ПОС 2,5; Аллергодил; Аллергоферон. Лечение демодекса (при необходимости проводится через 4-5 месяцев) — масло чайного дерева; Гликодем 2 р/д — 45 дней.

При аллергических блефаритах назначается Гидрокортизон на веки, при этом любое увлажнение кожи вокруг век вызывает ухудшение состояния пациента. Необходимо применять гормональные мази — Гидрокортизон 2,5%, либо мазь Декса-Гентамицин. Применяются антигистаминные препараты с сосудосуживающим эффектом (Окуметил, Полнаидим — до 2-х недель), затем — антигистаминные плюс кромогликаты (Визаллергол 0,2%, Опатанол 0,1% — до 6 месяцев).

Терапия блефарита с множественными хроническими халазиянами: лечение у гастроэнтеролога; Декса-Гентамицин (мазь) 2 р/д —



от 10 дней до 2-3 мес.; Теагель — обрабатывать края век с массажем зоны ресниц; Рестапис 2 р/д — 1 год. Антибактериальная терапия — нормальный секрет мейбомиевых желез (ненасыщенные липиды, расплавляющиеся при температуре тела) превращается в насыщенные жиры, сгущающиеся в мейбомиевых железах; бактерии век секретируют липазу, которая расщепляет липиды на мыла и жирные кислоты. Д.Ю. Майчук обратил внимание, что часто назначаемые варианты терапии (массаж век, Корнерегель, Блефарогель, Опатанол, антибиотики, искусственные слезы) либо не работают, либо дают кратковременную ремиссию. Задачи терапевтического подхода: облегчить симптомы; поддерживать сохранность глазной поверхности; избежать атрофии мейбомиевых желез. Пути решения: очистить выводные протоки мейбомиевых желез; восстановить липидный слой слезной пленки; погасить и остановить воспаление глазной поверхности и век; лечить поражение глазной поверхности и «сухой глаз». Лечение: гигиена век — Теагель 2 р/д — 1 месяц курсами, салфетки Блефаклин; теплые компрессы 1-2 р/д — курсы по 2 недели; массаж краев век 2 р/д с нанесением Теагеля; увлажнители воздуха; системный тетрациклин, доксицилин, эритромицин (под вопросом); БАДы с Омега 3 (Нутроф-Тотал) — 3 мес. Антибактериальная терапия (при необходимости): Азитромицин (Азидроп) 2 р/д — 3 дня, затем 1 р/д — 12 дней или 2 р/д — 3 дня, каждые 10 дней в течение 6 мес.; антибиотик и кортикостероид в комбинации: мазь Декса-Гентамицин 2 р/д — 14 дней на края век.

С докладом на тему «Цитотоксичность консервантов, входящих в состав слезозаместителей» выступил И.Н. Околов (Санкт-Петербург). Доля слезозаместительных препаратов в лечении синдрома «сухого глаза» (ССГ) составляет 34%. Слезозаместительные препараты состоят из трех основных компонентов: лубриканты, наполнители, консерванты, которые подразделяются на детергенты и окислители. Положительные свойства консервантов: защита от микробного загрязнения; продление срока годности препарата; предотвращение биодеградации. «Идеальный» консервант должен обеспечивать широкую антимикробную активность; должен быть устойчивым к нагреванию; обеспечивать длительность хранения; обеспечивать совместимость с другими ингредиентами препарата; должен быть безвредным к тканям глаза. Результаты исследований токсичности консервантов слезозаместительных препаратов, проведенные в Италии и Франции, показали, что практически все консерванты, принадлежащие к группам окислителей или детергентов, в различной степени обладают цитотоксическими свойствами, за исключением препаратов, не имеющих в своем составе консервантов например, Теалоз и Хилабак, сохраняющие стерильность благодаря инновационной системе АБАК).

И.Н. Околов рассказал об исследованиях, цель которых заключалась в оценке in vitro антимикробной активности слезозаместительных препаратов, используемых для терапии ССГ, которые содержат различные группы консервантов, а также бесконсервантные формы глазных капель. Были исследованы

Наибольшую чувствительность показали клетки роговицы человека в объеме 10% от питательной среды. Результаты исследований показали, что только препараты Теалоз и Хилабак не оказывали цитотоксического действия на клетки роговицы и конъюнктивы человека во всех концентрациях. При изучении морфологии клеток роговицы и конъюнктивы препараты Хилабак и Теалоз продемонстрировали результаты, сопоставимые с контролем. Препараты, содержащие бензалкония хлорид и другие консерванты, с точки зрения морфологии оказали токсическое воздействие на все виды клеток.

Об особенностях коррекции состояния глазной поверхности после кераторефракционных операций доложил профессор Э.Н. Эскина (Москва). Одной из причин экзогенного развития ССГ является изменение глазной поверхности в результате проведенной кераторефракционной хирургии. В соответствии с нейрогенной теорией нарушения слезопродукции, в результате хирургического вмешательства происходит повреждение нервных окончаний, что приводит к снижению чувствительности роговицы, частоты миганий, снижению стимуляции секреции слезы, дефициту слезной жидкости, к повреждению клеток переднего эпителия роговицы в результате недостаточного смачивания и к замедленному восстановлению зрения. Доказано, что после операции ЛАСИК плотность нервных окончаний снижается до 90%. Дополнительными факторами возникновения ССГ после ЭЛК являются: реактивное воспаление; ширина ножки клапана (меньшая ширина, верхнее расположение — пересечение нервных окончаний эпителиальных нервных сплетений); параметры клапана (диаметр, толщина, способ формирования); глубина абляции; женский пол; длительный стаж ношения КЛ; курение; заболевание век; наличие ССГ, описанного пациентом до операции; внешние факторы (кондиционирование, загрязнение атмосферы, ветер); длительная работа за компьютером. Негативное влияние на глазную поверхность оказывают консерванты, входящие в состав лекарственных препаратов. В медикаментозную терапию после кераторефракционных операций, по мнению докладчика, в обязательном порядке должны входить антибиотики в комбинации со стероидными препаратами; слезозамещающие препараты без консервантов. Увлажняющие препараты должны отвечать следующим требованиям: состав, близкий

к естественной слезе; восстановлению или защита всех слоев слезной пленки; стабильность на глазной поверхности; отсутствие эффекта затуманивания зрения; стимуляция репаративных процессов; минимальный токсический эффект — отсутствие консервантов.

Далее Э.Н. Эскина представила препарат, не имеющий аналогов на рынке лубрикантов. Препарат содержит трегалозу (дисахарид глюкозы), ключевой элемент ангирибиоза (возможности выжить в условиях практически полного обезвоживания) во многих организмах, за исключением млекопитающих. Наличие трегалозы обеспечивает устойчивость к высыханию бактериальных клеток и клеток человека. Присутствие трегалозы обеспечивает сопротивляемость к десикации и высокую осмолярность в бактериальных клетках и клетках человека, защищая белки и мембраны от денатурации. Проведенные исследования in vitro и in vivo показали, что трегалоза защищает эпителиальные клетки роговицы от высыхания, стабилизирует липиды и белки клеточной мембраны в условиях высыхания; обеспечивает устойчивость к высыханию бокаловидных клеток конъюнктивы. Исследования качества слезной пленки на фоне применения трегалозы и гиалуроновой кислоты показали достоверные положительные отличия в толщине слезной пленки у пациентов, применявших трегалозу. Результаты собственных исследований эффективности препарата

Теалоз в группе пациентов, которым была проведена ЭЛК по методу ФРК или одноименной ТрансФРК, показали, что слезная пленка у пациентов, принимавших Теалоз, была более устойчива, чем у пациентов, капавших гиалуроновую кислоту; состояние глазной поверхности оказалось достоверно лучше у пациентов, применявших Теалоз. В заключение профессор Э.Н. Эскина подчеркнула, что Теалоз является идеальным препаратом при подготовке пациента к операции и при ведении пациента после рефракционных вмешательств: препарат не имеет консерванта; замедляет апоптоз клеток переднего эпителия роговицы; не вызывает эффект затуманивания; повышает устойчивость слезной пленки; стабилизирует клетки в условиях высыхания; увеличивает количество клеток конъюнктивы, обеспечивает дополнительную защиту от повреждающего действия ультрафиолета.

Д.м.н. С.В. Янченко (Краснодар) поделился опытом периоперационной кератопротекции и гигиены век. Роговичная хирургия может индуцировать и/или утяжелять имеющиеся (фоновые) изменения глазной поверхности. Для безопасной и прогнозируемой роговичной хирургии необходимо до операции выявить и скорректировать ССГ. В 70% случаев ССГ носит липидодефицитный характер. Периоперационная коррекция ССГ проводилась с использованием 3% раствора трегалозы (Теалоз), 0,15% раствора гиалуроновой кислоты

(Хилабак), а также с применением гигиены век (Теагель и/или Блефаклин+отечественная линейка). В исследовании приняли участие 70 пациентов (118 глаз): 20 пациентов с субклиническим ССГ, 50 пациентов с ССГ 1-2 степени тяжести. В результате предоперационной подготовки отмечено повышение стабильности слезной пленки на 97,1% глаз; снижение показателя ксероза (муцинодефицита) — на 92,2% глаз. Периоперационное лечение хорошо переносилось всеми пациентами; позволяло снизить уровень субъективного дискомфорта у всех лиц с ССГ.

Таким образом, применение 3% трегалозы (Теалоз) в составе комплексной терапии позволяет уменьшить проявления эпителиопатии, муцинодефицита и повысить стабильность прероговичной слезной пленки; гигиена век (Теагель и/или Блефаклин) дает возможность стабилизировать слезную пленку за счет уменьшения выраженности липидодефицита; использование гиалуроновой кислоты (Хилабак) в сочетании с 3% трегалозой (Теалоз) позволяет минимизировать выраженность водорододефицита.

В заключение С.В. Янченко рекомендовал включить препараты Теалоз, Теагель и/или Блефаклин

в состав комплексного периоперационного сопровождения офтальмохирургии.

«Дифференцированные подходы к лечению пациентов с ПОВГ» — тема доклада, с которым выступила Т.Н. Малишевская (Тюмень). Один из факторов быстрой прогрессии заболевания — низкая приверженность лечению. Исследования, проведенные среди больных глаукомой в Тюменской области, показали, что предикторами отсутствия приверженности к терапии вследствие особенностей пациентов являются: наличие психологических проблем; наличие когнитивных нарушений; недоверие к врачу.

Результаты исследований, проведенных в Тюменской области, показали, что пациенты с глаукомой имеют выраженную симптоматику ССГ в дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ). Исходя из патогенетически провоцирующих факторов глаукомы и ДМЖ, клинической схемы стадий и методов лечения, были предложены комплексные схемы лечения пациентов, куда были включены препараты компании «ТЕА фарма»: Блефаклин, Теалоз, Азидроп. После применения курса пациенты отмечали уменьшение дискомфорта, чувствительности к свету, сухости и жжения; была также отмечена положительная динамика в суммарной слезопродукции, во времени разрыва слезной пленки, улучшении осмолярности слезной жидкости, что в целом привело к повышению качества жизни пациентов.

Материал подготовил Сергей Тумар Фото Сергея Тумара

Теалоз

Трегалоза 3%

Без консервантов



Уникальный
БИОПРОТЕКТОР
глазной
поверхности







ООО «Тea Фарма»
115280, Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 28,
стр. 5 (офис 5106)
Тел.: +7 (495) 787 75 35

АЗИДРОП

Азитромицин 15 мг/г — капли глазные

Первое антибактериальное средство для
3-дневного лечения глаз



1 капля утром / вечером в течение 3 дней

Ваш выбор в качестве терапии первого ряда

ООО «Тea Фарма»
Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 26, стр. 5 (офис 5105)
+7 495 787 75 35



Анатомия орбиты в свете КТ

Часть № 1. Костная орбита

О.Ю. Яценко

Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО
Минздрава России

Уточнение нормальных анатомических показателей костной орбиты и ее содержимого в норме остается крайне актуальным и до настоящего времени. Обусловлено это с одной стороны изменением в последние годы технической базы, т.е. появлением качественно новых компьютерных томографов, способствующих повышению информативности метода, разработкой различных методик обработки томограмм, позволяющих решать многие диагностические задачи [1-4].

С другой стороны, несмотря на относительно большое количество работ, касающихся вопросов нормальной анатомии орбиты, в большинстве из них приводятся линейные характеристики костной орбиты [5-10]. Сообщение же по изучению объемных характеристик орбитальных структур значительно меньше [11-14]. Следует также отметить и значительный разброс полученных результатов. Так, по данным G. Forbes с соавт., объем нормальной костной орбиты взрослого человека составляет в среднем 30,1 см³ [15]. В работе подчеркивается о существовании небольших различий между объемами у мужчин и у женщин, а также об отсутствии различий между правой и левой орбитами, что подтверждается и данными K. Audin с соавт. [16]. По данным же И.А. Филатовой с соавт., объем костной орбиты в норме колеблется от 12,28 до

16,75 см³ [17]. В то же время M. Furuta установил, что объемы костной орбиты у мужчин и у женщин имеют статистически значимые различия и равняются в среднем 23,6±2,0 см³ и 20,9±1,3 см³ соответственно [18]. Различия в объеме орбит у мужчин и у женщин подтверждает и Y. Ji с соавт.: объем костной орбиты у мужчин в среднем равен 26,02 см³, у женщин — 23,32 см³ [19].

Между тем орбита отличается чрезвычайной насыщенностью важнейшими структурами органа зрения и, соответственно, может поражаться большой группой разнообразных по своему гистогенезу заболеваний, имеющих достаточно схожую клиническую картину. Все это придает особую значимость знаниям нормальной анатомии орбиты, без которых проведение уточненной диагностики патологических процессов в данной области является крайне затруднительным.

Принимая во внимание важность данного вопроса, мы посчитали целесообразным изучить характеристики костной орбиты и ее вершины в норме.

Материалы и методы обследования

С целью изучения нормальных показателей костной орбиты, ее вершины изучены компьютерные томограммы 210 человек (266 орбит). У 56 пациентов с отсутствием орбитальной патологии были изучены обе орбиты (112 орбит). У 154 пациентов с односторонним поражением орбиты для определения показателей нормы была исследована интактная орбита (154 орбиты). Среди них 86 мужчин и 124 женщины. Средний возраст обследованных составил 41,2±10,4 лет.

Таблица 1

Линейные параметры костной орбиты и ее вершины					
Показатель		Мужчины		Женщины	
		п	значение	п	значение
Размер горизонтального входа в орбиту	Узкий	19	33-36	14	31-34
	Средний	45	37-39	62	35-37
	Широкий	14	40-43	16	38-40
Длина орбиты	Короткая	13	32-37	18	30-35
	Средняя	44	38-42	57	36-40
	Длинная	21	43-48	17	41-46
Размер вертикального входа в орбиту	Низкий	28	32-35	15	29-32
	Средний	43	36-39	59	33-37
	Высокий	7	40-44	18	38-41
Размер горизонтального входа в вершину орбиты	Узкий	6	17,0-20,5	9	17,0-19,5
	Средний	26	21,0-25,0	40	20,0-24,0
	Широкий	4	25,5-28,0	5	24,5-26,0
Размер вертикального входа в вершину орбиты	Низкий	7	18-20,5	9	19-21,5
	Средний	25	21,0-25,0	38	22,0-25,0
	Высокий	4	25,5-28,0	7	25,5-28,0
Длина вершины орбиты	Короткая	7	16-18,5	10	15-17,5
	Средняя	20	19-21	35	18-20
	Длинная	9	21,5-24	9	20,5-23

Объем костной орбиты и ее вершины у мужчин и у женщин в норме

Таблица 2

Показатель	п	Мужчины		Женщины	
		п	значение	п	значение
Объем орбиты (см ³)	101	25,78 ± 0,39	123	22,95 ± 0,28*	
Объем вершины орбиты (см ³)	101	4,94 ± 0,38	123	4,16 ± 0,4*	

*Различия у мужчин и у женщин статистически достоверны (p<0,05).



Рис. 1. Компьютерная томография орбит (аксиальная проекция). Выделен горизонтальный вход в левую орбиту и ее длина

Компьютерную томографию выполняли по стандартной методике с получением аксиальных и фронтальных срезов. Толщина срезов составляла 1,0 мм, шаг — 1,0 мм.

Обработку полученных данных осуществляли на рабочей станции компьютерного томографа с использованием программы Syngo Via фирмы Siemens и на персональном компьютере с использованием программы 3D-DOCTOR.

Линейные размеры горизонтального входа в орбиту определяли на аксиальных срезах КТ (уровень нейроокулярного среза) от гребня слезной кости до внутренней пластинки наружной стенки на уровне орбитального края. Длину орбиты рассчитывали путем проведения перпендикуляра от линии поперечного входа до внутреннего кольца канала зрительного нерва (рис. 1). Размер вертикального входа определяли на трехмерном блоке костной орбиты построенном программой в полуавтоматическом режиме. Для этого во фронтальной проекции реконструированного блока посредством каждой орбиты измеряли расстояние от верхнего до нижнего орбитального края (рис. 2).

Длина вершины орбиты равнялась половине длины орбиты, рассчитанной по аксиальным срезам КТ. Горизонтальный размер входа в вершину орбиты соответствовал расстоянию от ее внутренней до наружной стенки на уровне ее входа (линия, разделяющая орбиту на передний отдел и вершину) (рис. 3).

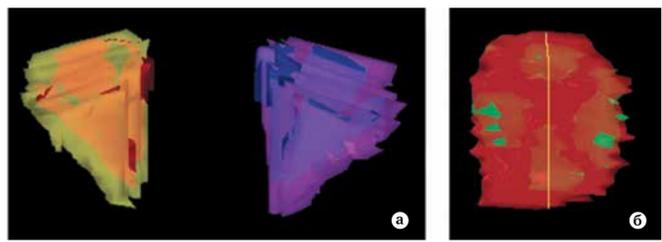


Рис. 4. а — трехмерная реконструкция блока тканей вершины орбиты (вид снизу-спереди); б — выделен вертикальный вход в вершину орбиты

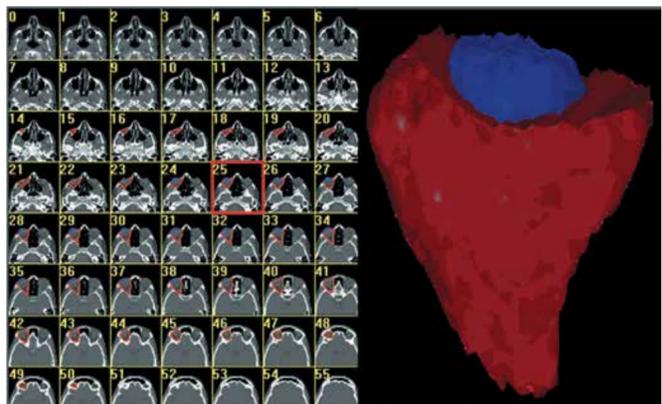


Рис. 5. Трехмерная реконструкция костной орбиты и внеорбитальной части глаза

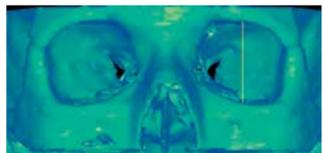


Рис. 2. Трехмерная реконструкция костных орбит. Выделен вертикальный вход в левую орбиту



Рис. 3. На аксиальном срезе КТ определена длина горизонтального входа в вершину орбиты

Вертикальный размер входа в вершину орбиты определяли на полученном трехмерном блоке тканей вершины орбиты в аксиальной проекции от верхней до нижней точки по средней линии (рис. 4). Объем костной орбиты и ее вершины получали после построения их трехмерной реконструкции (рис. 5).

Результаты и обсуждения

Проведенные расчеты показали, что у мужчин размер горизонтального входа в орбиту колеблется от 34,33 до 40,9 мм и составляет в среднем 38,24±0,25 мм. У женщин этот показатель оказался на 1,58 мм меньше и равнялся в среднем 36,66±0,22 мм, при его колебаниях от 32,2 до 40,4 мм. Полученные результаты несколько отличаются от значений В.В. Вальского [20], по данным которого, в 94% ширина поперечного входа составляет от 31 до 36 мм. Вертикальный вход в орбиту в норме имел интервал

колебания более значительный по сравнению с горизонтальным входом (у мужчин составлял в среднем 36,45±0,25 мм при крайних значениях от 32 до 44 мм, у женщин — 34,9±0,21 мм (от 29 до 41 мм) (табл. 1). Следует отметить, что в норме вход в орбиту имеет многочисленные геометрические варианты, при которых, в ряде случаев, расчет по унифицированной методике является не совсем корректным. На рис. 6 представлены наиболее часто встречаемые варианты. Длина орбиты по нашим данным в среднем составляет 34,3-46,6 мм (в среднем 40,1±0,3 мм), у женщин — 34,1-45,6 мм (в среднем 39,43±0,28 мм). Таким образом, по длине нормальные орбиты отличаются в большей степени, чем по другим линейным размерам.

С учетом полученных данных, костные орбиты представляются в норме по своей конфигурации достаточно разнообразными, что нужно учитывать в клинической практике. Особенно следует помнить о наличии «крайних» вариантов: короткие широкие и узкие длинные орбиты, так как эти параметры могут играть решающее значение при выборе тактики хирургического вмешательства (рис. 7).

При развитии патологических процессов в вершине орбиты важное значение, наряду с размерами орбиты в целом, принимают и показатели ее вершины. Так у мужчин размер горизонтального входа в вершину орбиты колеблется от 17 мм до 28 мм и составляет в среднем 22,2±0,41 мм. У женщин этот показатель равен на 0,8 мм меньше (в среднем 21,4±0,23 мм, при колебаниях показателя от 17 мм до 26 мм). Разница в размере вертикального входа в вершину орбиты у мужчин (в среднем 23,12±0,38 мм) и у женщин (в среднем 23,4±0,31 мм) находится в пределах статистической погрешности. Небольшое преобладание средних размеров вертикального входа в орбиту у женщин, по нашему мнению, можно объяснить меньшим разбросом индивидуальных показателей в нашем исследовании.

Длина вершины орбиты у мужчин составляет 16-24 мм (в среднем 20,1±0,47 мм), у женщин — 15-23 мм (в среднем 19,2±0,35 мм). Таким образом, по длине вершины в норме орбиты отличаются в большей степени, чем по другим линейным размерам (табл. 2). Было установлено, что объем костной орбиты у мужчин в норме равен в среднем 25,78±0,39 см³, при колебаниях показателя от 22,8 до 31,4 см³. У женщин объем орбиты в норме значительно меньше, колеблется от 19,02 до 29,63 см³ и составляет в среднем 22,95±0,28 см³ (табл. 2). Объем вершины костной орбиты в норме имеет меньшее различие между мужчинами и женщинами, однако и эта разница показателей является статистически достоверной (табл. 2).

Показатели объемов костных орбит, их вершин у мужчин и у женщин в норме

Таблица 3

Показатель		Мужчины				Женщины			
		п	OD	п	OS	п	OD	п	OS
Объем орбиты (см ³)	До 50 лет	18	26,12 ± 0,5	23	25,95 ± 0,36	26	22,92 ± 0,39	35	22,88 ± 0,44
	Старше 50 лет	22	25,79 ± 0,48	27	25,82 ± 0,42	34	23,2 ± 0,41	39	22,58 ± 0,49
Объем вершины орбиты (см ³)	До 50 лет	18	4,98 ± 0,55	23	5,02 ± 0,62	26	4,2 ± 0,38	35	4,12 ± 0,53
	Старше 50 лет	22	4,79 ± 0,48	27	4,8 ± 0,5	34	4,08 ± 0,44	39	4,14 ± 0,52

Таблица 4

Показатели асимметрии объемов костных орбит и их вершин у мужчин и у женщин в норме

Показатель	Кол-во обследованных (п)	Асимметрия показателей (п)			
		0,5 – 1,0 (см ³)	1,0 – 2,0 (см ³)	2,0 – 3,0 (см ³)	
Объем орбиты (см ³)	Мужчины	21	9	7	1
	Женщины	35	16	11	2
Объем вершины орбиты (см ³)	Мужчины	21	8	–	–
	Женщины	35	11	–	–

При сравнении средних значений объема правой и левой орбит, а также их вершин статистически значимых отличий ни у мужчин, ни у женщин выявлено не было (табл. 3).

Знания показателей асимметрии нормальной орбиты крайне важны в клинике, так как позволяют проводить дифференциальную диагностику истинного и ложного экзофтальма с учетом индивидуальной конфигурации орбиты. Как было описано выше, мы не выявили достоверных различий средних показателей билатеральных орбит, но при этом установлено наличие индивидуальной асимметрии. Так, при изучении объемов костных орбит у пациентов с отсутствием патологических изменений в обеих орбитах у 80,95% обследованных мужчин и у 82,85% женщин выявлена асимметрия показателя, что необходимо учитывать при оценке степени выраженности клинических симптомов. Следует отметить, что асимметрия костных орбит лишь у 3 человек превышала 3,0 см³, в остальных случаях она составляла от 1,0 до 2,0 см³ (рис. 8, табл. 4).

Индивидуальная асимметрия объемов вершин костных орбит имела место и у мужчин и у женщин, но в отличие от объемов костных орбит в целом, выражена в меньшей степени (не превышала 1,0 см³) и выявлена у 38,1% мужчин и у 31,4% женщин (рис. 7, табл. 4).

Заключение

Линейные и объемные характеристики костной орбиты и ее вершины полезны при оценке степени выраженности клинических симптомов. Их необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики истинного и ложного экзофтальма, а также они могут играть решающее значение при выборе тактики хирургического вмешательства.

Асимметрия средних объемов костных орбит в популяции в норме имеет место только в пределах статистической погрешности. При этом индивидуальная асимметрия объемов костных орбит в норме достигает 3,0 см³, индивидуальная асимметрия объемов вершин костных орбит не превышает 1,0 см³.

Литература

1. Tamboli D.A., Harris M.A., Hogg J.P., Realini T., Sivak-Calcott J.A. Computed tomography, dimensions of the lacrimal gland in normal caucasian orbits // *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.* – 2011. – Vol. 27. – № 6. – P. 453-456.
2. Malhotra A., Minja F.J., Crum A., Burrows D. Ocular anatomy and cross-sectional imaging of the eye // *Semin. Ultrasound. CT MR.* – 2011. – Vol. 32. – № 1. – P. 2-13.
3. Бровкина А.Ф., Яценко О.Ю., Аубакирова А.С. Методика расчета объема орбитальной клетчатки, удаляемой при декомпрессионной операции у больных эндокринной офтальмопатией // *Вестник офтальмологии.* – 2009. – №3. – С. 24-27.
4. Бровкина А.Ф., Яценко О.Ю., Аубакирова А.С. Методика расчета костной орбиты по данным компьютерной томографии // *Вестник офтальмологии.* – 2009. – №5. – С. 15-17.
5. Avit R. I., Casselman J. Orbital imaging: Part 1. Normal anatomy // *Clin. Radiol.* – 2005. – Vol. 60. – N3. – P. 279-287.
6. Beden U., Edizer M., Elmali M., Icten N., Gungor I., Sullu Y., Erkan D. Surgical anatomy of the deep lateral orbital wall // *Eur. J. Ophthalmol.* – 2007. – Vol. 17. – N3. – P. 281-286.
7. Kapur E., Dilberovic F. Computed tomography review of the osseous structures of the orbital apex // *Bosn. J. Basic. Med. Sci.* – 2003. – Vol. 3. – N3. – P. 50-53.
8. Tian S., Nishida Y., Isberg B., Lennerstrand G. MRI measurements of normal extraocular muscles and other orbital structures // *Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* – 2000. – Vol. 238. – N5. – P.393-404.
9. Wichmann W., Muller-Forell W. Anatomy of the visual system // *Eur. J. Radiol.* – 2004. – Vol. 49. – N1. – P. 8-30.
10. Ozgen A., Ariyurec M. Normative measurements of orbital structures using CT // *AJR Am. J. Roentgenol.* – 1998. – Vol. 170. – N4. – P. 1093-1096.
11. Furuta M. Measurement of orbital volume by computed tomography-especially on the growth of orbit // *Nippon Ganka Gakkai Zasshi.* – 2000. – Vol. 104. – N10. – P. 724-730.
12. Kamer L., Nosser H., Schramm A., Hammer B., Kirsch E. Anatomy-based surgical concepts for individualized orbital decompression surgery in graves ophthalmopathy. I. Orbital size and geometry // *Ophthalm. Reconstr. Surg.* – 2010. – Vol. 26. – N5. – P. 348-352.
13. Lee J.M., Lee H., Park M., Lee T.E., Lee Y.H., Baek S. The volumetric change of orbital fat with age in Asians // *Ann. Plast. Surg.* – 2011. – Vol. 66. – N2. – P. 192-195.
14. Бровкина А.Ф., Кармазановский Г.Г., Яценко О.Ю. Объем костной орбиты и ее мягкотканного содержимого в норме // *Медицинская визуализация.* – 2006. – №6. – С. 94-98.
15. Forbes G., Gehring D.G., Gorman C.A., Brennan M.D., Jackson I.T. Volume measurements of normal orbital structures by computed tomographic analysis // *Am. J. Roentgenol.* – 1985. – Vol.145. – №1. – P.149-154.
16. Aydin K., Guven K., Sencer S., Cikin A., Gul A., Minareci O. A new MRI method for the quantitative evaluation of extraocular muscle size in thyroid ophthalmopathy // *Neuroradiology.* – 2003. – Vol. 45. – N3. – P.184-187.
17. Филатова И.А., Тишкова А.П., Берая М.З. Новые аспекты в обследовании пациентов методом компьютерной томографии до и после удаления глазного яблока // *Сборник научных трудов международного симпозиума. Заболевания, опухоли и травматические повреждения орбиты. Москва. 24-26 октября 2005. – М., 2006. – С. 161-165.*
18. Furuta M. Measurement of orbital volume by computed tomography: especially on the growth of the orbit // *Jpn. J. Ophthalmol.* – 2001. – Vol. 45. – N6. – P. 600-606.
19. Ji Y., Qian Z., Dong Y., Zhou H., Fan X. Quantitative morphology of the orbit in Chinese adults based on a three-dimensional reconstruction method // *J. Anat.* – 2010. – Vol. 217. – N5. – P.501-506.
20. Вальский В.В. Возможности компьютерной томографии в диагностике первичных опухолей орбиты: Дисс... канд. мед. наук. – М., 1987. – 168 с.

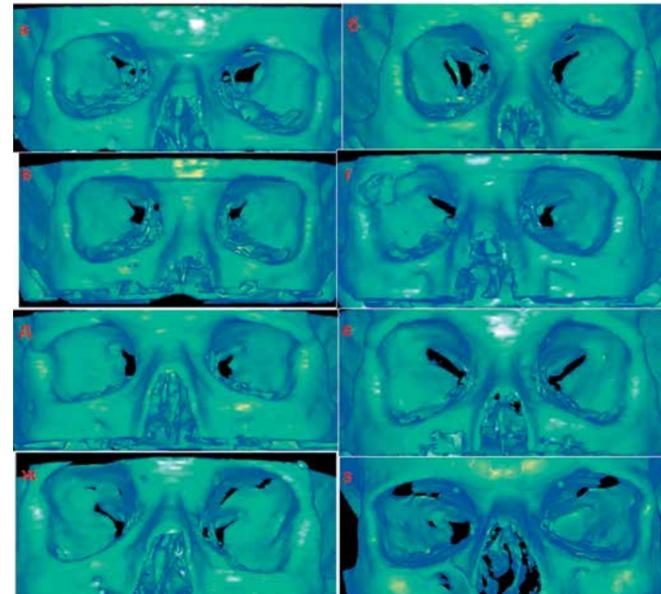


Рис. 6. Трехмерная реконструкция КТ изображения костных орбит. Наиболее часто встречаемые варианты входа в орбиту в норме: а — несколько наклоненный четырехугольник с закругленными углами; б — круглый; в — трапецевидный; г — квадратный слева (правая орбита — изменение верхне-наружной стенки орбиты); д — прямоугольный; е — косо-вертикальный; ж — вертикальный; з — горизонтальный

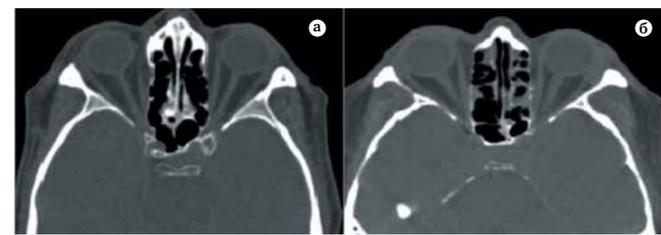


Рис. 7. Компьютерные томограммы орбит (аксиальная проекция) пациентов с отсутствием орбитальной патологии: а — узкая длинная орбита; б — широкая короткая орбита

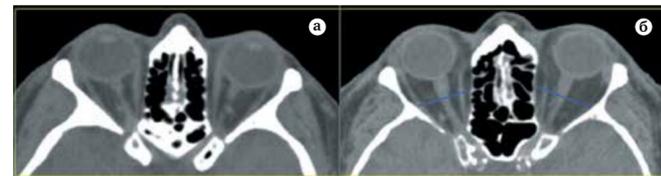


Рис. 8. Компьютерная томограмма орбит (аксиальная проекция) пациентов с отсутствием орбитальной патологии: а — асимметрия костных орбит (OD = 25,46 см³, OS = 26,524 см³); б — асимметрия вершин костных орбит (OD = 4,88 см³, OS = 5,03 см³)

4. Бровкина А.Ф., Яценко О.Ю., Аубакирова А.С. Методика расчета костной орбиты по данным компьютерной томографии // *Вестник офтальмологии.* – 2009. – №5. – С. 15-17.
5. Avit R. I., Casselman J. Orbital imaging: Part 1. Normal anatomy // *Clin. Radiol.* – 2005. – Vol. 60. – N3. – P. 279-287.
6. Beden U., Edizer M., Elmali M., Icten N., Gungor I., Sullu Y., Erkan D. Surgical anatomy of the deep lateral orbital wall // *Eur. J. Ophthalmol.* – 2007. – Vol. 17. – N3. – P. 281-286.
7. Kapur E., Dilberovic F. Computed tomography review of the osseous structures of the orbital apex // *Bosn. J. Basic. Med. Sci.* – 2003. – Vol. 3. – N3. – P. 50-53.
8. Tian S., Nishida Y., Isberg B., Lennerstrand G. MRI measurements of normal extraocular muscles and other orbital structures // *Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* – 2000. – Vol. 238. – N5. – P.393-404.
9. Wichmann W., Muller-Forell W. Anatomy of the visual system // *Eur. J. Radiol.* – 2004. – Vol. 49. – N1. – P. 8-30.
10. Ozgen A., Ariyurec M. Normative measurements of orbital structures using CT // *AJR Am. J. Roentgenol.* – 1998. – Vol. 170. – N4. – P. 1093-1096.
11. Furuta M. Measurement of orbital volume by computed tomography-especially on the growth of orbit // *Nippon Ganka Gakkai Zasshi.* – 2000. – Vol. 104. – N10. – P. 724-730.
12. Kamer L., Nosser H., Schramm A., Hammer B., Kirsch E. Anatomy-based surgical concepts for individualized orbital decompression surgery in graves ophthalmopathy. I. Orbital size and geometry // *Ophthalm. Reconstr. Surg.* – 2010. – Vol. 26. – N5. – P. 348-352.
13. Lee J.M., Lee H., Park M., Lee T.E., Lee Y.H., Baek S. The volumetric change of orbital fat with age in Asians // *Ann. Plast. Surg.* – 2011. – Vol. 66. – N2. – P. 192-195.
14. Бровкина А.Ф., Кармазановский Г.Г., Яценко О.Ю. Объем костной орбиты и ее мягкотканного содержимого в норме // *Медицинская визуализация.* – 2006. – №6. – С. 94-98.
15. Forbes G., Gehring D.G., Gorman C.A., Brennan M.D., Jackson I.T. Volume measurements of normal orbital structures by computed tomographic analysis // *Am. J. Roentgenol.* – 1985. – Vol.145. – №1. – P.149-154.
16. Aydin K., Guven K., Sencer S., Cikin A., Gul A., Minareci O. A new MRI method for the quantitative evaluation of extraocular muscle size in thyroid ophthalmopathy // *Neuroradiology.* – 2003. – Vol. 45. – N3. – P.184-187.
17. Филатова И.А., Тишкова А.П., Берая М.З. Новые аспекты в обследовании пациентов методом компьютерной томографии до и после удаления глазного яблока // *Сборник научных трудов международного симпозиума. Заболевания, опухоли и травматические повреждения орбиты. Москва. 24-26 октября 2005. – М., 2006. – С. 161-165.*
18. Furuta M. Measurement of orbital volume by computed tomography: especially on the growth of the orbit // *Jpn. J. Ophthalmol.* – 2001. – Vol. 45. – N6. – P. 600-606.
19. Ji Y., Qian Z., Dong Y., Zhou H., Fan X. Quantitative morphology of the orbit in Chinese adults based on a three-dimensional reconstruction method // *J. Anat.* – 2010. – Vol. 217. – N5. – P.501-506.
20. Вальский В.В. Возможности компьютерной томографии в диагностике первичных опухолей орбиты: Дисс... канд. мед. наук. – М., 1987. – 168 с.

Продолжение следует

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

Современные подходы к выбору расчета ИОЛ. От ультразвуковой к оптической биометрии

Проект «День зрения», Калининград, 20 мая 2017 г.

Н.Н. Соловьев, продакт-специалист компании «Стормофф»; **О.Д. Шаталов**, компания Accutome (USA)

Н.Н. Соловьев: Мы будем говорить о различиях, существующих в биометрах разных поколений, насколько эти различия значимы. К сожалению, бытует мнение, что с появлением нового прибора, старые должны быть забыты. Такая позиция, на наш взгляд, является неверной.



О.Д. Шаталов, Н.Н. Соловьев

О.Д. Шаталов: Сегодня мы будем говорить о том, «быть или не быть».

Н.Н. Соловьев: Нам повезло: мы живем в эпоху, когда технические нововведения происходят быстро и массированно. Что касается биометрии и расчета ИОЛ, с 2006 года стали активно применяться оптические биометры, к 2010 году на рынке было представлено уже несколько моделей, серьезные изменения претерпели технологии расчета точности, требования к обследованию и протоколу клиники.

О.Д. Шаталов: Основной вопрос — надо ли забывать старое?

Н.Н. Соловьев: Что значит «старое»? Мы не говорим о том, что необходимо доставать из запасников ультразвуковые А-сканы двадцатилетней давности, которые «худобедно» работают; мы говорим о приборах, относящихся к последнему поколению ультразвуковых биометров. Мы говорим не о «возрасте» прибора, а о различиях между двумя методами.

О.Д. Шаталов: Совершенно верно. Старые ультразвуковые биометры были ограничены в возможностях — как в измерительных, так как использовалась средняя скорость звука, так и в формулах, которые были представлены данными системами. В современном ультразвуке, помимо независимых скоростей звука, также присутствует иммерсионная биометрия, которая имеет максимальную важность для точности измерений. Конечно, современная ультразвуковая биометрия представляет собой отличную альтернативу оптической биометрии.

Н.Н. Соловьев: В настоящее время наблюдается переоценка ценностей: если раньше ценилось «железо», сейчас — программное обеспечение. С физической точки зрения в ультразвуковом биометре практически ничего не изменилось за последние 15 лет, но при этом программы расчета, их точность — все, что реализуется при помощи программного обеспечения, получили значительное развитие. Эти изменения повышают требования к докторам, работающим на этом оборудовании.

О.Д. Шаталов: Вы правы. Мы образовываем врачей, объясняем, на что необходимо обращать внимание при ультразвуковом сканировании, учим докторов правильно анализировать эхограмму.

Н.Н. Соловьев: Точность расчета, как минимум, на 50% зависит от отношения врача к проверке результата. Несколько слов о существующих ограничениях. Оптические биометры были разработаны, как это ни парадоксально, для измерения сред, которые теряют свою прозрачность...

О.Д. Шаталов: Как бы ни была хороша оптическая биометрия, вы понимаете, что не сможете проводить измерения на пациентах с помутнением роговицы, с гемифальтом, с твердой катарактой. Существуют ограничения для пациентов с кривизной роговицы менее 33 дптр.

Н.Н. Соловьев: Когда вы работаете на оптическом биометре, вы используете константы, разработанные для него. При использовании оптического биометра суть оптимизации констант заключается в их «подгонке» под тот тип кератометрии, который

проводится на данном приборе. Причем вследствие особенностей сертификации данного прибора на территории ЕС и США биометры имеют ограничения в рабочем диапазоне, где точность наших измерений составляет достаточно высокие значения. Поэтому сверхнизкая кривизна роговицы (от 33 дптр) представляет определенную проблему. Конечно, после ЛАСИК мы такую кривизну не встречаем, однако мы живем в стране, где большой популярностью пользовалась радиальная кератотомия, которая превращает центральную зону роговицы в довольно плоскую структуру. Поэтому при работе с пациентами после кератотомии часто приходится использовать данные внешней кератометрии, которые чаще берутся с топографа; ограничивается оптическая зона до 2,5-3 мм; по этой зоне высчитываются усредненные кератометрии, однако эти данные нежелательно использовать в оптическом биометре, при том что калькуляторы ультразвуковых биометров на это рассчитаны и точность выше.

О.Д. Шаталов: Преимущества ультразвука также заключаются в возможности проводить измерения на лежачих пациентах, что невозможно сделать на оптическом биометре, а также на пациентах, у которых существует проблема с фиксацией.

Н.Н. Соловьев: Что касается проблемы с фиксацией, главное для нас — на «оптику» попасть в макулярную зону, хотя мы ее не видим...

О.Д. Шаталов: Да, но если у пациента проблемы с фиксацией, возникнут определенные проблемы.

Н.Н. Соловьев: Конечно, техника ушла далеко вперед: появились биометры, которые позволяют одновременно провести ОКТ-сканирование исследуемой области, проверить, куда «ушел» луч, однако это уведит нас от самой идеи оптической биометрии. На мой взгляд, основным отличием оптической биометрии, с точки зрения метода измерения, от ультразвуковой — это тип фиксации. Если при «ультразвуке» качество фиксации зависит от действия врача по наведению луча, то сама идея оптической биометрии подразумевает, что фиксация производится физиологически — пациент всегда смотрит на метку, смотрит той областью сетчатки, которая дает наилучшее разрешение. Но, к сожалению, вследствие различных нарушений сетчатки, это может быть уже не макулярная, а парамаккулярная зона.

О.Д. Шаталов: Что нам дает использование оптических биометров?

Н.Н. Соловьев: Прежде всего, это бесконтактный метод исследования, что подразумевает безопасность, то есть отсутствие риска кросс-инфекции (понятно, что при соблюдении правил дезинфекции, риск на «ультразвуке» также сведен к минимуму). Основное преимущество бесконтактности — это комфорт пациента. Важен еще такой момент: мы снимаем один и тот же глаз, то есть

кератометрия и А-сканирование синхронизированы, центрованы. Если появляются небольшие проблемы с фиксацией, синхронность в получении параметров позволяет добиться лучшего результата по сравнению со случаем, когда кератометрия и аксиальные параметры глаза были получены в разные моменты времени. Также важно помнить, что при использовании ультразвука, как уже замечалось ранее, наведение А-скана осуществляется врачом, в то время как съемка кератометрии производится с использованием «физиологического наведения» глаза пациента на метку кератометра. Важным моментом также является скорость исследования.

О.Д. Шаталов: Не могу согласиться с тем, что ультразвук медленнее. Хотел бы продемонстрировать короткое видео, демонстрирующее, сколько времени на самом деле уходит на иммерсионную биометрию: иммерсионный цилиндр ставится вокруг роговицы, после чего он заполняется раствором. Удержание педали дает возможность увидеть живую эхограмму, анализировать процесс сканирования. Отпустив педаль, врач получает эхограмму. Пять эхограмм возможно получить в течение 3-5 секунд, процесс подготовки пациента и самого прибора занимает около 1 минуты. Однако необходимо предельно точно пройти несколько этапов подготовки пациента: анестезия, разъяснение пациенту процесса исследования, введение данных, погружение яблока в иммерсионную среду для получения точных измерений. Однако, как Вы знаете, одного измерения не достаточно, необходим анализ эхограммы.

Н.Н. Соловьев: На первый взгляд, подготовительные этапы занимают много времени, но они являются неотъемлемой частью исследования, и оптическая биометрия кажется в разы быстрее. Но я думаю, пользователи оптических биометров со мной согласятся, что подготовка пациента по оптическому методу также занимает определенное время: необходимо объяснить пациенту отнюдь не моргания, фиксации, рассказать о процессе исследования, соответственно времени уходит примерно столько же, сколько и на подготовку к ультразвуковому исследованию, если вы иммерсионный метод используете на потоке, т.е. все удобно, рука «набита». Удобство врача — залог того, что у него будет время на проверку результатов.

О.Д. Шаталов: Согласен с Вами. Хочу рассказать еще немного об иммерсионной биометрии, по сравнению с контактной. Иммерсионная биометрия обладает наивысшей точностью сканирования. Оптические биометры были откалиброваны по данным иммерсионной биометрии. При использовании иммерсионного цилиндра давления на роговицу не существует, поэтому вы получаете максимально точные значения.

Н.Н. Соловьев: Даже в случае плотных катаракт оптический биометр позволяет провести кератометрию, определить глубину передней камеры, в то время как на ультразвуке мы можем получить толщину хрусталика и стекловидного тела. Таким образом, мы можем получить длину глаза, даже используя контактный ультразвуковой метод, если, конечно, сможем «соблюсти» перпендикуляр.

О.Д. Шаталов: На самом деле ни одна установка не даст лучший анализ эхограммы, чем анализ самого оператора. Поэтому оператор обязан всегда подтверждать точность результата. Исследуя результат сканирования, полученную эхограмму, вы должны обратить внимание на множество факторов, такие как «временные ворота», перпендикулярность эхограммы, расположение мощности звука, необходимого при точном сканировании.

Н.Н. Соловьев: На ультразвуке мы привыкли к тому, что необходимо выверять полученную эхограмму. Работая на оптическом биометре, мы должны делать то же самое для безопасности пациента. Важно проверить полученные результаты. Нам приходится сталкиваться с ситуацией, когда приборы различных производителей не выдают предупреждений, при этом параметры преподносят «сюрпризы».

О.Д. Шаталов: «Плюсом» оптической биометрии является возможность проводить исследования пациентам со стафиломой, когда ультразвук практически бесполезен. Его можно использовать для получения данных передней камеры, толщины хрусталика, но глубина стекловидного тела будет варьироваться. Ультразвук с данной задачей не справится, в этом случае на помощь придет оптическая биометрия, и эти данные будут максимально точными.

Н.Н. Соловьев: При этом если мы будем использовать оптическую биометрию (так же как и ультразвуковую) на пациентах с отслойкой сетчатки, как нам производить расчеты?

О.Д. Шаталов: Хороший вопрос.

Н.Н. Соловьев: Ответ, очевидно, заключается в том, что планируется с пациентом делать: будем ли мы укладывать сетчатку на место. В последнее время также встает вопрос об изменении кератометрии в зависимости от различных воздействий на пациента в дальнейшем. То есть речь может идти о предстоящих после ФЭК глаукомных операциях на посткератомических глазах, где роговица ослаблена и ВГД приобретает большее влияние на кривизну роговицы. Нужно ли это учитывать в расчетах, как нам закладывать на будущее? Думаю, в течение года-двух определенное мнение будет сформировано. То есть мы живем в эпоху перемен.

О.Д. Шаталов: Давайте подведем краткие итоги по ультразвуковой биометрии. В отношении времени, при вашей подготовке и отлаженном потоке, подготовка пациента занимает примерно одну минуту; максимум одну минуту занимает сканирование обоих глаз, а также последующий анализ. Обойдите измерение возможно как пациенту в положении «лежа», так и в положении «сидя». Точность измерения при иммерсионной биометрии составляет 0,01-0,05 мм.

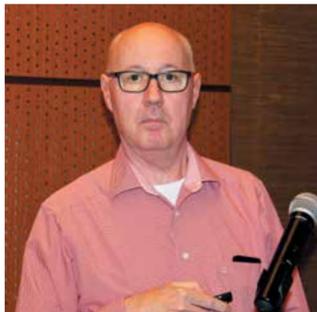
Н.Н. Соловьев: Достаточна ли эта точность?

О.Д. Шаталов: Я считаю, что этой точности более чем достаточно, так как клиническая точность должна составлять около 0,1 мм.

Н.Н. Соловьев: Как показывает практика эксплуатации оптического биометра, подготовка пациента занимает одну минуту, примерно одна минута уходит на измерение, зачастую даже несколько больше времени, и это не зависит от типа прибора. Мы не учли время, которое уходит на проверку результатов. Да, оптический биометр обеспечивает больший комфорт пациенту и врачу. Точность составляет примерно 0,005. Однако для расчета нам достаточно 0,1 мм. Отсюда следует, что ультразвуковая и оптическая биометрия — не конкуренты, это взаимодополняющие методики.

О.Д. Шаталов: Для перепроверки результатов мы рекомендуем пользоваться обеими технологиями, не отказываться от одной технологии в пользу другой. Спасибо за внимание!

Материал подготовил Сергей Тумар



Одним из главных героев прошедшего в Калининграде очередного проекта «День зрения» стала компания Contamac, мировой лидер в производстве материалов для контактных линз. В работе проекта приняли участие четыре представителя компании; слушателям были представлены пять докладов, в которых шла речь о различных видах контактных линз и материалах для их производства. После окончания проекта Мартин Конвэй, консультант компании, любезно согласился ответить на наши вопросы. В беседе приняла участие бизнес-консультант компании Ирина Нортон.

— Господин Конвэй, прежде всего, позволяете поблагодарить Вас за то, что дали возможность ответить на вопросы газеты «Поле зрения». Хотелось бы обратиться к Вашему докладу «Стабилизация прогрессирования миопии с помощью контактных линз» (Myopia Control with Contact Lenses). На Ваш взгляд, миопия — это болезнь или нарушение рефракции? Бывает ли безопасная миопия?

— Существует точка зрения, что миопия на определенном этапе прогрессирования становится заболеванием. В настоящее время складывается мнение, что не существует безопасной миопии, поэтому наша задача заключается в том, чтобы удержать близорукость на минимальном уровне.

— Как Вы считаете, почему необходимо сдерживать прогрессирование близорукости?

— Близорукость невысокой степени может восприниматься как неудобство, однако мы знаем, что близорукость высокой степени способна вызывать патологические изменения, которые в зрелом возрасте могут привести к серьезным последствиям. Таким образом, лечение близорукости — это не столько косметологический процесс, сколько попытка предупредить негативные последствия, которые могут возникнуть в жизни значительной части населения в будущем.

— Какими методами контроля миопии Вы отдаете предпочтение?

— Моя профессия — оптометрия, таким образом, я выбираю оптические методы контроля миопии. Терапевты используют терапевтическими средствами, фармкомпаниями оказывают предпочтение медикаментозным средствам. Надо сказать, что существуют препараты, способные затормозить прогрессирование близорукости, однако это не та область, в которой работаю я.

— Самым физиологическим методом коррекции миопии, на Ваш взгляд, является...

— Ортокератология.

— Как известно, ортокератология в основном используется для коррекции близорукости у детей. Как Вы считаете, есть ли у этого метода перспективы применения среди взрослого населения?

— Вы правы, этот метод на сегодняшний день находит применение в основном у детей. Однако для меня до сих пор остается загадкой, почему ортокератология не используется среди взрослых пациентов.

Я знаю, что и врачи, и пациенты с огромным энтузиазмом относятся к этому методу лечения, но сегодня по непонятным мне причинам ортокератология пока не находит широкого применения среди разных возрастных групп. Пользователи дизайнерских очков и даже контактных линз очень активно рекомендуют эти методы коррекции

Все что я знаю о линзах — это мой собственный опыт

Интервью с консультантом компании Contamac Мартином Конвэем (Великобритания)

своим близким, но ортокератология распространяется крайне медленно. До тех пор пока острота проблемы прогрессирования близорукости не будет осознана среди широких слоев населения, ортокератология останется уделом узкого круга специалистов.

— Пользуется ли популярностью метод ортокератологии в Великобритании?

— К сожалению, нет. Подобная ситуация существует и в других странах. Пожалуй, только в Китае, где распространение близорукости приобрело характер пандемии и государство всеерьезно озабочилось этой проблемой, ортокератология получила широкое развитие. Что же касается западных стран, США, этот метод, как я уже сказал, находит минимальное применение. Если сравнить количество подборов контактных линз и ортокератологических линз, цифры будут несопоставимы.

— С Вашей точки зрения, в чем причина такого положения вещей?

— С моей точки зрения, это происходит потому, что большинство населения не воспринимает миопию как серьезное заболевание. Если в семье оба родителя миопии и прекрасно понимают недостатки миопии, возможно, их будет беспокоить здоровье собственного ребенка в силу того, что вероятность развития близорукости у него велика. В этом случае они могут пытаться найти способ не допустить прогрессирования миопии. Однако едва ли это будет ортокератология. К сожалению, большинство людей не знает ничего об этом методе и воспринимает прогрессирование близорукости как данность. Чтобы каким-то образом изменить ситуацию, необходимо заручиться поддержкой государства, которое на своем уровне будет проводить разъяснительную работу среди граждан об опасности, которую таит в себе миопия. В Великобритании одно время на телевидении выходили программы, посвященные близорукости, и мы наблюдали рост интереса людей к этой проблеме.

— Не кажется ли Вам, что, прежде всего, необходимо просвещать офтальмологов относительно преимуществ ортокератологии?

— Да, конечно. Однако в Великобритании офтальмологи практически все время отдают клинической работе, поэтому работа, связанная с нарушением рефракции ложится на плечи оптометристов и контактологов. Более того, для офтальмологов ортокератология представляет больше как коммерческое направление, чем клиническое. Как известно, на Западе существует четкое разграничение функций между оптиками, оптометристами и офтальмологами. Оптиками и оптометристами, как правило, занимаются подбором и продажей средств коррекции, в то время как офтальмологи имеют дело с патологическими состояниями. Оптометрист не имеет права ставить диагноз, он лишь может установить некое отклонение от нормы и направить к офтальмологу. При этом в письме-направлении оптометрист не имеет права указать, что у пациента катаракта, но только опишет то, что увидел. Таким образом, в настоящее время существует четкое разграничение сферы влияния между двумя профессиями; с другой стороны, наблюдается тесное сотрудничество между оптометристами и офтальмологами, но на это ушли многие годы.

— В России сегодня идет поиск путей решения таких вопросов, как разделение функциональных обязанностей между офтальмологами и оптометристами. При этом офтальмологи заинтересованы в том, чтобы делегировать оптометристам часть своих внешних обязанностей.

— Да, эта работа, действительно, имеет смысл.

— Теперь позволю остановиться на Вашем втором докладе «Склеральные линзы: история, современность, будущее» (Scleral Lenses: Past, Present and Future). Поскольку Вы являетесь консультантом компании Contamac, ответьте, пожалуйста, насколько материал имеет значение?

— Эволюция материалов, в особенности газопроницаемых твердых материалов, касалась в основном склеральных линз. Склеральные линзы (СЛ) на рынке представлены уже давно, но используются редко, только в чрезвычайно сложных случаях. Научные исследования по их совершенствованию почти не проводились. Однако в течение последних 4-5 лет мы наблюдаем настоящий бум на рынке склеральных линз. Сначала мы думали, что со временем это пройдет, но нет. Склеральные линзы на сегодня самый быстрорастущий сегмент бизнеса. Однако необходимо иметь в виду, что рост начался с чрезвычайно низкой отметки, поэтому если в процентном отношении мы наблюдаем серьезный подъем, количественные показатели пока еще довольно скромные. Лидерами продаж остаются контактные линзы плановой замены. Что касается склеральных линз, в настоящее время мы уделяем большое внимание исследованиям в этой области. Результаты показывают, что использование склеральных линз не влечет побочных эффектов, несмотря на то что в сравнении с мягкими контактными линзами они толще и покрывают всю роговицу. Таким образом, необходимости в создании новых материалов для СЛ на сегодня не существует. Однако мы постоянно работаем над созданием новых материалов для МКЛ, чтобы обеспечить максимальный комфорт, так как основная причина отказа от использования мягких контактных линз — это недостаточный комфорт.

— Какими основными свойствами должна обладать склеральная линза?

— Склеральные линзы, как известно, используются при тяжелых заболеваниях роговицы, часто приводящих к тому, что роговица становится суше, поэтому наша задача заключается в том, чтобы линза обладала максимально гладкой, комфортной поверхностью, обеспечивающей высокую смачиваемость и скольжение. Последнее время мы видим, что врачи стали реже подбирать склеральные линзы по лечебной необходимости и чаще — с косметическими целями. В этом случае меняется баланс между риском и возможным положительным эффектом. Представьте, если вы подбираете склеральную линзу здоровому 25-летнему человеку, необходимо отдавать себе отчет в том, что он будет пользоваться ей, по меньшей мере, 50 лет, и с предельным вниманием отнесется к вероятности возникновения отдаленных побочных эффектов. В настоящее время исследования в этом направлении пока не ведутся, однако мы постоянно работаем над улучшением потребительских свойств существующих материалов.

— Существуют ли ограничения по возрасту в отношении склеральных линз? Можно ли их подбирать детям?

— Ограничений по возрасту не существует, детям склеральные линзы подбирать можно. Давайте зададим себе вопрос: если СЛ линзы широко применялись еще в 1940-х годах и производились из материалов, не способных пропускать кислород, что говорить о КЛ, которые изготавливаются из современных газопроницаемых материалов? Вы подбираете пациенту склеральную линзу, и ему комфортно, в то время как на привыкание к роговичным линзам могут уйти недели. Склеральные линзы по уровню комфорта не уступают мягким контактными линзам (МКЛ). Если бы много лет назад

они были более доступны, не возникла бы необходимость ни в роговичных линзах, ни в МКЛ. Склеральные линзы обеспечивают удобство, комфорт, хорошее зрение, их можно не снимать в душе, во время купания.

— Насколько сложен уход за склеральными линзами?

— Обычно для хранения склеральных линз мы рекомендовали те же растворы, что применяются для ухода за МКЛ, так как они менее вязкие. Однако мы обнаружили, что непосредственно перед одеванием СЛ вы не должны опускать ее в раствор для МКЛ, так как используемые в нем консерванты часто создают проблемы для пациентов, использующих склеральные линзы. Дело в том, что для пользователей МКЛ такие растворы безвредны, так как период ношения линз короткий. В случае со СЛ, поскольку период их ношения значительно более продолжительный, консерванты могут вызвать нежелательные побочные эффекты. Таким образом, пользователи склеральных линз должны использовать растворы, не содержащие консерванты. Некоторые врачи рекомендуют для ухода за СЛ глазные капли с увлажняющим эффектом, но и эти капли не должны содержать консерванты. Возможно, в будущем, по мере роста рынка, компании-производители предложат специальные растворы по уходу за СЛ, но на сегодняшний день необходимости в них нет. Есть хорошо известный раствор под названием Ringer's Solution, в котором содержатся питательные вещества и электролиты. Более того, существует точка зрения, что современные

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
Мягкие интраокулярные линзы

КСЕНОПЛАСТ
Коллагеновый интравитреальный дренаж и материалы для склеропластики

ОКВИС
Протектор тупой глазу — глазные капли

ЛОКО.ЛИНК
Аппарат для фототермальной ресницы методом локального криолининга

★ **БИОСОВМЕСТИМОСТЬ**
★ **БЕЗОПАСНОСТЬ**
★ **ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

средства по уходу за линзами должны содержать некую питательную среду, но никакие научные разработки за этим не стоят.

— Каковы основные принципы подбора склеральных линз?

— Принцип подбора СЛ значительно проще, чем многие врачи могут себе представить, даже проще, чем подбор газопроницаемых линз. Сама линза имеет большие размеры, таким образом, с ней легче иметь дело. Для обеспечения правильного клиренса, исключая механическое воздействие на роговицу, рекомендуется располагать линзу над роговицей так, чтобы она «нависала» над ней, не касаясь роговицы. Это самое большое преимущество данного типа линз. Самая сложная процедура — одевать линзы. Пациент должен наклониться вперед. Линзы необходимо наполнить специальным раствором (чаще применяется соляной раствор без консервантов). Но случается, что вы наполнили линзы раствором, вдруг понимаете, что забыли флуоресценции! (Смеется). Вы капаете флуоресценцию, несколько капель падают на пол, оставаясь желтые пятна, которые отмываются с трудом...

При одевании линзы нужно следить за тем, чтобы между линзой и поверхностью роговицы не попал воздух. Вы смотрите в щелевую лампу, видите пузырьки воздуха, это означает, что процесс нужно повторить. Наконец, линзы одеты, вы, с облегчением вздыхаете, смотрите в «щелевку» и видите, что линза «села» слишком низко или высоко, и тогда все приходится начинать сначала. Когда вы, наконец, уверены, что линза «на месте», не спешите отпускать пациента: необходимо ждать 2 часа, пока она не займет своего окончательного положения. Только тогда можно давать оценку правильности подбора СЛ. На моей совести несколько ошибок, которые я совершил в прошлом при подборе склеральных линз, и почти все они связаны с тем, что я отпускал пациента слишком рано. Видите, работа со склеральными линзами занимает достаточно долгое время. Вот почему склеральные линзы всегда будут дорогими и, скорее всего, именно по этой причине не смогут полностью заменить мягкие контактные линзы и будут продолжат использоваться только в сложных случаях.

— Каким должен быть клиренс между поверхностью линзы и роговицей?

— Чем меньше клиренс, тем лучше зрение. Обычно он составляет около 150 мкм.

— И линза, конечно, не должна касаться роговицы?

— Разумеется, нет. Вы знаете, в этом вопросе часто возникают острые дискуссии, в частности, во время моего выступления некоторые слушатели выразили свое несогласие с моей позицией. В США и в странах, где влияние США высоко (теперь, насколько я понимаю, и Россия входит в их число), принято считать, что линза не должна касаться лимба, в силу важной роли, которую играют клетки лимбальной зоны. Поэтому дизайн линз, используемых в этих странах, более «крутой» и предполагает высокое расположение СЛ над лимбом. В Европе, в клиниках, имеющих многолетний опыт подбора склеральных линз, используются в основном СЛ с более «плавным» дизайном. Проведя исследование нескольких американских дизайнов СЛ, мы обнаружили, что в 30% случаев

такие линзы дают эффект «затуманивания». По мере приобретения опыта работы со склеральными линзами врачи все чаще отдают предпочтение «европейскому» дизайну, что снижает количество случаев «затуманивания». Это представляет собой новое направление исследований, и на сегодняшний день мы пока не можем дать четкий ответ на вопрос, какой дизайн СЛ является более «правильным». Главное — комфорт и польза для пациента.

— Расскажите, пожалуйста, о перспективах работы компании Contamac в России.

— Компания в ближайшее время планирует открыть в Москве свое официальное представительство и склад. Это значительно упростит процесс приобретения российскими лабораториями заготовок для производства продукции. Для Contamac это будет означать еще большее расширение объема сотрудничества с российскими потребителями. Как долго продлится процедура открытия представительства, сказать не берусь, но точно знаю, что процесс регистрации значительно упростился.

— Господин Конвэй, как Вы оцениваете проект «День зрения»?

— На отлично! Надо сказать, что накануне конференции в компании существовали серьезные сомнения в целесообразности отправки в Калининград четырех ведущих специалистов. Вчера за ужином мы пришли к единодушному мнению, что конференция прошла замечательно, мы не зря приехали в этот город, и в дальнейшем будем поддерживать проект «День зрения».

Я считаю, что у нас есть одно уникальное преимущество: поскольку мы практически работаем со всеми лабораториями по всему миру, мы можем выступать посредниками в установлении партнерских отношений между компаниями. Что я имею в виду: в одной небольшой компании-лаборатории зародилась некая блестящая идея, которую эта лаборатория реализовать не в состоянии по финансовым причинам; тогда мы ищем среди своих партнеров более состоятельную компанию, заинтересованную в ее реализации, и с ее помощью идея, возникшая в первой лаборатории, будет осуществлена. Мы также будем способствовать распространению программного обеспечения по дизайнам контактных линз среди развивающихся компаний. Могу привести пример: Contamac оказала помощь компании OKVision в установлении партнерских отношений с израильским производителем контактных линз Soflex. Благодаря нашему участию OKVision производит КЛ по лицензии компании Soflex. При этом мы не преследуем коммерческих целей, наш интерес заключается в том, чтобы видеть рост наших партнеров. Хочу обратить ваше внимание на то, что для нас эти компании являются партнерами и вовсе не клиентами.

— В заключение нашей беседы не могли бы Вы немного рассказать о себе?

— Квалификацию оптика я получил еще в 1969 году, как видите, я уже старый! (Смеется). Несколько лет я служил в Королевских ВВС пилотом, летал на истребителях Phantom и Lightning. В 1976 году я закончил военную службу и решил специализироваться на контактных линзах. В тот период времени это были жесткие контактные линзы из ПММА. На моих глазах происходили радикальные перемены в развитии этой отрасли: появление на рынке мягких контактных линз, газопроницаемых материалов и т.д. Преимущество моего возраста — это колоссальный опыт. Все что я знаю о материалах, о линзах, я не вычитал в книгах, это мой собственный опыт.

— Есть ли у Вас статьи, монографии на эту тему?

— Я слишком занят работой и зарабатыванием денег! (Смеется). Я вовсе не академик, я практик.

— На наша газета рассчитана на практикующих врачей, и я уверена, что они с большим интересом прочтут интервью. Спасибо Вам за интересный разговор!

Беседу вела
Лариса Тумар

Клинический случай микробного кератита тяжелого течения, связанного с ношением силикон-гидрогелевых контактных линз

Л.В. Жежелева,
А.С. Обрубов,
А.В. Ковалева,
Е.В. Ширшова

Филиал №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Контактная коррекция зрения получила широкое распространение в офтальмологии. Однако зачастую возникает ряд осложнений, связанных с ношением мягких контактных линз (МКЛ), причиной которых могут являться механическое повреждение роговицы, токсико-аллергические, гипоксические реакции и инфекционные заболевания.

За последние 10 лет частота кератитов и язв роговицы, связанных с ношением КЛ, увеличилась в 5-7 раз. Доля данной патологии среди всех микробных поражений роговицы колеблется от 20 до 44% [1, 5, 6]. Частота развития микробных кератитов у пользователей МКЛ составляет от 6,9 до 96,4 случаев на 10 000 (чаще при использовании МКЛ длительного ношения) [4]. При этом в каждом из пяти госпитализированных случаев в итоге требуется проведение трансплантации роговицы [2].

Главным фактором профилактики осложнений, связанных с ношением КЛ, является корректное соблюдение рекомендованных правил. В 2007 году P. Morgan анализировал случаи соблюдения режима пользования МКЛ (однодневными и длительного ношения). Оказалось, что все 14 основных правил соблюдали только 3% опрошенных [3].

Цель — проанализировать случай клинического течения глубокого стромального кератита, связанного с ношением силикон-гидрогелевых контактных линз и осложненного токсикоаллергической реакцией.

Материалы и методы

Пациентка Е., 25 лет, обратилась в филиал №1 ГКБ им. С.П. Боткина с жалобами на покраснение, слезотечение, снижение зрения на правом глазу.

Из анамнеза: с детства — миопия высокой степени, в течение 10 лет носит МКЛ двухдневной замены. За 3 недели до обращения отметила появление пелены перед правым глазом; пользовалась пролонгированным раствором для КЛ (более 6 месяцев). В связи с диагностированной эрозией роговицы по месту жительства был проведен курс антибактериальной (тобрекс, офтаквикс, цефазолин, азитромицин внутрь) и корнеопротекторной (корнерегель, баларпан) терапии без существенного эффекта. Без назначения врача закапывала инокан.

В ходе первичного осмотра получены следующие данные:
VIS OD = 0,01 sph -6,5 D = 0,15;
VIS OS = 0,04 sph -6,0 D = 1,0
ВГД (P₀) OU = 16 мм рт.ст.

Status oculorum OD: отек и гиперемия век, выраженная перикорнеальная инъекция. Роговица: отек эпителия, эрозия в центре, концентрично лимбу в 2 мм от него кольцевидный инфильтрат в строме, на эндотелии россыпь преципитатов, организовавшийся ступок фибрина на 7-8 ч. Передняя камера средней глубины, влага



Рис. 1. Фото правого глаза при поступлении

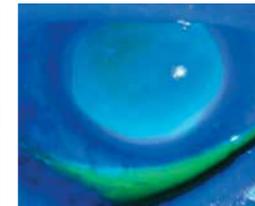


Рис. 2. Окрасивание флуоресцином. Виден обширный дефект эпителия роговицы



Рис. 3. Фото правого глаза при выписке



Рис. 4. Фото правого глаза через 2 недели после выписки



Рис. 5. Фото правого глаза при повторной госпитализации



Рис. 6. 10-е сутки после сквозной субтотальной кератопластики лиофилизированной донорской роговицей



Рис. 7. Через 1 месяц после кератопластики



Рис. 8. Через 3 месяца после кератопластики



Рис. 9. Через 2 года после кератопластики лиофилизированной донорской роговицей. Сформировалось помутнение трансплантата. В нижней половине к нему подтянута радужка

Результаты

Через месяц после выписки пациентка вновь была госпитализирована с диагнозом: ОР — расшлывание роговицы с перфорацией. Сохранились признаки активной токсикоаллергической реакции на использование лекарственных препаратов.

Литература

1. Fong C.F., Tseng C.H., Hu F.R., Wang J.J., Chen W.L., Hou Y.C. Clinical characteristics of microbial keratitis in a university hospital in Taiwan // Am. J. Ophthalmol. — 2004. — Vol. 137. — No. 2. — P. 329-336.
2. Hoddenbach J.G., Boekhoorn S.S., Wubbers E., Vreugdenhil W., Van Rooij J., Geerards A.J. Clinical presentation and morbidity of contact lens-associated microbial keratitis: a retrospective study // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol. — 2014. — Vol. 252. — No. 2. — P. 299-306.
3. Morgan P.B. Contact lens compliance and reducing the risk of keratitis // Optician. — 2007. — Vol. 234. — P. 20-25.
4. Morgan P.B., Efron N., Hill E.A., Raynor M.K., Whiting M.A., Tullo A.B. Incidence of keratitis of varying severity among contact lens wearers // Br. J. Ophthalmol. — 2005. — Vol. 89. — No. 4. — P. 430-436.
5. Stapleton F., Keay L., Jalbert I., Cole N. The epidemiology of contact lens related infiltrates // Optom. Vis. Sci. — 2007. — Vol. 84. — No. 4. — P. 257-272.
6. Wong T., Ormonde S., Gamble G., McGhee C.N. Severe infective keratitis leading to hospital admission in New Zealand // Br. J. Ophthalmol. — 2003. — Vol. 87. — No. 9. — P. 1103-1108.
Сборник научных трудов «190 лет. Московская глазная больница», Москва, 2016 г. Острота зрения — 0,1.



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

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 Шемпфлюг-изображения переднего отрезка глаза
- Подоблет
- RedDot® Design Awards 2012

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

ИНЪЕКТОР NEX-II 2

- Многозаровый инжектор Nex-II 2 значительно упрощает процесс имплантации ИОЛ. Позволяет проводить манипуляцию одной рукой и через малый разрез
- Предназначен для монологитной 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)

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



MD ВИЖН — эксклюзивный дистрибутор Nidek Co., Ltd (Япония) в России и странах СНГ, 117312, Россия, г. Москва, ул. Боткина, д. 14. Тел./Факс: +7 495 989 80 56. www.nidek.ru

Географическая офтальмология

Дорогие друзья, читатели газеты «Поле зрения»! Предлагаем вашему вниманию новую рубрику «Территория офтальмологии». Ведущий рубрики — к. м. н., врач офтальмологического отделения стационара Филиала №1 ГКБ им. С.П. Боткина **Анатолий Сергеевич Обрубов**.

В прошлом году в профессиональном интернет-сообществе «Терра-офтальмика», объединяющем более 6000 офтальмологов России и постсоветского пространства, где обсуждаются случаи из клинической практики, а также бытовые детали нашей работы, доктора Р.О. Леонтьев и О.В. Иванова открыли серию публикаций о состоянии офтальмологии в своих регионах. В этом году редакторы сообщества — врачи-офтальмологи А.Е. Вурдафт (Замбия), А.А. Воронцов (с. Георгиевское, Костромская обл.), Г.М. Арсланов (Уфа, Санкт-Петербург), А.С. Обрубов (Москва), А.К. Степанов (Чехия), М.С. Шаталов и А.А. Суев

(оба Санкт-Петербург) — решили продолжить эту инициативу и организовали конкурс среди членов сообщества на лучший рассказ. Победителем конкурса стал рассказ А.В. Макаревич, она получила в подарок диагностическую высокорефракционную линзу для непрямой офтальмоскопии с щелевой лампой.

Данные короткие эссе показали интересными, и возникла идея поделиться ими с читателями газеты «Поле зрения».

Не секрет, что молодые специалисты, опасаясь вызвать недовольство начальства, не торопятся высказывать свои предложения или

замечания, связанные с клинической работой. Газета «Поле зрения» будет всячески способствовать тому, чтобы вы чувствовали доверие, как с нашей стороны, так и со стороны вашего руководства, которое не осудит вас за откровенность и прямоту суждений.

Редакция приглашает своих читателей принять активное участие в работе рубрики «Территория офтальмологии», которая, как мы очень надеемся, принесет пользу всем: тем, кто пишет, и тем, кто читает.

Присланные материалы публикуются в авторской редакции.

Сельская офтальмология тоже имеет право на жизнь

Евгения Сергеевна Домкина, офтальмолог Бешенковичской ЦРБ Витебской области, Республика Беларусь

Здравствуйте, уважаемые коллеги! Позвольте поделиться с вами рассказом о жизни и работе сельского окулиста из Беларуси.

Высшее образование я получила в Витебском государственном медицинском университете. Последний год учебы я провела в терапевтической субординатуре. Мне было скучно, грустно, а дело шло к распределению. Становится терапевтом мне не хотелось, поэтому было решено поехать в ЦРБ по месту жительства и попроситься на работу в качестве узкого «спеца» по любой специальности. Мне предложили офтальмологию, и я согласилась.

После окончания университета в течение года я проходила интернатуру в г. Витебске, старалась ухватить максимум знаний и навыков, работать на всех возможных учебных базах: отделение микрохирургии глаза для взрослых, детская глазное, городская поликлиника, детская поликлиника, военкомат.

По месту распределения я проработала 3,5 месяца в весьма печальных условиях: из оснащения — аппарат Ротта, щелевка 198... года выпуска, да зеркальный офтальмоскоп, купленный с первой зарплаты интерна. Затем поехала в соседний район к мужу. Таким образом, с ноября 2015 года мне повезло трудиться в Бешенковичской ЦРБ Витебской области. Поселок находится на берегу реки Западная Двина, расположен всего в 50 км от областного центра. Наша больница находится в красивом сосновом бору, и из окон кабинета открывается замечательный пейзаж.

На сегодняшний день я — единственный врач-офтальмолог в районе с населением чуть более 15 тысяч человек. Вместе со мной трудится опытная медсестра с 25-летним стажем работы в глазном кабинете. Мы ведем смешанный прием. Возраст наших пациентов — с первых дней жизни до самых почтенных лет.

Мой рабочий кабинет оборудован достаточно неплохо, даже не во всех поликлиниках областного центра можно увидеть такое оборудование. В моем арсенале две щелевые лампы: Carl Zeiss — моя основная рабочая и ШЛ-56, еще советского производства, она бережно хранится под пеленочкой на всякий случай; пневмотонометр Keeler Pulsair, тонометры Маклакова, уже изрядно побитые жизнью. Есть ИПД, но я его беру только на выезды на фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) и сельскую врачебную амбулаторию



Мой светлый и просторный кабинет. Темная комната рядом, такая же большая



Вид с рабочего места медсестры



Оборудование кабинета

(СВА); прямой офтальмоскоп Heine K180; зеркальный офтальмоскоп, с которым мы начинали работать еще по распределению; линейки скиаскопические. Линза Ocular Max Field 60 D — моя незаменимая помощница, ее закупила для меня больница. В моем распоряжении два набора пробных очковых линз — один в кабинете, второй для выездов в военкомат; также есть четырехточечный цветотест в количестве 2 штук. К концу года больница планирует закупить авторефрактометр.

Наша поликлиника оснащена компьютерами (есть в каждом кабинете), на приеме ведется электронная запись, заполняется электронная амбулаторная карта и рецепты на препараты, в том числе и льготные. Оборудование закупили в 2010 году еще при докторе, которая почти 40 лет трудилась на этом месте. В результате получился образцово-показательный кабинет.

Пациенты обращаются к нам по различным причинам: кто-то просто проверить зрение, подобрать очки; приходят диспансерные пациенты с глаукомой, заболеланиями сетчатки; дети проходят ежегодные профилактические медосмотры, а также наблюдаются по поводу аномалий рефракции. Не редкость — экстренные пациенты с травмами (окалина и другие инородные тела поверхности глаза, ожоги глаз, окклюзии сосудов сетчатки). Также в мои обязанности входит осмотр и консультирование пациентов из отделений больницы.

Для хирургического лечения катаракты, лазеркоагуляции сетчатки пациенты направляются в Витебск в отделение микрохирургии глаза, как правило, по предварительной записи по телефону. Срочность оговаривается заранее в каждой конкретной ситуации. Очередь на хирургию катаракты — в среднем 2-3 месяца.



Лес из окна рабочего кабинета



Западная Двина рядом с домом

Интравитреальные инъекции проводят в Витебске и Минске (препарат Эйлеа). На ОКТ направляю опять же в областную больницу г. Витебска по предварительной записи.

Отмечу, что работа в районе весьма непростая, но очень интересная. Здесь можно увидеть в буквальном смысле все. Большое преимущество заключается в том, что мы тесно сотрудничаем с другими специалистами: неврологами, терапевтами, хирургами, реаниматологами — таким образом можно получить полезные знания в других областях медицины.

Офтальмология — это мое дело!

Анастасия Витальевна Макаревич, врач-интерн кафедры специализированной хирургии Алтайского государственного медицинского университета

Здравствуйте, уважаемые коллеги! Меня зовут Анастасия. Я врач-интерн кафедры специализированной хирургии по травматологии, урологии и офтальмологии (не удивляйтесь, такое тоже возможно) Алтайского государственного медицинского университета. Кафедру объединили в связи с оптимизацией, заведующий официально один, неофициально заведующих три. Сертификат выдается непосредственно по специальности.

Пройдя полугодовую подготовку на базе университета, а именно: поликлиника, отделение микрохирургии глаза, отделение травмы глаза, травмпункт и оптика — я попала в ЦРБ на смешанный поликлинический прием. Отправлять интернов в села — дело привычное.

Несколько слов о том месте, где началась моя трудовая деятельность. Бурлинский район расположен в северо-западной части Алтайского края. Граничит с Новосибирской областью и Республикой Казахстан. Население района — 10 640 человек. В районе 25 населенных пунктов в составе 9 сельских поселений. Административный центр — село Бурла, расположенное в 450 км от Барнаула. Главная достопримечательность района — многочисленные озера и река. Есть заповедники и заказники.

Из учреждений в районе работают: одна ЦРБ, одна врачебная амбулатория и 15 ФАПов. В штате ЦРБ — невролог, психиатр-нарколог, дерматовенеролог, 4 терапевта, хирург, эндокринолог, фтизиатр, онколог, 2 стоматолога, 3 педиатра и я, пока еще не совсем офтальмолог, но чрезвычайно старающаяся им стать.

Мой кабинет расположен на втором этаже двухэтажного здания. В наличии: таблицы Головина-Сивцева и Орловой, аппарат Ротта, периметр Ферстера, ШЦ, зеркальный офтальмоскоп, прямой офтальмоскоп,



Бурлинская ЦРБ



Оборудование кабинета



Мост через р. Бурла



Река Бурла

экзофтальмометр, проектор знаков, набор пробных линз и скиаскопические линейки. Тонometriю проводим тонометрами Маклакова. Вот, пожалуй, и все.

Немного о жизни интерна в районе, самостоятельно ведущего прием. Признаюсь сразу — было страшно. Первый месяц, когда еще никто не знал, что в поликлинике начал вести прием офтальмолог, пациентов было мало, в основном медосмотры

и диспансеризации. Каждый день все свое свободное время я посвящала изучению офтальмологии. К слову, решение стать офтальмологом я приняла, давая госэкзамены, поэтому знаний катастрофически не хватало. Первый месяц справлялись сами. Мы вели прием с прекрасной медсестрой с сертификатом по офтальмологии, имеющей четырехлетний опыт самостоятельной работы. Сложности начались на второй

месяц работы, когда не видевшие 4 года врача люди поехали ко мне со всех уголков района. Встречались очень запущенные случаи. Многие лечили самостоятельно, вели прием, буквально обложившись книгами. В первый месяц приняли 500 человек, 17 отправили на оперативное лечение катаракты, 7 — на дообследование глаукомы. На операции пациенты едут в Барнаул, это 10 часов на поезде. Для большинства такие поездки представляют большие трудности, как в материальном плане, так и из-за плохого общего состояния большинства больных. Ехать приходится два раза, первый — на консультацию, тогда же ставят на очередь, затем, примерно через две недели, непосредственно на операцию. Вопрос об операционной в селе решается, малая операционная в поликлинике есть. Кстати, в ЦРБ имеется оптика, куда раз в месяц приезжают оптометристы и проводят АРМ и пневмотонометрию.

К 26 апреля мы приняли 600 человек (план — 320).

Я продолжаю много читать, сейчас чувствую себя намного увереннее. Маленькими шажками иду вперед. Понемногу выделяют оборудование, что очень радует. Останусь ли я здесь? Да. В районе действует программа «Земский доктор». Неплохая помощь молодому специалисту. Сейчас, объективно оценив ситуацию, понимаю, как мне повезло, что я попала сюда. Такого опыта я бы не получила, стоя за плечом более опытного врача. Конечно, жаль, что я не успела пройти детскую офтальмологию, что вызывает трудности, но, думаю, это исправимо. Наш главный врач поощряет стремление молодого специалиста к знаниям. Мое ли дело офтальмология? Однозначно, да!

Спасибо, что прочли мой маленький рассказ.

С уважением, А.В. Макаревич.

Земля моя — КОМИ

Ольга Викторовна Иванова, врач-офтальмолог офтальмологического отделения

ГБУЗ «Сыктывкарская городская поликлиника № 3»

Коми Республика (КОМИ МУ (ЗЕМЛЯ КОМИ) — 2,4% площади России).

Коротко о Коми: Входит в состав Северо-Западного федерального округа РФ. РК основана в 1921 году, численность населения — 889 837 чел., плотность населения — 2 человека на 1 кв. км. Столица — г. Сыктывкар (численность населения — 248,2 тыс. человек). Расстояние от Сыктывкара до Москвы — 1410 км.

Экономика Коми связана с добычей и первичной переработкой полезных ископаемых — нефть, газ, уголь, бокситы, самоцветы и т.д., обработка древесины и бумагоделательные предприятия. Климат умеренно-континентальный. Зима продолжительная, холодная, лето короткое, на юге — теплое, в северных районах — прохладное. Средняя температура января: -20°C; средняя температура июля: +11°C. Абсолютные минимумы температуры: Сыктывкар — -46,6; Воркута — -52,2; Троицко-Печорск — -57,6; Усть-Шугор — -58,1.

На 89% Коми — это тайга, 11% территории — тундра. Болота занимают площадь 3,2 млн га (7,7 % территории). В настоящее время в составе животного мира Республики Коми известно около 4400 ныне живущих видов. Основное увлечение мужчин в Коми (а для 25% жителей) — промысел и средство к существованию) — охота и рыбалка. Ведущее место в промысловой и любительской охоте занимают тетеревиные (белая куропатка, рябчик, глухарь, тетерев) и водоплавающие птицы (гусыни, утки, свиязь, шилохвость, чирки и нырковые утки).

Особо ценными в хозяйственном отношении животными являются: лось, медведь, бобр, выдра, соболь, белка, куница, лисица,



Северное сияние в Воркуте



Северные регионы республики



Громадные топи болота с характерным названием «Океан», крупнейшего в Европе



Гонки на оленьих упряжках в Воркуте



Многочисленные пещеры, многие из которых использовались в качестве стоянок человека времен палеолита, и очаровательные горные озера

горностаи, норка, рысь, россомаха, заяц-беляк, ондатра. Из ценных видов рыб можно выделить печорскую семгу, сибирского и европейского хариуса, стерлядь, нельму. Производится промышленная добыча ценных мигрирующих видов: семги, сига-пыжьяна, ряпушки.

Офтальмология Республики Коми официально существует с 1 октября 1924 года.

В 12 районах работают 12 центральных районных больниц. В среднем 1 окулист

окулист, выполняющий лазеркоагуляцию сетчатки, и Диагностический центр.

Поликлиники не оборудованы амбулаторными операционными, поэтому манипуляции осуществляются в пределах процедурного кабинета. Оперативные вмешательства проводятся на базе офтальмохирургических центров Сыктывкара и Ухты: ЭЭК+ИОЛ, ФЭК+ИОЛ, гониосклерэктомия, LASIK, ФРК, витреальная хирургия (гемофтальм, введение лекарственных средств), лазерные процедуры (на сетчатке, утле передней камеры).

Диагностическое оборудование (кроме рутинного) на всю республику: ОКТ — 1 шт., УЗИ глаза — 1 шт., АВ-скан — 2 шт., ФАГ — нет. Среднее оснащение офтальмологического кабинета: аппарат Ротта, скиаскопические линейки, щелевые лампы, набор для подбора очков, диафаноскоп, прямой и зеркальный офтальмоскоп, линзы Гольдмана, асферика, периметр Форстера (не электрический) и, конечно, офтальмологический фонарик.

приходится на район, не считая 5 городов. Поликлиники имеются не в каждом городе. В Республике работают два офтальмохирургических центра: в Сыктывкаре (отделение на базе Республиканской больницы) и Ухте (офтальмологический центр).

В Республике Коми также есть Диабетический центр, в штате которого работает

На краю Земли, или Здесь начинается Россия

Роман Олегович Леонтьев, врач-офтальмолог ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского»

Камчатский край: разница с Москвой — 9 часов. Лететь — 8 часов. Поезда не ходят.

Офтальмологическая служба Камчатского края первой в России встречает Новый год с его травмами и ожогами от петард и ракет.

Врачи в крае есть, но не везде. В Петропавловске-Камчатском, Елизове, Вилочинске — имеются. В других населенных пунктах — офтальмолог он же и терапевт, хирург, уролог и проктолог в одном лице. Есть области, где, кроме фельдшера с медведем, никого нет. Несколько раз в год собирается бригада специалистов разных профилей, садится в вертолет и летит в эти районы, чтобы оказать людям помощь и выдать направления.

В поликлиниках к офтальмологу очередь. Сам не проверял, со слов пациентов, сроки ожидания — от двух недель до полутора месяцев. Инородные тела не удаляют, швы не снимают. Всех отправляют в стационар, где существует свой офтальмологический поликлинический кабинет — диагностический фильтр для поступающих со стороны.

Стационар есть только в Петропавловске-Камчатском (население — 180 тыс. чел.),



Петропавловск-Камчатский

это Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского. Ключевая мощность офтальмологического отделения — 45 мест (располагается на базе терапевтического корпуса, где на помощь может прийти эндокринолог, терапевт, гастроэнтеролог и невролог). В другие корпуса от приемного отделения и дальше нужно идти пешком либо заказывать машину. Ввиду расположения объектов ЛПУ на холмистой местности и возникающих природных катаклизмов опция передвижения

бывает затруднена. Обещают построить новую краевую больницу, где все отделения будут размещены в одном здании. Ждем.

Укомплектованность врачевым и средним медицинским персоналом существует скорее на бумаге. Случается так, что дежурит «автопилот», тогда на экстренный случай вызывается главный внештатный специалист.

Традиционно ведутся «консервы» и хирургия. Время ожидания на ФЭК+ИОЛ —

1 год. Многого делаем, значительно больше не делаем. На интравитреальные инъекции препаратов, кератопластику, витректомию, ФДТ отправляем за пределы края.

В структуре отделения есть лазерный кабинет. Проводим ОКТ, ФАГ, ЦФК, БЛК, ПРЛК (в распоряжении 810 нм и 532 нм), Yag Nd иридектотомии, дисцизии, ЛТП, ЛДГП, лазерное удаление поверхностных новообразований.

Ввиду удаленности от материка на день-два приезжают врачи из Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова с лещиками и «последними» веяниями науки.

Из плюсов: у нас отпуск 2 месяца в году. Один раз в два года оплачиваемый проезд на материк.

Во время землетрясений, осматривая пациента за щелевой лампой, можно с легкостью выявить локацию хрусталика.

Чем дальше от алма матер, тем большим спектром навыков надо самостоятельно овладеть.

Благодарности от пациентов часто бывают в виде пакетов с рыбой, икрой и крабом.

Приходится рассчитывать только на самообразование

Роман Владимирович Фурс, врач-офтальмолог городской поликлиники г. Тирасполя

Всем привет из Приднестровья!

Вот краткая справка: Приднестровская Молдавская Республика — непризнанное государство на левом и правом берегах Днестра. Граничит с Молдавией и Украиной. Выхода к морю не имеет.

Население состоит из молдаван, русских и украинцев примерно в равном соотношении. Язык межнационального общения — русский. Население за столетия совместного проживания в значительной степени смешанное, на бытовом уровне владеет несколькими языками. Подавляющее большинство исповедует православие. Официальными языками являются: молдавский, русский и украинский.

ПМР после вооруженного конфликта в 1992 году полностью отделилась от Молдавии. Молдавия не признала отделение ПМР, и вопрос о статусе данной территории остается нерешенным. С этого момента ведется вялотекущий диалог по разрешению конфликта. Ситуация вокруг Приднестровья часто характеризуется как «замороженный конфликт».

В этом краю я и проживаю. Учился я в Приднестровском государственном университете на медицинском факультете, здесь же проходил интернатуру, которая окончилась месяц назад. По распределению должен был работать в городской больнице, но там мест не оказалось, и отправили меня в местную поликлинику, где я работаю уже несколько месяцев.

В офтальмологическом отделении три кабинета. Коллектив очень хороший. Все стараются помочь и, как ни странно, накормить.

Я веду прием с медицинской сестрой, график работы — с 12.00 до 18.00, плюс все субботы — мой. Медсестра уходит в 16.00, дальше я работаю сам.

Пациенты приходят самые разные. Причины явки тоже. Беременные женщины, водители, устраивающиеся на работу и уже работающие, приходят пациенты от неврологов, эндокринологов и т.д.

Стараемся помочь в меру сил и возможностей. Если есть сомнения и нет технической возможности провести дополнительную диагностику или существует необходимость в проведении лечения, не входящего в рамки поликлинической деятельности, направляем больного в стационар или



Набор очковых линз, собранный из двух доставшихся по наследству от предыдущих владельцев



Медикаменты. Еще есть йод и зеленка



Слева: «Щелёвушка» одна на три кабинета
Справа: Копья. Но инородные тела предпочитают удалять иглой

республиканский центр. Осмотр пациентов провожу с помощью прямого электрического офтальмоскопа или небольшого карманного, купленного мной во время интернатуры. Батарейки, правда, садятся быстро, но «леводская» лампа светит ярко. Очереди к офтальмоскопу почти нет.



Хирургический инструментарий. Еще осколок лезвия, и можно вскрывать халязион

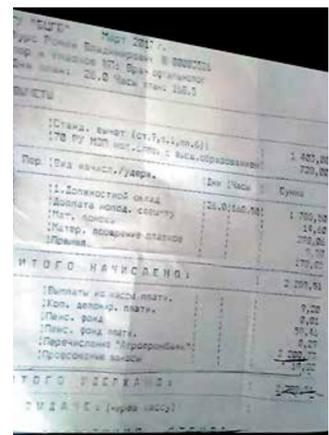


Несомненно, «самый необходимый» инструмент на поликлиническом приеме

Направлять больных можно в Молдову, на Украину и в Россию, но лечение там платное. Не имею представления, существуют ли там квоты. Катаракты (ФЭК+ИОЛ) довольно успешно оперируют в республиканской больнице, но не бесплатно, конечно. Многие больные вынуждены ехать за медицинской помощью в другие государства, так как перечень оказываемых услуг далеко не так широк, как хотелось бы, даже на республиканском уровне. Пример — витреоретинальная хирургия. Опухоли и птозы можно лечить в Приднестровской республиканской клинической больнице, а можно отправиться в Одессу, где есть врачи, специализирующиеся именно на этих заболеваниях. Некоторые больные предпочитают посещать местный частный диагностический центр, но далеко не все могут позволить себе консультацию, а тем более лечение в этом учреждении.

Больных у меня пока немного, в среднем около 15-20 человек в день; не привыкли еще ходить по врачам во второй половине дня.

Абсурдность местных приказов поражает. По плану на каждого больного отводится 10 минут, но при этом я должен проверить его на педикулез, провести онкологический



Зарплата — 2200 р., по местному курсу это около 150 \$

осмотр, если больной попал ко мне впервые, минуя других специалистов. Кроме этого, проверить наличие флюорографии за текущий год и направить на проведение при ее отсутствии. Система, если честно, порочная. Чем меньше работаешь и чем меньше делаешь, тем более хорошим специалистом считаешься, так как меньше жалоб, меньше недовольных людей.

На стажировку можно ездить без проблем, но за свой счет, естественно. Каждые 5 лет — подтверждение сертификата, для чего предъявляем документы о прослушанных лекциях/прохождении курсов (не помню, сколько часов должно быть в итоге). Часто лекции читают украинские врачи, толку от них, конечно же, нет, но полученные документы засчитываются.

Так что рассчитывать приходится только на самообразование. Сейчас в свободное время читаю Канск 2016 года. Налегаю на диагностику, лечение. И смотрю видео по специальности. Если появятся лишние деньги, обязательно поеду на курсы (в первую очередь по поликлинической хирургии), но пока возможности нет.

В общем, так как-то и работаем...

Школа Батищева



Илья Бруштейн

Продолжение. Начало в № 3 газеты «Поле зрения»

Открывая мир незрячему ребёнку

Тук-тук-тук... Белая трость выстукивает свой монотонный ритм на асфальте. Светлана Викторовна идёт на работу. Но трость не только помогает обаятельной липчанке вовремя добраться до родной школы. Суть её деятельности как раз и состоит в том, чтобы научить детей, находящихся в таком же положении, как она сама, пользоваться белой тростью.

Наше общение происходит в кабинете пространственной ориентировки. Педагог демонстрирует мне учебные пособия, созданные для учащихся и преподавателей этой дисциплины. В этой ситуации зрячий человек чувствует себя неграмотным и беспомощным... Литература, которую используют моя собеседница и её ученики напечатана рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом. Для нас — это просто нагромождение точек-пупырышков, не имеющее ничего общего с привычными буквами и знаками препинания.

Её сразу же приняли на работу в школу-интернат. Светлана преподавала историю, а также русский язык и литературу. В 2001 году директор школы-интерната И.И. Батищев предложил своей сотруднице заняться преподаванием пространственной ориентировки.

— К этому времени я уже несколько лет была незрячей, но успешно и уверенно передвигалась с белой тростью. Собственно говоря, пространственную ориентировку может вести и зрячий преподаватель. Но если педагог сам лишён зрения, то он активно использует свой жизненный опыт.

— Светлана Викторовна, что же написано в учебном пособии, которое Вы держите в руках? — Там написано: «Белая трость — твой друг и помощник! Учись пользоваться ей правильно!» Кстати, для мальчишек и девочек, незрячих с рождения, далеко не очевидно, что же такое БЕЛАЯ трость. Непонятно, почему трость именно «белая»? Для слепых с рождения людей, особенно лишённых световосприятия, невозможно отличить свет от тьмы, очень трудно разобраться с понятием «цвет». Различные цвета воспринимаются как нечто абстрактное, не имеющее отношения к реальной жизни.

Уже много лет педагог полностью лишена зрения. Но красоты мира она помнит прекрасно, и за долгие годы слепоты зрительные образы не потускнели в её памяти.

— Я плохо видела с рождения. С первого класса пошла учиться в Липецкую школу-интернат для слепых и слабослышащих детей. Училась по системе Брайля (рельефно-точечной системы письма и чтения). В восемь лет полностью

ослепла. Но в четырнадцать лет мне сделали успешную офтальмологическую операцию. Я обрела небольшой остаток зрения. Он сохранился до тридцати пяти лет.

С детства Светлана играла на баяне. Решила стать музыкантом. Училась в Курском музыкальном колледже-интернате слепых. Во время учёбы вышла замуж. После получения диплома о среднем специальном образовании уехала на родину мужа, в Одесскую область. Устроилась музыкальным работником в детский сад. Но связи с родным Липецком не теряла. Молодая женщина решила получить высшее образование, поступила на исторический факультет Липецкого государственного педагогического университета, регулярно приезжала в родной город на сессии.

В 1996 году университетский диплом был в кармане. И на семейном совете было принято решение переехать в Россию, в Липецк: «Это было связано с тем, что в Одесской области образование стали переводить на украинский язык и вообще проводили политику украинизации. А мне хотелось, чтобы мой ребёнок учился на русском и жил в русскоязычной среде».

В Липецком «Центре образования, реабилитации и оздоровления» обучение владению белой тростью начинается ещё в детском саду, разумеется, в игровой форме. Благо детский сад является неотъемлемой частью учебного комплекса.

И потом оно продолжается с первого по двенадцатый класс. В школьной программе на пространственную ориентировку уделяется полчаса в неделю. Но обычно проводятся двоянные занятия. Поэтому дети занимаются два раза в месяц по одному часу.

— Эти занятия я провожу индивидуально или с двумя учащимися одновременно. Пространственная ориентировка начинается с изучения закрытых пространств: школьного класса, школьных коридоров и других помещений. Уже потом мы выходим на улицу: на школьный двор и за пределы школы.

У меня сложилось впечатление, что мой предмет нравится всем! Во всяком случае, я ещё за свою педагогическую практику не встречала ученика, который бы отказался ходить с белой тростью. Незрячий ребёнок должен познавать мир. Так же как и зрячий. Инстинкт познания мира заложен в нас генетически.

«Разумеется, — подчёркивает Светлана Викторовна, — пространственная ориентировка не заменяет человеку зрения. Но эти навыки способны дать чувство самостоятельности, независимости,



Воспитанники детского сада на городском конкурсе «Солнце в каждом»

чтобы окружающие обратили внимание на инвалида по зрению. Но это внимание, как правило, вполне доброжелательное. Оно позволяет избежать столкновений или каких-то недоразумений. Кроме того, человеку с белой тростью окружающие часто предлагают помощь.

Уверенности в себе. Слепой человек расширяет своё жизненное пространство»

Уроки пространственной ориентировки в липецкой школе часто совмещаются с экскурсиями, например, в краеведческий музей. Там у ребят есть возможность прикоснуться ко многим экспонатам, в том числе к удивительной дубовой мебели с изящными многофигурными композициями, украшающими массивные кресла, шкафы, стулья. Детей знакомят с коллекцией самоваров, старинными музыкальными инструментами, мраморными скульптурами и т.д.

Занятия также включают в себя ролевые игры. Педагог и её подопечные обсуждают, как вежливо попросить помощь, как и в каких случаях разумно отказаться от предложенной помощи. Рассматриваются различные ситуации. Например, незрячий человек подходит к автобусной остановке и не слышит голосов людей. Как определить, есть ли кто-либо поблизости?

— На наш взгляд, зрячих людей, это вроде бы простая ситуация. Нужно погромче задать вопрос, и люди сами откликнутся. В чём же состоит проблема?

— Для зрячих людей это кажется простым делом. Но слепым часто бывает неприятно говорить и кричать «в никуда», не зная, слышит ли их кто-нибудь. В этом случае необходимо не теряться и преодолеть определённый психологический барьер.

Я учу детей вести себя уверенно, без робости, но деликатно. Недопустимо размахивать белой тростью, стучать ею по земле. Незрячий человек вполне может осторожно дотронуться тростью до подошвы постороннего человека, но «тыкать» тростью в окружающих, разумеется, недопустимо... Если трость случайно кого-то задела, необходимо извиниться.

Наверное, почти каждый незрячий человек сталкивался с пьяными или просто подвыпившими людьми, которые сами еле стоят на ногах, но активно, а порой назойливо предлагают себя в роли поводыря инвалидам по зрению. Такие ситуации Дидора тоже обсуждает с детьми, даже если у них ещё нет подобного личного опыта.

К огромному сожалению, у многих учеников нет возможности применить полученные в школе навыки на практике. Это происходит из-за гиперопеки родителей. Она касается не только маленьких детей, но и подростков, и даже совершеннолетних парней и девушек. Мамы и папы, бабушки и дедушки никогда их не отпускают, всюду водят за ручку. Впоследствии такое поведение может негативно повлиять на устройство личной жизни.

— Этот аспект мы тоже обсуждаем и со старшеклассниками, и с родителями. Существует прямая связь между личным счастьем и мобильностью незрячих людей. Вряд ли можно представить себе свидание, на которое потенциальных жениха и невесту мамы и папы приводят за ручку... Желание нравиться противоположному полу, пользоваться успехом у окружающих тоже может быть одним из стимулов в освоении пространственной ориентировки!

— Какие занятия запомнились преподавателю больше всего?

— Мне очень запомнилось наше занятие, которое проходило на железнодорожном вокзале города Липецка. Предварительно я договорилась с железнодорожниками о том, что для нас проведут экскурсию по вокзалу. В этот раз речь шла не об индивидуальном занятии, а о посещении вокзала большой группой незрячих детей (в сопровождении воспитателей).

Детям представили возможность не только обследовать различные помещения вокзала, перроны и мостовые переходы, но и самостоятельно войти в поезд, найти нужное купе... Вероятно, большинство пассажиров впервые видели такое количество незрячих детей в одном месте. Поэтому наша группа вызвала живой интерес. Работнику вокзала это внимание не очень понравилось, он чувствовал себя скованно... Но для наших детей интерес окружающих был вполне привычным, и он ничем их не смущал.

15 октября, в Международный День «белой трости», С.В. Дидора с детьми всегда совершает коллективную прогулку по центральным улицам Липецка. Эти прогулки липецкие журналисты как-то назвали «шестивьями» или



Алёша Власов на прогулке с воспитателем детского сада Э.А. Бириковой



Светлана Дидора с ученицей у макета школы



Занятия с логопедом в детском саду



Праздник в детском саду



Третьеклассники Анастасия Золотухина и Никита Петров



Выступление школьного театра

«демонстрациями». Но на самом деле никто не устраивает никаких демонстраций, а просто в этот день слепые дети выходят на городские улицы, чтобы напомнить жителям Липецка о памятной дате.

Местные телевизионщики уже знают об этих коллективных прогулках 15 октября и берут интервью у юных личиц, интересуются их мнением о доступной среде в областном центре, о повседневной жизни незрячих.

«Изучая пространственную ориентировку, ребёнок задействует практически все имеющиеся органы чувств: слух, обоняние, осязание, чувство равновесия, — поясняет С.В. Дидора — Также я обращаю внимание на культурный аспект: на необходимость доложить себя вести в общественных местах, держать осанку. Сгорбленный, сутулый человек, неуверенно бредущий с белой тростью, производит жалкое впечатление. Но если инвалид по зрению движется быстро, уверенно, с гордой, спортивной осанкой — это вызывает эстетично и вызывает уважение».

— **Что для незрячего человека может представлять наибольшую сложность в пространственной ориентировке?**

— Наиболее трудно передвигаться по улице в зимнее время, когда на улице гололёд, всё завалено снегом, или идёт снег с дождём... Теряются привычные ориентиры. Но некоторых людей такие трудности не пугают, они воспринимают их как особый «экстрим».

С биологической семьёй иметь дело не хочу!

Наталья Брунцевой девятнадцать лет. Она сирота. Сначала находилась в доме малюток, потом в детском доме. С пятого по двенадцатый класс училась и жила в школе-интернате. Хотя в прошлом году она окончила школу и поступила в Липецкий областной колледж искусств им. К.Н. Игумнова на специальность «организация и постановка культурно-массовых мероприятий и театрализованных представлений», девушка пока не расстается со школой-интернатом.

В рамках этого проекта для детей-сирот и выпускников детских домов и школ-интернатов проводятся различные семинары, мастер-классы, тренинги, творческие мастерские, направленные

— Как сирота я имею право на предоставление жилья от государства. Но пока свою квартиру ещё не получила, продолжаю жить в школе-интернате. Эти стены стали моим домом. Меня направили сюда в десять лет из-за ухудшения зрения, хотя инвалидности по зрению у меня нет.

— **За время учёбы в школе-интернате Вас посетил кто-либо из родственников?**

— С биологической семьёй иметь дело не хочу! Никто из родственников меня никогда не навещал. Обо мне вспомнили только когда я была взрослым, сформировавшимся человеком. Мне сообщили, что кто-то из родственников хочет наладить контакт, но я отказалась. Я не таю обиды, но с этими людьми мне просто не о чем говорить. Школу-интернат я считаю своим домом. Всегда буду сюда приходить, как в родительский дом.

— **Наталья, какие у Вас остались воспоминания о времени учёбы в школе?**

— В школе всегда стремились раскрыть наши способности, помочь с выбором будущей профессии. Например, все годы учёбы я была ведущей школьных мероприятий и актрисой нашего школьного кукольного театра «Петрушка». Прекрасно помню спектакли, которые мы ставили: «Заячья избушка», «Вовка в тридевятом царстве», «Золушка» и многие другие.

В школе уделяют внимание всем детям. Но сироты получают особую поддержку. Для этой цели налажено сотрудничество с различными общественными организациями. Например, мне довелось принять участие в проекте «С уверенностью в будущем», который реализует благотворительный фонд «Наука. Искусство. Спорт» российского предпринимателя и мецената Алишера Усманова.

В рамках этого проекта для детей-сирот и выпускников детских домов и школ-интернатов проводятся различные семинары, мастер-классы, тренинги, творческие мастерские, направленные

на максимальное выявление и реализацию способностей каждого человека. Юным актёрам даже предоставлялась возможность принять участие в съёмках короткометражного художественного фильма. В качестве продюссера выступил Ярослав Жалинин, режиссёра-постановщика — Денис Кудрявцев. Фильм назывался «Я тебя вижу». Эта история необычного знакомства девочки-беспризорницы и незрячего мальчика.

Девочку играла я, а мальчика — Олег Фомин, тоже детдомовец. Кастинг актёров проводился в детских домах и школах-интернатах по всей России.

— **Вам понравилось участвовать в съёмках?**

— Конечно, это был потрясающий опыт. Я хочу стать профессиональной актрисой и много работаю ради достижения этой цели. В Липецком колледже нам преподают такие дисциплины, как «Режиссура театрализованных представлений», «Сценарное мастерство», «Основы драматургии», «Актёрское мастерство», «Словесное действие»... А выходные дни я провожу в Москве, где учусь на подготовительных курсах при Московском художественном театре (МХТ) им. А.П. Чехова. Моя мечта — поступить в московский театральный вуз, а потом — работать в московском театре. Мой любимый театр — МХТ им. А.П. Чехова. Любимые режиссёры и актёры — Олег Табаков и Евгений Писарев.

Занятия на подготовительных курсах и проживание в Москве оплачивает фонд «Наука. Искусство. Спорт».

— **Что бы Вы хотели пожелать ребятам, которые сейчас учатся в школе-интернате?**

— Я думаю, что наша школа даёт уникальный жизненный опыт. Здесь учатся и тотально незрячие, и ребята с неплохим зрением. Постоянно рядом находится кто-то, кому труднее, чем тебе. Это учит сопереживать, сочувствовать... Я надеюсь, что все ученики нашей школы вырастут добрыми, трудолюбивыми, будут помогать друг другу, хранить традиции школы.

— **Что бы Вы хотели пожелать ребятам, которые сейчас учатся в школе-интернате?**

— Я думаю, что наша школа даёт уникальный жизненный опыт. Здесь учатся и тотально незрячие, и ребята с неплохим зрением. Постоянно рядом находится кто-то, кому труднее, чем тебе. Это учит сопереживать, сочувствовать... Я надеюсь, что все ученики нашей школы вырастут добрыми, трудолюбивыми, будут помогать друг другу, хранить традиции школы.

Детский сад — единственный в Черноземье

В детском саду меня гостеприимно встретили тифлопедагоги Оксана Владимировна Соколова и Нина Анатольевна Федотова, а также воспитатель Элла Алексеевна Бирюкова. Детский сад был открыт в 2008 году и стал составной частью школы-интерната. Это единственное специализированное дошкольное учреждение в Черноземье для слепых и слабовидящих детей.

Ещё одна важная задача — развитие коммуникативных навыков у детей. Наши воспитанники должны уметь общаться и между собой, и со взрослыми людьми. И самое главное — общение, совместные игры должны принести радость.

— **Развитие коммуникативных навыков даётся непросто?**

— Некоторых воспитанников бывает трудно «расшевелить». Мы учим детей улыбаться, смеяться... Этому тоже нужно учить незрячих мальчиков и девочек. Обычно воспитатель всё показывает на себе. Воспитатель даёт возможность малышу потрогать, в каком положении находится его губы при улыбке, при смехе. А уже потом ребёнок сам начинает улыбаться, смеяться, выражать свои чувства.

— **Ольга Владимировна, в чём, на Ваш взгляд, проявляется специфика работы с незрячими детьми?**

— Мы стремимся в полной мере задействовать другие органы чувств, в первую очередь, слух. И, конечно же, важно постоянно расширять жизненное пространство детей, давать им новые знания об окружающем мире. Для этого активно используются подвижные музыкальные игры. Например, воспитатель с детьми пытаются продемонстрировать как движется слон, как он топает своими мощными ногами... А потом дети учатся прыгать и скакать, как зайчики.

Незрячий ребёнок не может увидеть слона по телевизору или в зоопарке, но он может потрогать игрушечного слонёнка. Кроме того, музыкальное сопровождение способно с помощью звуков показать силу и размеры слона. Важно, чтобы наши воспитанники поняли, что на самом деле слоны — огромные. Они не такие маленькие, как игрушки слонята из пластмассы. Таким образом, мы не просто играем, а вместе познаём мир!

— **А что такое колодка?**

— Это специальный прибор, созданный для освоения брайлевской системы дошкольниками и младшими школьниками. Колодка — это деревянная или пластмассовая рамка с шестью углублениями. В эти углубления

Мы стремимся обеспечить максимальную физическую активность детей. Именно из-за недостатка физической активности у незрячих людей нередко возникают навязчивые движения, такие как покачивание головы. От этих навязчивых движений впоследствии очень трудно избавиться. Но если уже в раннем детстве мальчики и девочки получают гармоничное развитие, то никаких навязчивых движений не появляются.

Ещё одна важная задача — развитие коммуникативных навыков у детей. Наши воспитанники должны уметь общаться и между собой, и со взрослыми людьми. И самое главное — общение, совместные игры должны принести радость.

— **Развитие коммуникативных навыков даётся непросто?**

— Некоторых воспитанников бывает трудно «расшевелить». Мы учим детей улыбаться, смеяться... Этому тоже нужно учить незрячих мальчиков и девочек. Обычно воспитатель всё показывает на себе. Воспитатель даёт возможность малышу потрогать, в каком положении находится его губы при улыбке, при смехе. А уже потом ребёнок сам начинает улыбаться, смеяться, выражать свои чувства.

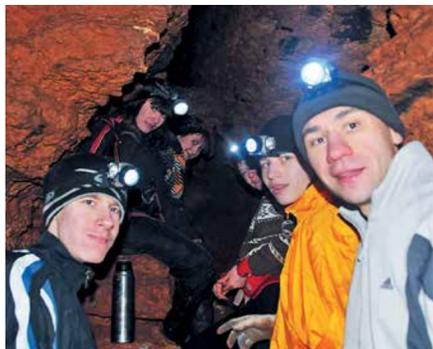
— **Ольга Владимировна, в чём, на Ваш взгляд, проявляется специфика работы с незрячими детьми?**

— Мы стремимся в полной мере задействовать другие органы чувств, в первую очередь, слух. И, конечно же, важно постоянно расширять жизненное пространство детей, давать им новые знания об окружающем мире. Для этого активно используются подвижные музыкальные игры. Например, воспитатель с детьми пытаются продемонстрировать как движется слон, как он топает своими мощными ногами... А потом дети учатся прыгать и скакать, как зайчики.

Незрячий ребёнок не может увидеть слона по телевизору или в зоопарке, но он может потрогать игрушечного слонёнка. Кроме того, музыкальное сопровождение способно с помощью звуков показать силу и размеры слона. Важно, чтобы наши воспитанники поняли, что на самом деле слоны — огромные. Они не такие маленькие, как игрушки слонята из пластмассы. Таким образом, мы не просто играем, а вместе познаём мир!

— **А что такое колодка?**

— Это специальный прибор, созданный для освоения брайлевской системы дошкольниками и младшими школьниками. Колодка — это деревянная или пластмассовая рамка с шестью углублениями. В эти углубления



Учащиеся школы во время экскурсии в пещеру «Волчья Яма» Елецкого района Липецкой области



Учащиеся начальной школы на перемене



Воспитанница детского сада на занятии с педагогом-психологом в сенсорной комнате

вставляются «шпеньки» (маленькие пластмассовые фигурки, обозначающие точки брайлевского шеститочия). С разговорах с детьми мы называем эти шпеньки «пуговками», «гвоздики» или «грибочками». Например, воспитатель говорит ребёнку: «Давай соберём наши грибочки в это лукошко!»

Ребёнок аккуратно вставляет шпенёк в колодку. Воспитатель его хвалит. А уже потом дети узнают, что эти «гвоздики» и «грибочки» на самом деле обозначают звуки и буквы, которые складываются в слова и предложения. Некоторым детям 6-7 лет мы даём настоящий прибор для письма по Брайлю и грифель. Если они освоились с колодкой, то и прибором для письма по Брайлю могут овладеть.

Также мы учим детей распознавать, правильно «читать» рельефно-графические рисунки. А это дело не такое простое, как может показаться на первый взгляд! Если провести эксперимент и предложить взрослому зрячим людям в полной темноте обратиться с рельефно-графическими рисунками, то они вряд ли справятся с этой задачей. Во всяком случае, им потребуется на это много времени.

Рельефная графика может быть очень разнообразной. И она имеет свою специфику передачи информации. Чем раньше маленький человек начинает знакомиться с этими пособиями, тем легче ему будет в жизни. То же самое относится и к различным архитектурным макетам, моделям. Конечно, они облегчают жизнь незрячего человека. Но всеми этими учебными пособиями необходимо уметь пользоваться.

— **Каким образом в вашем детском саду происходит обучение социально-бытовым навыкам?**

— Разумеется, незрячие дети осваивают социально-бытовые навыки более медленно, чем их «глазастые» ровесники. Но при правильной организации работы в дошкольном учреждении к семи годам, мальчики и девочки вполне способны догнать своих сверстников. Мы учим своих воспитанников самостоятельно одеваться и раздеваться, убирать свои игрушки, соблюдать правила гигиены, красиво принимать пищу, уметь вести себя в общественных местах. Это те же самые навыки, которые должен воспитать обычный детский сад для здоровых детей.

Но есть одна оговорка: если слепота сочетается с нарушениями интеллектуального развития, то освоение социально-бытовых навыков идёт ещё более трудно и долго... У нас, например, был воспитанник, который мог неожиданно, без всякой причины начать раздеваться, стягивать с себя колготки, снимать рубашку... Воспитатели ему терпеливо объясняли, что так делать нельзя, что люди в обычной жизни должны быть одетыми, а раздеваться можно только перед сном или перед посещением бассейна, душа, пляжа... И ребёнок это понял.

— **В программе вашего детского сада есть даже пространственная ориентировка, обучение использованию белой трости. Это не слишком сложно для дошколя?**

— Обычно в шесть-семь лет ребёнок уже способен понять, что такое «белая трость» и для чего она нужна. Сначала воспитатель просто водит малыша за руку. Потом он берёт палочку и просит ребёнка взять за один конец палочки, а сам берёт за другой — и они вместе идут по коридору или по улице. Это ещё не самостоятельное передвижение, но ребёнок учится двигаться без тактильного контакта с сопровождающим.



Преподаватель истории М.А. Токарева, шестиклассница Виктория Ильченко и третьеклассница Анастасия Золотухина и Никита Петров

А потом происходит самое интересное: воспитатель рассказывает своему подопечному, что это не обычная палочка, а «волшебная». Она называется «белая трость». И с помощью неё можно ходить самостоятельно, без сопровождающего, без воспитателя, без мамы и папы... Ребёнку интересно научиться пользоваться «волшебной палочкой». И он сам становится свидетелем, а главное, участником волшебства: оказывается с помощью «чудо-палочки» можно определять препятствия на пути. Эта палочка помогает ему не упасть в яму, не столкнуться с корягой...

Мы учим детей не только ходить с белой тростью, но и правильно перебраться по комнате, не наткнувшись на углы, на шкафы и т.д. Можно привести элементарный пример. У ребёнка что-то падает со стола, какая-нибудь игрушка или столовый прибор. Он хочет её поднять и в этот момент ударится об угол стола. Неприятная ситуация... Но можно объяснить маленькому человеку, как избежать подобных ситуаций: для этого достаточно держать одну руку передо лбом, а второй рукой поднимать с пола упавшую вещь. И в этом случае об угол стола никогда не ударится.



Танцевальный коллектив школы

Подходя к двери, можно также поднести руку ко лбу и тем самым избежать столкновения с полукрытой дверью или с дверной рамой.

— **Какие случаи, какие ситуации из жизни детского сада Вам особенно запомнились?**

— Трогательно вспоминать, с какой радостью и любозательностью дети познают окружающий мир. Однажды воспитатель принесла в группу сливы. Дети их ели. А воспитатель рассказывала, чем вкус незрелой сливы отличается от зрелой или перезревшей. Она рассказывала, какие сливы можно есть, а какие — нельзя.

Воспитанники поняли, что есть можно только зрелые сливы, которые предварительно нужно хорошо помыть. Они очень вкусные и полезные! А от незрелых или перезрелых слив может заболеть живот. В другой день воспитатель принесла в группу настоящую бабочку и настоящую птичку гнездо. Таким образом, каждый день в детском саду приносит и детям, и воспитателям новые открытия, новый багаж знаний.

Окончание в следующем номере
Фотографии Ильи Бруштейна и из архива «Центра образования, реабилитации и оздоровления» (г. Липецк)

ВСЕРОССИЙСКАЯ ПЕРЕПИСЬ ЛЮДЕЙ
С ОДНОВРЕМЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ
СЛУХА И ЗРЕНИЯ

слепоглухие.рф

Почему важно?

- Единая база данных
- Планирование помощи
- Программы развития для каждого

Что нужно сделать?

- Зарегистрировать человека с одновременным нарушением слуха и зрения через «горячую линию»
- Оставить информацию на сайте

Что это даёт слепоглухим?

- Включение в программы Фонда
- Подписка на журнал «Ваш собеседник»
- Табличка-помощник для общения
- Вступление в Сообщество семей слепоглухих

О Фонде:

Фонд поддержки слепоглухих «Со-единение» создан по решению Наблюдательного совета АСИ под председательством В.В. Путина. Программы Фонда создают системные возможности для развития людей с одновременным нарушением слуха и зрения и их интеграции в общество.

Мы в социальных сетях:

www.vk.com/soedinenie_foundation
www.odnoklassniki.ru/group/52382193746108
www.facebook.com/soedinenie
www.instagram.com/so_edinenie
www.youtube.com/user/fondsoedinenie

Контакты:

Адрес: 127006, г. Москва, ул. Садово-Триумфальная, д.16, стр. 3, пом. 1, ком. 2.
Телефон: +7 495 212 92 09
E-mail: charity@so-edinenie.org

ИНН / КПП 7710481372 / 771001001
Юридический адрес: 127006, г. Москва, ул. Садово-Триумфальная, д.16, стр.3, пом.1, ком. 2.
ОГРН 1147799007707 р/с 40703810938000069892 в ПАО Сбербанк Московский банк
к/с 3010181040000000225 БИК 04452522

НАМ ВАЖНО ЗНАТЬ
КОМУ НУЖНА
ПОМОЩЬ

8-800-333-5000
слепоглухие.рф

Прими участие во Всероссийской переписи людей с одновременным нарушением слуха и зрения

iSert® Toric

Предустановленная ИОЛ

HOYA
SURGICAL OPTICS

Торическая гидрофобная моноблочная ИОЛ с особым асферическим дизайном

HOYA-Онлайн-калькулятор:
hoysertoric.com



Предустановленная торическая ИОЛ
Цилиндры в диапазоне от **T3 до T9**
(от 1.5 Д до 6.0 Д на уровне ИОЛ)



iSert® Toric 351

Surgix
ophthalmic surgical products

www.surgix.ru
www.hoyasurgicaloptics.com
info@surgix.ru

На правах рекламы

ИЗДАТЕЛЬСТВО
Апрель

Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей.
Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Подписной индекс: 15392
www.aprilpublish.ru

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственности за иллюстративный материал, а также за содержание рекламных, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: август 2017. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 107023 Москва, площадь Журавлева, д. 10, офис 202. © «Поле зрения», 2017. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии ООО «Буки Веди». 119049, Москва, Ленинский проспект, д. 4, стр. 1А