

# ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№5(13) СЕНТЯБРЬ-ОКТАБРЬ 2012

ISSN 2221-7746

## КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

### V Российский общенациональный офтальмологический форум

3-5 октября 2012 года, Москва

**Организаторы:** Министерство здравоохранения Российской Федерации; ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца»; ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», кафедра глазных болезней факультета последипломного образования.

5 октября 2012 года в Москве завершился работу V Российский общенациональный офтальмологический форум. Форум объединил представителей офтальмологической общественности из 74 регионов России; в его работе приняли участие ученые из Великобритании, Германии, Греции, Венгрии, Израиля,

Италии, Катара, Нидерландов, США, Турции, Финляндии, Украины, Франции, Швейцарии, Японии. В этом году в работе форума приняли участие свыше 1100 специалистов, многие из которых встречаются в рамках этого мероприятия не в первый раз.

> стр. 15



## ИНТЕРВЬЮ



**V Российский общенациональный офтальмологический форум**  
Интервью с профессором В.В. Нероевым по итогам форума-2012 > стр. 3



**ФМБА России – 65 лет**  
Интервью с профессором В.Н. Трубилиным > стр. 4

### III Научно-практическая конференция «Дискуссионные вопросы офтальмологии»

**Тема конференции:** Консерванты и вторичный синдром «сухого глаза»: экзотика или проблема?

21-22 сентября в подмосковном пансионате РЖД прошла III Научно-практическая конференция «Дискуссионные вопросы офтальмологии-2012». **Организаторы:** Российская академия медицинских наук и ФГБУ «НИИГБ» РАМН. В рамках конференции выступили 6 экспертов и ведущие специалисты из известных офтальмологических учреждений страны.

Как и два года назад, организаторы конференции поставили перед собой сложную задачу – обсуждение вопросов, касающихся одной проблемы, поиск новых подходов к решению этой проблемы, оценка предложений.

При проведении дискуссии всегда существует опасность ее выхолащивания: бесплодный спор, монологи вместо диалога, потеря темы, – от этого никто не застрахован.

> стр. 11



## СОБЫТИЯ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ



**Сателлитный симпозиум**  
Аккомодация: от теории к практике > стр. 19

## КРУГЛЫЙ СТОЛ

**Не дай глаукоме омрачить твою жизнь**  
> стр. 28

## ИСТОРИЯ БРЕНДА

«Santen», или «Действовать с благословения небес» > стр. 32



## Также в номере:

**Медицина и этика** > стр. 36

**К незримому солнцу** > стр. 38

**Записки американской медсестры** > стр. 43

## ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ЦЕНТРЫ РОССИИ

### ПРОДОЛЖАЯ ТРАДИЦИИ АКАДЕМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ



Если одним словом охарактеризовать впечатления от общения с профессором, доктором медицинских наук, начальником кафедры и клиники офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Э.В. Бойко, то это слово – «УВЛЕЧЕННОСТЬ». С этим чувством Эрнест Витальевич рассказывает и о педагогический, и о лечебной, и о научной, и о военно-организационной деятельности известного петербургского офтальмологического центра.

«Наша кафедра является старейшим и одним из ведущих в России офтальмологических научных центров. Она была создана по указу императора Александра Первого 23 сентября 1818 года. На руководителе и всех сотрудниках кафедры лежит огромный груз

ответственности за поддержание и развитие традиций своей альма-матер, за сохранение её безупречной научной репутации», – подчеркнул профессор Бойко в начале нашей беседы.

> стр. 6



# Столица «высокой» офтальмологии

Милан — это не только столица моды и город первоклассной кухни, это еще и место, где ученые с мировым именем делятся друг с другом накопленным опытом.

В начале сентября Милан стал хозяином четырех офтальмологических мероприятий, среди них 12-й Конгресс Euretina, XXX Конгресс Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов (ESCRS), 2-й Мировой конгресс педиатрической офтальмологии и косоглазия, а также 2-й День глаукомы, прошедший под эгидой ESCRS.

6 сентября в крупнейшем международном центре MiCoMilano Congressi начал работу 12-й Конгресс Euretina. Его организаторы подготовили богатую научную программу, условно поделенную на восемь главных разделов по темам: пролиферативная витреоретинопатия и отслойка сетчатки, глазные опухоли, средства визуализации, возрастная макулярная дегенерация, «сухая» форма возрастной макулярной дегенерации, окклюзия сосудов сетчатки, отечно-геморрагическая возрастная макулярная дегенерация, инновационная витрео-ретикулярная хирургия, лечение диабетического макулярного отека. В ходе пленарных заседаний ученые из 13 стран мира представили 57 докладов. В конце каждого заседания участники имели возможность задать выступающему интересующие их вопросы и обсудить поднятые научные проблемы.

Вот лишь некоторые названия докладов: «Химиотерапия при ретинобластоме: последние достижения», «Интраокулярная биопсия: привычная процедура или эксперимент?», «Лечение окклюзий сосудов сетчатки», «Механические принципы при витреоретинальной хирургии», «Искусственная сетчатка: опыт итальянских специалистов», «Достижения в области стероидной терапии», «Применение силиконового масла низкой вязкости».

Помимо главных сессий, большим успехом у участников пользовались и обучающие курсы, посвященные различным проблемам офтальмологии. Заплатив 25 евро за курс, каждый желающий мог из 27 направлений выбрать интересующую его специализацию.

Для молодых врачей организаторы Конгресса предусмотрели и проведение трех тренировочных курсов для практикующих хирургов. Первый курс был разработан для начинающих катарактальных хирургов, интересующихся техникой удаления стекловидного тела. В ходе занятий участники познакомились с инструментарием, необходимым при операциях на стекловидном теле, с достижениями



и недостатками малых бесшовных разрезов, а также с основными техниками витректоми и способами борьбы с послеоперационными осложнениями.

Специалисты, имеющие значительный опыт в хирургии стекловидного тела, могли принять участие во втором и третьем тренировочных курсах конгресса, направленных на более глубокое изучение вопросов витректоми, включая предоперационную подготовку пациента, применение лекарственных средств, изучение возможных осложнений и методы послеоперационного ухода.

Кроме того, в ходе 12-го Конгресса Euretina были проведены симпозиумы европейских ассоциаций, занимающихся проблемами сетчатки. Во время работы Конгресса проходила выставка офтальмологической литературы, медикаментов и оборудования, где были представлены десятки известных компаний.

8 сентября начал работу другой офтальмологический форум — XXX Конгресс Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов (ESCRS). На церемонии открытия президент ESCRS Peter Barqy поздравил всех участников с юбилеем Общества и с гордостью отметил, что XXX Конгресс стал самым посещаемым в



корифеях офтальмологии, без которых ESCRS вряд ли бы было создано. Это Emanuel Rosen, Karl Jacobi, Ulf Stenevi, Paddy Condon и Philippe Sourdille. Помимо юбилейного альбома, дирекция ESCRS планирует выпустить и сборник-архив всех съездов Общества с научными программами, фотографиями и другими материалами.

Peter Barqy рассказал слушателям и о программах для молодых специалистов. Сегодня посредством стипендий и грантов ESCRS дает шанс начинающим офтальмологам лично участвовать в ежегодных съездах Общества, где они получают бесценный опыт, а также получить практические навыки в крупнейших офтальмологических клиниках. Важно и то, что все члены ESCRS имеют доступ к специализированным периодическим изданиям и информационным онлайн-сервисам, а также пользуются льготами при участии в ежегодных съездах.

Обычно тренировочный курс состоит из тематической лекции и практической части с применением различного оборудования.

В этом году вниманию молодых специалистов были предложены курсы по следующим темам: основы фактомальфикации, основные приемы наложения швов, современные методы кератопластики, каналоластика при глаукоме, техника наложения интраокулярных швов, ЛАСИК, методы борьбы с осложнениями при фактомальфикации, факичные ИОЛ и другие.

Огромный интерес участников Конгресса вызвала и церемония вручения наград в области офтальмологии. В этом году были вручены призы за лучшее видео и последний доклад, а также специальная награда имени John Hephnan за лучшую статью среди молодых офтальмологов.

А в свободное от работы время каждый мог насладиться особой атмосферой Милана с его неповторимыми музеями, улицами, магазинами и ресторанами разных кухонь мира. ■

Материал подготовила  
Мария Тумар

# Профессор В.В. Нероев: «Сейчас наш взгляд на развитие ситуации в здравоохранении очень оптимистичный»

Интервью по итогам V Российского общенационального офтальмологического форума с главным специалистом офтальмологом Министерства здравоохранения РФ, координатором «Российского национального комитета по профилактике слепоты» Всемирной программы ВОЗ по ликвидации устранимой слепоты «Зрение 2020», д.м.н., профессором В.В. Нероевым.

— Уважаемый Владимир Владимирович! В этом году V Российский общенациональный офтальмологический форум проходит совместно с VI Российским межрегиональным симпозиумом «Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ «Зрение 2020». Ликвидация слепоты и слабовидения, связанных с глаукомой. Решение такой значимой проблемы, как глаукома, может быть только комплексным. Какие вопросы уже решены и что планируется сделать в будущем?

— Глаукома занимает первое место в нозологической структуре причин инвалидности по зрению в Российской Федерации. Ее удельный вес среди причин инвалидности за последние годы возрос с 14% до 29%.

Число пациентов с глаукомой в России составляет около 1 млн человек, а так как глаукома является заболеванием, ассоциированным с возрастом, то старение населения может привести к значительному увеличению числа больных глаукомой в нашей стране в ближайшие 5-10 лет.

Стол тревожная статистика не могла остаться за рамками внимания Российского комитета по профилактике слепоты «Всемирной инициативы ВОЗ по ликвидации устранимой слепоты». В соответствии с решением Российского межрегионального симпозиума «Ликвидация устранимой слепоты, Всемирная инициатива ВОЗ» (Уфа, 2003 г.) и резолюцией Всемирной генеральной Ассамблеи от 28 мая 2003 года была создана комиссия, разработавшая программу «Ликвидация устранимой слепоты, связанной с глаукомой», которая позволила определить приоритетные направления для консолидации усилий по борьбе с этим заболеванием.

Основными задачами, сформированными комитетом, стали: изучение эпидемиологии глаукомы; организационная работа; подготовка кадров; санитарно-просветительная деятельность.

В 2011-2012 гг. проведено открытое ретроспективное мультицентровое исследование с целью изучения эпидемиологических особенностей и показателей динамического наблюдения больных ПОУТ в РФ. В исследовании приняли участие 37 регионов России, было проанализировано 11408 амбулаторных карт. Данные, полученные в ходе исследования, позволили определить профиль больного глаукомой и систематизировать подходы к медикаментозному и хирургическому лечению глаукомы.

Известно, что специфика заболевания глаукомой диктует необходимость ее раннего выявления как наиболее эффективного метода сохранения зрительных функций — диагностика заболевания на доклинических или начальных этапах позволяет своевременно принять лечебные меры по предупреждению прогрессирования глаукомы и оптической нейропатии и дает шанс на стабилизацию процесса и социальную и трудовую адаптацию больного.

Концентрация усилий заинтересованных государственных структур и офтальмологов на выявлении глаукомы при массовых поперечных срезах соответствующих возрастных популяций следует считать задачей номер один на ближайшие годы.

В целях улучшения выявляемости заболеваний, приводящих к обратимой слепоте и слабовидению, была определена задача организации глаукомных диспансеров и принят приказ Минздрава о развитии

№ 597 от 19 августа 2009 года «Об организации центров здоровья...» Центры здоровья будут открыты во всех федеральных округах. С конца 2011 — начала 2012 г. в стране уже работают 502 Центра здоровья для взрослых и 211 Центров здоровья для детей.

В соответствии с задачами программы комиссии по ликвидации слепоты, связанной с глаукомой, в марте 2005 г. по инициативе руководства Межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов (МАВО) было создано Российское глаукомное общество (РГО), целью создания которого стала необходимость объединения усилий глаукоматологов страны для содействия в поддержке и разработке федеральных и региональных программ развития офтальмологии (глаукоматологии).

Одним из пунктов целевой программы комиссии по ликвидации слепоты, связанной с глаукомой, является необходимость подготовки регламентирующих документов федерального уровня по ранней диагностике и диспансерному наблюдению за больными глаукомой. Для оптимизации выявления и лечения пациентов с глаукомой в 2008 году разработано и издано «Национальное руководство по глаукоме», в подготовке которого приняли участие более 30 экспертов из всех регионов нашей страны.

Медиа-деятельность программы реализуется посредством выпуска серии ежеквартальных научных журналов «Клиническая офтальмология», «Новости глаукомы», «Офтальмологические ведомости», Российский офтальмологический журнал и веб-сайтами АйНьюс.рф, GlaucomaNews.ru и порталом для пациентов Glaucoma-Net.ru.

В 2008 году Всемирная ассоциация обществ по борьбе с глаукомой и Всемирная ассоциация пациентов, страдающих глаукомой, выступили с инициативой проведения «Дня борьбы с глаукомой». Отечественная офтальмологическая общественность поддержала эту инициативу. В рамках программы ежегодно в этот день проходит многочисленная информационно-просветительная мероприятия. В последний «День борьбы с глаукомой» специальные конференции одновременно прошли в 20 городах России.

Всемирная неделя борьбы с глаукомой в 2012 году прошла под девизом: «Не дай глаукоме омрачить твою жизнь». Он призван подчеркнуть, что только активная и ответственная позиция каждого может быть залогом того, что опасная болезнь будет вовремя выявлена, а совместные усилия врача и пациента помогут избежать ее самых негативных последствий, связанных с полной утратой зрения.

В соответствии с задачами программы по активизации санитарно-просветительной работы и для наиболее активного вовлечения пациентов в профилактику и борьбу с заболеванием был выбран формат Школ пациентов с глаукомой. Первые школы открылись в 2005 году, а в прошлом году в них приняли участие уже более 23 тыс. пациентов (свыше 700 заседаний) и более 150 докторов в разных регионах России.

Нельзя не отметить такие достижения в работе комиссии, как обеспечение доступности на российском рынке современных гипотензивных препаратов, в том числе первых отечественных препаратов для лечения глаукомы, приоритет в разработке которых принадлежит МНИИ ГБ им. Гельмгольца.

Современные данные об особенностях течения глаукомного процесса и лечения глаукомы рассматриваются на ежегодных двухнедельных курсах по повышению квалификации врачей-глаукоматологов на базе МНИИ ГБ им. Гельмгольца, создание которых было одной из задач Программы комиссии по борьбе с глаукомой. Эта задача успешно выполняется, в течение нескольких лет на базе института повысили свой профессиональный уровень сотни офтальмологов, которые теперь передают опыт ведущего учреждения своим коллегам в регионах.

Комплексный подход к решению такой социально значимой проблемы, как глаукома, включает в себя создание и внедрение в практику врачей поликлиник и офтальмологических стационаров четкого алгоритма действий на этапе первичного и последующих звеньев диагностики и лечения пациентов с глаукомой.

Подведение итогов выполнения целевой программы «Ликвидация устранимой слепоты, связанной с глаукомой» показывает, что сделано немало, однако предстоит сделать еще больше.

Прогнозируемый рост этой офтальмопатологии ставит нас перед необходимостью скорейшего создания четкого регламентированной единой государственной глаукомной службы, включающей все заинтересованные учреждения от первичного звена до специализированных глазных клиник.

— Какие еще важные вопросы рассматривались на форуме? Назовите, пожалуйста, самые главные позиции.

Вопросы, которые рассматривались на форуме, касались в первую очередь профилактики слепоты, связанной с глаукомой. Мы обсудили необходимость создания единой государственной глаукомной службы, включающей все заинтересованные учреждения от первичного звена до специализированных глазных клиник.

Вопросы, которые рассматривались на форуме, касались в первую очередь профилактики слепоты, связанной с глаукомой. Мы обсудили необходимость создания единой государственной глаукомной службы, включающей все заинтересованные учреждения от первичного звена до специализированных глазных клиник.

Вопросы, которые рассматривались на форуме, касались в первую очередь профилактики слепоты, связанной с глаукомой. Мы обсудили необходимость создания единой государственной глаукомной службы, включающей все заинтересованные учреждения от первичного звена до специализированных глазных клиник.

Вопросы, которые рассматривались на форуме, касались в первую очередь профилактики слепоты, связанной с глаукомой. Мы обсудили необходимость создания единой государственной глаукомной службы, включающей все заинтересованные учреждения от первичного звена до специализированных глазных клиник.



**ВТОРАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА  
КАТАРАКТАЛЬНЫХ И  
РЕФРАКЦИОННЫХ ХИРУРГОВ**

26 мая 2013 года  
Санкт-Петербург

www.rscrs.org

**Календарь событий 2012**

2 ноября 2012 г., Новосибирск  
**Всероссийская конференция с международным участием «Хирургические методы лечения косоглазия»** / Новосибирский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» / nfmntk@yandex.ru

7 декабря 2012 г., Москва  
**X Юбилейная Международная конференция «Глаукома: теории, тенденции, технологии»** / Российское глаукомное общество, ФГУ «2-й ЦВКГ им. П.В. Мандрыка» / www.glaucomanews.ru

13-14 декабря 2012 г., Санкт-Петербург  
**«Роль и место фармакотерапии в современной офтальмологической практике»** / Всероссийская конференция с международным участием, посвященная 25-летию Санкт-Петербургского ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» / mail@mntk.spb.ru, www.mntk.spb.ru

21 декабря, 2012 г., Оренбург  
**XXIII Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Новые технологии микрохирургии глаза»** / Оренбургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» / ofmntkmg@eozoo.ru; nauka@fmntk.ru

20 ЛЕТ

20

ЛЕТ

Нам по пути!







# Продолжая традиции академической медицины

< стр. 1

Эрнест Витальевич является полковником медицинской службы, главным офтальмологом Министерства обороны РФ, членом-корреспондентом Военно-медицинской академии. Он – председатель Санкт-Петербургского научного общества офтальмологов, член президиума Общества офтальмологов России, заслуженный врач Российской Федерации. Высокий международный авторитет Э.В. Бойко подтверждается его членством в Американском обществе ретинальных специалистов (ASRS), Ассоциации исследований в зрении и офтальмологии (ARVO), обществе Euroretina, а также многочисленными международными публикациями и выступлениями на престижных международных научных форумах.

– Эрнест Витальевич, не мешает ли каждодневная загруженность работой с пациентами Вашей научной, педагогической и административной деятельности?

– Конечно же, нет. Я всегда считал и считаю себя, в первую очередь, офтальмологом и офтальмохирургом. Все остальные нагрузки – при всей их важности! – не могут «заслонить» или заменить непосредственного общения с пациентом, регулярного проведения операций. На должности начальника кафедры и главного офтальмолога Министерства обороны РФ не может находиться «чистый» администратор или оторванный от жизни теоретик.

– Ваша научная и педагогическая деятельность широко известна в профессиональном сообществе. Хотелось бы, чтобы

Э.В. Бойко входит в редакционные советы журналов «Российский офтальмологический журнал», «Мир офтальмологии», «Офтальмохирургия», «Современная оптометрия», «Офтальмологические ведомости». Он – автор более 500 печатных работ, 30 изобретений, соавтор 6 монографий, руководств и учебников. Он является экспертом мирового уровня по проблемам поврежденной органа зрения, витреоретинальной и лазерной микрохирургии, инфекционной патологии органа зрения, офтальмоонкологии. Награжден медалью «За воинскую доблесть», медалью имени Н.И. Пирогова и другими знаками отличия.

Несмотря на огромную занятость, Эрнест Витальевич всегда готов уделить максимальное внимание каждому пациенту, приходящему к нему на приём. Его служебный кабинет одновременно является прекрасно оборудованным

рабочим местом офтальмолога, где возможно проводить клинические разборы больных. Авторитет Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге и далеко за его пределами исключительно высок. Каждый сотрудник кафедры и клиники, уполномоченный лечить больных, способен оказать им медицинскую помощь на достойном уровне. И всё же многие россияне и жители зарубежных стран хотят выбрать своим лечащим врачом именно руководителя коллектива профессора Бойко.

Корреспонденту газеты «Поле зрения» довелось присутствовать во время одного из приёмов пациентов. Эрнест Витальевич подробнейшим образом расспрашивал не только о глазных проблемах, но и об общем состоянии здоровья. В присутствии пациента он внимательно изучал историю его болезни, консультировался по телефону

с врачами-специалистами в других областях медицины.

Нельзя было не обратить внимание ещё на одну особенность врачебного приёма. При назначении курса лечения и, особенно, при необходимости хирургического вмешательства Эрнест Витальевич подробнейшим образом рассказывает пациенту о возможных рисках и побочных эффектах, даже если вероятность негативного развития событий ничтожно мала.

«Для меня этот вопрос является принципиальным, – подчёркивает профессор Бойко. – Этика врача предписывает в максимальной степени информировать пациента обо всех предполагаемых действиях медиков. Надо дать возможность человеку самому принять решение о необходимости того или иного врачебного вмешательства. Успешное лечение невозможно без уважительного отношения к личности



**Эрнест Витальевич Бойко**

Главный офтальмолог Министерства обороны, начальник кафедры офтальмологии, член-корреспондент ВМедА, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, полковник медицинской службы

пациента... Уверенность больного в правильности предложенного лечения, его доверие к врачу является залогом нашего общего успеха».

– Когда у Вас возникло желание связать свою жизнь с медициной, стать врачом?

– В семье у меня не было медиков. Но выбор профессии был совершён ещё в детские годы. Прекрасно помню, как в возрасте шести лет мама принесла мне красочную книжку под названием «Про тебя самого». Там было в увлекательной форме рассказано о строении и особенностях человеческого организма, борьбе с инфекциями и бактериями и т.д. До сих пор помню яркие рассказы об «отрядах» лейкоцитов (белых кровяных телец), которые самоотверженно сражаются с болезнетворными микробами.

Уже в детстве мне стали понятны две вещи. Во-первых, что врач – это замечательная, благородная профессия. Во-вторых, что врачи обладают особыми, интереснейшими знаниями о человеческом организме. Поэтому выбор профессии стал очевиден.

– В 1979 году Вы поступили на военно-морской факультет Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Чем был обусловлен выбор высшего учебного заведения?

– Военно-медицинская академия была и остаётся одним из ведущих медицинских образовательных учреждений нашей страны. Конкурс сюда всегда был значительным. Например, в год моего поступления он составлял более десяти человек на место. Поэтому совершенно естественно, что хотелось учиться именно здесь.

– Вы сознательно связали свою жизнь с армией и военно-морским флотом?

– Меня в равной мере привлекала деятельность и военных, и гражданских врачей. Но военная служба придавала элемент организованности и четкости в жизни, а трудностей, связанных с ней, я не боялся.

– У Вас в кабинете висит портрет Александра Васильевича Суворова...

– Это подарок на 190-летие кафедры от Главного Военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко. Его вручил на Юбилейной конференции профессор, генерал-майор медицинской службы Игорь Борисович Максимов. Что может быть лучше для учебного процесса, когда клиническим ординаторам

перед портретом напомнишь слова А.В. Суворова: «тяжело в ученье – легко в бою!» Для меня А.В. Суворов близок к кумиру: штурм крепости Измаил русскими войсками под его командованием в 1790 году – одна из ярчайших страниц русской военной истории.

– Наверное, для поступления в Военно-медицинскую академию необходимо было не только основательно подготовиться к экзаменам, но и обладать солидной физической подготовкой.

– Учёба в военном учебном заведении, служба в армии и на флоте немалыма без физической культуры и спорта. Это относится не только к солдатам, матросам и курсантам, но и к старшим офицерам, генералам и адмиралам. В соответствии с введённым недавно в действие приказом министра обороны РФ один раз в квартал все военнослужащие сдают нормативы по физической подготовке. К тем, кто эти нормативы сдать не способен, могут быть применены различные меры административного воздействия, вплоть до увольнения с военной службы. Как начальник кафедры я не только должен сам продемонстрировать хорошую физическую форму, но и обеспечить выполнение нормативов всеми офицерами-сотрудниками кафедры.

– В первые два года учёбы принято обозначение – курсанты. В дальнейшем – слушатели. Но дело, конечно, не в терминах, которые могут быть непривычны для гражданского человека. Военный вуз даёт особую жизненную закалку. Я не жалею о том, что связал свою жизнь с армией и флотом, с военной медициной.

– Чем именно привлекла Вас офтальмология?

– В Военно-научном обществе слушателей, членом которого я стал на втором курсе, каждого курсанта или слушателя «закрепляли» за преподавателем, который становился его наставником. Моим куратором стал профессор, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы Леонид Иосифович Балашевич, ныне возглавляющий Санкт-петербургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза».

– Когда Вы решили стать офтальмологом?

– Во время учёбы у меня возник интерес ко многим предметам. Первую научную работу с удовольствием выполнял на кафедре нормальной анатомии под опекой замечательного преподавателя, доцента Ларисы Петровны Тихоновой. Как ни странно, наиболее тепло вспоминаются требовательные педагоги, нагоняющие на нас страх: это доценты кафедр патологической анатомии Сергей Михайлович Герасимов, биологии – Дмитрий Тарасович Жоголев, гистологии – Юлиана Константиновна Хилова.

– Чем непосредственно Вам приходилось заниматься во время боевых походов?

моей учёбы, отечественные лазеры по многим параметрам не уступали зарубежным. В их разработке принимали участие и В.В. Волков, и Л.И. Балашевич, работавшие совместно с Ю.Д. Березиным, В.В. Лазо и другими сотрудниками Государственного оптического института им. С.И. Вавилова. Конечно, лазерная офтальмохирургия была не единственной областью офтальмологии, которая меня заинтересовала. Но с неё всё началось...

Кстати, одно из первых заданий, которое мне поручили выполнять в Военно-научном обществе слушателей, состояло в подготовке обзорного доклада для студенческой конференции о военно-морских офтальмологах царской России. Я погрузился в литературные источники, где в словах было много твердых знаков, и нашёл много интересных материалов. Например, в журнале «Медицинские прибавления к морскому сборнику» за 1860-е годы встречались такие статьи, как «О влиянии судовых фонарей на зрение» и «О влиянии желтых очков на точность стрельбы». Эта работа на историческую тему тоже способствовала пробуждению интереса к профессии глазного врача.

– В 1985 году Вы получили диплом и отправились служить на Северный флот. Это распределение соответствовало Вашим тогдашним желаниям?

– У меня никогда не было никаких желаний и пожеланий, касающихся места службы. Будучи военным человеком, всегда готов служить там, куда пошлёт Родина.

– Как складывалась Ваша судьба на Северном флоте?

– В течение пяти лет служил начальником медицинской службы на подводной лодке: большим атомном подводном крейсере стратегического назначения (проект БДРМ). В терминологии НАТО подобные корабли носят название «Дельта-3».

– Эта подводная лодка и сейчас находится в боевом строю?

– Да. Сейчас она носит название «Подмосковье». Во время моей службы специального названия у неё не было.

– Сколько человек было в то время в Вашем подчинении?

– Подчинённых не было. Начальник медицинской службы являлся её единственным представителем. Личный состав подводной лодки составлял около 150 человек.

– Какие задачи приходилось выполнять подводной лодке, на которой Вы служили?

– За пять лет службы непосредственно под водой я провёл, в общей сложности, более одного года. Были учебные выходы и боевые дежурства в Северном Ледовитом океане. Во время боевого дежурства лодка перемещается по заданному командованием курсу, она должна постоянно находиться в боеготовности.

– Что значит термин «боеготовность» применительно к подводникам?

– Наша лодка оснащена баллистическими ракетами с атомными боеголовками. Если говорить простым языком, то боеготовность означает способность в любой момент по приказу Верховного Главнокомандующего произвести запуск этих ракет, отражая атаку возможного противника. Подводный атомный флот является неотъемлемой частью ядерного щита России.

– Чем непосредственно Вам приходилось заниматься во время боевых походов?



Во время учебы в Военно-медицинской академии, 1982 год



Первый научный доклад на заседании Военно-научного общества слушателей. В президиуме Герой Советского Союза начальник кафедры нормальной анатомии профессор Е.А. Дыскин и начальник кафедры гистологии профессор А.А. Клишов



Лейтенант медицинской службы Э.Бойко – офицер-подводник Северного флота, 1985 г.



Исследование частотно-контрастной чувствительности у подводников во время выхода в море



Сотрудники кафедры офтальмологии. В первом ряду профессор В.Г. Шилев, О.А. Джалишвили, Б.Л. Поляк, В.В. Волков, А.И. Горбань 1970 год

– Врач отвечает за здоровье членов экипажа, контролирует санитарно-гигиеническую, эпидемиологическую и радиационную обстановку.

– В экстренных случаях поход можно прервать?

– Да, такие ситуации в истории случались. Но они являются исключением. Если подводная лодка внепланово прервёт боевое дежурство, то она может быть обнаружена возможным противником. Боевая задача не будет выполнена. Военные врачи делают всё от них зависящее, чтобы экстренная медицинская помощь была оказана непосредственно под водой, на борту лодки, без необходимости прерывать поход.

– Врачу на подводной лодке необходимо быть универсалом?

– В этом и состоит суть нашей профессии, суть военной медицины. Приходилось справляться и с аритмией, аппендицитами, другими жизнеугрожающими состояниями, применять все знания и умения, полученные в Военно-медицинской академии. Однажды мне довелось удалять четырёхкорневой



Лейтенант медицинской службы Э.Бойко – офицер-подводник Северного флота, 1985 г.



Исследование частотно-контрастной чувствительности у подводников во время выхода в море



Преемственность поколений. Руководители кафедры: профессор М.М. Шишкин, В.В. Волков, В.Ф. Даниличев, Э.В. Бойко

Северного флота, полковник медицинской службы В.Ф. Черныш. С Валерием Фёдоровичем у нас завязалось интенсивное научное сотрудничество, которое продолжается до сих пор. В настоящее время он является опытейшим доцентом нашей кафедры.

– Ваша диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук не только получила высокую оценку в научном мире, но также имела широкое практическое применение.

– Диссертация была защищена под руководством профессора, доктора медицинских наук, полковника медицинской службы Владимира Фёдоровича Даниличева. В ней было изучено тромболитическое, фибринолитическое и токсическое действие рекомбинантной проурокиназы при интравитреальном введении. Это исследование стало основой для создания в начале двухтысячных годов фибринолитического проферамента-препарата «Гемазэ». В настоящее время данный препарат выпускается московским производственным объединением «Техноген». «Гемазэ» является первым отечественным

Северного флота, полковник медицинской службы В.Ф. Черныш. С Валерием Фёдоровичем у нас завязалось интенсивное научное сотрудничество, которое продолжается до сих пор. В настоящее время он является опытейшим доцентом нашей кафедры.

– Ваша диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук не только получила высокую оценку в научном мире, но также имела широкое практическое применение.

– Диссертация была защищена под руководством профессора, доктора медицинских наук, полковника медицинской службы Владимира Фёдоровича Даниличева. В ней было изучено тромболитическое, фибринолитическое и токсическое действие рекомбинантной проурокиназы при интравитреальном введении. Это исследование стало основой для создания в начале двухтысячных годов фибринолитического проферамента-препарата «Гемазэ». В настоящее время данный препарат выпускается московским производственным объединением «Техноген». «Гемазэ» является первым отечественным

**HEINE QUALITY**

**ГенералОф**  
офтальмологическое оборудование

Качество в новом свете  
**OMEGA® 500**  
непрямой офтальмоскоп - теперь есть возможность выбора между проверенной ксенон-галогенной (XHL) подсветкой и светодиодной (LED) подсветкой

Особенности СВЕТодиодной (LED) подсветки:

- великолепная цветопередача, благодаря индексу цветопередачи 90 в сочетании с цветовой температурой 4000 К,
- возможность различать мельчайшие изменения сетчатки помогает однородное, без искажений освещение,
- материал светодиодного модуля гарантирует постоянство яркости в течение всего срока службы,
- гарантирует практически неограниченный срок службы (более 20 000 часов).

Для дополнительной информации по отношению к XHL на LED светится с авторизованным дистрибутором

**ГенералОф**  
официальный дистрибутор фирмы HEINE

115500, Москва, ул. Довженко, 8-1-103  
Тел. факс: (495)483-23-67  
E-mail: info@generalf.ru  
www.generalf.ru





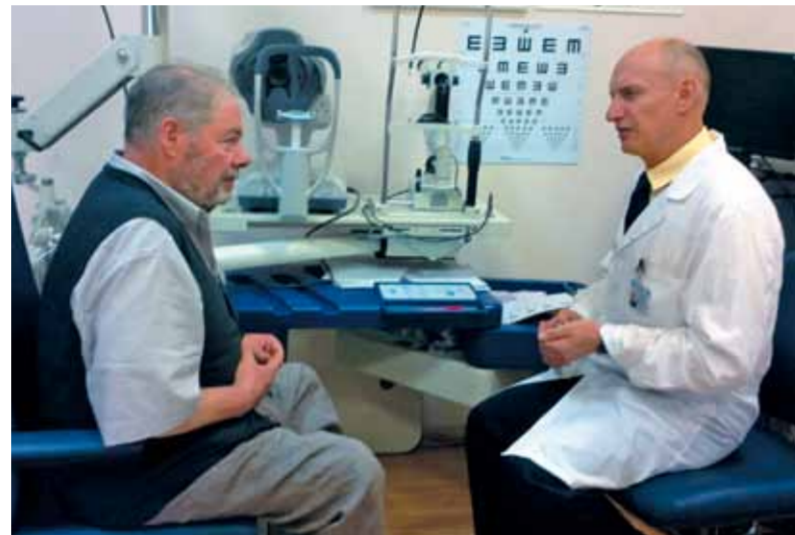
Эрнест Бойко и профессор Л.И. Балашевич. 1984 год



Профессор Э.В. Бойко и профессор Л.И. Балашевич. 2005 год



С академиком С.Н. Федоровым на Съезде офтальмологов, 2000 год



Во время приема пациентов



Профессор В.В. Волков выступает на заседании Военно-научного общества слушателей. Присутствуют профессор В.Ф. Даниличев, А.Н. Добрымыслов, доцент Л.Б. Сухина, среди кружковцев – С.Ю. Голубев, И.А. Милютин (ныне Герой России), Э.В. Бойко, С.А. Коскин, В.В. Бржеский, В.П. Николаенко



С президентом Финляндии Тарьей Халонен на «Днях России в Финляндии». Хельсинки, 2006 год

препаратом, разрешённым для интравитреального введения. Кроме того, в диссертации была показана возможность интраокулярного применения режущих свойств гольмиевого лазера для рассечения грубых шварт в стекловидном теле. После защиты диссертации мне предложили стать преподавателем кафедры.

**– Какими вопросами Вы стали заниматься, став сотрудников кафедры?**

– В первую очередь, лазерной тематикой и витреоретинальной хирургией. В 1995 году профессор Даниличев Владимир Федорович назначил меня руководителем учебного цикла для повышения квалификации врачебного состава «Лазеры в офтальмохирургии». В 1998 году на меня возложили руководство циклом «Витреоретинальная хирургия». В этом же году стал заместителем начальника кафедры. В 2001 году защитил докторскую диссертацию «Обоснование и эффективность применения инфракрасных лазеров в хирургическом лечении тяжёлой патологии заднего отрезка глаза». В 2002 году присвоено учёное звание профессора. В 2003 году возглавил кафедру и клинику.

**– В чём Вы видите роль кафедры и клиники? Какие задачи ставите перед собой и перед сотрудниками?**

– На этот вопрос можно отвечать в течение многих часов. А можно ответить лаконично: нам необходимо продолжать и развивать традиции академической, университетской медицины. Существует такой термин – «университетская больная». Так врачи называют самых сложных пациентов, с неясным диагнозом, запущенными, нередко терминальными стадиями травмы или болезни. Для успешной диагностики и лечения этих больных требуются значительные усилия, специальные знания, участие врачей разных специальностей, применение сложной аппаратуры, лабораторных методов диагностики.

Именно таким пациентам, страдающим от тяжёлых травм, ожогов, диабета, опухолей, увеитов и невыявленных инфекций, мы можем и хотим помочь. Именно эти больные очень важны для учебного процесса, так как, изучив сложное, уже не составляет труда справиться с более простыми, тем более типичными случаями.

**– Не могли бы Вы пояснить свою мысль об университетской медицине на каком-либо конкретном примере?**

– Например, при отслойке сетчатки на фоне травмы или увеита необходима не просто консультация стоматолога или отоларинголога, а активное выявление очагов инфекции. Нередко причина глазных болезней кроется в проблемах с зубами или в гнойно-воспалительном процессе в околоносовых пазухах. К сожалению, заключения поликлинических специалистов о санации порой не являются объективными.

Кроме того, таких пациентов мы готовим к операции специальной, нередко корригирующей имплантацией плазматерапии для того, чтобы не было обострения увеита в ответ на операцию. Результаты очень хорошие. Преимущество Военно-медицинской академии как раз и состоит в том, что врачи разных специальностей здесь работают очень слаженно и чётко. Мы можем провести квалифицированный консилиум практически по всем нуждающимся больным. У нас имеется и необходимое оборудование, и опытный персонал.

Конечно, мы занимаемся всем спектром заболеваний глаз, в частности, диагностикой и лечением рефракционной патологии, глаукомы, катаракты. У нас есть всё, чтобы выполнять высокотехнологичную хирургию по стандартам мирового уровня.

**– Какие исследования, проводимые в настоящее время на кафедре, Вы бы особо отметили? Какие направления считаете «прорывными»?**

– Мне представляются очень перспективными исследования по инфекционным поражениям глаза. Например, хламидийная инфекция, особенно поражающая весь организм, часто не распознаётся. Если у больного не распознали хламидийную инфекцию, то его местное лечение нельзя назвать эффективным. Это поверхностное лечение. А необходимо распознать проблему! Кстати, на эту тему у нас зарегистрировано открытие в соавторстве с инфекционистами.

Хотел бы упомянуть ещё одну научную тему: необходимо ли проводить удаление глаза при больших меланомах сосудистой оболочки? Мы с профессором М.М. Шишкиным пришли к выводу, что, как

правило, можно отказаться от удаления глаза, а вместо этого провести девитализацию и последующую эндорезекцию опухоли.

В ряде случаев зрительные функции после девитализации и эндорезекции сохраняются. Это самое благоприятное развитие событий! Но даже если зрительные функции утрачены, для пациента гораздо лучше продолжать жить со своим глазом, а не с глазным протезом. Главный результат наших исследований состоит в том, что выживаемость пациентов после удаления глаза и девитализации опухоли практически идентична и сроки наблюдений уже перевалили за 10 лет. Поэтому разумно выбирать более щадящее хирургическое вмешательство.

Чрезвычайно интересным и однозначно прорывным является объективное определение остроты зрения методом функционального магнитно-ядерного резонанса. Даже в недавно выпущенных монографиях по офтальмологии это считалось невозможным. Суть метода в том, что при изменении оксигенации тех или иных участков мозга на МРТ-картине в реальное время появляются белые области по достижении порога видимости (одни участки) или распознавания (уже другие участки!) объекта. Эти работы успешно проведены в содружестве с кафедрой рентгенологии Военно-медицинской академии и лабораторией зрения института физиологии РАН. В них принимали участие сотрудники нашей кафедры: профессор Юрий Евгеньевич Шелепин, доктор медицинских наук Сергей Алексеевич Коскин и доктор медицинских наук Владимир Александрович Фокин. Русскоязычные публикации были с разрешения авторов мгновенно переведены на английский язык и опубликованы в международном авторитетном издании «Visual Perception».

На кафедре также проводятся и другие исследования по многим проблемам организации оказания офтальмологической помощи при повреждениях органа зрения, глаукомы, лазерной и витреоретинальной микрохирургии глаза, диабетическим поражениям глаз, воспалительным заболеваниям органа зрения, офтальмоонкологии, применению ферментов в лечении глазной патологии, ожогам глаз, офтальмоэргонике, использованию контактных линз и т.д.

**– Эрнест Витальевич, хотелось бы поговорить об истории кафедры и клиники, о Ваших предшественниках на посту руководителя.**

– За почти двухсотлетнюю историю на кафедре и в клинике сменилось всего десять руководителей. Мне оказана честь быть одиннадцатым. Все без исключения предшественники внесли важный вклад в развитие офтальмологии и достойны быть упомянуты в этом интервью: Иосиф Эрнест Груби (1818-1834), Петр Павлович Пелехин (1834-1835), Эдуард Андреевич Юнге (1860-1882), Владимир Иванович Добровольский (1882-1893), Леонид Георгиевич Беляринович (1893-1924), Владимир Николаевич Долганов (1925-1941), Борис Львович Поляк (1942-1967), Вениамин Васильевич Волков (1967-1989), Владимир Федорович Даниличев (1989-1998), Михаил Михайлович Шишкин (1998-2002).

Мне очень приятно отметить, что мои предшественники, профессор В.В. Волков, В.Ф. Даниличев и М.М. Шишкин продолжают вносить весомый вклад в деятельность кафедры. В.В. Волков является профессором-консультантом кафедры. В.Ф. Даниличев возглавляет научно-исследовательскую лабораторию микрохирургии глаза и контактной коррекции зрения. М.М. Шишкин в настоящее время руководит кафедрой и клиникой офтальмологии

в Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И. Пирогова в Москве. Но мы продолжаем интенсивно сотрудничать, поэтому его можно с полным правом назвать членом нашей команды.

**– Для Вас важен опыт Ваших предшественников? Вы используете его в своей работе?**

– Преемственность поколений – основа деятельности кафедры. Борис Львович Поляк (1900-1971) возглавлял кафедру в годы Великой Отечественной войны и внёс огромный вклад в развитие военно-полевой офтальмологии. Его наследие и сегодня актуально для военных врачей. Вениамин Васильевич Волков с полным правом можно назвать патриархом и легендой отечественной офтальмологии. Фронтовик, кавалер многих боевых и трудовых наград, генерал-майор медицинской службы В.В. Волков и сегодня остаётся в строю, являясь примером преданности науке и родной Военно-медицинской академии. Профессор Волков глубоко развил учение о травме глаза. Он предложил множество новых микрохирургических вмешательств при внутриглазных осколках и инфекции. Вениамин Васильевич за свою долгую жизнь занимался решением проблем глаукомы, лазером в офтальмологии, офтальмоонкологии, офтальмоэргонике и многими другими научными темами. Все эти направления в настоящее время активно развиваются на кафедре.

Профессор Владимир Федорович Даниличев внёс огромный вклад в развитие энзимологии и офтальмоконтактологии, способствовал становлению современной витреоретинальной хирургии на кафедре. Его усилиями были созданы новые циклы обучения «Витреоретинальная хирургия» и «Лазерная хирургия в офтальмологии», издаются многочисленные монографии и руководства, пользующиеся заслуженной популярностью среди офтальмологов России и других стран. Одним из таких известных книг является руководство «Современная офтальмология».

Профессор Михаил Михайлович Шишкин внёс большой вклад в изучение раневого процесса в глазу, развил учение о витреоретинальной пролиферации. Также благодаря его разработкам витреоретинальная хирургия при повреждениях органа зрения, диабетических и опухолевых поражениях глаз вышла на качественно новый уровень. Михаил Михайлович я считаю своим учителем в витреоретинальной хирургии, он бережно хранил и преемствовал традиции кафедры, стремился к разработке и внедрению именно отечественных приборов, аппаратов, лазеров, перфторорганических соединений, газов, силиконов.

**– Расскажите, пожалуйста, о деятельности клинического подразделения.**

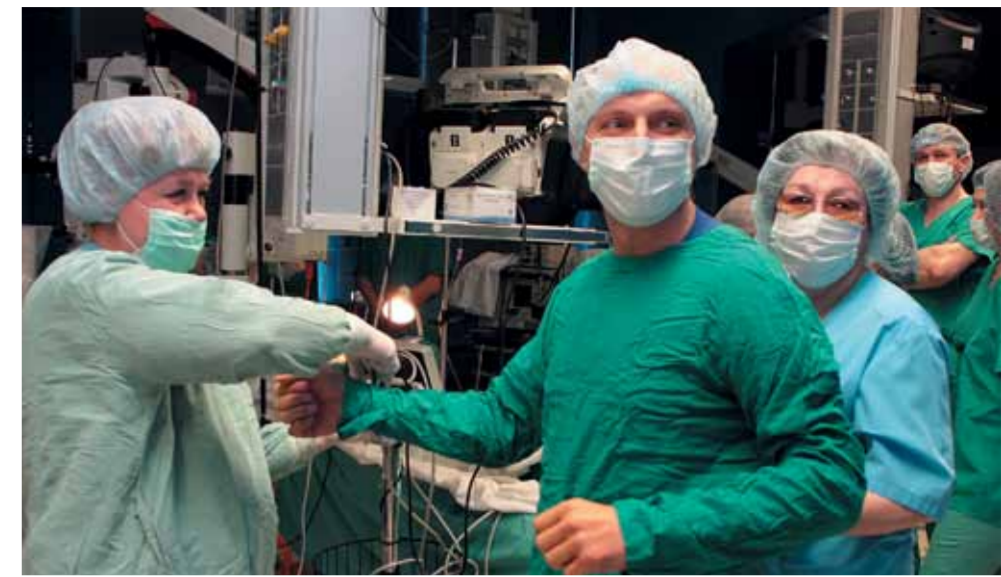
– В клинике работают 26 врачей, 48 человек среднего медицинского персонала, 27 человек младшего и обслуживающего персонала. В год выполняется более 3000 операций, проводится более 8000 амбулаторных консультаций. В первую очередь, я бы хотел обратить внимание на развитие современных технологий на основе собственных научных разработок.

В нашей клинике проводятся операции по органосохраняющей хирургии внутриглазных новообразований: термотерапия внутриглазных новообразований и эндорезекция новообразований. Также мы проводим пересадку клеточек ростковой зоны роговицы (лимбальной) в хирургическом лечении ожогов глаз. Развивается щадящая малоинвазивная хирургия слезотводящих путей. Возобновлены операции по пересадке роговицы на современном уровне. Разумеется, в рамках одного интервью невозможно рассказать обо всех направлениях деятельности...

**– Эрнест Витальевич, в Вооружённых Силах Вы уже более 30 лет, практически вся Ваша жизнь связана с Военно-медицинской академией. Чтобы Вы могли пожелать**



На занятиях со слушателями цикла усовершенствования



Идет подготовка к операции

службы, профессор И.Б. Максимов в настоящее время является начальником Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко в Москве, профессор Л.И. Балашевич – директор Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Федорова», предыдущим директором этого медицинского учреждения также являлся многолетний сотрудник кафедры – профессор А.И. Горбань. Профессор В.В. Бржеский заведует кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургской Педиатрической академии, а астафету он принял от профессора Е.Е. Сомова. Думаю, что эти факты наглядно иллюстрируют авторитет нашего научного центра в профессиональном сообществе.

Среди сотрудников кафедры: Герой Социалистического Труда, два заслуженных деятеля науки РФ, два заслуженных врача РФ, заслуженный работник высшей школы РФ. Особо хотел бы с гордостью сказать о сотрудниках, имеющих боевой опыт. Профессор В.В. Волков является участником Великой Отечественной войны. Профессора Р.Л. Трояновский, В.Ф. Даниличев, М.М. Дронов, доктор медицинских наук А.Ф. Гацу, доцент Б.В. Монахов и ассистент Ю.В. Порицкий оказывали офтальмологическую и другую медицинскую помощь советским военнослужащим в Афганистане. Доктора медицинских наук С.А. Коскин и С.В. Чурашов, кандидаты медицинских наук Т.Г. Сажи, С.В. Сосновский, В.А. Рейтузов и другие кафедральные сотрудники прошли дорогами Чечни.

**– Расскажите, пожалуйста, о деятельности клинического подразделения.**

– В клинике работают 26 врачей, 48 человек среднего медицинского персонала, 27 человек младшего и обслуживающего персонала. В год выполняется более 3000 операций, проводится более 8000 амбулаторных консультаций. В первую очередь, я бы хотел обратить внимание на развитие современных технологий на основе собственных научных разработок.

В нашей клинике проводятся операции по органосохраняющей хирургии внутриглазных новообразований: термотерапия внутриглазных новообразований и эндорезекция новообразований. Также мы проводим пересадку клеточек ростковой зоны роговицы (лимбальной) в хирургическом лечении ожогов глаз. Развивается щадящая малоинвазивная хирургия слезотводящих путей. Возобновлены операции по пересадке роговицы на современном уровне. Разумеется, в рамках одного интервью невозможно рассказать обо всех направлениях деятельности...

**– Эрнест Витальевич, в Вооружённых Силах Вы уже более 30 лет, практически вся Ваша жизнь связана с Военно-медицинской академией. Чтобы Вы могли пожелать**

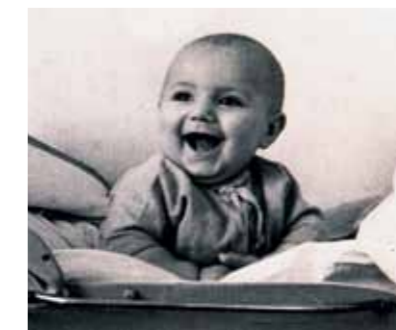


Профессор Э.В. Бойко на Всемирном конгрессе по травме глаза. Джайпур, Индия, 2012

**молодому поколению врачей, которые проходят обучение и начинают работать в этих стенах?**

– Сотрудники Военно-медицинской академии, в том числе кафедры и клиники офтальмологии, всегда готовы оказать любую необходимую медицинскую помощь военнослужащим и гражданскому населению и в мирной жизни, и в боевой обстановке. Хотелось бы пожелать всем коллегам мирного неба над головой. Пусть нам никогда не приходится применять свои знания на поле боя!

Я уверен в том, что новое поколение врачей и всех сотрудников сможет сохранить и преемственно передать традиции нашей кафедры и клиники. Врач в течение всей жизни должен стремиться к профессиональному росту. Необходимо желание победить самую тяжёлую болезнь, сделать невозможное или, по крайней мере, то, перед чем пасуют другие специалисты. И ещё одно важное качество – способность сопереживать пациенту, воспринимать его боль, как свою. Радует то, что наш



Эрнест Бойко. Фотография из семейного альбома

кафедральный коллектив пополняется перспективными молодыми специалистами, готовыми трудиться день и ночь и идти в науку через тернии к звездам.

Не могу не упомянуть ещё о двух необходимых качествах для молодых врачей (и военных, и гражданских): знание иностранных языков, во всяком случае, уверенное владение английским языком – языком мировой науки; и хорошая физическая подготовка. Без заботы о своём здоровье трудно восстанавливать здоровье других...

Что касается английского языка, то это, прямо скажем, «болевая точка»: из-за недостаточной языковой подготовки наших специалистов затрудняется участие России в международном научном обмене. Именно из-за недостаточного знания языка многие талантливые учёные-офтальмологи мало публикуются в престижных международных журналах, редко выступают на международных конференциях... Очень надеюсь, что молодое поколение сможет справиться с этой проблемой.

**– Знаю, что одна из Ваших любимых книг – это книга Антуана де Сент-Экзюпери «Маленький принц»...**

– В этой книге Лис говорит Маленькому принцу: «Вот мой секрет, он очень прост: зорко одно лишь сердце. Самого главного глазами не увидишь». Позволю себе на правах офтальмолога немного переинтерпретировать эти слова и сформулировать для себя такой принцип: «ЧУВСТВОВАТЬ СЕРДЦЕМ, ВИДЕТЬ – СВОИМИ ГЛАЗАМИ».

Меня восхищает мужество незрячих людей, которые могут «видеть» и читать с помощью пальцев... Но задача врача-офтальмолога состоит в том, чтобы каждый пациент с помощью собственных глаз мог увидеть не только главное, но и второстепенное, в полной мере ощутить красоту и гармонию окружающего мира. ■

Илья Бруштейн

Фотографии из личного архива Э.В. Бойко

**Редакция газеты «Поле зрения» и издательство «Апрель» сердечно поздравляют профессора Э.В. Бойко с юбилеем!**

**Искренне желаем Вам, Эрнест Витальевич, новых успехов в научной, педагогической, лечебной деятельности и ратном служении!**

**Крепкого Вам здоровья, неиссякаемого оптимизма, личного счастья, благодарных пациентов и талантливых учеников!**



## Юбилейная конференция, посвященная 25-летию Чебоксарского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздравсоцразвития России

Город Чебоксары в сознании многих неразрывно связан с офтальмологией. Причин для этого много: повальная трахома, поразившая Чувашию в прошлом веке, и последующая затем победа над ней, приезд в 1958 году в Чебоксары будущего светила и незаурядной личности С.Н. Федорова, первая в Советском Союзе имплантация искусственного хрусталика и, наконец, открытие в 1987 году первого из филиалов Межотраслевого научно технического комплекса (МНТК) «Микрохирургия глаза».

Нетрудно подсчитать, что в этом году главный офтальмологический центр Волго-Вятского региона, в котором за годы его существования прошли обследование около 1 млн пациентов и выполнено более 438 тыс. операций, отмечает 25-летие.

Юбилей – это всегда хлопоты и в первую очередь для самих юбиляров, которые понимали, что собрать на праздничные мероприятия весь офтальмологический цвет страны – большая ответственность. Руководители институтов, клиник, в том числе зарубежных, заведующие кафедрами, главные специалисты – чрезвычайно занятые люди. Да и сами хозяева круглый год до предела загружены как лечебной, так и научно-педагогической работой.

Понимая, что октябрь (27 октября был открыт Чебоксарский филиал МНТК) – один из наиболее удобных месяцев для приезжающих на лечение пациентов, вопреки бытующему суевию – не отмечать день рождения раньше – чебоксарцы провели юбилейные торжества заранее, в последние августовские дни, тем более в августе 85 лет назад родился создатель МНТК «Микрохирургия глаза», и этот год объявлен годом С.Н. Федорова.

Торжественные мероприятия состоялись в одном из театров столицы Чувашии, расположенном в самом красивом месте города, Волжской набережной Чебоксарского залива. Здесь с отчетом о 25-летней работе выступил директор филиала, профессор Н.П. Паштаев. Генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» А.М. Чухраев и директора других 10 филиалов поздравили коллег с юбилеем. Главой республики, М.В. Игнатьевым, были награждены лучшие сотрудники клиники. Как и заведено, собравшись в театре высокие гости выступили с поздравлениями, в которых отметили большой вклад Чебоксарской офтальмологической школы в развитие этой динамичной области медицины. Большой блок состоявшегося затем концерта был посвящен памяти Святослава Николаевича Федорова. Собравшиеся тепло встретили подынявшуюся на сцену супругу академика, Ирэн Ефимовну.

Все, чем щедро чувашская земля, было на праздничных столах, накрытых везде, куда бы ни ступала нога дорогих гостей, в том



На сцене: А.М. Чухраев, Н.П. Паштаев, Н.С. Ходжаев, О.Л. Фабрикантов, А.В. Терещенко, Л.И. Балашевич, С.Н. Сахнов, В.Н. Канюков, Л.Н. Борискина, В.А. Ободов, В.В. Черных, А.Г. Щуко, В.В. Егоров (слева направо)



С поздравлениями по случаю 25-летия со дня образования Чебоксарского филиала выступил академик РАН, д.м.н., профессор С.Э. Аветисов (ФГБУ «НИИГБ» РАМН)

числе на прогулочных теплоходах, где песни, танцы и веселые конкурсы венчали общую праздничную атмосферу.

Вопреки сложившейся в нашем народе традиции «гулять так гулять», кроме обширной развлекательной и экскурсионной программы, организаторы праздника не смогли удержаться от соблазна и «загрузили» заезжую профессору более привычной для нее лекционной работой. Таким образом, офтальмологи региона, приехавшие в эти дни в Чебоксары, получили редкую возможность услышать «из первых уст» интересные доклады на самые важные для



Праздник начался с торжественного перерезания ленточки директором Чебоксарского филиала, профессором Н.П. Паштаевым и заместителем директора по научной работе, к.м.н. Н.А. Поздеевой

практикующих докторов темы. Одно только перечисление «звездных» имен докладчиков, принявших участие в конференции под названием «Новые технологии в офтальмологии» способно впечатлить любого неравнодушного к своей работе специалиста. Нельзя переоценить и возможность общения с учеными, чьи имена уже стали легендой отечественной офтальмохирургии: В.Д. Захаровым, А.И. Ивашной, Н.Н. Пивоваровым, С.Э. Аветисовым, Н.П. Паштаевым. Их становление проходило рядом и при непосредственном участии С.Н. Федорова, избранные ими инструменты, искусственные

хрусталики и технологии операций до сих пор не утратили своей актуальности.

Кроме того, в рамках конференции прошла небывалая по числу участников выставка офтальмологического инструментария, медикаментов и оборудования.

По общему мнению, праздник удался. Впереди – новые цели и горизонты. ■

Репортаж подготовлен специально для газеты «Поле зрения» к.м.н. С.Ф. Школьником (Чебоксарский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова)



Песни, танцы в исполнении народного ансамбля «Сявал» создали яркую, неповторимую атмосферу настоящего праздника



Во время осмотра выставки офтальмологического оборудования: министр здравоохранения и социального развития Чувашской Республики А.В. Самойлова, глава Чувашской Республики М.В. Игнатьев, профессор А.М. Чухраев, профессор Н.П. Паштаев

## III Научно-практическая конференция «Дискуссионные вопросы офтальмологии» Тема конференции: Консерванты и вторичный синдром «сухого глаза»: экзотика или проблема?

21-22 сентября. Пансионат в Подмоскowie, бывшая усадьба графа Шереметева

< стр. 1

Однако, если говорить о конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии-2012», организаторы руководствовались «золотым» правилом ведения дискуссии: любое мнение – это точка зрения человека, которая имеет право на существование.

Открывая конференцию, директор института, академик РАН С.Э. Аветисов приветствовал всех участников форума, поблагодарив д-ра М. Медведева, главного офтальмолога Республики Кыргызстан, и д-ра В. Лупашко, главного офтальмолога Республики Молдова, за участие в работе форума. Затем участники конференции почти минуту молчания память профессора Геннадия Серафимовича Полунина, скончавшегося в этом году. Он многие годы занимался проблемой «сухого глаза».

Говоря о выборе темы конференции, Сергей Эдуардович Аветисов сказал: «Мы долго думали о тематике нынешнего дискуссионного блока и сделали выбор в пользу вторичного синдрома «сухого глаза».

Сравнительно недавно, 30-40 лет назад, этой проблемы не было, а характерные жалобы рассматривали как субъективные неудобства для пациента. Это было достаточно редкое явление; выписывали капли, которые готовили в аптеке, и этим ограничивались. Время показало, что из простого субъективного симптома выросла серьезная проблема, которую нужно решать всем вместе. Во-первых, надо сказать о том, что наличие синдрома «сухого глаза» всегда осложняет течение раннего процесса, имеют

ся в виде послеоперационные осложнения. На наш взгляд, одна из главных проблем, которую мы будем сегодня обсуждать, это то, что синдром «сухого глаза» развивается в результате длительного применения антиглаукомных препаратов, содержащих консерванты. Число глаукомных больных неуклонно растет, расширяется и арсенал новых препаратов. Этим и продиктован выбор темы сегодняшнего заседания».

Первый вопрос был сформулирован следующим образом: «Глаукомная оптическая нейропатия и роговично-конъюнктивальный кератоз: что общего?». По этому вопросу выступили два эксперта: д-р Т.Н. Сафонова (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва) и профессор В.В. Бржецкий (Кафедра офтальмологии с курсом клинической фармакологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета). Т.Н. Сафонова подробно рассмотрела фундаментальные вопросы возникновения роговично-конъюнктивального кератоза, проводя параллели с глаукомной оптической нейропатией. Автором доклада были приведены цифры заболеваемости глаукомой и роговично-конъюнктивальным кератозом, названы факторы риска и закономерности развития, в частности: длительность заболевания, число примененных препаратов, длительность их использования, концентрация консервантов

в составе препарата. Подробно описав роль бокаловидных клеток, выстилающих муци, автор представила механизм цитотоксического действия консервантов, который заключается в разрушении липидного слоя, индукции воспалительного процесса глаукомной поверхности, стимуляции экспрессии иммуновоспалительных маркеров и цитокинов, изменении уровня матрикса металлопротеиназ и т.п.

На вопрос, что общего между глаукомной оптической нейропатией и роговично-конъюнктивальным кератозом, профессор В.В. Бржецкий ответил: «Глаукомную оптическую нейропатию и роговичный конъюнктивальный кератоз объединяет необходимость инстилляций офтальмогипотензивных препаратов с консервантами и потребность поиска эффективных средств, оказывающих минимальное воздействие на стабильность слезной пленки, а также на комплаентность и эффективность терапии».

После многочисленных вопросов в дискуссии выступила к.м.н. Е.Г. Полунина (ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва), представив на суд аудитории новую классификацию

синдрома «сухого глаза». Изменение названия было предложено с целью объективного отражения сути патологического процесса, а также из-за необходимости привлечь внимание на изменение представлений о данной патологии; назначение патогенетически направленной терапии; повышение эффективности лечения. Цель создания новой классификации автор сформулировала следующим образом: «назначение дифференцированного лечения при проведении слезозаместительной терапии».

Дискуссию продолжила д.м.н. Г.Б. Егорова (ФГБУ «НИИГБ» РАМН), рассказав о возможности использования конфокальной микроскопии и тиаскопии для оценки состояния роговицы и прекоorneальной слезной пленки в диагностике синдрома «сухого глаза». Автор дала оценку состоянию слезной пленки, используя различные методы исследования: 1) муциновый слой – метод импрессионной цитологии; 2) водный слой – проба Ширмера, оценка высоты слезного мениска; 3) липидный слой – компрессионная проба, мейбография, осмевый тест, тиаскопия. Г.Б. Егорова

представила результаты конфокальной микроскопии роговицы больного глаукомой с высоким давлением без медикаментозного лечения и получавшего медикаментозную терапию в течение 15 лет, результаты применения кератопротекторов и слезозаместителей. Доклад был очень наглядным и вызвал большой интерес у слушателей.

В дискуссии по первому вопросу приняли участие академик РАН, профессор А.Ф. Бровкина (Москва), профессор И.А. Лоскутов (Москва), профессор Л.А. Деев (Смоленск), к.м.н. А.А. Федоров (Москва). Второй дискуссионный вопрос конференции был сформулирован следующим образом: «Вак free: шаг вперед или два шага назад?»



Пансионат РЖД в Подмоскowie, где состоялась конференция «Дискуссионные вопросы»

В дискуссии по первому вопросу приняли участие академик РАН, профессор А.Ф. Бровкина (Москва), профессор И.А. Лоскутов (Москва), профессор Л.А. Деев (Смоленск), к.м.н. А.А. Федоров (Москва).

Второй дискуссионный вопрос конференции был сформулирован следующим образом: «Вак free: шаг вперед или два шага назад?»



С приветственным словом выступает модератор конференции, академик РАН, профессор С.Э. Аветисов



Модератор конференции, профессор В.П. Еричев (ФГБУ «НИИГБ» РАМН)



Эксперт, д-р Т.Н. Сафонова (ФГБУ «НИИГБ» РАМН)



Эксперт, профессор В.В. Бржецкий (Кафедра офтальмологии с курсом клинической фармакологии Санкт-Петербургского гос. педиатрического медицинского университета)



Эксперт, д.м.н. Д.Ю. Майчук (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова)



Эксперт, профессор Е.Э. Луцевич (ФГБУ «НИИГБ» РАМН)



Эксперт, профессор Н.И. Курышева (Центр офтальмологии ФМБА России)



Эксперт, к.м.н. С.Ю. Петров (ФГБУ «НИИГБ» РАМН)





Профессор В.А. Соколов, профессор В.И. Баранов, профессор М.М. Бикбов, профессор В.П. Еричев, академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина, академик РАМН, профессор С.Э. Аветисов, профессор Л.А. Деев (слева направо)

Экспертами выступили д.м.н. Д.Ю. Майчук (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») и профессор Е.Э. Луцевич (ФГБУ «НИИГБ» РАМН). Д.Ю. Майчук, дав четкое определение термину «вторичный синдром «сухого глаза», представил классификацию консервантов, подробно описав действие ВАК, рассказал о патофизиологических механизмах, вовлекаемых

в процесс токсического воздействия ВАК. Пытаясь выявить зависимость между глаукомой и синдромом «сухого глаза», эксперт пришел к выводу о том, что при большом количестве совпадений они не являются риском друг для друга. С другой стороны, доказано, что длительное применение простагландинов приводит к запуску апоптоза клеток, что ведет

к синдрому «сухого глаза». В заключение своего выступления на вопрос: «ВАК free? шаг вперед или два шага назад?» д.м.н. Д.Ю. Майчук ответил следующим образом: «При «красном» глазе у глаукомного пациента следует: 1) исключить (разово) бактериальную и грибковую инфекцию, аллергию, синдром «сухого глаза»; 2) изменить антиглаукомную терапию, сменив

препарат; 3) объяснить пациенту причину гиперемии; 4) в тяжелых случаях предложить хирургическое лечение». Эксперт Д.Ю. Майчук считает, что применение слезозаместителей с консервантом у пациентов с хроническим инфицированием глазной поверхности способствует некоторому антисептическому эффекту. По мнению автора, это приводит к сдерживанию роста микрофлоры, что можно расценить как положительное действие консерванта.

Второй эксперт по этому вопросу профессор Е.Э. Луцевич свое выступление начала с высказывания Гиппократова: «Врач должен лечить болезнь, а не больного». Далее автор дала определение первичной открытоугольной глаукомы, сделал акцент на возрастном характере заболевания, и синдрому «сухого глаза», описав некоторые методы исследования слезной пленки. Е.А. Луцевич, говоря о консервативном лечении ПОУГ (монотерапия и комбинированная терапия), обратила внимание слушателей на влияние β-адреноблокаторов на слезопродукцию. Как и предыдущие докладчики, Е.Э. Луцевич описала бактерицидное действие бензалкония хлорида как консерванта, а также рассказала о механизме его действия. Говоря о лечении ССГ, автор сделала акцент на стимуляции слезы, изложил все тонкости, связанные с микроциркуляцией, микрогеом- и лимфоциркуляцией. В заключение автор представила алгоритм диагностики и лечения больных с гипоплазмией при синдроме «сухого глаза».

Профессор Е.Ю. Маркова (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра офтальмологии педиатрического факультета) представила вниманию слушателей редкий случай воспалительных заболеваний глаз у детей, вызванный гипоплазмией. В живой дискуссии по этому вопросу приняли участие академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина (Москва), профессор В.П. Еричев (Москва), профессор Л.А. Деев (Смоленск), д.м.н. Д.В. Липатов (Москва), д.м.н. А.П. Ермолаев (Москва), профессор И.А. Лоскутов (Москва).

Третий вопрос организаторами конференции был сформулирован следующим образом: «Первично открытоугольная глаукома: лечить или оперировать?» Открыла дискуссию по данному вопросу эксперт, профессор Н.И. Курышева (Центр офтальмологии ФМБА России), в частности, она сказала: «Во всех современных руководствах по лечению глаукомы подчеркивается: основной целью лечения является сохранение зрительных функций при использовании терапии с минимальными побочными эффектами или без таковых в течение ожидаемой продолжительности жизни пациента. Поэтому для успешного лечения глаукомы требуется, чтобы препараты не только эффективно снижали ВГД, но и имели минимальные побочные эффекты». Отвечая на вопрос: «Хирургия глаукомы: эффективна или безопасна?», Н.И. Курышева считает, что отложить хирургию глаукомы можно в случае: впервые выявленной начальной или развитой глаукомы при компенсации ВГД на подобранном медикаментозном режиме; отсутствия признаков прогрессирования заболевания (мониторирование структуры-функции). Преимущество медикаментозного лечения перед хирургическим профессор Н.И. Курышева видит в ежедневных закапываниях гипотензивных препаратов, потому что они дисциплинируют больного и настраивают его на регулярное посещение офтальмолога. Пациент осознает свою ответственность за сохранение зрения. Преимущество имеют те антиглаукомные препараты,

которые наряду с гипотензивным действием обладают дополнительными лечебными свойствами.

Оппонентом профессора Н.И. Курышевой по вопросу: «Глаукома: лечить или оперировать?» выступил эксперт, к.м.н. С.Ю. Петров (ФГБУ «НИИГБ» РАМН). «Хирургия – выбор для России» – основной посыл автора выступления. Свой доклад С.Ю. Петров начал с удручающих цифр распространенности глаукомы в России. По данным ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрав» (2006-2010), в 2005 г. – 1003049, 2006 г. – 1024586, 2007 г. – 1038006, 2008 г. – 1047775, 2009 г. – 1063476. В 2012 г. – более 1000000 больных, из них – 60% продвинутые стадии, 70000 – слепые от глаукомы. Автор доклада определил абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению глаукомы, где основным является невозможность достижения индивидуального уровня внутриглазного давления другими методами. Дополнительным аргументом в пользу операций С.Ю. Петров считает побочные эффекты консерванта бензалкония хлорида. В заключение автор доклада приводит высказывания С.Н. Федорова и М.И. Авербаха в пользу хирургии глаукомы: «Все гипотензивные препараты – это сильные яды, длительно их употребляя, мы сначала губим, убиваем систему глаза и только затем переходим к хирургическому лечению. И удивляемся, почему оно не помогает», – С.Н. Федоров. «...Если оперировать глаукому – это плохо, но не оперировать – еще хуже. Без операции больной обязательно ослепнет, а с операцией – может быть ослепнет», – М.И. Авербах. Вывод: хирургическое вмешательство – наиболее предпочтительный подход к лечению глаукомы.

В дискуссии по третьему вопросу также приняли участие профессор В.Р. Мамиконян (Москва), д.м.н. В.Д. Кунин (Рязань), профессор Л.А. Деев (Смоленск), профессор А.В. Большунов (Москва), С.Ф. Савченко (Ростов-на-Дону). Завершающим выступлением был доклад д.м.н. Д.В. Липатова (ФГБУ «Эндокринологический научный центр»). В своем выступлении автор сообщил, что дренажная хирургия диабетической глаукомы должна стать «золотым стандартом» лечения этой патологии у пациентов с сахарным диабетом.

В конференциях такого формата немаловажна роль модератора: эксперт, профессор Н.И. Курышева (Центр офтальмологии ФМБА России), в частности, она сказала: «Во всех современных руководствах по лечению глаукомы подчеркивается: основной целью лечения является сохранение зрительных функций при использовании терапии с минимальными побочными эффектами или без таковых в течение ожидаемой продолжительности жизни пациента. Поэтому для успешного лечения глаукомы требуется, чтобы препараты не только эффективно снижали ВГД, но и имели минимальные побочные эффекты». Отвечая на вопрос: «Хирургия глаукомы: эффективна или безопасна?», Н.И. Курышева считает, что отложить хирургию глаукомы можно в случае: впервые выявленной начальной или развитой глаукомы при компенсации ВГД на подобранном медикаментозном режиме; отсутствия признаков прогрессирования заболевания (мониторирование структуры-функции). Преимущество медикаментозного лечения перед хирургическим профессор Н.И. Курышева видит в ежедневных закапываниях гипотензивных препаратов, потому что они дисциплинируют больного и настраивают его на регулярное посещение офтальмолога. Пациент осознает свою ответственность за сохранение зрения. Преимущество имеют те антиглаукомные препараты,

которые наряду с гипотензивным действием обладают дополнительными лечебными свойствами. Оппонентом профессора Н.И. Курышевой по вопросу: «Глаукома: лечить или оперировать?» выступил эксперт, к.м.н. С.Ю. Петров (ФГБУ «НИИГБ» РАМН). «Хирургия – выбор для России» – основной посыл автора выступления. Свой доклад С.Ю. Петров начал с удручающих цифр распространенности глаукомы в России. По данным ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрав» (2006-2010), в 2005 г. – 1003049, 2006 г. – 1024586, 2007 г. – 1038006, 2008 г. – 1047775, 2009 г. – 1063476. В 2012 г. – более 1000000 больных, из них – 60% продвинутые стадии, 70000 – слепые от глаукомы. Автор доклада определил абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению глаукомы, где основным является невозможность достижения индивидуального уровня внутриглазного давления другими методами. Дополнительным аргументом в пользу операций С.Ю. Петров считает побочные эффекты консерванта бензалкония хлорида. В заключение автор доклада приводит высказывания С.Н. Федорова и М.И. Авербаха в пользу хирургии глаукомы: «Все гипотензивные препараты – это сильные яды, длительно их употребляя, мы сначала губим, убиваем систему глаза и только затем переходим к хирургическому лечению. И удивляемся, почему оно не помогает», – С.Н. Федоров. «...Если оперировать глаукому – это плохо, но не оперировать – еще хуже. Без операции больной обязательно ослепнет, а с операцией – может быть ослепнет», – М.И. Авербах. Вывод: хирургическое вмешательство – наиболее предпочтительный подход к лечению глаукомы.

По материалам конференции будут опубликованы стенограммы выступлений.

Материал подготовила Лариса Тумар

# Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов

Научно-практическая конференция офтальмологов Южного Федерального округа

28-29 сентября 2012 года, Астрахань



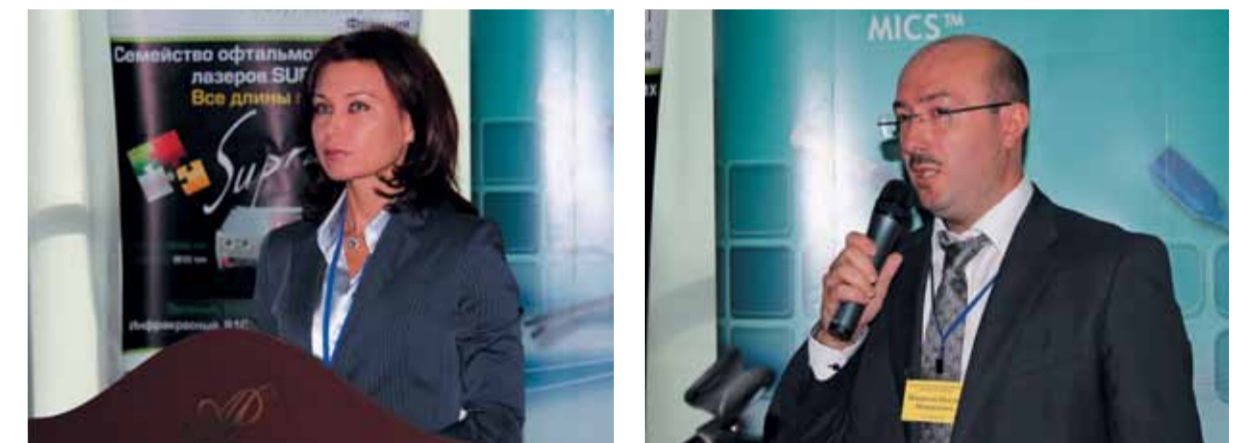
Grand Hotel Al Pash



Профессор Е.А. Егоров (г. Москва), к.м.н. И.А. Молоткова (г. Калуга), профессор А.Ю. Слонимский (г. Москва)



Л.А. Гальцева, В.И. Григанов, М.М. Шишкин, В.Н. Трубилин, А.М. Чухраев, А.Б. Клыкканов



Главный офтальмолог Астраханской области, д.м.н. Л.Ш. Рамазанова



Д.м.н., профессор М.И. Исмаилов (г. Махачкала)

Важнейшей задачей в сфере здравоохранения на сегодняшний день и на ближайшую перспективу является обеспечение равного доступа к качественной медицинской помощи. Граждане страны, живущие вдали от столиц и крупных городов, достойны того, чтобы лечиться не за тридевять земель, а рядом с домом. Инновационная революция, о которой так часто говорят офтальмологи, должна, наконец, охватить и регионы.

Около 200 офтальмологов из разных республик и областей страны собрались в конце сентября в Астрахани. Проведение офтальмологической конференции в Каспийской столице стало доброй традицией. И в этот раз познакомиться с самыми передовыми технологиями лечения глазных заболеваний, поделиться опытом с коллегами приехали практикующие врачи поликлинического звена, научно-исследовательских институтов, государственных лечебных учреждений и частных клиник из Дагестана, Карачаево-Черкессия, Чеченской Республики, Ростова, Самары, Кабардино-Балкарии, Санкт-Петербурга, Иркутска, Пензы, Волгограда, Москвы, Калуги, Краснодара, Новокузнецка. В конференц-зале отеля Al Pash можно было увидеть и молодых, начинающих нелегкий врачебный путь аспирантов, и известных на всю страну офтальмологов.

В своем приветственном слове Председатель Государственной Думы Астраханской области Александр Борисович Клыкканов отметил, что Астраханская область все чаще становится местом проведения конференций межрегионального и межгосударственного уровня,

на которых профессионально и глубоко изучаются специальные вопросы, к которым, безусловно, относятся офтальмология. «Я убежден, что сегодняшняя конференция позволит нам решать многие задачи», – сказал в заключение своего выступления А.Б. Клыкканов.

Первый заместитель министра здравоохранения Астраханской области Лилия Александровна Гальцева подчеркнула, что вопросам офтальмологии со стороны органов управления здравоохранением области всегда уделялось большое внимание, о чем свидетельствуют показатели деятельности офтальмологической службы: за год было проведено около 4000 операций, на поликлиническом уровне было зарегистрировано 500 000 посещений, успешно работает Школа глаукомных больных. Одним из важнейших достижений является динамичное развитие такого направления, как профилактика и лечение ретинопатии недоношенных. «Вопросы, которые будут обсуждаться участниками конференции, помогут практическому здравоохранению, сделают специализированную медицинскую помощь ближе и доступнее жителям сельских районов», – выразила уверенность заместитель министра.

Проректор Астраханской государственной медицинской академии Владимир Иванович Григанов поблагодарил присутствующих за участие в конференции и выразил особую признательность организаторам мероприятия и лично главному офтальмологу Астраханской области, д.м.н. Лие Шамильевне Рамазановой за огромную работу по подготовке встречи. «Научная составляющая конференции очень интересная. Само название,

«Инновационные технологии в офтальмологии», вызывает уважение и большой интерес. Вторая составляющая любой конференции – это встречи друзей, знакомство с городом, с краем. Нам бы хотелось, чтобы у вас остались самые благоприятные впечатления о нашем городе, о наших людях».

Генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор Александр Михайлович Чухраев от имени самой многочисленной делегации, коллектива МНТК «Микрохирургия глаза», поблагодарил организаторов за приглашение принять участие в форуме. «Для нас – это большая честь, так как нынешний год мы объявили «годом Святослава Николаевича Федорова», заслуги которого в создании нашего института и в развитии офтальмологии оценены всем миром. В контексте тех мероприятий, которые проводят офтальмологи страны, ваша конференция занимает особое место. Вы – на передовой, вы решаете многие вопросы. Повестка дня конференции подчеркивает общее понимание того, что, только внедряя самые современные технологии быстро и повсеместно, мы сможем решить проблемы наших пациентов».

Утреннее заседание первого дня конференции было посвящено вопросам организации офтальмологической помощи и социальным вопросам офтальмологии. Открыла заседание заведующая кабинетом лазерной хирургии ГБУЗ АО АМОКБ, главный внештатный офтальмолог МЗ Астраханской области, д.м.н. Лия Шамильевна Рамазанова. Она представила доклад на тему «Организационные вопросы офтальмологической

помощи больным глаукомой в Астраханской области». Уровень офтальмологии как специальности в России в целом соответствует мировому. «Мы используем те же технологии, работаем на той же аппаратуре, применяем те же расходные материалы и те же медикаменты и активно участвуем в научных разработках. Российская офтальмология с каждым днем все более интегрируется в мировую науку. Наши ученые, наши врачи участвуют в международных конференциях, посещают зарубежные клиники, выступают с докладами на зарубежных форумах, участвуют в «живой хирургии».

Однако в словах главного офтальмолога области прозвучала озабоченность тем, что в различных регионах страны существуют офтальмологов применять на практике инновационные разработки. Такое неравенство возникает из-за проблем финансирования, которые в свою очередь зависят от региональных бюджетов и территориальных ФОМС.

Доктор медицинских наук Л.Ш. Рамазанова обратила внимание и на положительные сдвиги, наметившиеся в регионе. В частности, заработали Центры здоровья, в которых практически здоровые люди проходят обследование на выявление нарушений внутриглазного давления. На базе кабинета больных глаукомой при Александро-Марининской областной клинической больнице была образована Школа пациента с глаукомой, где больные получают консультации и практические советы, а также Школа офтальмолога, дающая возможность врачам знакомиться с новейшими разработками в лечении глаукомы.

Усилиями Астраханского общества офтальмологов проводятся семинары-телемосты с участием видных ученых ФГБУ «НИИГБ» РАМН, ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Огромная работа, проделанная Астраханским обществом офтальмологов при всесторонней поддержке Министерства здравоохранения Астраханской области, привела к тому, что доля глаукомы в структуре инвалидности снизилась и преодолела 50-процентный рубеж.

В докладе «Инновационная офтальмология. Мечты и реальность» директор Иркутского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н., профессор А.Г. Щуко подробно остановился на основных направлениях развития современной офтальмологии. На сегодняшний день это – фемтохирургия в лечении рефракции и патологии переднего отрезка, высокотехнологическая хирургия катаракты с имплантацией ИОЛ премиум-класса, ранняя диагностика, микроинвазивная и дренажная хирургия глаукомы, высокотехнологическая витреоретинальная хирургия, лазерные инновационные методы лечения патологии глазного дна и анги-VEGF терапия.

Опыт организации высокотехнологической медицинской помощи по витреоретинальной хирургии на базе БУ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» Минздрава Чувашии поделился с участниками конференции к.м.н. Д.М. Арсентов, главный врач РКОБ, главный офтальмолог Республики Чувашия.

Об организации высокотехнологической помощи больным с заболеваниями глаза и его придаточного

Для пациентов с синдромом «сухого глаза»

## Новый поворот в ДМЖ\*

Систейн® Баланс специально разработан для пациентов с синдромом «сухого глаза», вызванным дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ). Уникальная формула с системой LIPTECH™ восстанавливает липидный слой слезной пленки, обеспечивая продолжительную защиту глазной поверхности. (1-3)

\* ДМЖ-дисфункция Мейбомиевых Желез

1. Keebon NA, Davis J, Meadows D. Characterization of an Anionic Lipid Stabilized Ocular Emulsion Containing NP-Guar. E-Abstract 6264. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2010; 51(12):6264. 2. Korb D, Baskin S, Meadows D, Christensen M, Taylor M. Evaluation of extended wear stability by two emulsion based artificial tears. Presented at the Tear Film and Ocular Surface Society Meeting, September 2010, Florence, Italy. (Корб Д., Баскин С., Мэддоу Д., Кристенсен М., Тейлор М.). Оценка стабильности слезной пленки благодаря искусственной слезе на основе дисперсионной эмульсии. Представлено на собрании общества по слезной пленке и глазной поверхности. Сентябрь 2010, Флоренция, Италия. 3. Data on file. Alcon Research, Ltd. (Данные компании Alcon Исследования ЛТД).

Рек. №ФСЗ 2011/1089 от 01 сентября 2011



Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

**Alcon**  
a Novartis company





Профессор З.И. Мороз, профессор Н.С. Ходжаев, профессор С.Н. Сахнов, профессор А.М. Чухраев, д.м.н. Л.Ш. Рамазанова, профессор Л.И. Балашевич, А.М. Марухненко, профессор А.Г. Щуко

аппарата в Краснодарском филиале ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» рассказал директор филиала, к.м.н., к.э.н., заведующий кафедрой глазных болезней ГБОУ ВПО КубГМУ, профессор С.Н. Сахнов.

Несомненный интерес вызвал доклад генерального директора ООО «Глазная клиника «Высокие технологии» (Махачкала), д.м.н., профессора М.И. Исмаилова на тему «Опыт работы негосударственного медицинского учреждения в системе обязательного медицинского страхования». Докладчик указал на несовершенство нормативно-правовых актов по здравоохранению, которые не учитывают специфику работы частного лечебно-профилактического учреждения и, как следствие, на невозможность частному ЛПУ войти в систему госзаказа на ВМП.

Заведующая глаукомным отделением Калужского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», к.м.н. И.А. Молоткова в докладе «Организационные аспекты диагностики и лечения глаукомы в Калужской области» рассказала о преимуществах единой системы диспансеризации пациентов, которая включает первичное поли-

клиническое звено в городе Калуге, области и глаукомное отделение в МНТК «Микрохирургия глаза» в рамках единой системы МНТК в Калужской области. Созданная система обеспечивает единый подход к диагностике и лечению глаукомного процесса, позволяет пациентам области получать квалифицированную медицинскую помощь с учетом современных мировых тенденций.

Врач-офтальмолог детского хирургического отделения Калужского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» С.В. Исаев представил доклад «Офтальмологическая помощь недоношенным детям в Центральном регионе России». Частота слепоты вследствие ретинопатии недоношенных, по словам С.В. Исаева, определяется степенью развития общества, уровнем неонатальной помощи, эффективностью лечения. В России частота слепоты от РН составляет 54%, в Чехии – 18%, в Японии – 10%, в Великобритании – 3%. Разработанный в клинике алгоритм лечения недоношенных детей, который включает организацию раннего выявления РН, стандартизацию методик осмотра, высокотехнологичное лечение позволяет достичь высокого уровня регресса заболевания (92,9%).

На экономических аспектах фармакологического сопровождения офтальмологической помощи больным глаукомой подробно остановился к.м.н. А.Ю. Куликов, руководитель проектов лаборатории фармакологических исследований Первого Московского государственного медицинского университета.

Дневная сессия первого дня конференции была посвящена «живой хирургии». Имплантацию ИОЛ премиум-класса в системе имплантации InVista, показал д.м.н. Ю.А. Гусев (офтальмологическое отделение Центра офтальмологии ФМБА России, Москва). Имплантацию дренажа «глуколайт» в хирургии первичной открытоугольной глаукомы продемонстрировал хирург А.Ю. Расчевков (ООО «Глазная хирургия Расчевков», Казань). «Микроинвазивная витректомика макулярного отверстия с использованием инструментов 27G» – так называлась операция, которую провел к.м.н. А.В. Малафеев (Краснодарский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»). Хирург из Ростова-на-Дону, к.м.н. Е.О. Чернецкий (Центр микрохирургии глаза дорожной клинической больницы СКЖД), продемонстрировал операцию под названием «Технология Ozil в хирургии катаракты 3-4 степени». Присутствующие увидели также технологию MICS в 1,8 мм хирургии осложненных катаракт в исполнении к.м.н. А.И. Фесенко (Краснодарский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»). В заключение сессии к.м.н. А.В. Малафеев (Краснодарский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова») провел микроинвазивную витректомию 25G при диабетической пролиферативной ретинопатии. Модератор сессии «Живая хирургия», профессор В.Н. Трубилин дал самую высокую оценку профессиональному мастерству хирургов.

Вечернее заседание «Инновационные технологии в хирургии патологии оптических сред глаза» открыл д.м.н., профессор Л.И. Балашевич, директор Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова». Он представил доклад на тему «Аккомодация артефактного глаза». Профессор Л.И. Балашевич подчеркнул, что грамотный подход к планированию конечного рефракционного результата при экстракции катаракты сводит к минимуму необходимость



Д.м.н. Л.Ш. Рамазанова со студентами и аспирантами

имплантировать дорогие премиум-линзы. В Европе в 2011 году было имплантировано 0,2% линз премиум-класса. «Это значит, что врачи в Европе прекрасно понимают, что премиум-линза не является идеальным решением проблемы аккомодации артефактного глаза».

С клиническим обоснованием конструкции эспандера капсульного мешка хрусталика производа НПП «Репер-НН» (Нижний Новгород) выступил к.м.н. С.Л. Кузнецов, заведующий кафедрой офтальмологии ГБОУ ДПО Пензенского института усовершенствования врачей Минздравсоцразвития РФ. Эспандер призван сохранить форму капсульного мешка хрусталика и его связочного аппарата после удаления катаракты в отдаленном периоде, предотвратить развитие вторичной катаракты, обеспечивает возможность совместной имплантации с различными моделями ИОЛ. Однако, по мнению автора доклада, вопрос об окончательной эффективности конструкции ЭКМХ, в том числе и возможности его совместной имплантации с различными моделями ИОЛ, требует дальнейшего изучения и более длительных сроков наблюдения.

Доклад на тему «Современная технология биоптического подхода к хирургической коррекции миопии высокой степени» представил А.А. Бойко, врач-офтальмохирург ООО «Три-3» (Краснодар).

Заведующий кафедрой офтальмологии, главный офтальмолог ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова», д.м.н., профессор М.М. Шишкин (Москва) выступил с докладом на тему «Витреоретинальная хирургия меланомы». Докладчик подробно остановился на возможностях и перспективах лечения меланомы хориоидеи.

Автор доклада «Современные технологии офтальмологической помощи при проникающих ранениях с инородным телом внутри глаза», главный офтальмолог Министерства обороны РФ, д.м.н., профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург) доложил о тяжелых последствиях, к которым приводят такие ранения. Профессор Э.В. Бойко представил различные способы удаления инородных тел. Основной вывод доклада заключается в том, что хирург, не владеющий совершенной техникой реконструктивной офтальмохирургии, не должен предпринимать попыток удаления осколков из заднего сегмента глаза.

О возможностях микроинвазивной 27G-витректомики рассказал руководитель Центра «Диабет глаза» ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», к.м.н. Д.О. Шкворченко (Москва). Новая технология обеспечивает минимальный тракционный компонент, отсутствие перепада давления при смене инструмента, уменьшение объема инфузионного потока в витреальной полости, высокую степень герметизации, снижающую риск птоптонии и инфизиорвации.

С докладом «Современные методы ведения диабетического макулярного отека» выступил заведующий отделением лазерной хирургии Санкт-Петербургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», д.м.н. А.С. Измайлов.

Врач-офтальмолог М.В. Бабиева (Ростов-на-Дону) представила доклад «Опыт имплантации ИОЛ AcrySof Restor при сопутствующей глазной патологии».

С двумя докладами – «Фовеолярная хирургия» и «Индивидуальные особенности зрительного восприятия реальности» – выступил к.м.н. Я.В. Байбородов (Санкт-Петербургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»).

Завершил работу вечерней сессии доклад к.м.н. С.Ю. Голубева (Москва) «Профилактика прогрессирования ВМД при хирургии катаракты».

Параллельно работала сессия «Глаукома: патогенез, ранняя диагностика, лечение и мониторинг». Открыл заседание президент Российской глаукомной общества, д.м.н., профессор Е.А. Егоров. Он выступил с докладом на тему «Максимальный медикаментозный подход в лечении глаукомы». Доклады «Глаукома: пять спорных вопросов» и «Нейропротекция при глаукоме: есть ли перспективы?» представила д.м.н., профессор Н.И. Курышева, заведующая диагностическим отделением Центра офтальмологии ФМБА России (Москва).

В ходе работы сессии были также заслушаны доклады профессора А.Ю. Слонимского (Москва) «Применение биодеградируемого дренажа «Глаутекс» в хирургии глаукомы», доктора А.В. Лапочкина «Клинические результаты применения рекомбинантной проурокиназы в качестве антиглаукомного компонента ab interno при фактоумультификации катаракты на глазах с первичной глаукомой» и к.м.н. Л.Г. Алигаджиевой (Махачкала) «Циклоанемизация как метод лечения терминальной болящей глаукомы».

В научную программу второго дня конференции были включены следующие заседания: «Инновационные технологии в хирургии роговицы» и «Офтальмоэргоника и оптометрия», а также «Инновационные технологии диагностики и лечения офтальмопатологии».

Работу первого заседания открыла д.м.н., профессор З.И. Мороз (ФГБУ «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова), Москва. Она выступила с докладом «Хирургическое лечение кератоконуса методом интрастромальной кератопластики (ИСКП) с имплантацией сегментов в сочетании с кросслингом роговичного коллагена». Основной вывод доклада заключается в том, что лучше и наиболее устойчивые функциональные результаты в лечении кератоконуса достигаются при сочетании этих методов.

Оживленную дискуссию в зале вызвал доклад д.м.н., профессора Е.С. Милодина (Самара) «Особенности хирургического лечения больных, нуждающихся в пересадке роговицы с каймой склеры» и доклад к.м.н. Ю.И. Кишкина (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва) «ПресбиЛАСИК».

Всего во второй день конференции прозвучало 26 докладов, а за два дня перед слушателями выступили 49 докладчиков. Формат газетного репортажа не позволяет даже перечислить все выступления, а тем более представить их краткое содержание. Можно лишь сказать одно: уровень всех докладов и статус авторов позволяет причислить астраханский форум к самым значимым офтальмологическим событиям в России.

...Когда конференция закончилась, и в зале уже почти никого не осталось, д.м.н. Л.Ш. Рамазанова собрала вокруг себя своих студентов и аспирантов. Она поблагодарила их за прекрасную работу по подготовке и проведению форума и сказала: «Запомните эти два дня: вы увидели и услышали выдающихся офтальмологов, работы такого уровня позволяют вам взять высокий старт. Вы, молодые ученые, должны стать «генераторами» инновационных идей в офтальмологии регионов, а качество регионального здравоохранения не должно отличаться от мирового».

Материал подготовил Сергей Тумар

# V Российский общенациональный офтальмологический форум

3-5 октября 2012 года, Москва

< стр. 1

На обсуждение был вынесен широкий круг вопросов, касающихся ликвидации слепоты и слабослышания, связанных с глаукомой. Участники форума обменялись мнениями о развитии современных тенденций в оптико-реконструктивной хирургии роговицы. Поделались опытом в изучении патогенеза и лечения заболеваний сетчатки и зрительного нерва. Обсудили вопросы, связанные с проблемами диабетического поражения глаз, офтальмоонкологии. Дискутировали по вопросам, касающимся врожденных и приобретенных заболеваний глаз у детей. В рамках конференции были проведены: VI Российский межрегиональный симпозиум «Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ «Зрение 2020». Ликвидация слепоты и слабослышания, связанных с глаукомой»; спутниковые симпозиумы; заседание профильной комиссии по офтальмологии и детской офтальмологии при Экспертном совете в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения РФ; образовательный семинар по ретинопатии недоношенных с участием ведущих отечественных и зарубежных специалистов; школа ЭФИ-2012 «Заболевания сетчатки и зрительного нерва, связанные с возрастом: функциональная диагностика и мониторинг».

Приветствуя участников форума, директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, главный специалист Министерства здравоохранения РФ, профессор В.В. Нероев сказал: «Очень рад, что вы нашли время приехать на конгресс, несмотря на вашу занятость и загруженность на работе. Все вы знаете, что такие события требуют тщательной кропотливой подготовки. Спасибо всем за помощь. Особенно хотел бы поблагодарить ректора Московского

В течение 3-х рабочих дней во время пленарных заседаний было заслушано 102 научных доклада, проведен 21 спутниковый симпозиум. Сессия «живой хирургии» и «ИВЕРТНЫЙ FS-DSEK» в исполнении д.м.н. Оганесяна О.Г. была высоко оценена участниками форума.

государственного медико-стоматологического университета, профессора О.О. Янушевича и его сотрудников за активное участие в подготовке мероприятия. Я благодарен оргкомитету, который сделал все, чтобы вам сегодня было комфортно, интересно работать. Прошу вас принять активное участие в обсуждении докладов. Не стесняйтесь ставить самые острые вопросы, дискутируйте, потому что только в дискуссии рождается истина.

Есть еще один важный момент, о чем бы я хотел сегодня сказать. Старайтесь объективно освещать то, что происходит в российском здравоохранении. В последнее время только ленивый не ругал медицину. Да, конечно, в медицине есть негативные моменты, как и в любой другой специальности. Здесь присутствуют корреспонденты, поэтому я говорю это и для них. Врачи в нашей стране делают очень много для того, чтобы здоровье россиянина было хорошим, крепким, и заслуга врачей в этом велика. Если бы я был в руководстве министерства, я бы создал бегущую строку на сайте, где ежедневно выносил бы количество спасенных жизней, число пациентов, которые стали зрячими благодаря усилиям врачей. Конечно, есть проблемы, но на деле все не так плохо. Есть вопросы, которые, безусловно, надо обсуждать. Надо критиковать нерадивых врачей. Но это должно происходить в профессиональном сообществе. Ситуация в нашем здравоохранении, на мой взгляд, очень оптимистично развивается. Сколько закуплено техники, как усилилась материально-техническая база больниц! Я говорю

не только о центральных клиниках, я говорю и о региональных больницах. Все меняется в лучшую сторону. А какие кадры растут! Поэтому я бы хотел, чтобы наши доклады были конструктивными, объективными. И все-таки, в конечном счете, позитивными». Далее с приветствиями в адрес форума обратился ректор Московского государственного медико-стоматологического университета, профессор О.О. Янушевич: «Глубокоуважаемые коллеги, разрешите приветствовать вас от имени многотысячного коллектива Московского государственного медико-стоматологического университета и поблагодарить В.В. Нероева за слова, которые были сказаны в адрес нашего коллектива. Мы очень серьезно относимся ко всем мероприятиям, которые проводят наши ведущие кафедры. Университет в течение пяти лет регулярно участвует в проведении этого конгресса. Я благодарен, прежде всего, нашим офтальмологическим кафедрам, которые всегда были лидерами. Кафедра офтальмологии, которую возглавлял С.Н. Федоров, была лидером на протяжении долгого времени. Действительно, этот человек изменил отношение в советской медицине, к офтальмологии. Я могу сказать, что кафедра под руководством профессора В.В. Нероева за достаточно короткий срок стала реальным лидером университета. Я хочу пожелать от студентов, от ученого совета, от ректората хорошей плодотворной работы на сегодняшнем форуме. Надеюсь, что те новые знания, которые вы сегодня получите, пригодятся вам в практической деятельности».



В президиуме проф. Э.Р. Муйдашев, проф. Е.А. Егоров, проф. В.В. Нероев, проф. Ю.С. Астахов, д.м.н. О.А. Киселева (слева направо) Во время награждения проф. Ю.Ф. Майчука медалью Общества офтальмологов России «За выдающиеся заслуги в офтальмологии»



Проф. В.В. Нероев и проф. А.М. Чухраев. Во время заслушивания доклада лауреата Нобелевской премии по химии, члена Израильской национальной академии точных и гуманитарных наук, проф. Аарона Чехоновера



Пленарное заседание «Современные тенденции в оптико-реконструктивной хирургии роговицы» возглавила д.м.н., проф. Р.А. Гундорова

От имени многотысячного коллектива ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» со словами приветствия выступил генеральный директор, профессор А.М. Чухраев: «В любой конференции мы видим не только возможность применения науки и практики, но прежде всего мы видим возможность единения всего офтальмологического сообщества. Без первичного звена, без выдающихся ученых, без этой спайки мы останемся на месте или уйдем назад. Ваша научная программа впечатляет. В работе форума принимают участие многие регионы РФ. Я думаю, совместная плодотворная работа послужит дальнейшему процветанию офтальмологии». Генеральный директор ФГУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии Росздрава», д.м.н., профессор Э.Р. Муйдашев назвал форум «офтальмологическим праздником». «Этот форум занял такое место, что быть здесь не только полезно, но и приятно. Атмосфера вызывает вдохновение и воодушевление».

Заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Пав-



Приветствие спецпредставителя ВОЗ в РФ Luigi Migliorini (Италия) зачитала зам. директора по научной работе ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», проф. Л.А. Катаргина

В пленарных заседаниях и спутниковых симпозиумах конференции приняли участие 20 известных зарубежных офтальмологов: среди них профессор Gerrit Melles (Нидерланды); профессор Clare Gilbert (Великобритания); профессор Graham Quinn (США); профессор Gabor Hollo (Венгрия) и т.д.

лова, профессор Ю.С. Астахов от имени всех офтальмологов северной столицы поздравил участников с началом работы форума. В своем приветствии он отметил, что на протяжении ряда лет Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца проводит работу, направленную на объединение усилий, чтобы офтальмологическое сообщество стало единым коллективом, чтобы не было никаких ненужных искусственно созданных противоречий. Предварительно ознакомившись с научной программой форума, профессор Ю.С. Астахов дал ей высокую оценку.

К поздравлениям участникам конференции присоединились члены экипажа 32-й экспедиции на Международной космической станции, командир Геннадий Падалка и бортинженеры Юрий Мленченко и Сергей Левин. Они обратились к участникам форума со словами:





Оживленную дискуссию вызвал доклад ректора РМАПО, академика РАНН, профессора Л.К. Мошетовой, посвященный послеузовскому образованию офтальмологов



Лауреат Нобелевской премии по химии, член Израильской национальной академии точных и гуманитарных наук, профессор Аарон Чеховер (Израиль)



С приветствиями в адрес форума обратился ректор Московского государственного медико-стоматологического университета, профессор О.О. Янушевич



Д.м.н. А.В. Дога, проф. А.М. Чухраев, проф. Л.А. Катаргина



«Дорогие друзья, соотечественники, экипаж МКС рад поздравить вас с этим событием, открытием V Российского общенационального офтальмологического форума и симпозиума по ликвидации слепоты и слабовидения, связанных с глаукомой при участии Всемирной организации здравоохранения. Мы знаем, что ваш форум проходит в преддверии Всемирного дня зрения. Зрение – это прекрасный дар природы, позволяющий созерцать необыкновенную красоту нашей планеты Земля. И мы, космонавты, ощущаем свою небольшую причастность к офтальмологии. Желаем вам всем плодотворной работы, интересного общения в дни проведения форума, а в повседневной деятельности – освоения и широкого внедрения новых передовых технологий в лечении глазных болезней».

Приветствие специального представителя ВОЗ в Российской Федерации Luigi Migliorini (Италия) зачитала заместитель директора по научной работе Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, профессор Л.А. Катаргина.

Далее состоялось награждение заслуженного деятеля науки РФ, заслуженного врача РФ профессора Майчука Юрия Федоровича медалью Общества офтальмологов России «За выдающиеся заслуги в офтальмологии». Профессор Ю.Ф. Майчук стоял у истоков сотрудничества России с ВОЗ и внес огромный вклад в работу этой организации. При его непосредственном участии был создан Национальный комитет по профилактике устранимой слепоты. Ю.Ф. Майчук внес огромный вклад в работу этого комитета и всегда был бесменным помощником координатора комитета по ликвидации устранимой слепоты в рамках программы ВОЗ.

Торжественное открытие V Российского общенационального офтальмологического форума завершился докладом «Собираемся ли мы лечить все болезни и какой ценой?» лауреата Нобелевской премии по химии, члена Израильской национальной академии точных и гуманитарных наук Аарона

Чеховерова. Доклад о развитии лекарственной терапии в XXI веке вызвал неподдельный интерес у участников форума.

Пленарное заседание «VI Российский межрегиональный симпозиум «Ликвидация устранимой слепоты: Всемирная инициатива ВОЗ «Зрение 2020». Ликвидация устранимой слепоты и слабовидения, связанных с глаукомой» открыл профессор В.В. Нероев. Его доклад о современном этапе работы Российского национального комитета по ликвидации устранимой слепоты отразил приоритеты национального проекта «Здоровье», которые определены такими основными направлениями, как модернизация здравоохранения, повышение доступности первичных и высокотехнологических услуг, профилактика, лекарственное обеспечение малоимущих групп населения, укрепление инфраструктуры клиник и, безусловно, повышение оплаты труда медицинских работников. Также он обратил внимание на уже имеющиеся достижения.

Одним из важных направлений деятельности Министерства здравоохранения РФ, а также Экспертного совета по офтальмологии является создание нормативной базы. Разработаны 53 стандарта, которые будут обязательными к исполнению с 1 января 2013 г. Профильной комиссией по специальности «детская офтальмология» разработаны основные нормативные документы. Это порядки офтальмологической помощи, которые уже переданы в Минздрав на рассмотрение.

В 2009 г. был дан старт новой программе по формированию здорового образа жизни. Во всех регионах РФ были организованы Центры здоровья, а на их базе были сформированы офтальмологические кабинеты с целью выявления начальных патологических изменений и осуществления профилактических мероприятий. В этих кабинетах ведется диспансеризация населения, проводится активная просветительская работа, а также внедряются целевые скрининговые программы. На сегодняшний день практически все Центры укомплектованы и нормально функционируют.

## О состоянии глаукомной службы в субъектах РФ доложили 12 главных региональных офтальмологов. По окончании дискуссии была принята резолюция.

10 лет Российская Федерация является полноправным участником программы ВОЗ «Зрение 2020». Она направлена на ликвидацию слепоты к 2020 г. Около 80% всей слепоты может быть предотвращено и излечено. ВОЗ считает, что если в настоящее время не будет предпринято энергичных мер по борьбе со слепотой, количество слепых и слабовидящих к 2020 году удвоится.

Цели программы ВОЗ – это выявление причин слепоты, принятие решений, которые могут устранить проблему слепоты, мобилизовать необходимые ресурсы для обеспечения грамотного выполнения этой программы, оказать содействие в планировании и разработке основных мер по лечению, профилактике и устранению слепоты.

Основная задача программы – объединение усилий правительственных и неправительственных национальных и международных организаций для достижения поставленных целей. Неправительственные организации – это различные ассоциации, общества, все те организации, которые зарегистрированы в РФ и работают в области офтальмологии.

Сегодня существует конструктивный альянс государств на всех этапах реализации этой программы. Благодаря работе национального комитета, рекомендуемые ВОЗ мероприятия адаптированы под особенности России. Это, в первую очередь, масштабы территории, неоднородная плотность населения, относительно низкий уровень платежеспособности населения и другие характеристики.

Основными тактическими задачами работы Российского комитета является выполнение мероприятий восьми целевых программ. По программе ликвидации устранимой детской слепоты проведена большая работа, направленная на раннюю диагностику, обеспечение технической базы и своевременное лечение врожденной и приобретенной патологии глаз. Наша медицинская промышленность не удовлетворяет современным требованиям по производству приборов и лекарственных средств. Подготовка кадров также остается серьезной проблемой.

Следующая программа – это ликвидация устранимой слепоты, связанной с рефракционными нарушениями. Продолжается внедрение системы мероприятий по диагностике, профилактике зрительных расстройств, врожденной и осложненной миопии у детей.

Успех реализации программы по ликвидации катарактальной слепоты обусловлен практически повсеместным внедрением высокотехнологических методов хирургии катаракты с применением различного рода

В рамках форума прошел симпозиум Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS).

интраокулярных линз. В настоящее время производится около 450 тыс. операций по поводу катаракты в год. За последние 10 лет средний ежегодный прирост операций факосмульсификации повысился на 20%.

С целью освоения современных технологий в крупных офтальмологических центрах проводятся обучающие курсы с применением различных тренажеров, которые обеспечивают максимальное приближение учебного процесса к реальным хирургическим условиям. Такие центры есть в Москве, Казани. Это позволяет готовить высококвалифицированные кадры.

Программа по ликвидации слепоты, связанной с травмой органа зрения – это ключевая проблема, которая требует внедрения комбинированных операций, что предполагает очень высокое мастерство хирурга.

Внедряются новые методы хирургического лечения дистрофии роговицы, дающие высокий функциональный эффект. Успешно выполняется программа предупреждения устранимой слепоты, связанной с патологией роговицы и другими воспалительными заболеваниями глаз. Здесь активно внедряются новые, очень эффективные

препараты. Методы экспресс-диагностики некоторых вирусных заболеваний глаз позволяют приостановить развития патологического процесса на самом раннем этапе и предотвратить эпидемию.

Буквально революционные процессы за последние годы произошли в ликвидации устранимой слепоты, связанной с патологией сетчатки и зрительного нерва. Вводятся новые методы визуализации, применяются новые препараты и тончайшие хирургические технологии. Колоссальными темпами продвигается вперед лазерная техника. Появляются лазеры с желтым спектром излучения, которые позволяют работать на макулярной зоне. Меняются и подходы в хирургии. Используются хирургия малых разрезов. Значительно снизилась травматичность витрореетинальных оперативных вмешательств. Больные, которые ранее были обречены на слепоту, сегодня могут даже вернуться к трудовой деятельности.

Работа всех целевых программ проходит при поддержке межрегионального общественного организации «Ассоциация врачей-офтальмологов».

Проблем и задач остается много, офтальмологическое сообщество не останавливается на достигнутом. Сегодня недостаточно эффективно работает амбулаторно-поликлиническое звено. На начало 2012 года в поликлиническом звене было занято 8208 врачей, но этого недостаточно. В последнее время во многих регионах РФ наблюдается положительная тенденция притока кадров. Образовательная программа должна усовершенствоваться и быть более эффективной.

Уровень научных исследований в сфере российской офтальмологии в целом можно оценить как удовлетворительный.

Благодаря усилиям всех офтальмологов России, координирующим действиям Российского национального комитета, на сегодняшний день наша страна является полноценным участником программы ВОЗ по ликвидации устранимой слепоты. Постоянное участие российских специалистов в заседаниях в Женеве координирует деятельность, и это дает, безусловно, положительные результаты.

Есть все основания полагать, что состоявшийся на V Российском общенациональном офтальмологическом форуме доклад, дискуссии, обмен мнениями будут действительно способствовать повышению качества оказания офтальмологической помощи населению Российской Федерации.

Материал подготовила Лариса Тумар

Фото предоставлены Оргкомитетом конференции

# Профессор В.В. Нероев: «Сейчас наш взгляд на развитие ситуации в здравоохранении очень оптимистичный»

< стр. 3

— В последние дни основная программа Форума была представлена 5-ю сессиями: «Современные тенденции в оптико-реконструктивной хирургии роговицы», «Новое в патогенезе и лечении заболеваний сетчатки», «Диабетические поражения глаз», «Офтальмоонкология» и «Педиатрическая офтальмология». Также в этом году был проведен 21 спутниковый симпозиум по широкому спектру вопросов офтальмологии. Большой интерес участников Форума вызвала демонстрация «живой хирургии». Хирург Оганесян О.Г. виртуозно продемонстрировал FS-DSEK модификацию эндотелиальной кератопластики, а хирурги Андреев А.А. и Илюхин П.А. выполнили сложные витрореетинальные операции.

— На форум были приглашены известные зарубежные ученые. Сотрудничество с известными учеными помогает найти путь к развитию будущих новых направлений. Как складываются Ваши отношения с зарубежными коллегами?

— В Форуме приняли участие всемирно известные зарубежные ученые и офтальмохирурги: Аарон Чеховер (Израиль), Gábor Holló (Венгрия), Alon Harris (США), Pieter Good (Великобритания), Isabelle Aknin (Франция), Kostas Boboridis (Греция), Masayoshi Iwaki (Япония), Gerrit Melles (Нидерланды), Emrullah Taşindi (Турция), François Majo (Швейцария), Werner Bernau (Швейцария), Victor Chong (Великобритания), Martine Jager (Нидерланды), Sarah Coupland (Великобритания), Theodora Hadjistilianou (Италия), Clare Gilbert (Великобритания), Graham Quinn (США), Emmanuel Boures (Франция), Mohamad Farook Mohamad Ahmad (Катар) и Ioahim Finger (Германия).

Наши гости традиционно отмечают высокий научный и организационный уровень мероприятия, с интересом посещают все основные и сателлитные секции. Обмен опытом с нашими зарубежными коллегами позволяет идти в ногу с новейшими мировыми достижениями в офтальмологии, совместно развивать перспективные направления диагностики и лечения заболеваний глаз.

Следует отметить конструктивный диалог по развитию сотрудничества в научной и образовательной среде по проблемам офтальмоонкологии Martine Jager (Нидерланды), Sarah Coupland (Великобритания) и ретинопатии недоношенных Clare Gilbert (Великобритания), Graham Quinn (США).

— В рамках конференции работала профильная комиссия по офтальмологии. Перечислите, пожалуйста, основные выводы комиссии.

— В рамках Форума состоялось очередное совместное заседание профильных комиссий по специальностям «Офтальмология» и «Детская офтальмология» при Экспертном совете Минздрава России. Ведущие офтальмологи из более чем 70 регионов России собрались для обсуждения актуальных проблем организации офтальмологической помощи населению страны.

Наибольший интерес и оживленную дискуссию вызвал доклад ректора Российской медицинской академии дополнительного образования, академика РАНН, главного внештатного специалиста города Москвы Мошетовой Л.К., посвященный послеузовскому и дополнительному образованию

врачей-офтальмологов. Докладчик провёл анализ современного состояния дополнительного образования врачей-офтальмологов в РФ, ознакомил присутствующих с соответствующей законодательной базой. Принцип непрерывности послеузовского образования должен обеспечить высокое качество подготовки кадров в системе офтальмологической службы России. Учитывая специфику нашей специальности, в докладе убедительно обоснована необходимость увеличения продолжительности обучения в ординатуре по специальности «Офтальмология» до 3 лет.

В докладе руководителя отдела глаукомы МНИИ ГБ им. Гельмгольца, профессора Киселевой О.А. представлены результаты исследования эпидемиологических особенностей первичной открытоугольной глаукомы в Российской Федерации. Динамика заболеваемости глаукомой за последние годы изучена в 37 субъектах РФ, проанализированы 11 108 амбулаторных карт. Детально обсуждена оптимальная схема взаимодействия офтальмологических учреждений всех уровней в процессе оказания помощи пациентам с глаукомой.

Практический интерес представил доклад Коротких С.А., который поделился опытом своей многолетней работы в качестве главного внештатного специалиста офтальмолога Уральского Федерального округа.

— Что нового появилось в нашей отрасли медицины? Я имею в виду новые препараты или может быть медицинские приборы.

— На сегодняшний день значительно повысился уровень материально-технического обеспечения офтальмологических учреждений России. Достижения отечественной офтальмологической науки и практики, внедрение высокотехнологичных методов лечения заболеваний глаз привели к тому, что многие крупные офтальмологические клиники России соответствуют по качеству оказываемой помощи международному уровню. Микронвазивные технологии с использованием ультразвуковой и лазерной энергии прочно вошли в повседневную хирургическую практику. Произошел прорыв в технологиях визуализации и диагностики. Активно используются сканирующие лазерные офтальмоскопы (позволяющие проводить съемку в различных режимах), лазерные томографы, биомикроскопы с возможностью визуализации структур на клеточном уровне, резко возрос уровень ультразвуковой диагностики. Значительно повысилось качество оснащения не только офтальмологических центров, но и небольших стационаров и учреждений амбулаторной офтальмологической помощи.

— Думаю всем понятно, почему такой представительный форум прошел в Москве при непосредственном участии ФБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца». Но вот если говорить в целом о современной медицине, в чем ценность такого мероприятия?

— Как Ваше ведущее учреждение страны делится профессиональным опытом с регионами?

— Форум стал традиционной ежегодной встречей офтальмологов самых разных регионов России, специалистов стран СНГ и ведущих зарубежных ученых. Отрадно отметить, что количество участников

Форума уже не первый год превышает 1000 человек. Ведь это своего рода отчет о проделанной работе, широчайший обмен опытом, знакомство с самыми передовыми технологиями в отрасли и совместный поиск путей дальнейшего развития. На Форуме обсуждаются не только сугубо офтальмологические вопросы, но и социально значимые проблемы всего здравоохранения (диабет, реабилитация недоношенных и т.п.). Вот почему активное участие в Форуме принимают специалисты других отраслей медицины: педиатры, неонатологи, эндокринологи, невропатологи, онкологи и др. Особенностью нашего Форума также является обсуждение и разработка основных направлений организации офтальмологической помощи населению.

Как мы делимся профессиональным опытом с регионами? Наиболее интересные разработки наших специалистов освещаются в докладах на научно-практических конференциях, в научных публикациях, лекциях и практических занятиях. Со своими наработками мы знакомим слушателей курсов повышения квалификации специалистов на кафедре глазных болезней факультета дополнительного образования «МГМСУ» и «МНИИ ГБ им. Гельмгольца», врачи проходят

стажировку на рабочем месте, проводят выездные обучающие курсы. Офтальмологи, прошедшие обучение у нас, делятся приобретенным опытом с коллегами на местах. Кроме того, издаются медицинские технологии, которые внедряются в регионах страны.

— Владимир Владимирович! Мой последний вопрос адресован Вам как главному специалисту офтальмологу Министерства здравоохранения РФ.

Система здравоохранения переживает достаточно сложный период модернизации, которая подразумевает не только укрепление материально-технической базы учреждений, но и новую оценку качества предоставляемых услуг и перестройку системы ОМС, переход на новые взаимоотношения всех субъектов медицинского страхования. Что предстоит сделать по достижению поставленных целей?

— В связи с принятием Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и реализации программ модернизации здравоохранения регионов, как Вы правильно заметили, оценка качества предоставляемых медицинских услуг вышла на качественно новый уровень.

— Владимир Владимирович! Спасибо, что в столь напряженное время Вы нашли возможность ответить на вопросы редакции.

Беседа велла Лариса Тумар

**ALLERGAN**  
ophthalmology

**Ганфорт** **Альфаган®P**

**Ваша цель:** Контроль глаукомы и предотвращение прогрессирования заболевания<sup>1</sup>

**Наши возможности:** Инновационный спектр эффективных препаратов для контроля глаукомы<sup>2,3</sup>

Сообщения о нежелательных явлениях следует отправлять в адрес компании ООО «Аллерган СНГ САРЛ» Россия по телефону +7 (495) 778-98-25 или по электронной почте: MW-MedInfo@Allergan.com. Телефонный центр: 8-800-250-98-25 (бесплатно по России).

Ганфорт® (бетаадренергический блокатор) 0,1% и 0,2% капли глазные, 5 мл/мл, капли глазные – ЛСР-007778/10. Алфаган® Фармасьютикалз Айрленд, Ирландия. Алфаган® P (бетаадренергический блокатор) 0,15% капли глазные – ЛСР-008982/10. «Аллерган, Инк. США. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению ООО «Аллерган СНГ САРЛ»: Российская Федерация, 109004, г. Москва, ул. Станиславского, дом 21, строение 2, тел.: +7 (495) 974 03 53, www.allergan.com

1. EGS Guidelines, III Edition, 2008.  
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Алфаган® P ЛСР – 008990/10  
3. Инструкция по медицинскому применению препарата Ганфорт® ЛСР – 007278/10  
RU/0030/2012

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе I Международного офтальмологического симпозиума «Витрореетинальная хирургия при открытой травме глаза»

Симпозиум состоится 15 ноября 2012 года

Место проведения: «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова» МЧС России

Адрес: С-Петербург, ул. Оптиков, дом 54.

Подобная информация: [www.kmc-medicina21.narod.ru](http://www.kmc-medicina21.narod.ru)







# Послойная автоматизированная кератопластика с применением микрокератома ALTK фирмы Moria: технология и клинические результаты

## Сателлитный симпозиум

Организатор — компания «Трейдомед Инвест»

Модератор симпозиума: к.м.н. Алексей Николаевич Ульянов — заведующий отделением оптических методов коррекции зрения (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Екатеринбург)

Эксперты:

Фредерик Гули (F. Giuli) — региональный менеджер компании Moria;

Иван Владимирович Дроздов — врач-офтальмолог, ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва)

Moria — одна из самых известных компаний в мире по производству различных медицинских инструментов и оборудования для офтальмологии.

Moria — всегда принимала активное участие в разработке продукции на главных этапах развития офтальмологической науки.

Moria — пионер и лидер в производстве оборудования для кератопластики. Более 90% рынка оборудования для кератопластики — это Moria. Внедрение таких методов, как Hanna Trepheine, ALTK (автоматизированная ламеллярная кератопластика), DSAEK стало возможным благодаря французскому производителю. Технологию DSAEK уже более 5 лет. Компания Moria всегда стремится делать что-то новое, и ей это удается, прежде всего, благодаря сотрудничеству с известными хирургами.

### «Современная технология послойной пересадки роговицы: ультратонкий DSAEK»

Эксперт — Фредерик Гули

В настоящее время наблюдается революция в кератопластике: до сих пор во многих случаях используется проникающая кератопластика, ручная задняя послойная кератопластика, автоматизированная методика DSAEK. Применяется также и новая технология DMEK, которая предполагает пересадку десцеметовой мембраны с эндотелием. Для таких состояний, как дистрофия Фукса, естественным является переход к ультратонкому DSAEK или UT-DSAEK.

Использование методики UT-DSAEK обеспечивает меньшую травматичность, нет необходимости накладывать швы. Время восстановления уменьшилось с 12 месяцев до 1 месяца и менее в зависимости от исходного состояния роговицы. Время операции осталось прежним, а сама процедура стала проще в связи с использованием микрокератома.

Методика DSAEK — это большой прорыв в хирургии роговицы, однако попытка сделать технологию еще более совершенной привела к созданию методики DMEK. Сегодня широко применяются различные варианты DMEK, которые сводятся к имплантации только десцеметовой оболочки, что обеспечивает лучшие функциональные результаты, более быстрое восстановление по сравнению с методикой DSAEK. Между тем методика DMEK предполагает более сложное хирургическое вмешательство, более сложный процесс подготовки донорского лоскута, что связано с возможными микроперфорациями и потерей донорской ткани, приводящей к несостоятельности трансплантата. Это стимулировало интерес к разработке методики DSAEK с более тонким трансплантатом.

Оценивая новейшую методику, итальянский хирург Массимо Бузин (Massimo Busin) сказал, что «методика ультратонкого DSAEK не отличается от методики DMEK по скорости восстановления зрения; позволяет достичь остроты зрения 20/20 в большем проценте случаев, чем при DSAEK, при этом техника операции UT-DSAEK и подготовка донорского материала не сложнее, чем при DSAEK».

Что такое ультратонкий лоскут и для чего он нам необходим? Ультратонким можно считать лоскут толщиной в 100 мкм



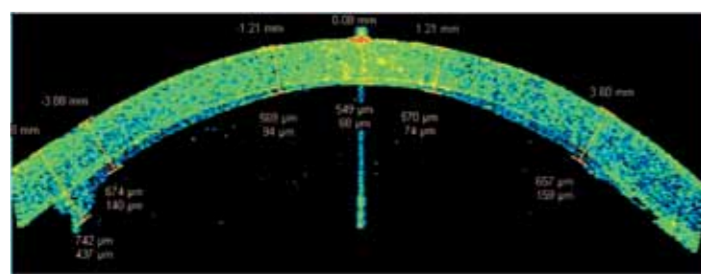
Консоль микрокератома Evolution 3E, Moria



Одноразовая искусственная камера Moria



Многоразовая искусственная камера Moria



Ультратонкий трансплантат, повторяющей форму задней поверхности роговицы



Фредерик Гули — региональный менеджер компании Moria, Франция; к.м.н. А.Н. Ульянов, заведующий отделением оптических методов коррекции зрения, ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Екатеринбург; Елена Беликова, менеджер по продукту, «Трейдомед Инвест», Москва; С.А. Сутягин, генеральный директор «Трейдомед Инвест», Москва; д.м.н. О.Г. Оганесян, ФГБУ Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца; И.В. Дроздов, ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Москва

±20 мкм, при этом методика подготовки донорского лоскута не отличается от методики при DSAEK. Хирурги и глазные банки могут легко перестроиться на методику ультратонкой DSAEK.

Стромальная основа лоскута позволяет хирургу проще манипулировать лоскутом, обеспечивает меньшую потерю эндотелиальных клеток, чем при методике DMEK. Известная сложность заключается в получении плоского ультратонкого лоскута с достаточной предсказуемостью.

Как известно, «традиционный» лоскут при методике DSAEK в центре тоньше, чем на периферии. Разница между центром и периферией составляет около 100 мкм. С уменьшением толщины периферической части при UT-DSAEK снижается рефракционный сдвиг после операции. Во время разработки новой методики также ставилась задача снижения риска перфорации и потери эндотелиальных клеток. Важно было также обеспечить простоту и быстроту подготовки лоскута и самой операции.

Для UT-DSAEK был разработан совершенно новый протокол, так называемая двухэтапная техника. Успех операции в первую очередь зависит от того, насколько точно хирург следует этому протоколу. «На моей практике, когда я присутствую на сеансах «живой» хирургии, во время демонстрационных показов на WetLab, если хирурги строго следуют протоколу, все идет хорошо. Когда хирурги начинают экспериментировать, менять уровень давления, скорость формирования лоскута, это неизбежно приводит к ошибкам», — подчеркнул Фредерик Гули.

Новый протокол подготовки донорской ткани предусматривает использование пахиметра. «Очень важно поддерживать стабильное давление в искусственной камере на уровне 90 мм рт.ст. Слишком низкое или слишком высокое давление приводит к проблемам». Как обеспечить стабильное давление на уровне 90 мм рт.ст.? По закону Паскаля, чтобы добиться давления в 90 мм рт.ст., необходимо держать емкость с BSS на уровне 1,2 м; перед каждым срезом проверяется уровень давления в камере, перед первым срезом проводится пахиметрия.

Для получения предсказуемого по толщине лоскута используется двухэтапная техника: на первом этапе лоскут срезается, как правило, головкой 300 калибра, на втором — дорезается после поворота

кольца искусственной камеры на 180°, то есть с противоположной стороны.

Перед первым срезом делается пахиметрия, и после этого выбирается калибр головки, которой будет сделан срез. Рекомендуется использовать головку 300 калибра. После этого направляющее кольцо искусственной камеры поворачивается на 180°, делается повторная пахиметрия, и калибр головки для второго среза выбирается, исходя из значений пахиметрии. Если остаточная толщина роговицы меньше 150 мкм, то второй срез не проводят. В остальных случаях для второго среза рекомендованы головки от 50 до 130 калибра. Следует также отметить, что первый срез делается в среднем за 4 секунды, а второй — гораздо медленнее, как минимум за 7 секунд. Оставшийся лоскут можно имплантировать больному. Методика имплантации не отличается от методики DSAEK, вмешательство проводится через разрез в 3,5 мм.

Фредерик Гули представил участникам симпозиума результаты, полученные итальянским хирургом Массимо Бузином. Около 60% пациентов имели остроту зрения 1,0. Через год до 1,0 зрение после UT-DSAEK восстановилось у 38% (после DMEK — у 41%), однако подготовка лоскута гораздо проще. Для сравнения: через год после проведения DSAEK зрение полностью восстановилось у 14% пациентов. Рефракционный сдвиг после ультратонкого DSAEK — аналогичный DMEK и гораздо меньший, чем при DSAEK, что объясняется тем, что имплантируемый лоскут практически в 2 раза тоньше. Процент потери эндотелиальных клеток сопоставим с DMEK, процент отторжения значительно ниже, чем при DSAEK.

Для проведения вмешательства по методике UT-DSAEK компания Moria предлагает тот же микрокератом и ту же турбину, что применяются при других методиках, при этом искусственная камера может быть и многоразовая металлическая. Moria также предлагает одноразовые искусственные камеры, которые специально адаптированы под эту методику, набор трубок, предназначенных для поддержания давления на уровне 90 мм рт.ст., набор из 5 калибровочных головок, а также одноразовые глайды и пинцеты.

Подводя итог, Фредерик Гули обратил внимание собравшихся на то, что методика UT-DSAEK по своей простоте сравнима с классическим DSAEK, при этом полученные результаты практически не отличаются от методики DMEK.

### «Задняя автоматизированная послойная кератопластика с формированием ультратонкого трансплантата: особенности техники и результаты»

Эксперт — врач-офтальмолог И.В. Дроздов

В головной организации МНТК «Микрохирургия глаза» ежегодно проводится около 500 кератопластик, из них чуть более трети операций по поводу первичной и вторичной дистрофии роговицы. В МНТК существует Глазной тканевой банк, на базе которого проводится подготовка донорского материала. Подготовительная работа заключается в постановке серологических проб, морфологической оценке, постановке адреналиновой пробы, подсчете плотности эндотелиальных клеток.

Методика UT-DSAEK применяется в московском МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» с начала 2009 года. Существующие на сегодняшний день техники формирования ультратонкого трансплантата роговицы для задней послойной кератопластики, такие как использование автоматизированного микрокератома, фемтосекундного лазера, а также применение модифицированных сред консервации, обладающих свойствами дегазации ткани роговицы с целью стандартизации ее толщины перед проведением манипуляций, обладают различной степенью безопасности и точностью.

Докладчик описал опыт использования автоматизированного микрокератома продольного типа Moria LSK classic для ультратонкой задней автоматизированной послойной кератопластики (ЗАПК). При этом для стандартизации уровень внутрикамерного давления был выбран на уровне 60 мм рт.ст., а апланационный диаметр высекаемого лоскута, равный 9 мм (использовалась искусственная камера фирмы Moria с возможностью изменения диаметра формируемого

лоскута). После каждого среза микрокератомом выполнялись исследования ультразвуковой пахиметрии и оптической когерентной томографии для оценки толщины и профиля среза.

Автор отметил, что в связи с небольшим количеством остаточной стромы утратой трансплантат является менее упругим и требует более деликатных манипуляций на всех этапах хирургии по сравнению со стандартным.

В свою очередь ультратонкий трансплантат задних слоев роговицы обладает хорошей адгезией, точно повторяет кривизну задней поверхности, что значительно снижает риск отслойки в послеоперационном периоде. Трансплантат не изменяет рефракцию, астигматически нейтрален, хорошо адаптируется при неравномерности задней поверхности роговицы (что особенно важно в случае выполнения ЗАПК при декомпенсации сквозного трансплантата). По данным конфокальной микроскопии при использовании ультратонкого лоскута наблюдается меньшее количество складок в зоне стромального контакта.

Автор привел клинические результаты послойной кератопластики, проведенной группе пациентов (41 человек) с первичной и вторичной дистрофией роговицы и с остротой зрения не более 0,2. Во всех случаях наблюдали прозрачное приращивание в сроки до 1 года, а средняя потеря эндотелиальных клеток составила в среднем 32%.

В заключение доклада автор отметил, что микрокератом продольного типа Moria LSK Classic при работе с донорской роговицей обеспечивает создание равномерного и предсказуемого по глубине среза, а техника ЗАПК с выкраиванием ультратонкого трансплантата является безопасной и эффективной, позволяет добиться высоких клинико-функциональных результатов в более короткие сроки по сравнению со стандартной методикой ЗАПК.

Стенограмма записи сделана во время XVIII Международного офтальмологического конгресса «Белые ночи», 29 мая 2012 г. Компания «Трейдомед Инвест» — эксклюзивный дистрибутор фирмы Moria (Франция) в России и странах СНГ www.tradomed-invest.ru / www.tradomed-invest.com / Тел./факс: +7 (495) 662 7866 / E-mail: info@tradomed-invest.ru

### «Первый опыт применения набора одноразовых головок СВ SU фирмы Moria для формирования ультратонкого лоскута при автоматизированной кератопластике»

Эксперт-модератор симпозиума — к.м.н. А.Н. Ульянов

Золотым стандартом в лечении эндотелиальной дистрофии роговицы является операция послойной кератопластики, в первую очередь, это автоматизированная эндокератопластика (DSAEK). Связано это с тем, что хирурги используют тоннельные разрезы, привычные для хирургии катаракты. Методика обеспечивает пациентом быстрое восстановление остроты зрения в ближайшем послеоперационном периоде (4-6 мес.), низкий уровень индуцированного астигматизма, низкий уровень осложнений, простоту выполнения, возможность проведения повторной операции.

История развития методик началась в 1993 году, когда доктор Gerrit R.J. Melles впервые предложил метод глубокой послойной эндотелиальной кератопластики. В 2001 году впервые проведена эндотелиальная кератопластика с отслоением десцеметовой мембраны, в 2004 году — эндотелиальная кератопластика десцеметовой мембраны.

Развитие ультратонких трансплантатов связано, по мнению докладчика, с использованием интраоперационной пахиметрии. Ультратонкие трансплантаты необходимы для повышения визуальных результатов. Острота зрения 1,0 в 75% случаев достигается при применении трансплантатов толщиной менее 131 мкм.

Ультратонкий лоскут уменьшает гиперметропический сдвиг, крайне мал индуцированный астигматизм.

На сегодняшний день существует две техники формирования ультратонкого трансплантата: техника, представленная д.м.н.,

профессором Б.Э. Малюгиным (ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова) — техника двух примерно равных срезов, при которой используются головки в 200 или 300 мкм для формирования тонкого среза; а также техника, представленная доктором Бузиным, когда первоначально выполняется основной более толстый срез, а после него — второй тонкий корригирующий.

В МНТК «Микрохирургия глаза» в Екатеринбурге используется техника, предложенная д.м.н., профессором Б.Э. Малюгиным. С 2010 года выполнено 212 операций.

Докладчик подробно остановился на технике формирования ультратонкого трансплантата с использованием набора одноразовых CBSU головок Moria, представленного компанией «Трейдомед Инвест». Ультратонкая эндокератопластика — это техника двух срезов. Первый срез выполняется головкой 300-350 мкм, второй срез — 50-130 мкм. Очень важно контролировать ВГД, которое должно равняться 90 мм рт.ст., необходимо обеспечить постоянную ирригацию микрохирургических систем. Второй срез делается в противоположном направлении.

Скорость реза должна равняться 4-7 секундам. Медленный рез дает более толстый срез, быстрый — более тонкий. Для первого среза остаточная строма должна соответствовать 200-250 мкм, для второго среза — около 100 мкм.

Основной вывод, сделанный докладчиком, заключается в необходимости строгого следования протоколу операции, предлагаемому компанией Moria.

Участники семинара, организованного компанией «Трейдомед Инвест», не только обсудили интересующие их проблемы, но и получили ответы на давно интересующие вопросы, а также приняли активное участие в обсуждении заявленной темы.

Остается пожелать всем успешного применения полученных рекомендаций в практической деятельности! ■

Материал подготовил Сергей Тумар

## Новинки от издательства «Апрель»

В сентябре 2012 года ООО «Издательство «Апрель» выпустило в свет серию пособий по глаукоме, предназначенную для врачей, интернов и клинических ординаторов. Тематика брошюр была продиктована актуальностью проблем. В подготовке издания приняли участие известные российские офтальмологи.



### Цифровые технологии в дистанционном обучении в офтальмологии

Рычев В.П., Новиков И.А., Бурсов А.И.

В пособии, предназначенном для офтальмологов и организаторов здравоохранения, представлены современные подходы к созданию наиболее рациональных, экономически мало затратных медицинских технологий, основанных на использовании дистанционных телекоммуникаций. Подробно излагаются достоинства телемедицины, позволяющей организовать телеконсилиумы, конференции, создать удаленные диагностические рабочие места, оптимизировать обучение специалистов.

ISBN 978-5-905212-10-9



### Интраокулярные офтальмогипертензии

Волков В.В.

Методическое пособие в формате лекции рассчитано на широкий круг специалистов, занимающихся офтальмологией, нейроофтальмологией, офтальмофизиологией. Рассматриваются важнейшие вопросы, касающиеся глазной гидродинамики и гидростатики, взаимоотношения интраокулярной офтальмогипертензии с глаукомой и ишемическими оптическими нейропатиями. Дается критика современных представлений о целевом давлении, обсуждаются вопросы явной и скрытой офтальмогипертензии.

ISBN 978-5-905212-13-0



### Современные представления о «compliance» при первичной глаукоме

Алексеев В.Н., Малеванная О.А.

В предлагаемом читателю материале представлены современные взгляды на лечение первичной глаукомы. Излагаются тактические подходы к назначению медикаментозных средств гипотензивного действия и всесторонне рассматривается комплекс вопросов с точки зрения комплексности, включающего многие факторы: приверженность пациента лечению, оценку эффективности терапии и ее влияния на качество жизни больного и т.п. Особое внимание уделяется мониторингу больных глаукомой.

ISBN 978-5-905212-14-7



### Межокулярная асимметрия тонометрических и биоретиниметрических параметров в ранней диагностике первичной глаукомы

Страхов В.В., Ермакова А.В.

Пособие содержит результаты исследований, касающихся асимметрии тонометрических и ретинотомографических показателей в норме и при первичной глаукоме. Авторы подчеркивают диагностическую важность асимметрии параметров в диагностике и мониторинге глаукомы.

ISBN 978-5-905212-15-4



# Возможности ультразвуковой биомикроскопии при эндотелиальном иридокорнеальном синдроме

С.Э. Аветисов, А.Р. Амбарцумян

ФГБУ «НИИГБ» РАМН, Москва

В 1990 г. для прижизненного обследования переднего отрезка глаза Charles Pavlin с соавторами разработали метод высокочастотной ультразвуковой биомикроскопии (УБМ), который, однако, применяется в клинической практике недостаточно широко не только из-за ограниченной доступности оборудования нового поколения, но и в связи с дефицитом информации о потенциальных возможностях его использования. Настоящее сообщение посвящено одной из многочисленных областей применения этого метода.

Как известно, глаз – один из самых визуализируемых органов. Во-первых – благодаря анатомо-топографическим преимуществам. А во-вторых, визуализации способствуют рутинные и специальные диагностические методы, которые развиваются и совершенствуются (слайд 1). В переднем отрезке есть хорошо визуализируемые и

трудно визуализируемые структуры. К последним относятся структуры, образующие заднюю камеру глаза, так называемые «немые» зоны, для визуализации которых используются циклоскопия и эндоскопия, которые не всегда осуществимы в силу известных причин.

Метод ультразвуковой биомикроскопии имеет преимущество перед всеми существующими методами, благодаря тому что дает возможность прижизненно визуализировать все анатомические структуры переднего отрезка, в том числе и в условиях снижения прозрачности оптических сред.

Ультразвуковое исследование как способ диагностики в офтальмологии используется с 50-х годов прошлого века. Современная техника позволяет получать ультразвуковые колебания различной частоты и интенсивности (слайд 2). Согласно законам физики, чем больше частота излучаемого ультразвука, т.е. чем меньше длина волны, тем больше разрешающая способность ультразвукового аппарата. При этом по мере увеличения частоты излучателя значительно уменьшается зона визуализации сканируемых

структур. Высокочастотное сканирование в диапазоне от 35 до 100 МГц, которое лежит в основе ультразвуковой биомикроскопии, дает возможность визуализации значительно меньшей зоны в сравнении с традиционным В-сканированием – это только передний преэкваatorialный отрезок глаза – от 2 до 15 мм. Зато высокая разрешающая способность обеспечивает визуализацию с микроскопическим разрешением, как при световой биомикроскопии – поэтому авторами для обозначения метода был предложен термин «ультразвуковая биомикроскопия».

Таким образом, УБМ обеспечивает визуализацию следующих анатомических структур: конъюнктиву, роговицу, эписклеру и склеру, радужку, хрусталик со связочным аппаратом, цилиарное тело (pars plicata, pars plana), периферическая (преэкваatorialная) часть сосудистой оболочки и сетчатки, передний отдел стекловидного тела, задняя камера, а также придаточный аппарат глаза (веки, пальпебральная часть слезной железы и т.д.).

УБМ применяется в диагностике патологических состояний переднего отрезка и придаточного аппарата глаза, проявляющихся нарушениями анатомической структуры. Поэтому метод используется для оценки состояний, которые мы условно разделяем на индуцированные воспалительными, опухолевыми, дистрофическими, пролиферативными процессами и травмой, для анализа результатов различных хирургических вмешательств, визуализации переднего отрезка при снижении прозрачности оптических сред и при комбинированных поражениях. Целью настоящего исследования была оценка возможностей УБМ в диагностике и мониторинге различных типов иридокорнеального эндотелиального синдрома (ИКЭС), являющегося одним из видов иридоцилиарных дистрофий.

Термин «иридокорнеальный эндотелиальный синдром» объединяет 3 варианта клинических манифестаций одного патологического процесса – это синдром Когана-Риза, прогрессирующая атрофия радужки и синдром Чандлера. Этиология заболевания не совсем ясна, существует лишь множество теорий на этот счет. Известно, что патологический механизм инициируется клетками заднего эпителия роговицы, мигрирующими через зону угла передней камеры на поверхность радужки.

Контракция мигрировавшей мембраноподобной ткани ведет к образованию иридокорнеальных синехий и гониосинехий, деформации зрачка, дефектам радужки (слайд 3). В финале прогрессирования синдрома у большинства пациентов развивается вторичная рефрактерная глаукома.

Типичные пациенты – молодые женщины, как правило, в процесс вовлекается один глаз. Несмотря на характерные патологические изменения роговицы и радужки (слайд 4), диагностика в некоторых случаях может быть затруднительна. Из 29 пациентов с иридокорнеальным эндотелиальным синдромом, обратившихся к нам за последние 6 лет, в 25 случаях заболевание было диагностировано нами впервые. Причиной ошибочной и/или несвоевременной диагностики, с одной стороны, является отсутствие настороженности у врача ввиду относительной редкости заболевания, а с другой – вариативность клинической картины, которая может напоминать другие патологические состояния с похожими изменениями переднего отрезка глаза.

Ультразвуковую биомикроскопию проводили по стандартной методике с применением трех алгоритмов сканирования в сериальном и цветном режимах. Критериями оценки служили рельеф поверхности, рефлексивность, гомогенность, количественные параметры и пространственные взаимоотношения анатомических структур (слайд 5).

Патологические изменения в области УПК оставались анатомически открытой. Следует отметить, что при гониоскопии в таких случаях невозможно оценить состояние УПК. Из-за иридокорнеальных синехий профиль радужки был несимметричен, можно было оценить степень деформации и эктопии зрачка, изменялась позиция радужки – она была смещена от фронтальной плоскости, в тангенциальной проекции имела мостовидный профиль, объем передней камеры был уменьшен, объем задней – увеличен (слайд 7).

Атрофию радужки различной степени наблюдали у всех пациентов: в ряде случаев это выглядело как истончение профиля радужки (в 1,5-2 раза), сглаженность рельефа поверхности. А при наличии иридокорнеальных синехий радужка выглядела угловатой, но гипорефлективной.

При каждом варианте ИКЭС есть преобладающие клинические симптомы и УЗ-признаки. Проанализируем их на конкретных примерах.

Пациентка с синдромом Когана-Риза на протяжении 15 лет наблюдалась в офтальмологических учреждениях с диагнозами: «травматическая эктопия зрачка левого глаза», несмотря на отсутствие травмы в анамнезе, и «опухоль радужки» (слайд 8).

При зеркальной микроскопии из-за отчетности ядер задней эпителии роговицы имел вид шагреновой кожи (слайд 9). Это обстоятельство делало невозможным проведение традиционной пахиметрии, однако не являлось препятствием для измерения толщины роговицы методом УБМ. Как и ожидалось, было обнаружено увеличение толщины роговицы (в цифрах – на 300 мкм). На сканограммах радужки имела неправильный асимметричный профиль. На темпоральной стороне она была максимально растянута (6,5 мм), на назальной стороне укорочена, истончена, визуализировали гониосинехии, в зоне УПК – мембраноподобную ткань. Для синдрома Когана-Риза характерно формирование узелков и неусов на передней поверхности радужки. На сканограмме в зоне такого неуса видим локальное увеличение толщины радужки с усилением рефлексивности, здесь же – иридокорнеальная синехия. В зоне выворота пигментной каймы зрачка визуализировали переход гиперрефлектирующей полосы пигментного листка через зрачковый край на переднюю поверхность радужки.

На 6 часах была выявлена киста цилиарного тела, что в целом характерно для иридоцилиарных дистрофий, к которым относится ИКЭС.

Таким образом, проведение УБМ подтвердило наши догадки о том, что у пациентки имеет место ИКЭС, и позволило исключить сомнения об опухолевой или иной природе патологических изменений.

Для подтверждения диагноза и детального исследования изменений в роговице нами была проведена послыная конфокальная микроскопия роговицы (слайд 10). Этот метод позволяет проводить прижизненную визуализацию роговицы на клеточном уровне, оценить количество, форму и размер клеток всех слоев роговицы. В переднем эпителии значимых изменений не было выявлено. В строме определяли изменение пространственной ориентации кератоцитов и отчетность их ядер, с более плотной структурой. Но наиболее выраженные, основные изменения затрагивали задний эпителий, являющийся исходным элементом патологических изменений. Отчетность ядер изменяла рельеф эндотелия, и он приобрел вид шагреновой кожи (в зарубежной литературе еще описывают как поверхность мелко отечканного металла).

Синдром Чандлера (слайд 11). Превалирующим симптомом является отек роговицы; как правило, дисторсия зрачка и повышение ВГД выражены умеренно. При проведении УБМ привлекал внимание выраженный отек роговицы с повышением рефлексивности стромы и увеличением толщины в цифрах до 460 мкм. Визуализировали как локальные рельеф поверхности, рефлексивности, гомогенности, количественные параметры и пространственные взаимоотношения анатомических структур (слайд 5). Представленный случай интересен еще и тем, что патологический процесс был распространен и в заднюю камеру глаза – в небольшом секторе было видно отслоение пигментного листка радужки, 2-кратное увеличение толщины и деформация цилиарных отростков. Эта находка была возможна только благодаря УБМ.

При эссенциальной атрофии радужки (слайд 12), как ясно из названия, превалирующим симптомом является выраженная атрофия радужки вплоть до образования сквозных отверстий в ней. На сканограммах визуализировали редуцированные «остатки» прикорневых участков радужки, спаянных с роговицей по всей окружности. УБМ в представленном случае позволила оценить еще и состояние проксимальной части дренажной трубки, имплантированной в связи с тяжелой рефрактерной глаукомой.

Мониторинг пациентов с ИКЭС проводится с целью контроля ВГД. Лечение синдрома направлено на улучшение трофики тканей и компенсацию офтальмотонуса при вторичной глаукоме. Медикаментозная терапия часто оказывается неэффективной, а хирургическое лечение глаукомы затруднительно и рискованно, так как через дефекты в радужке процесс может распространиться на связки и передний отдел стекловидного тела. Так что прогноз заболевания неблагоприятный.

Роль УБМ в мониторинге пациентов с ИКЭС довольно значительна (слайд 13). 3 пациентам обследование было проведено повторно 2-3 раза через каждый год. При осмотрах в динамике сравнивали каче-

ственные и количественные характеристики полученных сканограмм с предыдущими. УЗ-исследование позволило объективно зафиксировать стабильность процесса у этих пациентов.

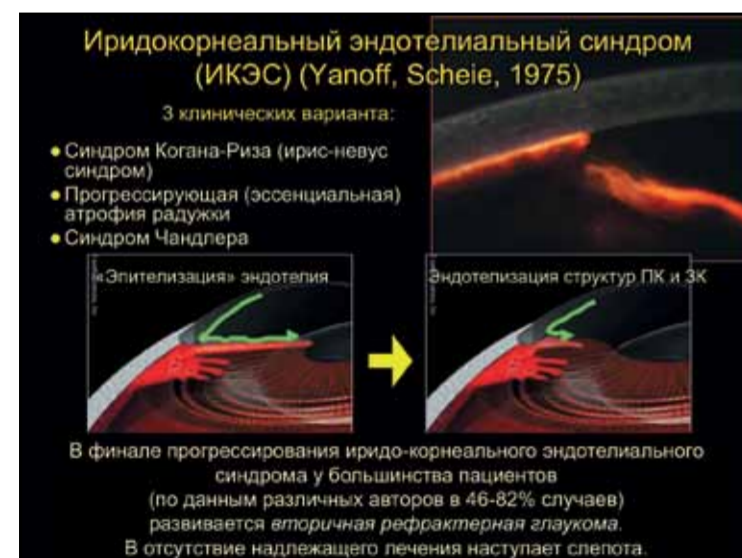
В дифференциально-диагностический ряд могут быть включены состояния, в клинической картине которых имеют место похожие изменения переднего отрезка глаза (слайд 14):

- во-первых, это могут быть опухоли иридоцилиарной области с дисторсией зрачка и выворотом пигментной каймы;
- состояния после перенесенного ирита или иридоциклита с формированием задних, а потом и передних синехий, деформирующих зрачок;
- травма, в том числе в результате неудачных хирургических вмешательств (например, при экстракции катаракты);
- синдром Ригера с гипоплазией переднего листка радужки, эмбриотоксомом, мезодермальными перемычками и вторичной глаукомой;
- различные врожденные аномалии – коллоба радужки, выворот пигментной каймы;

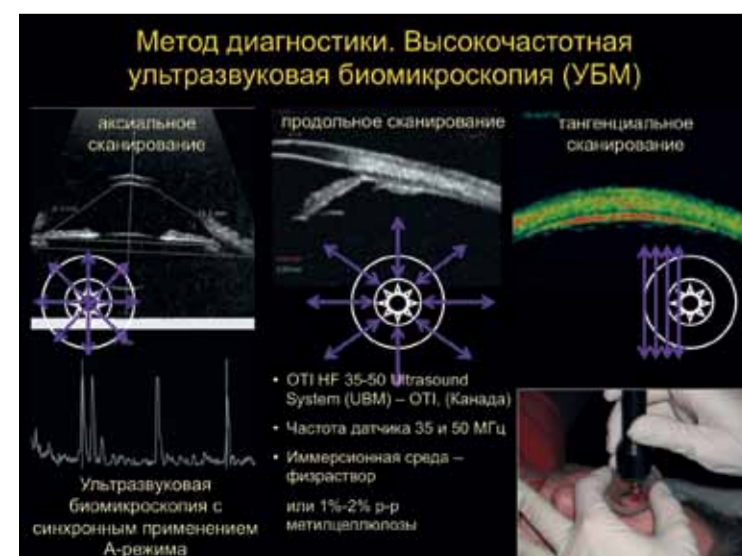
- иридошизис – с атрофией передней стромы и ее расщеплением на волокна;
- синдром глаукомоциклитических кризов или закрытоугольной глаукома после купирования острых приступов, когда имеет место атрофия радужки, могут появиться гониосинехии;
- другие патологические состояния с изменениями роговицы, например задняя полиморфная дистрофия роговицы, а также – дистрофия Фукса;
- киста пигментного эпителия радужки.



Слайд 1.



Слайд 3.



Слайд 5.

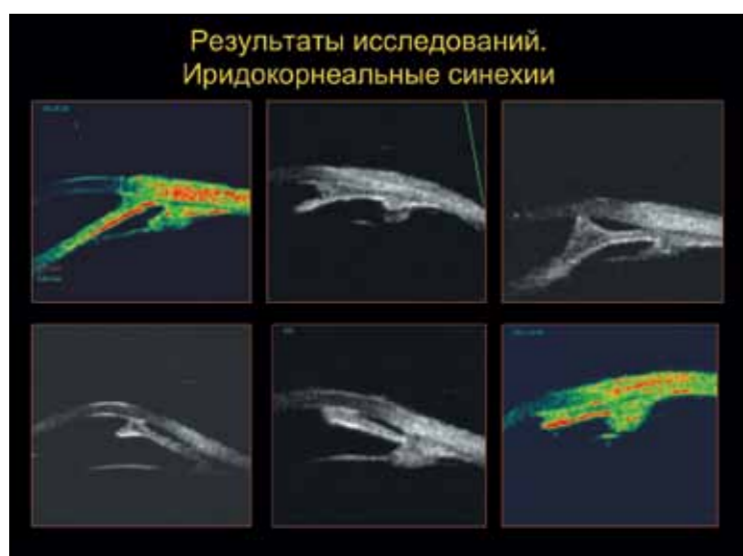
Ультразвуковые исследования в офтальмологии. А и В-режим

| Тип УЗ сканирования                        | Частота датчика | Разрешающая способность | Глубина визуализации |
|--|-----------------|-------------------------|----------------------|
| Традиционное ультразвуковое В-сканирование | до 10 МГц       | 1 мм - 600 мкм          | До 4-6 см            |
| Иммерсионное В-сканирование                | 20 МГц          | 300-200 мкм             | До 30 мм             |
| Ультразвуковая биомикроскопия (УБМ)        | 35-100 МГц      | 60-15 мкм               | 15-2 мм              |

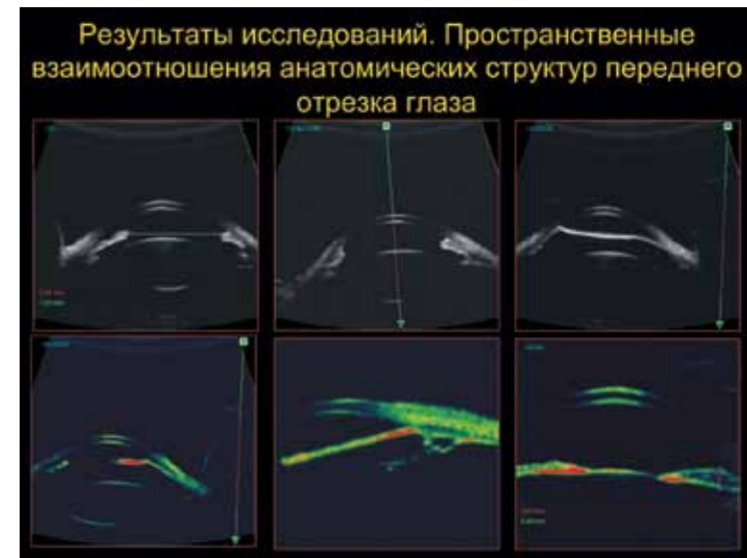
Слайд 2.



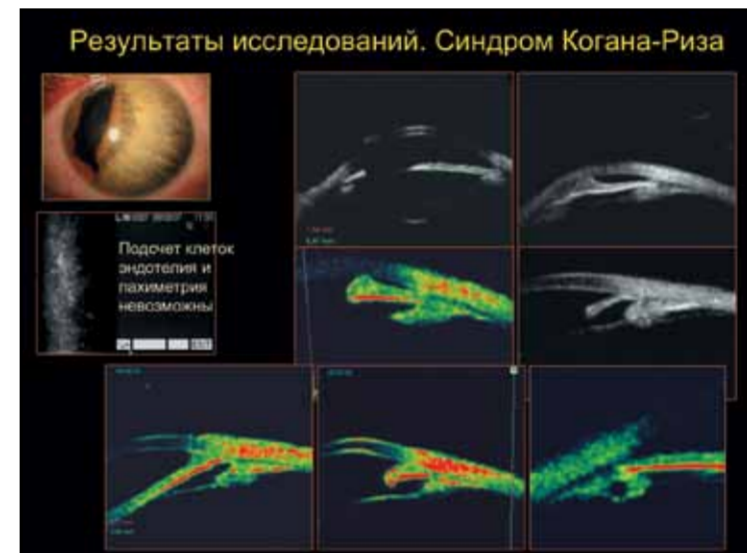
Слайд 4.



Слайд 6.



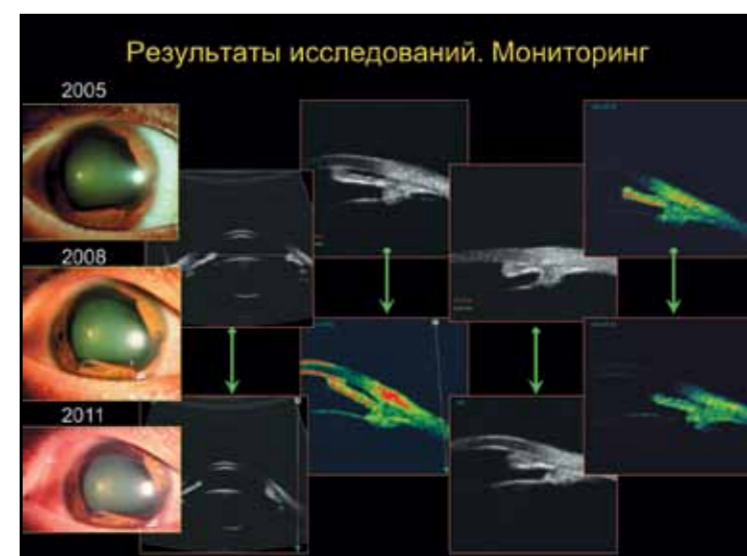
Слайд 7.



Слайд 9.



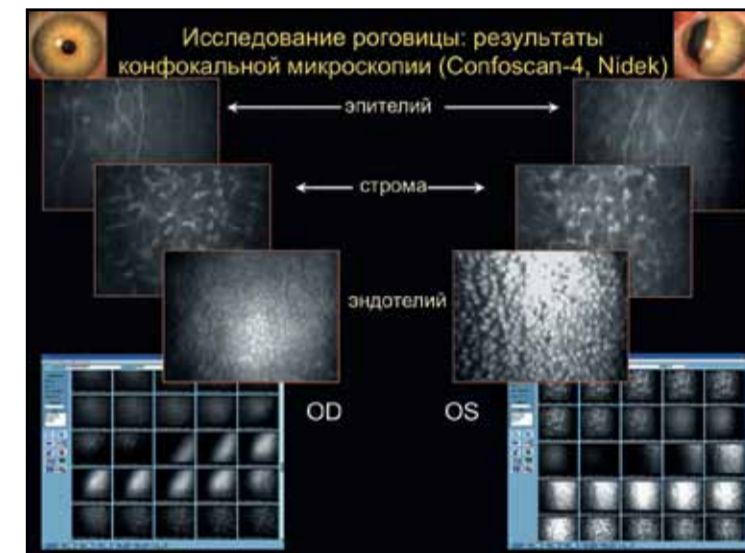
Слайд 11.



Слайд 13.



Слайд 8.



Слайд 10.



Слайд 12.



Слайд 14.



Мы предлагаем следующий алгоритм исследования при первичной диагностике и мониторинге пациентов с иридокорнеальным эндотелиальным синдромом. Особое внимание следует обращать на тщательный сбор анамнеза, позволяющий уточнить многие нюансы клинического течения заболевания. Известные базисные методы диагностики (биомикроскопия, тонометрия, топография, периметрия, ЭФИ, зеркальная микроскопия) направлены на выявление изменений в роговице, дренажной системе глаза и радужке.

Для более детального исследования и проведения дифференциальной диагностики предназначены специальные методы, такие как УБМ и конфокальная микроскопия, ценность которых при этой патологии очевидна.

И наконец, поскольку клиническое развитие болезни имеет прогрессирующий характер и картина переднего отрезка глаза меняется, для мониторинга очень ценна фоторегистрация.

Таким образом, резюмируя полученные результаты, можем заключить, что:

1) анализ сканограмм пациентов (рельефа профиля поверхности, рефлексивности, гомогенности, количественных параметров и пространственных взаимоотношений анатомических структур) при ИКЭС, основанный на УБМ, обеспечивает объективную и достоверную визуализацию патологически измененного переднего отрезка глаза;

2) благодаря возможности визуализации пространственных взаимоотношений структур переднего отрезка глаза высокочастотная УБМ позволяет не только оценить степень патологических изменений, индуцированных ИКЭС, но и провести дифференциальную диагностику с другими нозологическими состояниями, имеющими схожую клиническую картину;

3) во избежание диагностических ошибок и для объективизации динамического наблюдения при иридокорнеальном эндотелиальном синдроме (в том числе после хирургического лечения) УБМ (наряду с рутинными методами диагностики, гониоскопией и конфокальной микроскопией роговицы) должна быть включена в алгоритм обследования пациентов. ■

## ХИЛОМАКС-КОМОД®

раствор увлажняющий офтальмологический для лечения хронического и тяжелого течения ССГ (синдрома «сухого глаза»), для ускорения регенерации тканей в послеоперационном периоде



Максимальное увлажнение для Ваших глаз!

- Повышенная концентрация гиалуроновой кислоты 0,2%
- Значительное увеличение вязкости раствора Хиломакс-Комод для более интенсивного и длительного увлажнения
- Многоразовое использование, отсутствие консервантов (система «Комод»)



URSAPHARM Arzneimittel GmbH

УРСАФАРМ Арцнайmittel ГмБХ: 107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Для корреспонденции: 129110, Москва, а/я 5. Тел./факс: (495) 684-34-43. www.ursapharm.ru E-mail: ursapharm@ursapharm.ru

УРСАФАРМ Арцнайmittel ГмБХ: 107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Для корреспонденции: 129110, Москва, а/я 5. Тел./факс: (495) 684-34-43. www.ursapharm.ru E-mail: ursapharm@ursapharm.ru

## ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

# Противомикробное средство Офтоципро®



полирезистентных, штаммов микроорганизмов. Класс хинолонов включает две основные группы препаратов, принципиально различающихся по структуре, активности, фармакокинетике и широте показаний к применению: нефторированные хинолоны и фторхинолоны.

Фторхинолоны, разрешенные для клинического применения с начала 80-х годов (II поколение), отличаются широким спектром антимикробного действия, включая стафилококки, высокой бактерицидной активностью и хорошей фармакокинетикой, что позволяет применять их для лечения инфекций различной локализации.

Высокая бактерицидная активность фторхинолонов позволила разработать для ряда препаратов (ципрофлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин, норфлоксацин) лекарственные формы для местного применения в виде глазных и ушных капель, мазей.

Офтоципро® – противомикробное средство из группы фторхинолонов (действующее вещество – ципрофлоксацин) для местного применения в офтальмологии. Механизм действия заключается в подавлении бактериальной ДНК-гиразы, нарушении синтеза ДНК, роста и деления бактерий; вызывает выраженные морфологические изменения (в т.ч. клеточной стенки и мембран) и быструю гибель бактериальной клетки.

Действует бактерицидно на грамотрицательные организмы в период покоя и деления (т.к. влияет не только на ДНК-гиразу, но и вызывает лизис клеточной стенки), на грамположительные микроорганизмы – только в период деления. Повышает проницаемость клеточной оболочки бактерий.

Резистентность развивается крайне медленно, поскольку с одной стороны, после действия Офтоципро® практически не остается персистирующих микроорганизмов,

а с другой – у бактериальных клеток нет ферментов, инактивирующих его.

Офтоципро® – глазная мазь с более высокой биодоступностью действующего вещества за счет микроstructures (размер частиц меньше 10 микрон), что обеспечивает хорошее проникновение в ткани и среды глаза.

Хорошие адгезивные свойства Офтоципро® обеспечивают длительный защитный лечебный слой на пораженной области слизистой оболочки и надежный противомикробный эффект.

Применяется при инфекционно-воспалительных заболеваниях глаз, вызванных чувствительными микроорганизмами (острый и подострый конъюнктивит, блефарит, блефароконъюнктивит, кератит, кератоконъюнктивит, бактериальная язва роговицы, хронический дакриоцистит, мейбомит, инфекционные поражения глаза после травм или попадания инородных

тел), для пред- и послеоперационной профилактики инфекционных осложнений в офтальмохирургии.

Полоску мази длиной 1-1,5 см закладывают за нижнее веко пораженного глаза 3 раза в день в течение 2-х суток. Затем в течение 5 дней применяют препарат 2 раза в день. В случае развития тяжелого инфекционного процесса мазь закладывается каждые 3-4 часа, по мере уменьшения явлений воспаления уменьшают частоту применения препарата. Курс лечения не должен превышать 14 дней. Для введения мази следует осторожно оттянуть нижнее веко вниз и, слегка нажав на тюбик, ввести в конъюнктивальный мешок полосу мази. Затем медленно отпустить веко и прижать его с помощью ватной палочки или ватного тампона в течение 1-2 минут. После этого следует закрыть глаза в течение 1-2 минут.

www.tatpharm.ru

Оборудование для кабинетов коррекции зрения

### Автокератометр KR-1

**NEW**

- Полностью автоматическое измерение правого и левого глаза
- Цветной сенсорный экран с изменяемым углом наклона устанавливается в максимально удобное для доктора положение
- Новый компактный и эргономичный дизайн
- Стабильные и точные измерения с помощью технологии Topcon's Rotary Prism

Московское представительство фирмы Торсон  
«Тайрику Трейдинг Ко., Лтд.»  
Тел: (499)-237-19-26, 237-18-82, (495)-931-99-48  
Факс: (495)-931-99-47, www.tairiku.info avini@co.ru

### ГИДРОФИЛЬНАЯ ИНТРАОКУЛЯРНАЯ АКРИЛОВАЯ ЛИНЗА OPTIMED®

- Высокая чистота поверхности
- Импламентация через разрез 2,2 мм
- Надежная фиксация в капсульном мешке
- Идеальная биосовместимость
- Предотвращает возникновение дисфотопсий

### РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ

- Вискозластик
- Скальпели микрохирургические
- Система имплантации ИОП (инжектор, картридж)
- Трипановый синий

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

**ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА**

# Рибофлавин в сочетании с UV-A облучением в лечении заболеваний роговицы

М.М. Бикбов

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»

Кросслинкинг – это образование дополнительных химических связей между белками и другими крупными молекулами, которые приводят к тому, что ткани становятся более сильными и устойчивым к распаду. Приведу лишь несколько примеров: на протяжении многих тысяч лет человек использует принцип кросслинкинга при выделке и дублении кож, египтяне с помощью кросслинкинга добивались сохранности человеческого тела в течение тысячелетий. Примером кросслинкинга может служить и гусь, приготовленный к новому году празднику. Шланг, который мы оставляем в своем саду под солнцем начинает «дубеть» – это еще один пример кросслинкинга только уже неорганических тел.

В медицине достаточно широко используется химический кросслинкинг. Примеры, которые относятся к офтальмологии, это – полимеризация материалов для изготовления контактных и интраокулярных линз, достаточно широко принцип кросслинкинга используется в стоматологии для упрочнения заполняющих материалов. Примером естественного кросслинкинга является изменение подвижности суставов, межпозвоночных дисков, появление глубоких морщин, с возрастом сосуды становятся менее гибкими и прочными. Всем офтальмологам известен пример кросслинкинга белков хрусталика, который вызывает постепенную потерю прозрачности хрусталика и в конечном итоге развитие катаракты. Все мы понимаем, что старение организма – это постепенный кросслинкинг белков и молекул нашего организма. И, конечно, вполне можно понять желание человечества, особенно его прекрасной половины, остановить кросслинкинг и предотвратить старение. В нашем организме существует единственная ткань, роговица, у которой особый состав белков, делающий роговицу прозрачной. Ряд исследователей пришли к выводу, что если использовать процесс обратный омоложению, то есть ускоренного старения роговицы, то возможно остановить прогрессирование таких сложных заболеваний, как эктазия роговицы.

Первые исследования в изучении возможности биологического укрепления коллагена роговицы были начаты еще в 90-х годах, и к настоящему времени разработана наиболее эффективная и безопасная техника кросслинкинга (поперечного склеивания) роговичного коллагена, основанная на эффекте фотополимеризации стромальных волокон под воздействием фоточувствительной субстанции (раствор рибофлавина) и низких доз ультрафиолетового излучения. Под влиянием ультрафиолетового излучения рибофлавина происходит усиление поперечных внутримолекулярных связей роговичного коллагена, с образованием димеров из двух альфа-цепей без деградации коллагеновых белков. Было выявлено, что наиболее оптимальная длина волны для ультрафиолетового излучения составляет 370 нм, которая является пиковой для абсорбции рибофлавина. Под воздействием ультрафиолетового

облучения, в присутствии рибофлавина, начинают образовываться свободные радикалы, синглетный кислород, который вызывает образование поперечных связей между молекулами коллагена.

Идея разработки клинического применения этого метода заключалась во временном приостановлении прогрессирования кератоконуса и других эктатических заболеваний роговицы за счет склеивания коллагеновых фибрилл и повышения биомеханической стабильности роговицы. Были проведены серии опытов и были получены очень интересные результаты, свидетельствующие о том, что под воздействием кросслинкинга выросло сопротивление роговицы к напряжению на 8%, к деформации у свиней – более чем на 70%, у человека – более чем на 320%.

В результате экспериментально индуцированного кросслинкинга было обнаружено, что ригидность человеческой роговицы выросла на 300%, а у свиней – более чем на 75%. Интересно то, что диаметр коллагеновых волокон достоверно повышается на 12% в переднем отделе роговицы и примерно на 4,5% – в задних отделах роговицы. Это значительно ниже критического порога толщины волокон, который может привести к появлению помутнения роговицы, при этом усиления межламельлярных связей установлено не было. Были проведены экспериментальные исследования, которые показали, что роговица, на которую воздействовали ультрафиолетом в сочетании с рибофлавином, становится значительно менее чувствительна к действию ферментов: пепсина, трипсина и коллагеназы, а также повышается ее пороговая чувствительность на нагревание. Если обычная роговица деградирует при старении организма она еще сохраняет свои свойства и после 75°C. Высокая степень абсорбции излучения в присутствии рибофлавина и поглощение до 95% излучения на уровне передних и средних слоев стромы обеспечивают максимальных эффект в передних слоях роговицы. Основная зона воздействия – 300 мкм при средней толщине роговицы в 600 мкм. Степень гибели кератоцитов зависит от степени интенсивности ультрафиолетового излучения, и при стандартных терапевтических дозах облучения в роговице человека гибель кератоцитов отмечалась в пределах передних отделов стромы толщиной 300 мкм, и это практически всегда подтверждается с помощью оптической когерентной томографии, когда отчетливо видна демаркационная линия гибели кератоцитов.

Цитотоксический эффект на эндотелий роговицы отмечался при интенсивности ультрафиолетового излучения на уровне эндотелия 0,36 МВт/см<sup>2</sup>, что вдвое превышает мощность терапевтической дозы излучения (0,18 МВт/см<sup>2</sup>). Стандартная терапевтическая мощность излучения 3 МВт на поверхность роговицы толщиной более 400 мкм совершенно безопасна для эндотелия роговицы.

Проведенные экспериментальные исследования позволили разработать показания для проведения кросслинкинга. Это – эктазия роговицы, прогрессирующие формы кератоконуса, пеллоидная краевая дегенерация с увеличением преломляющей силы роговицы более 1 D в год, язва роговицы

инфекционной и неинфекционной этиологии, а также буллезная кератопатия с болевым синдромом. При этом толщина роговицы обязательно должна быть более 400 мкм. Противопоказания вытекают из показаний, поэтому я останавливаться на этом не буду. Но еще раз хочу заметить, что толщина роговицы менее 400 мкм является абсолютным противопоказанием для проведения кросслинкинга.

Технология кросслинкинга достаточно широко описана. В настоящее время используется как традиционная методика с применением дезителитизации роговицы, так и методика трансэпителиального кросслинкинга с применением ванночкового электрофореза с рибофлавином. Главное, что после дезителитизации роговицы в течение 15-30 мин. необходимо обеспечить полное пропитывание роговицы рибофлавином, пока под щелевой лампой мы не отметим рибофлавин во влаге передней камеры. Облучение происходит в течение 30 мин. (6 интервалов по 5 мин.), и в процессе облучения постоянно производится закапывание рибофлавина. На рис. 1 можно увидеть разницу в состоянии пациентов после применения стандартного кросслинкинга с удалением эпителия и трансэпителиального кросслинкинга. Разница очевидна.

Преимущество кросслинкинга заключается также и в том, что это один из немногих методов, который позволяет использовать его в комбинации с другими методами лечения эктазии роговицы. Например, применение с использованием интраокулярных сегментов. В нашей клинике мы уже практически не используем отдельно эти два метода, а используем их в сочетании или в комбинировании. Сейчас достаточно активно применяется метод введения в слои роговицы не сегмента, а внутривоугового

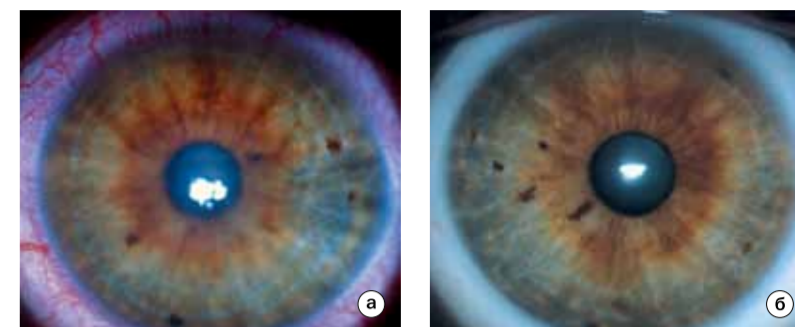


Рис. 1. Кросслинкинг роговичного коллагена: а) пациент М. OS – 3 день после стандартного кросслинкинга роговичного коллагена; б) пациент Г. OD – 1 день после трансэпителиального кросслинкинга роговичного коллагена

кольца. Преимущество данной технологии заключается еще и в том, что возможно введение рибофлавина в интрастромальный карман, и это кольцо служит депо для рибофлавина, что значительно уменьшает время закапывания и время проведения операции.

К осложнениям этой методики относятся: в раннем послеоперационном периоде, если был удален эпителий, персистирующий дефект эпителия; в позднем послеоперационном периоде – помутнение (хейз). У большинства пациентов мы наблюдаем картину псевдокросслинкинга с удалением эпителия и трансэпителиального кросслинкинга. Под воздействием ультрафиолетового облучения в передней части роговицы погибают все кератоциты, поэтому так называемые «пчелиные соты». В течение трех-четырёх месяцев начинается прорастание, популяция кератоцитов в роговице восстанавливается, и псевдохейз исчезает.

Основатель метода (G. Wollensak) описал и достаточно тяжело осложнения: воспалительный кератит и расплавления роговицы. По всей видимости, это было связано с передозировкой или дефокусом ультрафиолетового облучения.

## медицинские изделия для ультрафиолетового КРОССЛИНКИНГА коллагена роговицы

В устройстве «УФалинк» применена уникальная система гомогенизации ультрафиолетовых лучей, позволяющая корректировать искривления и отражения на поверхности роговицы.

Сенсорный экран, комфортное программное обеспечение с системой визуализации процедуры создают дополнительные удобства при работе.

Результаты кросслинкинга:

- улучшение биомеханических свойств роговицы
- снижение роговичного астигматизма
- увеличение радиуса кривизны роговицы
- повышение остроты зрения
- уменьшение болевого синдрома у пациентов с буллезной кератопатией.

«ДЕКСТАЛИНК» – препарат роговицы применяется в офтальмологической практике при проведении коллагенового кросслинкинга роговицы. Защищает эндотелий и чувствительные интраэпителиальные структуры. Снижает интенсивность ультрафиолетового излучения. Положительно влияет на структурную сохранность клеток роговицы. Ускоряет регенерационные процессы в роговице и заживление ран. В сочетании с ультрафиолетовым облучением обладает антибактериальными действиями.

«УФ-тестер» предназначен для контроля интенсивности ультрафиолетового излучения (используется в качестве эталонного).

Показания к кросслинкингу:

- кератоконус I-II стадии
- итригенная кератоктазия
- краевая дегенерация
- кератомалиция различного генеза
- кератоглобус
- буллезная кератопатия I-II стадии
- язвы роговицы

ГБУ «Уфимский НИИ глазных болезней АН РБ»  
Россия, 450077, г. Уфа, ул. Пушкина, 90  
тел./факс: (347) 272-08-52  
eye@anrb.ru, www.ufaeyeinstitute.ru



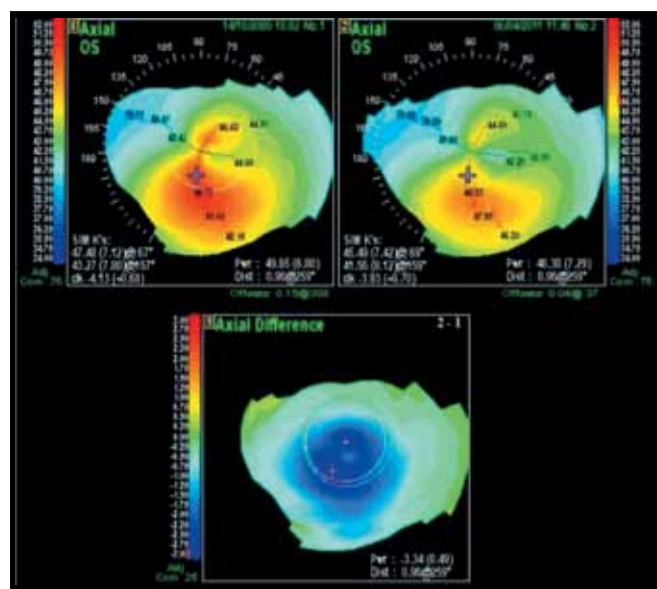


Рис. 2. Пациент А. – кератоконус II-III ст.: 1 – до кроссликинга, 2 – через 1,5 года после процедуры, 3 – разница до- и послеоперационных значений составила 3,34 D

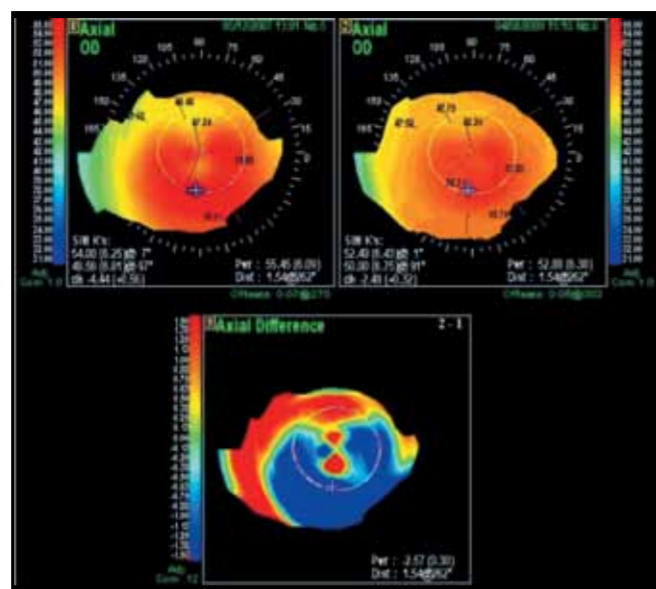


Рис. 3. Пациент Г. – кератоконус II-III ст.: 1 – до кроссликинга, 2 – через 4 года после процедуры, 3 – разница до- и послеоперационных значений составила 2,57 D

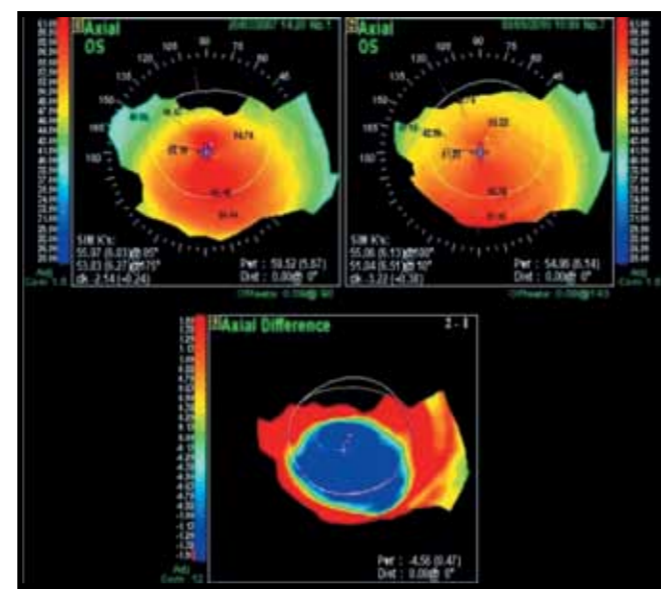


Рис. 4. Пациент А. – кератоконус II-III ст.: 1 – до кроссликинга, 2 – через 4 года после процедуры, 3 – разница до- и послеоперационных значений составила 4,56 D

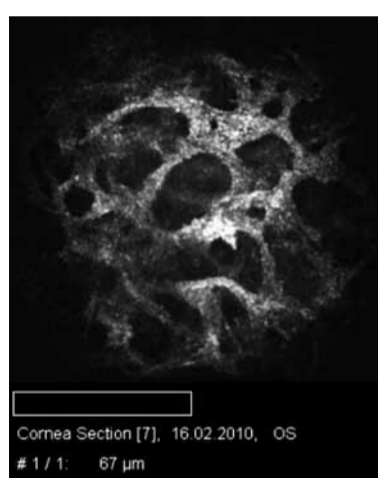


Рис. 5. 1 месяц после кроссликинга. Апоптоз кератоцитов на глубине до 300 микрон

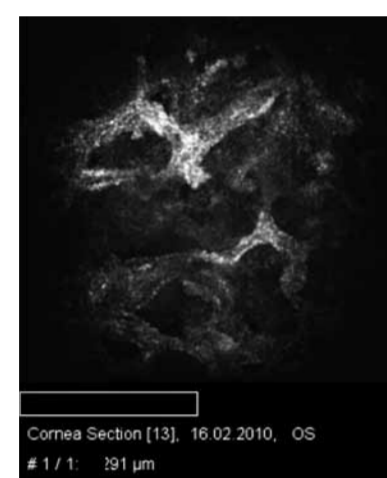


Рис. 6. 4 месяц после кроссликинга. Роговица свободная от кератоцитов (слева); появление кератоцитов на глубине 170 мк (справа)

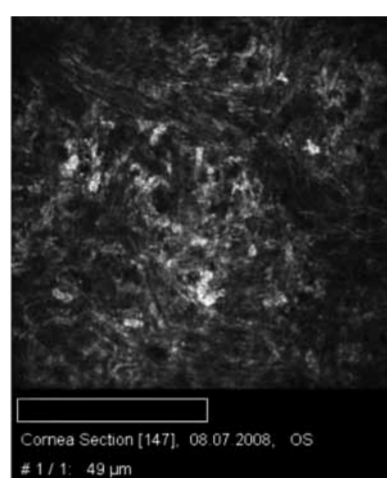


Рис. 7. 1 год после кроссликинга. По всей роговице визуализируются кератоциты и обнаруживаются микрострии, обусловленные эффектом стягивания

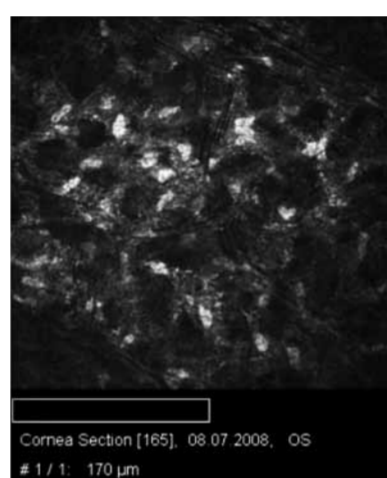


Рис. 8. 4 года после кроссликинга. Плотность кератоцитов в пределах нормы, микрострии

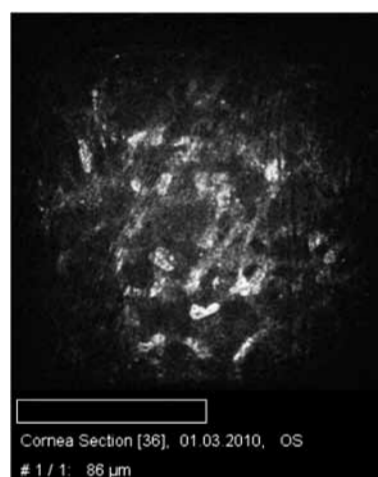


Рис. 9. а) Пациент 1 OD – буллезная кератопатия 8 месяцев после ЭЭК Vis – 0,05; б) Пациент 1 OD – 3 месяца после CCL Vis – 0,1

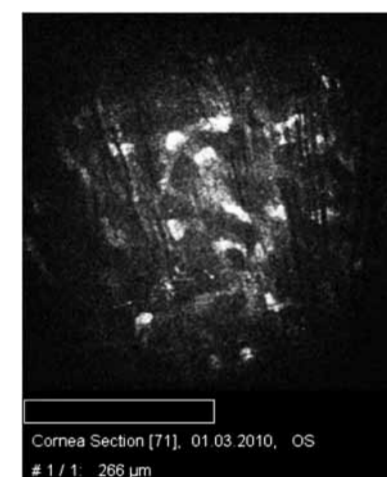


Рис. 9. б) Пациент 1 OD – буллезная кератопатия 8 месяцев после ЭЭК Vis – 0,05; б) Пациент 1 OD – 3 месяца после CCL Vis – 0,1

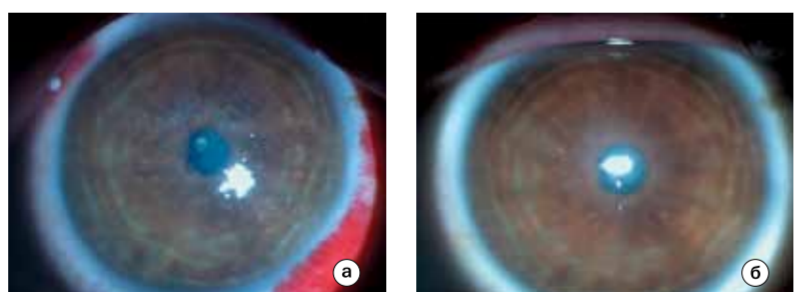


Рис. 10. а) Пациент К. OD – ретикулярная дистрофия; б) Пациент К. OD – через 4,5 месяца после UV+R

не возвращается в исходное состояние. У большинства пациентов в последующем этот процесс прекращается, в то время как у части пациентов снижение преломляющей силы роговицы или «старение» роговицы продолжается. Хочу представить несколько клинических результатов. У пациента А. (рис. 2) через полтора года разница между до- и послеоперационными значениями составила 3,34 D. У пациента Г. (рис. 3) через 2 года после процедуры – более 2,57 D. У пациента А. (рис. 4) через 4 года после процедуры разница значений составила 4,5 D. В среднем в год снижение рефракции роговицы составляет 1 D, и процесс до сих пор продолжается. Динамика остроты зрения понятна: в результате снижения преломляющей силы роговицы повышается острота зрения. По данным конфокальной микроскопии в первый месяц после кроссликинга (рис. 5) наблюдается практически полный апоптоз кератоцитов на глубину до 300 микрон,

через 4 месяца (рис. 6) из глубины, со стороны эндотелия, начинают появляться единичные кератоциты, через год (рис. 7) – по всей роговице визуализируются кератоциты, через 4 года (рис. 8) плотность кератоцитов достигает показателей нормальной роговицы. Последствием кроссликинга является некоторое снижение толщины роговицы. Кроссликинг обладает также и антигидратационным эффектом, что позволило нам применять эту методику для лечения пациентов с буллезной кератопатией различной этиологии. Основная цель применения этой методики – снизить отек и уменьшить проявления роговичного синдрома. В результате мы получили уменьшение боли, достоверное снижение отека роговицы и повышение остроты зрения.

Очень хорошие результаты нами были получены у пациентов с начальной, слабой степенью буллезной кератопатии; у пациентов с буллезной кератопатией средней степени мы наблюдали регресс отека через 5-7 месяцев, с тяжелой степенью – через 3-5 месяцев, что заставило нас воздерживаться от рекомендации кроссликинга особенно пациентам с тяжелой степенью буллезной кератопатии. На рис. 9 представлены визуальные результаты: через 3 месяца после кроссликинга мы видим значительное снижение отека и повышение остроты зрения. Через год – острота зрения высокая, снижен отек, большие удовлетворены полученным результатом. На рис. 10 приведен необычный пример применения кроссликинга у пациента с ретикулярной дистрофией. Через 4,5 месяца после применения кроссликинга наблюдается практически полное рассасывание всех амелоидных включений в толще роговицы. Однако через год, к сожалению, явления вернулись, и мы пока объяснить это явление не можем. Таким образом, кроссликинг роговичного коллагена становится стандартом лечения начальных стадий не только кератоконуса, но и эктазий другой этиологии. Кроссликинг роговичного коллагена – это эффективный метод, позволяющий добиться биомеханической стабилизации роговицы и остановить прогрессирования заболевания. Кроссликинг роговичного коллагена не может служить самостоятельным методом лечения буллезной кератопатии, однако позволяет снизить проявления роговичного синдрома и создает более благоприятные условия для успешного проведения кератопластики как эндотелиальной, так и сквозной. При наличии противопоказаний к проведению кератопластики возможно повторное проведение процедуры кроссликинга.

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА НООПЕПТ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ГЛАУКОМНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Таблица 1

Динамика показателей ЗВКП у пациентов в группе исследования на фоне лечения ноопептом

| Статист. параметр | Сроки     | P100 патт. 1° (мс) | Ампл. ответа патт. 1° (µV) | P100 патт. 0,3° (мс) | Ампл. ответа патт. 0,3° (µV) | P100 вспышка (мс) | Ампл. ответа (µV) |
|-------------------|-----------|--------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Медиана           | начало    | 105,20             | 6,7                        | 119,6                | 5,5                          | 127,4             | 8,2               |
|                   | окончание | 99,5*              | 8,4**                      | 115,2*               | 6,9**                        | 128,2*            | 5,8*              |
| Q 25%             | начало    | 94,2               | 4,15                       | 109,05               | 3,68                         | 120,9             | 5,0               |
|                   | окончание | 93,4               | 5,52                       | 105,0                | 4,7                          | 123,15            | 4,98              |
| Q 75%             | начало    | 120,6              | 9,6                        | 133,15               | 11,48                        | 137,8             | 10,7              |
|                   | окончание | 117,5              | 10,65                      | 131,35               | 11,8                         | 142,53            | 9,83              |

\*p < 0,05 – по сравнению с исходными данными;  
\*\* p = 0,07 (тенденция статистической значимости) по сравнению с исходными данными;  
• p > 0,05 – по сравнению с исходными данными.

**О**птическая нейропатия – понятие собирательное, объединяющее несколько заболеваний, при которых страдают волокна зрительного нерва от сетчатки до головного мозга. С учетом этиологических моментов механизм ее развития различен.

Причинная классификация оптической нейропатии может быть представлена следующим образом: компрессионная; ишемическая; глаукомная; воспалительная; гипербарическая; травматическая; радиационная; метаболическая; врожденная. В основе развития патологического процесса оптической нейропатии любого типа лежат ишемия и гипоксия нервных волокон с ослаблением антиоксидантной активности, которым могут предшествовать нарушение кровообращения, компрессия нервных волокон зрительного нерва, блокада аксонального транспорта, интоксикация, активизация перекисных процессов и нейротоксических реакций. Однако степень интенсивности этих механизмов, место их приложения и последовательность появления различны в зависимости от основного патологического процесса. При первичной глаукоме главными пусковыми факторами развития оптической нейропатии служат повышение офтальмотонуса или снижение ликворного давления в ретробульбарном отделе зрительного нерва. Это приводит к деформации опорных структур (особенно решетчатой пластинки склеры) с последующим ущемлением пучков нервных волокон в деформированных каналах решетчатой пластинки склеры и/или гипоксия головок зрительного нерва.

Одним из новых направлений в лечении оптической нейропатии является нейропротекторная терапия. Нейропротекция подразумевает защиту сетчатки и волокон зрительного нерва от повреждающего действия различных факторов. Нейропротекторная терапия направлена, прежде всего, на коррекцию метаболических нарушений, возникающих при глаукоме в головке зрительного нерва, кроме того, целью лечения является улучшение местной микроциркуляции и трофики тканей, нормализация реологических свойств крови, увеличение основного и коллатерального кровообращения. В настоящее время принято выделять две группы нейропротекторных препаратов – прямого и непрямого действия. Согласно данной классификации прямые нейропротекторы непосредственно защищают нейроны сетчатки и волокна зрительного нерва. Эти препараты блокируют основные факторы повреждения клеток, которые обусловлены развитием ишемии в этой зоне, в результате которой наблюдаются увеличение концентрации продуктов ПОЛ и свободных радикалов, ионов Ca<sup>2+</sup>, азидов. Прямые нейропротекторными свойствами обладают природные витамины и флавоноиды – аскорбиновая

кислота, α-токоферол, витамин А, γ-аминомасляная кислота (ГАМК); ферменты антиоксидантной системы организма – супероксиддисмутаза (СОД); неферментные антиоксиданты; блокаторы кальциевых каналов; нейропептиды; антигипоксанты.

Непрямое нейропротекторное действие подразумевает влияние препаратов на различные факторы, увеличивающие риск повреждения клеток (снижение перфузионного давления, атеросклероз, изменение реологических свойств крови, ангиоспазм), а также повышение устойчивости организма к снижению перфузионного давления кислорода в тканях. Подобным эффектом обладают препараты, улучшающие микроциркуляцию, реологические свойства крови, снижающие уровень холестерина в крови, ноотропные средства.

Ноопепт (ГВС-111) – новый оригинальный дипептид, обладающий ноотропными и нейропротекторными свойствами, характеризующийся активностью в условиях системного введения, в том числе внутри. По химической структуре ноопепт представляет собой этиловый эфир N-фенилацетил-L-пролиллизина. Наличие у ноопепта широкого спектра ноотропной и нейропротекторной активности явилось основанием для проведения клинических исследований по его применению у взрослых с нарушениями памяти, внимания и других интеллектуально-мнемических функций после черепно-мозговой травмы и при хронической церебро-васкулярной недостаточности.

Препарат разрешен к медицинскому применению в качестве ноотропного средства для лечения больных энцефалопатиями различного генеза. Выявленные свойства препарата позволили предположить эффективность ноопепта при применении у больных с глаукомной оптической нейропатией. В рамках клинического открытого проспективного сравнительного исследования в ФГБУ «НИИГБ» РАМН была изучена терапевтическая эффективность препарата ноопепт 0,01 г. у больных с глаукомной оптической нейропатией, протекающей на фоне сосудистой мозговой недостаточности.

В исследование было включено 30 больных (57 глаз) в возрасте от 50 до 80 лет (средний возраст – 73 года) преимущественно с развитой и далеко зашедшей стадиями первичной открытоугольной глаукомы, верифицированной глаукомной оптической нейропатией (ГОН), протекающей на фоне дисциркуляторной энцефалопатии различной степени выраженности. Стойкая нормализация внутриглазного давления у всех пациентов в группе была достигнута либо медикаментозно, либо проведенными ранее хирургическими вмешательствами.

В период проведения исследования пациенты принимали постоянно используемые ими медикаментозные средства (гипотензивные, антиагрегантные, кардиологические и т.д.), назначенные им в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями. Из препаратов ноотропного ряда использовали только ноопепт в суточной дозе 20 мг, разделенной на 2 приема (утром и днем). Курс лечения составил 2 месяца. Все пациенты были надлежащим образом

проинформированы о предполагаемом лечении. Побочных явлений у участвовавших в исследовании пациентов выявлено не было. В период наблюдения пациентами дважды (до начала приема ноопепта и по его окончании) проводили следующее офтальмологическое обследование: визометрию с помощью проектора испытательных знаков, офтальмотонометрию по Гольдману, статическую компьютерную периметрию на анализаторе поля зрения Humphrey и исследование зрительных вызванных корковых потенциалов (ЗВКП).

Состояние полей зрения оценивали несколькими способами. Статическую периметрию проводили на анализаторе полей зрения Humphrey Visual Field Analyzer II (HFA II) 750i (Германия). В зависимости от исходной остроты зрения и степени нарушения зрительных функций применяли скрининговую или пороговую программы исследования. При оценке центрального поля зрения всем пациентам осуществляли коррекцию остроты зрения вблизи. Скрининг проводили по программе FF-120 Screening, используя трехзонную стратегию. Пороговая программа исследования поля зрения включала применение тестов Central 30-2 при изучении центрального поля зрения (в пределах 30° от точки фиксации взгляда) и Peripheral 60-2 при оценке периферического поля зрения (от 30° до 60°). При этом анализировали пороговую фовеальную оптическую чувствительность, сумму децибел (dB) пороговых значений в каждом квадранте, по всему полю зрения, показатели среднего отклонения (mean deviation – MD) и среднеквадратичного отклонения (pattern standart deviation – PSD), рассчитываемые прибором автоматически с учетом собственной базы данных.

Исследование ЗВКП проводили с помощью прибора EP-1000 Multifocal Tomye (Германия). В зависимости от исходной остроты зрения и степени нарушения зрительных функций регистрировали ЗВКП на паттерны 1,0° и 0,3° или вспышку. Оценивали показатели латентности и амплитуды основного пика ЗВКП P100.

Статистический анализ проводили с использованием медианных значений регистрируемых пара-

метров, а также верхней и нижней квартилей (75 и 25%), поскольку распределение значений в группе исследования не являлось гауссовским. В ходе лечения ноопептом у части больных (преимущественно с развитой стадией ПОУТ) было зарегистрировано статистически незначимое (p>0,05) улучшение остроты зрения. Уровень офтальмотонуса у всех пациентов в группе исследования сохранялся на исходном уровне.

Показатели компьютерной статической периметрии на фоне применения ноопепта были в целом стабильны. Тем не менее следует отметить статистически незначимое (p>0,05) повышение суммарной светочувствительности центрального и периферического полей зрения, повышение фовеальной светочувствительности и снижение показателя MD у большинства пациентов с развитой стадией ПОУТ.

Наибольшее внимания заслуживает динамика показателей зрительных вызванных корковых потенциалов (ЗВКП), выявленная нами в ходе исследования (табл. 1). Было отмечено умеренное, но статистически значимое снижение латентности основного компонента P100 и увеличение амплитуды ответа на паттерн 1,0° и 0,3°. При

этом в большей степени улучшились показатели ответа на паттерн 1,0°, что свидетельствует об ускорении проведения нервного импульса преимущественно по парацентральных волокон зрительного пути. Наиболее выраженное улучшение ретино-кортикальной проводимости наблюдали у пациентов с развитой стадией глаукомы, что коррелирует с данными статической периметрии у этой группы пациентов. Таким образом, в результате проведенного исследования по оценке эффективности ноопепта у больных с глаукомной оптической нейропатией и сосудистой мозговой недостаточностью выявлена положительная динамика зрительных функций. Этот вывод подтвержден такими данными объективного обследования пациентов, как компьютерное исследование поля зрения и исследование зрительных вызванных корковых потенциалов. Также в ходе лечения ноопептом отмечено улучшение остроты зрения и не зафиксировано влияния ноопепта на показатели внутриглазного давления. Отмечена хорошая переносимость препарата. Применение ноопепта может быть рекомендовано у больных с сосудистой мозговой недостаточностью и глаукомной оптической нейропатией. ■



# Не дай глаукоме омрачить твою жизнь<sup>1</sup>

Уважаемые Евгений Алексеевич, Андрей Геннадьевич, Валерий Петрович! Прежде всего, разрешите поблагодарить вас за возможность обсудить с вами основные вопросы развития исследований в области глаукомы, возможность их использования в повседневной практике. Наш первый вопрос адресован Евгению Алексеевичу Егорову, президенту Российского глаукомного общества. Это первая наша с Вами встреча, и мы хотим, чтобы Вы для читателей нашей газеты сформулировали цели и задачи Общества и медико-социальную значимость глаукомы.



Участники круглого стола

Директор Иркутского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», главный офтальмолог Иркутской области, д.м.н., профессор **А.Г. Шуко**

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «НИИГБ» РАМН, д.м.н., профессор **В.П. Еричев**

Заведующий кафедрой офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова РНИМУ им. Н.И. Пирогова, президент Российского глаукомного общества, д.м.н., профессор **Е.А. Егоров**

**Е.А. Егоров:** Цели и задачи Российского глаукомного общества я бы сформулировал так: способствовать повышению качества научных исследований в области глаукомы, развитию современных методов диагностики и лечения. Это помощь в продвижении разработок в области базисных вопросов глаукомы и, что самое важное, популяризация знаний о заболевании, то есть донесение его сути и возможностей борьбы до наших докторов. Тем более нам есть чем отчитываться, нам есть о чем говорить.

Уже семь лет работает экспертный совет по глаукоме, который объединяет единомышленников. Я хочу подчеркнуть, это – ведущие глаукоматологи страны, специалисты, представляющие все регионы страны. Не открою большого секрета, если скажу, что у нас есть так называемые «брендовые» советы, которые занимаются многими проблемами, но, как правило, в этих советах работают либо представители какой-то одной кафедры, либо одной фармацевтической компании. В нашем случае все по-другому: в экспертном совете по глаукоме работают более 30 человек, это люди, пользующиеся заслуженным авторитетом в стране. Раз в полгода члены экспертного совета собираются и обсуждают наиболее проблемные. В обязательном порядке делаются научные сообщения, но самое главное заключается в том, что на заседаниях царит дискуссионная атмосфера, то есть каждый может высказать свое мнение. В результате – мы уже дважды на основе консенсуса переиздали «Национальное руководство по глаукоме». В нем максимально просто изложены все сложные вопросы глаукомы. Руководство рассчитано не на ученых,

а именно на практиков. Оно рассчитано на людей, которые работают в поликлиниках, у которых нет времени читать многотомные руководства. Поликлиническому врачу необходимо иметь конкретное руководство к действию. Я считаю очень важным, что у нас в стране издано (впервые в нашей офтальмологической специальности) такое руководство. К тому же один раз в два года оно обновляется. Я считаю, что это одно из важнейших направлений работы, которую мы делаем для нашей страны.

**— Поэтому Вы считаете, что к консенсусу с такими людьми прийти легко?**

**Е.А. Егоров:** Очень трудно, это же личности. Когда мы собираемся, царит дух творческой атмосферы, при этом все открыто высказывают свое мнение. И что очень важно, нет давления сверху. В каком-то ином случае, если кто-то один в тиаре или в шапке Мономаха, высказать свою, отличную позицию, бывает очень нелегко.

**— То есть Вы как президент им позволяете...**

**Е.А. Егоров:** Что значит, «я позволяю»? Попробуй, не позволишь! Они же могут и объяснить тебе, «кто ты и где твое место». Еще раз повторю, иметь возможность высказать свое мнение очень важно. Члены совета этим дорожат. С огромным удовольствием коллеги приезжают на эти встречи. Судите сами, в своем регионе они почти короли, а тут собираются такие же, равные. Я просто счастлив, что работаю с такими людьми.

**— Во втором номере журнала «Глаукома» за этот год опубликована статья профессора Вениамина Васильевича Волкова «О стандартах для оценки наличия, течения и лечения глаукомы по рекомендациям экспертов**

совет помогает врачам, и эта помощь эффективна особенно там, где местная власть с пониманием относится к усилиям врачей, и это большая польза для них...

**— ...и, соответственно, для больных.**

**В.П. Еричев:** Естественно, это тут же сказывается на результатах лечения. С другой стороны, наши решения не могут быть приняты на местах как законные и обязательные для выполнения. Однако в регионах, где есть такие руководители, как А.Г. Шуко, которые понимают стоящие перед ним задачи, не будет тех проблем, с которыми приходится сталкиваться в других регионах. Чаще всего администраторы от здравоохранения стараются отмахнуться от этих задач, если они не приносят экономической выгоды. При этом чиновники не осознают глубочайших социальных последствий, связанных с проблемой глаукомы.

**А.Г. Шуко:** Валерий Петрович в своем выступлении на прошедшей конференции (Межрегиональная офтальмологическая научно-практическая конференция «Иркутск-2012», июль 2012 г.) начал с того, что глаукома – непонятное заболевание. Поэтому нет ничего особенного в том, что существуют определенные расхождения. В Международном экспертном совете тоже сидят люди. Вениамин Васильевич Волков – очень уважаемый всеми нами человек, он абсолютно правильно подмечает эти вопросы. Если бы все было ясно с глаукомой, не надо было организовывать экспертные советы, проводить совещания, конференции. Глаукома – чрезвычайно многогранное заболевание, и сможем ли мы его разгадать в обозримом будущем – еще большой вопрос. Но офтальмологическое сообщество к этому идет, это – факт.

**В.П. Еричев:** Глаукома настолько многолика, что привести всех и все к единому пониманию вряд ли возможно, во всяком случае, до тех пор, пока не будет установлена истинная причина и не будут изучены все звенья патогенеза этого заболевания. И опубликованные в рубрике «Точка зрения» материалы В.В. Волкова побуждают читателей к поиску новых идей. И это важно! Профессор Волков аргументирует свою точку зрения и свою позицию, и это никак нельзя отнести, как Вы сказали, к «несоответствию». Более того, ученые, занимающиеся изучением глаукомы в нашей стране, понимая глубину проблемы и испытывая трудности, не плетутся друг за другом по одному, кем-то проложенному пути, а предлагают свое видение в решении проблемы. Как раз статья Волкова, по моему мнению, предполагает консолидацию усилий в изучении проблемы глаукомы, что очень важно с научной и практической точек зрения.

И в этом отношении задачи Российского глаукомного общества приобретают особый смысл и за решением которых стоит ответственность. Действительно, работу РГО трудно переоценить. Общество заполняет те пустоты, которые должны быть заполнены федеральными руководствами, оно старается объединить усилия всех заинтересованных сторон в понимании решения задач, стоящих перед глаукоматологами. Профильное министерство самоустранилось, а демонстрируемая в приказах и постановлениях забота, по большому счету, оказывается мнимой. Прежде всего, это касается организационных вопросов, которые являются едва ли не самыми главными. Многие доктора в регионах попросту растеряны, им не на что ориентироваться и нечем руководствоваться, а экспертный

**— К сожалению, проблема неравной доступности офтальмологической помощи в различных регионах страны остается актуальной. Одна из причин заключается**

<sup>1</sup> Девиз Всемирной недели борьбы с глаукомой в 2012 г.

в отсутствии единых медико-экономических стандартов. Когда, по вашему мнению, МЭСы заработают в полную силу?

**Е.А. Егоров:** Умеете Вы задавать «удобные» вопросы...

**В.П. Еричев:** Мне кажется, в вопросе о медико-экономических стандартах больше лицензия. Я не помню номер приказа...

**— 115-й, по нему еще будет вопрос...**

**В.П. Еричев:** ...по которому Министерство здравоохранения и социального развития, проявляя мнимую заботу об улучшении оказания медицинской помощи, рекомендует иметь определенное и довольно полное оснащение офтальмологического кабинета. Перечень оборудования действительно внушительный. По идее, должны создаваться одинаковые условия для оказания офтальмологической помощи во всех регионах. Но, как выясняется, это не приказ, а всего лишь рекомендация (для кого?), хотя в разъяснениях звучало, что в случае отсутствия такого оснащения, медицинское учреждение может не пройти лицензирование. Но тут же возникает вопрос, много ли сейчас офтальмологических кабинетов, оснащенных по этому списку? Вопрос, по-моему, риторический.

**Е.А. Егоров:** Там есть еще одна хитрость. Если представить, что вдруг неожиданно появятся деньги, то выяснится, что необходимо менять штатное расписание, штатную нагрузку на офтальмологов. Врач не может справиться со всем оборудованием за то время, которое ему отведено на одного пациента. То есть речь уже идет совершенно о другом. «Подумайте, что мы подписываем?» Вот ведь в чем дело. Меня все время поражают прекрасные идеалисты, якобы идеалисты от офтальмологии: «Мы в каждый кабинет поставим такой-то прибор, мы все сделаем, и все будет прекрасно», но, простите, самый главный вопрос остается нерешенным. Прежде всего необходимо изменить нагрузку. В противном случае все это будет стоять и пылиться. Как это зачастую и происходит – закупается новейшее оборудование, оно отдается в руки людям, которые с ним ничего делать не будут. И все нормально: здравоохранение у нас заработало. То есть оснащать по-хорошему, на высоком уровне, нужно те учреждения, которые могут это освоить.

**Е.А. Егоров:** У нас, в экспертном совете при обсуждении спорных вопросов патогенеза глаукомы, когда встречается профессор В.В. Страхов (Ярославль) и профессор А.В. Золотарев (Самара), буквально «летят пух и перья». У них, казалось бы, ну совершенно неприимные позиции, тем не менее они говорят об одном и том же, о патогенезе глаукомы. Просто некоторые аспекты оцениваются с разных сторон, под разными углами зрения. Это вовсе не свидетельствует о том, что они не понимают, что они говорят друг другу. Естественно, понимают, но каждый считает, что «одна частность играет большую роль, чем другая». Поэтому мы так спокойно и относимся ко всему этому. И Вениамин Васильевич имеет полное право на свою собственную точку зрения.

**— Значит, существуют пока и объективные причины, по которым приказ не может быть выполнен?**

**Е.А. Егоров:** Если вы издаете приказ, в котором прописано, что должно быть сделано, это не обсуждается. То есть Вы задали вопрос, на который мы ответить не можем, более того, не смеем, да и не захотим, потому что мы, во-первых, плохо владеем исконно русским языком...

**В.П. Еричев:** Но дело не в лингвистических изысках. Федеральные чиновники Минздрава поставили галочку («мы написали»), «мы приняли!», прекрасно понимая, что заявленное в подобного рода документах вряд ли будет реализовано.

**Е.А. Егоров:** Это приказ на перспективу.

**— С новым министром здравоохранения, новым правительством перспективы того, что этот приказ из рекомендательного перейдет в разряд обязательного для выполнения, станут ли, на ваш взгляд, ближе?**

**В.П. Еричев:** Мое мнение – нет. Эта перспектива не стала ближе. Минздрав очерчивает приоритеты в здравоохранении с высоты своего чиновничьего взгляда, не замечая той большой беды, которая соприжена, например, с офтальмологической патологией, приводящей к необратимой слепоте, и глаукома здесь одна из основных причин. А ведь инвалиды по зрению – это чрезвычайно большое социальное-экономическое бремя для государства. Но ведь это никто не просчитывает! И от мысли, что глаукома не приводит к летальным исходам, министерским работникам становится легче. А статистика свидетельствует об одном: нет даже тенденции к снижению необратимой слепоты и слабослышания вследствие глаукомы и, следовательно, государство продолжает нести огромные экономические затраты.

**Е.А. Егоров:** У меня есть одна ремарка. Во всем мире (а мы начали по стандартам) что понимается под стандартами лечения, которые являются обязательными? Стандарты лечения – это то, что должен делать врач при каком-то конкретном заболевании. Во всем мире это понимается так. Причем существует специальная система разработки этих стандартов. Сначала готовятся клинические рекомендации для ведения данных пациентов, которые предписывают, какие методики необходимо применять, какими лекарствами лечить. Эти клинические рекомендации публикуются, врачи с ними работают, возникают те или иные замечания, поправки. В результате доработка рекомендаций на свет появляются стандарты. В нашей стране все, как всегда, делается несколько иначе, потому что министерство возглавляли люди, которые знали, куда идет каждая копейка бюджета, но не очень хорошо разбирались в здравоохранении. Потому мы и начали с создания стандартов, а не как во всем мире – с создания клинических рекомендаций. Однако в нашей специальности мы пошли по принятому во всем мире пути: сначала были подготовлены и опубликованы клинические рекомендации по офтальмологии. То есть вся предварительная работа, необходимая для министерства, нами была проделана. Академик РАМН, профессор Л.К. Мошкетова, ректор РМАПО, представила рекомендацию в правительство, но дальше дело, к сожалению, не пошло.

И тогда, и сегодня стандарты лечения по нашей специальности, мы не берем кардиологию, проктологию или другие специальности, готовятся несколько по-другому. Собирается ограниченный круг людей, больше организаторов, чем специалистов. Они и ставят плюсы и минусы там, где считают нужным. Читать врачу стандарт, невозможно, он в нем ничего не понимает. В стандарте, например, прописано, что для постановки диагноза «глаукома», необходимо провести 0,15 процедуры по полю зрения определенного вида. Или: «необходимо провести специальное мероприятие на аппаратном комплексе в объеме 0,1%». Что в подобной ситуации может сделать врач? Иными словами, стандарт лечения у нас фактически ориентирован на счетчиков региональных управлений здравоохранения. А вы говорите «стандарты»...

Но в стандартах есть одна очень важная вещь. Благодаря стандартам вы имеете право использовать те или другие лекарства для лечения данного пациента без разрешения врачей других специальностей. Ведь что у нас получается? Страховая компания имеет право наказывать докторов и отобрать деньги. Почему? Потому что есть

## Окомистин® — эффективный препарат для борьбы с инфекцией!

Инфекционно-воспалительные заболевания глаз остаются актуальной проблемой современной офтальмологии, поэтому правильный выбор противомикробного препарата является залогом успешного лечения. При этом нужно отметить, что в последние годы значительно снизилась чувствительность современных антибиотиков к патогенной микрофлоре. Всеми исследователями подчеркивается рост числа резистентных к антибиотикам возбудителей глазных инфекций. Несмотря на то что причины и возбудители инфекционно-воспалительных заболеваний достаточно хорошо изучены, лабораторное обследование с выявлением возбудителя зачастую затруднено. В таких случаях целесообразно назначать препарат широкого спектра действия. По сравнению с антибиотиками более широкий спектр активности имеют антисептики. В офтальмологической практике вошел антисептический препарат Окомистин®, глазные капли. Окомистин® – современный офтальмологический препарат. Это глазные капли, которые применяют при воспали-



также для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в предоперационном и послеоперационном периоде. Основой антимикробной активности является прямое взаимодействие молекул препарата с липидно-белковыми комплексами мембран микроорганизмов. Препарат повышает проницаемость и ингибирует ферментные системы наружной клеточной мембраны, что сопровождается изменением энзиматической активности микробной клетки и приводит к угнетению ее жизнедеятельности и разрушению. Окомистин® обладает выраженным действием в отношении вирусов, простейших,

грамположительных и грамотрицательных бактерий в виде монокультур и микробных ассоциаций, включая госпитальные штаммы с полирезистентностью к антибиотикам. Оказывает противогрибковое действие, в том числе на дрожжевые и дрожжеподобные (*Candida albicans*, *Candida krusei* и т.д.) грибы. Под действием Окомистина® снижается устойчивость микроорганизмов к антибиотикам. Необходимо отметить, что Окомистин® – однокомпонентный препарат и не содержит в своем составе консервантов, и поэтому он не раздражает слизистую оболочку глаза и слезных путей. Препарат оказывает противовоспалительное действие (активизирует процессы фибринолиза в тканях конъюнктивы), повышает местный иммунитет, ускоряет процессы регенерации и эпителизации. С лечебной целью закапывают по 1-2 капли 4-6 раз в сутки до клинического выздоровления. С профилактической целью закапывают по 1-2 капли 3 раза в сутки за 2-3 дня до операции, а также после операции до клинического выздоровления.



Производитель — российская фармацевтическая компания «ИНФАМЕД». Тел.: (495) 775-83-21. Адрес для переписки: 123056, Москва, а/я 46. E-mail: infamed@infamed.ru; www.okomistin.ru

**Surgix**  
ophthalmic surgical products

**HEALA flow**  
МЕДЛЕННО РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ ДРЕНАЖНЫЙ ИМПЛАНТАТ  
ДЛЯ ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ

- Для проникающей и непроникающей хирургии глаукомы
- Простой в использовании
- Бесшовный имплантат
- Уменьшает воспаление и предотвращает фиброз

www.anteis.com      www.surgix.ru

**plusoptix**  
eye-vision-technology

Ручной бинокулярный авторефрактометр plusoptix A09

Дистанционное и скоростное измерение:

- рефракции
- размера зрачка
- межзрачкового расстояния
- угла отклонения глаза

Эксклюзивным дистрибьютором авторефрактометра компании Plusoptix GmbH на территории России является

**ОНОПИТ**  
продукция для офтальмологии

109028, г. Москва, Яузский бульвар, дом 13, строение 3, офис 9  
телефон/факс: (495) 662-78-62  
onopit@ana.ru, www.onopit-med.ru







# «Santen», или «Действовать с благословения небес»

Один из крупнейших в мире производителей офтальмологической продукции, компания «Сантэн», разрабатывает самые современные препараты для лечения и профилактики глазных заболеваний, развивает передовые методы терапии. Научная работа ведется в двух исследовательских центрах, в Японии и в Финляндии. Большая часть препаратов «Сантэн» для европейского и североамериканского рынков производится в Финляндии.

«Сантэн» является одним из основных поставщиков офтальмологической продукции в Европе. Крупнейшими рынками сбыта являются Россия, Германия, Швеция, Норвегия и Финляндия.

По состоянию на 31 марта 2010 года от общего объема продаж 81,9% составляют офтальмологические препараты, отпускаемые по рецепту, 8,9% — препараты, отпускаемые по рецепту, противоревматические препараты, отпускаемые по рецепту — 8,9%, доля препаратов, предназначенных для розничных продаж, составляет 4,3%, медицинское оборудование — 2,0%, прочее — 2,9%.

Офтальмологические препараты «Сантэн», отпускаемые по рецепту, занимают 40% японского рынка. В розничной сети представлены Sante FX Neo, Sante De U series и Sante 40. В перечень медицинского оборудования, которое продает компания, входят факосмульсификаторы для хирургии катаракты, интраокулярные линзы и хирургические инструменты.



Завод Noto — главная производственная площадка компании Santen

## Глава 1. «Современный прогресс и глазные капли — понятия неразделимы»

«Santen Pharmaceutical Co., Ltd». Была образована 122 года назад, основное направление — офтальмологические препараты. Однако свою деятельность компания начала не с глазных капель. Только через 9 лет после образования, в 1899 году, «Сантэн» выпустила на рынок глазные капли Daigaku Eye Drops, которые стали лидером продаж и обеспечили рост компании в первые годы ее существования. И сегодня Daigaku Eye Drops продолжают пользоваться спросом на рынке, оставаясь самым «долгоиграющим» брендом японской офтальмологической фармацевтики.

История компании «Сантэн» началась в 1890 году, когда ее основатель Кенкичи Тагучи открыл в японском городе Осака фирму «Тагучи Сантендо». Основным продуктом компании было средство от простуды под названием *Heburin-gan*, в основе которого была формула недавно открытой так называемой «Западной пилюли». Неудивительно, что препарат имел огромный успех, а на следующий год по всей Японии уже продавался масса его аналогов.

Посещавшие Японию в эпоху Мейдзи иностранные врачи удивлялись широкому распространению глазных заболеваний среди ее граждан. Огромная потребность в офтальмологических лекарствах в Японии привела к появлению в 1899 году на местном рынке глазных капель под названием *Daigaku Eye Drops*. В вольном переводе рекламный слоган новинки гласил: «Современный прогресс и глазные капли — понятия неразделимы». Торговой маркой лекарства стал усатый джентльмен в очках, всем своим видом напоминавший строгого университетского преподавателя. Очень скоро *Daigaku Eye Drops* приобрели широкую известность в стране.

К 1925 году фирма «Santendo Co., Ltd» представляла собой АО с оплаченной частью акционерного капитала в размере 1 миллиона иен. Продуктовая линейка компании включала *Heburin-gan*, *Daigaku Eye Drops*, средство от кашля *Santen Cough Medicine* и лекарство от простуды *Kentsu-gan*.

Через 10 лет открылся завод Йодогава, который скоро стал и головным офисом компании. Новое предприятие выпускало глазные капли, ментоловый крем, порошки от желудочно-кишечных расстройств, препараты гастроэнтерологического направления, жаропонижающие средства, антигельминтные препараты, средства от диареи, таблетки от боли в животе и таблетки от кашля.

## Глава 2. Глазные капли как средство выхода из кризиса

Во время Второй мировой войны в результате бомбовых ударов головной офис компании, а также заводы Корабани, Наказакичо и завод Сакурагава в Осаке были разрушены, компания едва не потеряла экономический крах. Только дальновидное решение ограничить производство офтальмологических



Вывеска фирмы «Тагучи Сантендо». 1890 год



Персонал фирмы Santendo Co, Ltd. 1925 год



Цех завода Йодогава. 1940-е годы

препаратов и концентрация ресурсов в этой сфере помогли компании преодолеть огромные трудности.

В 1945 году головной офис компании вновь был открыт на заводе Йодогава, где он и располагается по сей день. В том же году компания изменила свое название на «Santendo Pharmaceutical Co., Ltd». Еще некоторое время после окончания войны «Сантэн» испытывала значительные экономические трудности, которые вынудили руководство пойти на крайнюю меру — сокращение рабочих мест.

К началу 50-х годов для выхода из кризисной ситуации была принята бизнес-стратегия, которая заключалась в сосредоточении производства на офтальмологических



В 1899 году на рынке появились глазные капли Daigaku Eye Drops



В 1952 году запущено производство глазных капель Daigaku Super Eye Drops

препаратах. В 1952-1954 годах были запущены в производство *Daigaku Penicillin Eye Drops*, *Daigaku Mycillin Eye Drops* и *Daigaku Super Eye Drops*.

В 1958 году произошло очередное переименование компании на «Santen Pharmaceutical Co., Ltd». В 1962 году «Сантэн» приобрела у швейцарской фармацевтической компании «Roche» внутренние маркетинговые права на мидринатическое средство *Midorin-P* (непатентованное название *Tropicamide*). *Midorin-P*, новейшие глазные капли для расширения зрачка, дополнили продуктивную линейку «Сантэн» и позволили компании завоевать хорошую репутацию в сегменте офтальмологических лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту.

## «Сантэн» в Европе

- Годовой оборот — около 95 млн евро.
- Экспорт более чем в 40 стран, включая США.
- Доля экспорта по отношению к годовому обороту — около 84%.
- 15% от годового оборота инвестируется в НИОКР.
- Персонал — около 550 человек.
- Представительства в 18 странах.

...До 1962 года все глазные капли упаковывались в стеклянные контейнеры. Помимо того, что стеклянные контейнеры делались вручную, и их производство было довольно дорогим удовольствием, они обладали существенным недостатком: контейнеры часто бились. Первый пластиковый контейнер, выпущенный в Японии, назывался *Super Sante*. Он был очень прост в обращении и сразу же завоевал признание потребителей. С внедрением пластиковых контейнеров популярность глазных капель среди японцев значительно выросла.

Новая упаковка продемонстрировала замечательные антибактериальные свойства, и с 1970 года «Сантэн» приступила к производству офтальмологического антибиотика под названием *Ecolicin*. Таким образом была создана солидная основа в сфере противинфекционных офтальмологических препаратов. Через 5 лет в Японии был запущен противоспазмолитный офтальмологический препарат *Flumetholon*.

В 1977 году «Сантэн» была включена в список Токийской фондовой биржи и Страховой биржи г. Осака, а доля оплаченного акционерного капитала возросла до 1 млрд 102 млн иен.

В том же году компания внедрила линию розлива медицинских препаратов *bottle rack*, разработанную западногерманской фирмой «Rommelag», и «Сантэн» стала первой в Японии компанией, производящей глазные капли в бутылочках.

## Глава 3. «Японскому обществу — только лучшие лекарства»

Для компании «Сантэн» наступил период быстрого роста. Толчком послужил успешный запуск лекарственных препаратов, отпускаемых по рецепту, таких как *Timoptol*, *Tarivid* и *Rimatil*. Бизнес быстро расширился, и компания открыла Центральную исследовательскую лабораторию в Осаке и завод Noto в г. Ишикава, по всей стране заработали офисы «Сантэн».

В 1978 году компания «Сантэн» выпустила на рынок электроретинограф ROX-5T производства фирмы «Heiwa Electronic Industrial Co., Ltd». Это был первый опыт продаж медицинского оборудования. Аппарат обладал отличными потребительскими свойствами и был прост в использовании.

Через 3 года в Японии начались продажи антиглаукомного гипертензивного препарата *Timoptol*.

Успех «Сантэн» на рынке офтальмологических препаратов позволяет компании расширить свой бизнес: в 1982 году начались научные работы в новейшей исследовательской лаборатории в Осаке, а еще через 3 года заработало очередное предприятие — завод Noto.

Noto был оборудован по самому последнему слову техники и стал крупнейшим в Японии предприятием, производившим офтальмологические лекарственные препараты. Сейчас это главная производственная площадка «Сантэн», где производится основная номенклатура лекарств, отпускаемых по рецепту. Прежде всего, это *Cavit* и *Hyalain*, а также препараты, продаваемые в розничной сети.

«Сантэн» выпустила на рынок *Sante 40 NE* — глазную примочку, снимающую зрительное напряжение и эффект «затуманенного зрения».

В 1986 году компания выпустила на рынок интраокулярные линзы, а через год — противинфекционный офтальмологический препарат *Rimatil* и противоревматическое средство *Rimatil*.

Ставший первым в мире противинфекционным препаратом класса хинолонов *Tarivid* завоевал широкое признание в профессиональной среде благодаря своим мощным противинфекционным свойствам. Через 4 года после вывода на рынок объем продаж превысил 10 млрд иен, что сделало *Tarivid* одним из наиболее успешных продуктов компании.

В 1990 году, к своему 100-летию юбилею, «Сантэн» провозгласила долгосрочную программу своего развития, направленную на то, чтобы «обеспечить японское общество только лучшими лекарственными препаратами и гарантировать высочайший уровень обслуживания в области охраны зрения». Руководством компании были разработаны основные цели: стать «компанией мирового уровня» и добиться «лидерства по всем направлениям оказания офтальмологической помощи».



Santen Oy — штаб-квартира европейского подразделения



Дочернее предприятие Santen Inc. в США

В 1991 году «Сантэн» запустила *Sante FX* — глазную примочку, которая обладала мощным восстановительным эффектом. Новый дизайн упаковки и уникальная рекламная кампания на ТВ позволили препарату быстро завоевать популярность среди японских потребителей.

## Глава 4. Компания мирового уровня

Благодаря опыту, накопленному компанией на японском рынке препаратов, отпускаемых по рецепту, «Сантэн» начинает успешное продвижение на зарубежных рынках. 11 дочерних предприятий открыты в 7 странах мира, в том числе в США, Германии и Финляндии.

В 1993 году компания открывает дочернее предприятие в США. «Santen Inc.» ведет активную работу в области НИОКР, развития бизнеса и стратегических маркетинговых исследований. Через год, в 1994 году, в Германии зарегистрирована «Santen GmbH». Продажи лекарственных средств «Сантэн» на германском рынке начались позже, в 2002 году, с противинфекционного препарата *Otaquix* (известного в Японии под названием *Cavit*).

В 1995 году компания выводит на рынок препарат *Hyalain*, действие которого направлено на лечение заболеваний роговицы.

*Hyalain* — уникальный препарат, который лечит повреждения эпителия роговицы, вызванные синдромом «сухого глаза». Через 6 лет с момента появления лекарства на рынке уровень его продаж превысил 10 млрд иен.

В том же 1995 году появилось противоревматическое средство *Azulfidine EN*, а в Пекине заработал представительский офис компании.

В 1996 году были открыты Центр исследований и развития Naga и завод Shiga Plant. 15 лет назад, в 1997 году, «Сантэн» приобрела финское фармацевтическое предприятие «Oy Star Ab». Оно было основано в 1922 году в Тампере и специализировалось на офтальмологических препаратах. В результате сделки была создана компания «Santen Oy».

С образованием «Santen Oy» компания приобрела первую заокеанскую производственную базу, которая позволила «Сантэн» выйти на рынки Северной и Восточной Европы. «Santen Oy» — штаб-квартира европейского подразделения компании с собственным научно-исследовательским центром.

В том же году в Швеции была основана «Santen Pharma Ab» и на Тайване — «Taiwan Santen Pharmaceutical Co., Ltd». Подразделение «Santen GmbH» в Германии и «Santen Pharma Ab» в Швеции занимаются маркетингом и продажей офтальмологической продукции.

В 2000 году в Японии запущено производство противинфекционного офтальмологического препарата *Cavit*, благодаря своему сильному противинфекционному действию



и замечательной способности проникать в глазную ткань, ставшего лекарством первого выбора при лечении глазных инфекций. В том же году было открыто представительство «Сантэн» в Корее — «Santen Pharmaceutical Korea Co., Ltd.», а также офис в Гуанджоу.

Через год на японский рынок поступило средство лечения глаукомы и снижения ВГД *Detantol* и противоаллергичный препарат *Livostin*.

Для расширения исследовательских работ Сантэн приобрела компанию «Advanced Vision Science, Inc.», расположенную в США. «Advanced Vision Science, Inc.» — производитель медицинского оборудования офтальмологического направления, имеющий широкие возможности в области исследований по ИОЛ.

В 2005 году открыт офис представительства в Шанхае, заработала компания «Santen Pharmaceutical (China) Co., Ltd».

В 2006 году на японском рынке появилось новое средство лечения весеннего кератоконъюнктивита — 0,1% раствор *PAPLOCK*, а через год — глазные капли *Sante Medical 10*. Мягкие глазные капли *Sante Medical 10* имеют индекс свежести 3. Препарат сочетает 10 активных компонентов и служит профилактическим средством старения, защищает глаза от нагрузок и инфекций.

В октябре 2008 года «Сантэн» объявляет о выпуске новых капель *Sante 40i*. Действие новинки направлено на подавление негативного воздействия окружающей среды на глаза.

*Sante 40i* содержат 6 активных ингредиентов, которые улучшают фокусировку глаза, циркуляцию крови, защищают роговицу и поддерживают естественную влажность глаза. Благодаря освежающему и увлажняющему действию, капли *Sante 40i* хорошо помогают в лечении синдромов «затуманенного» и «усталого» глаза.

Согласно исследованиям, проведенным компанией «Сантэн», около 50% людей среднего и старшего возраста, пользующихся глазными каплями, страдают симптомом «затуманенного» глаза и жалуются на усталость глаз. Постоянно развивающиеся технологии, частое использование персональных компьютеров и мобильных телефонов, просмотр телевизора лишь усугубляют влияние на зрение человека. Так, при работе с компьютером человек реже моргает, что приводит к сухости глаза. Кроме того, количество слезной жидкости уменьшается с возрастом.

«Сантэн» выпустила на рынок *Tapros/Taftolan* — средство для борьбы с глаукомой и повышенным внутриглазным давлением. Появление препарата стало результатом глобальной научной работы, проведенной одновременно в четырех исследовательских центрах: в Японии, США, Европе и Азии. В Японии и за ее пределами *Tapros/Taftolan* оказался в центре внимания офтальмологов как новейшее средство, отпускаемое по рецепту, которое отвечает необходимым требованиям в глаукомном сегменте.

В 2009 году на японском рынке появилась гибкая ИОЛ *Eternity Natural*, а в следующем, 2010 году — противоглаукомное средство *Cosort* и препарат *Diquas* для лечения синдрома «сухого глаза».

*Diquas* — средство, обладающее новым механизмом лечения синдрома «сухого глаза». Это первый агонист P2Y<sub>2</sub> рецепторов в мире. Его действие способствует секреции слизи и воды, главных составляющих слезной жидкости, и значительно улучшает состояние слезной пленки.

## Глава 5. «Действовать с благословения небес»

Основная стратегия компании «Сантэн» в научно-исследовательской работе — максимально быстро выводить на рынок новые лекарственные препараты за счет концентрации управленческих ресурсов на перспективных проектах в тех областях, где компания может проявить свои сильные стороны.

Ключевые задачи «Сантэн» — создание офтальмологических препаратов нового поколения и углубление исследований в области лечения глаукомы, воспалительных заболеваний глаз, заболеваний сетчатки и роговицы.

Тесное сотрудничество с университетами, научно-исследовательскими центрами и ведущими офтальмологами мира позволяет компании разрабатывать лекарственные препараты, в которых действительные нуждаются пациенты.

...Корпоративная философия компаний, входящих в группу «Сантэн», отражена в названии. Слово «сантэн» образовано из фразы «Tenki ni sanou sugu». В переводе с древнеяпонского она означает «Действовать с благословения небес».

Материал подготовил Сергей Тумар





# ТРАВМА

Окончание. Начало см. в №3/2012

## Симпатическая офтальмия

Симпатическая офтальмия — двухсторонний гранулематозный пануевит, развивающийся после проникающего ранения, связанный в основном с выпадением радужки (рис. 23.21а) или реже — после интраокулярной хирургии, включающей множественные витреоретинальные манипуляции. Травмированный глаз называют симпатизирующим, а здоровый глаз, в котором также развивается увеит, — симпатизируемым. Гистологических подтверждений, как правило, немного, поэтому диагноз предположительный.

## Гистология

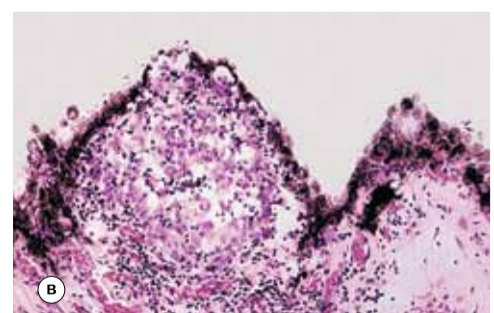
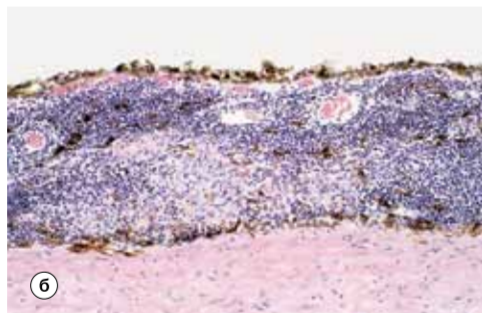
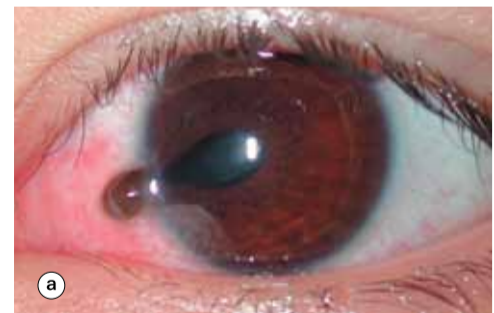
Характерными признаками являются диффузная массивная лимфоцитарная инфильтрация хориоидеи и рассеянные скопления эпителиоидных клеток, многие из которых содержат мелкозернистые гранулы с поглощенным меланином (рис. 23.21б). Узелки Dalen-Fuchs — это гранулемы, локализующиеся между мембраной Бруха и ПЭС (рис. 23.21в).

## Диагностика

**1. Проявляется** в 65% случаев в период от 2 нед. до 3 мес. после первичной травмы и в 90% случаев — в течение первого года.

**2. Признаки** (в порядке появления).

- Симпатизирующий глаз имеет признаки первичной травмы и обычно гиперемирован и раздражен.
- В симпатизируемом глазу развивается светобоязнь, он становится раздраженным.
- В обоих глазах развивается передний увеит, который может быть незначительным или тяжелым и гранулематозным (рис. 23.21г). Увеит по тяжести может развиваться не симметрично, поэтому незначительное вовлечение одного из глаз легко пропустить.
- При гистологическом исследовании отмечаются мультифокальные хориоидальные инфильтраты на средней периферии и под ПЭС (рис. 23.21д), соответствующие узелкам Dalen-Fuchs.
- В тяжелых случаях развивается эксудативная отслойка сетчатки.
- Остаточные хориоретинальные рубцы, вовлекающие макулярную область, могут стать причиной потери зрения.
- Характерна картина «вечерней зари», сходная с синдромом Vogt-Koyanagi-Harada.



**Рис. 23.21** Симпатическая офтальмия: (а) проникающее ранение с выпадением радужки; (б) лимфоцитарная инфильтрация и формирование гранулемы в хориоидеи; (в) узелок Dalen-Fuchs — гранулема, расположенная между мембраной Бруха и ПЭС; (г) липидные преципитаты на роговице при переднем увеите; (д) мультифокальный хориоидит (предоставлено N. Rogers — рис. а; J. Hargy — рис. б, в; С. Pavesio — рис. д)

**3. ФАГ** выявляет многочисленные очаги просачивания жидкости на уровне ПЭС с субретинальными сливными очагами на фоне отслойки сетчатки.

**4. ИЗА** выявляет темные пятна на хориоидеи, которые свидетельствуют об активности заболевания. При интенсивном лечении на ранних стадиях они исчезают.

**5. УЗИ** может обнаружить утолщение хориоидеи и отслойку сетчатки.

**6. Системные проявления** (встречаются нечасто) такие же, как при синдроме Vogt-Koyanagi-Harada (головная боль, плеоцитоз в СМЖ, дисакузия, шум в ушах, алоpecia, преждевременное поседение и витилиго).

## Лечение

**1. Энуклеацию** в течение первых 10 дней после травмы осуществляют только в случаях безнадежного прогноза по зрению, т.к. симпатизирующий глаз функционально может быть лучше, чем симпатизируемый.

**NB** Эвисцерация не предупреждает развитие симпатической офтальмии.

**2. Местное** лечение переднего увеита: стероиды и циклоплегтики.

**3. Системное** лечение стероидами (1-1,5 мг/кг) обычно эффективно, хотя в некоторых случаях требуется применение циклоспорина или азатиоприна. Для предотвращения рецидивов лечение проводят, по меньшей мере, в течение года с постепенным снижением дозы. При надлежащей терапии прогноз благоприятен в 75% случаев с остротой зрения выше 6/12.

**NB** Длительный контроль необходим в течение нескольких лет из-за частоты рецидивов, возникающих в отдаленные сроки в 50% случаев.

## Бактериальный эндофтальмит

### Патогенез

Эндофтальмит развивается в 8% случаев проникающих ранений с оставленным инородным телом.

- 1. Факторы риска.** Отсроченная первичная обработка, неудаленное внутриглазное инородное тело, локализация и размеры повреждения. Клинические признаки сходны с острым постоперативным эндофтальмитом.
- 2. Возбудители.** В 90% случаев — *Staphylococcus spp.* и *Bacillus spp.*

## Тактика ведения

### 1. Профилактика

- Ципрофлоксацин 750 мг 2 раза в день назначают при открытых травмах глазного яблока.
- Удаление инородного тела в кратчайшие сроки.
- Интравитреальное введение антибиотиков в случаях высокого риска развития воспаления, требующего витректоми (например, при сельскохозяйственных травмах).

**2. Исследование смывов** с удаленного инородного тела.

**3. Лечение** в установленных случаях такое же, как и при остром бактериальном эндофтальмите (см. главу 12).

## ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ

### Причины

Химические ожоги варьируют от незначительных до приводящих к слепоте. В большинстве наблюдений химические ожоги являются результатами несчастных случаев, реже — результатом нападения. Около 70% несчастных случаев происходят на работе, остальные — дома. Щелочные ожоги встречаются в 2 раза чаще, чем кислотные, т.к. щелочи часто применяют и дома, и в промышленности. Самые распространенные щелочи — аммиак, гидроксид натрия, известь. Самые распространенные кислоты — серная, сернистая, плавиковая, уксусная, хромовая и соляная. Степень химического ожога зависит от свойств химического агента, пораженной области глаза, длительности воздействия (длительность нахождения химического вещества на поверхности глазного яблока) и от сопутствующих эффектов, таких как термическое воздействие. Щелочь обычно проникает глубже, чем кислота, которая, коагулируя поверхностные белки, образует защитный барьер. Аммиак и гидроксид натрия из-за быстрого проникновения могут вызывать серьезные повреждения. Плавиковая кислота, используемая в гравировке и очистке стекла, также быстро проникает в глаз; воздействие серной кислоты при взрыве автомобильных аккумуляторов может осложниться термальным воздействием и скоростью удара.

лечения без предварительного сбора анамнеза и тщательного обследования. Немедленное лечение включает следующие процедуры.

**1. Промывание большим количеством воды** необходимо для минимизации времени воздействия химического агента и нормализации pH в конъюнктивальном мешке в кратчайшие сроки. Глаз промывают физиологическим раствором (или эквивалентами) в течение 15-30 мин или до нормализации pH.

**2. Двойной выворот век** необходимо выполнить для исключения остатков вещества в конъюнктивальных сводах, например, извести или цемента.

**3. Хирургическую обработку** некротических зон эпителия роговицы проводят для создания условий хорошей эпителизации.

### Оценка тяжести

Для обеспечения адекватного лечения и окончательного прогноза определяют степень тяжести химического ожога. Классификация основана на степени прозрачности роговицы и тяжести лимбальной ишемии, которую оценивают по наполнению глубоких и поверхностных сосудов (рис. 23.22а). **I степень.** Роговица прозрачная, лимбальная ишемия отсутствует (отличный прогноз).

**II степень.** Помутнение роговицы, но детали рисунка радужки различимы (рис. 23.22б), ишемия менее одной трети лимба (хороший прогноз).

**III степень.** Тотальная потеря роговичного эпителия, стромальное помутнение, детали рисунка радужки не различимы (рис. 23.22в), ишемия от одной трети до половины лимба (осторожный прогноз).

**IV степень.** Тотальное помутнение роговицы (рис. 23.22г) и ишемия более половины лимба (плохой прогноз).

Другие характеристики при проведении первого осмотра: степень потери эпителия роговицы и конъюнктивы, изменения радужки, состояние хрусталика и ВГД.

### Медикаментозная терапия

При умеренных повреждениях (I-II степени) назначают местно короткий курс кортикостероидной терапии, циклоплегтики и в целях профилактики — инстилляцию антибиотиков в течение 7 дней. В основные задачи лечения более тяжелых повреждений входят уменьшение воспаления, обеспечение регенерации эпителия и предотвращение изъязвления роговицы.

**1. Стероиды** снижают воспаление и нейтрофильную инфильтрацию, однако уменьшают синтез коллагена и блокируют миграцию фибробластов, замедляя таким образом заживление стромы. По этой причине стероиды местно применяют только в начале лечения и не более 7-10 дней, когда наиболее вероятно образование стерильной язвы роговицы. Их можно заменить НПВС, которые не оказывают влияния на функцию кератоцитов.

### Тактика ведения

#### Первая помощь

Химический ожог — единственное повреждение глаза, требующее незамедлительного



ISBN: 9788376090344



лечения без предварительного сбора анамнеза и тщательного обследования. Немедленное лечение включает следующие процедуры.

**1. Промывание большим количеством воды** необходимо для минимизации времени воздействия химического агента и нормализации pH в конъюнктивальном мешке в кратчайшие сроки. Глаз промывают физиологическим раствором (или эквивалентами) в течение 15-30 мин или до нормализации pH.

**2. Двойной выворот век** необходимо выполнить для исключения остатков вещества в конъюнктивальных сводах, например, извести или цемента.

**3. Хирургическую обработку** некротических зон эпителия роговицы проводят для создания условий хорошей эпителизации.

### Оценка тяжести

Для обеспечения адекватного лечения и окончательного прогноза определяют степень тяжести химического ожога. Классификация основана на степени прозрачности роговицы и тяжести лимбальной ишемии, которую оценивают по наполнению глубоких и поверхностных сосудов (рис. 23.22а). **I степень.** Роговица прозрачная, лимбальная ишемия отсутствует (отличный прогноз).

**II степень.** Помутнение роговицы, но детали рисунка радужки различимы (рис. 23.22б), ишемия менее одной трети лимба (хороший прогноз).

**III степень.** Тотальная потеря роговичного эпителия, стромальное помутнение, детали рисунка радужки не различимы (рис. 23.22в), ишемия от одной трети до половины лимба (осторожный прогноз).

**IV степень.** Тотальное помутнение роговицы (рис. 23.22г) и ишемия более половины лимба (плохой прогноз).

Другие характеристики при проведении первого осмотра: степень потери эпителия роговицы и конъюнктивы, изменения радужки, состояние хрусталика и ВГД.

### Медикаментозная терапия

При умеренных повреждениях (I-II степени) назначают местно короткий курс кортикостероидной терапии, циклоплегтики и в целях профилактики — инстилляцию антибиотиков в течение 7 дней. В основные задачи лечения более тяжелых повреждений входят уменьшение воспаления, обеспечение регенерации эпителия и предотвращение изъязвления роговицы.

**1. Стероиды** снижают воспаление и нейтрофильную инфильтрацию, однако уменьшают синтез коллагена и блокируют миграцию фибробластов, замедляя таким образом заживление стромы. По этой причине стероиды местно применяют только в начале лечения и не более 7-10 дней, когда наиболее вероятно образование стерильной язвы роговицы. Их можно заменить НПВС, которые не оказывают влияния на функцию кератоцитов.

**2. Аскорбиновая кислота** восполняет местную нехватку витамина С в поврежденных тканях и улучшает заживление ран, активизируя синтез коллагена фибробластами роговицы. Местно — инстилляцией аскорбата натрия 10% каждые 2 ч в дополнение к системной дозе 2 г 4 раза в день.

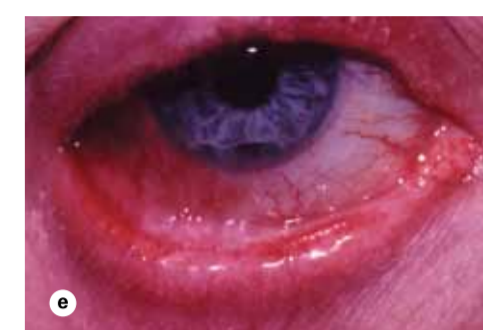
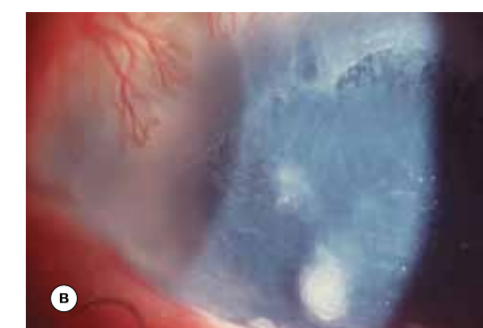
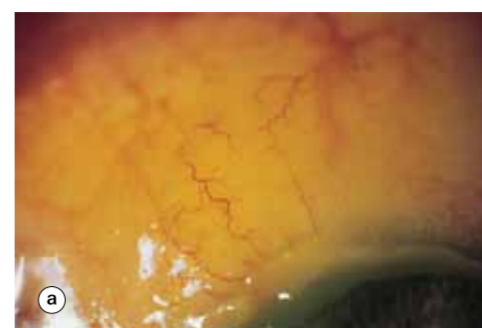
**3. Лимонная кислота** является мощным ингибитором активности нейтрофилов и снижает интенсивность воспалительной реакции. Образование внеклеточного комплекса кальция с цитратом также ингибирует коллагеназу. Инстилляцию цитрата натрия 10% проводят каждые 2 ч в течение 10 дней с целью избежать вторичного выброса фагоцитов, который происходит через 7 дней после травмы.

**4. Тетрациклины** являются эффективными ингибиторами коллагеназы, а также нейтрофильной активности и уменьшают изъязвления. Их применяют как местно, так и системно (доксикалин 100 мг 2 раза в день).

### Хирургическое лечение

**1. В ранние сроки** хирургическое лечение может быть необходимо для реваскуляризации лимба, восстановления популяции лимбальных клеток и конъюнктивальных сводов. Применяют одну из следующих процедур.

- Мобилизация теноновой капсулы и сшивание ее с лимбом с целью восстановления лимбальной васкуляризации для предотвращения развития язвы роговицы.
- Трансплантация популяции лимбальных клеток со здорового глаза пациента



(ауто-трансплантат) или донорского глаза (аллотрансплантат) с целью восстановления эпителия роговицы.

• Подсадка амниотической мембраны для улучшения эпителизации и уменьшения фиброза.

### 2. Отсроченная хирургия

- Устранение спаек конъюнктивы (рис. 23.22д) и симблефарона (рис. 23.22е).
- Пересадка лоскутов конъюнктивы или слезистой.

• Пластика век.

• Кератопластика должна быть отсрочена на 6 мес. и более для максимального разрешения воспалительной реакции.

• При тяжелых повреждениях может потребоваться кератопротезирование (см. рис. 10.5а), т.к. методы традиционной пересадки могут оказаться неэффективными.

**Рис. 23.22** Химические ожоги: (а) лимбальная ишемия; (б) II степень — помутнение роговицы, видны детали рисунка радужки; (в) III степень — помутнение роговицы, детали рисунка радужки не видны; (г) IV степень — тотальное помутнение роговицы; (д) спайки конъюнктивы; (е) симблефарон

По вопросам приобретения издания «Клиническая офтальмология: систематизированный подход»

## ЛОГОСФЕРА

интернет-магазин  
(495) 748 51 16

для ОПТОВЫХ КЛИЕНТОВ  
тел.: (495) 689 62 64; 771 34 58  
e-mail: salesdep@logobook.ru  
factor@logobook.ru

www.logobook.ru



**Рис. 23.21** Периокулярная гематома: (а) значительная периокулярная гематома и отек; (б) периокулярная гематома и субконъюнктивальное кровоизлияние; (в) «глаза панды»

**Рис. 23.2** Разрывы век: (а) два разрыва краев век без потери ткани; (б) последующая реконструкция; (в) разрыв века со значительной потерей ткани; (г) после реконструкции (предоставлено A. Pearson)





**Гоар Давтян, MBA**

Руководитель Департамента биомедицинских технологий, компания «Оптэкс», эксклюзивный представитель Carl Zeiss в России и странах СНГ

Несмотря на то что многие согласны с тем, что «не в деньгах счастье», благосостояние общества мы привыкли оценивать только в денежном выражении, по уровню валового внутреннего продукта (ВВП). Многие годы считалось, что это единственный показатель, который может дать полноценную картину благосостояния страны.

Всем знакомо негласное правило в бизнесе: «Что измеришь, тем и управляешь». Сосредоточив все внимание на достижении высоких показателей ВВП, мы автоматически принимаем аксиому, что общество может быть счастливым только благодаря материальным благам и только деньги играют решающую роль в процветании страны.

## ФИЛОСОФИЯ СЧАСТЬЯ

**Какая связь между полученными доходами и душевным равновесием?**

**К чему мы стремимся в течение нашей жизни: за деньгами или за счастьем?**

**Или же деньги обеспечивают человека счастьем? Насколько материальное благополучие в состоянии дать человеку душевное благополучие и счастье?**

Может ли уровень валового внутреннего продукта служить глобальным, эффективным показателем оценки благосостояния? Идея о том, что ВВП не в полной мере отражает состояние страны, обсуждается довольно давно. Еще 1968 году Роберт Кеннеди в одном из выступлений сказал: «Наш валовой национальный продукт включает в себя загрязнение воздуха, рекламу сигарет... уничтожение хвойных лесов и уникальной природы, но не учитывает здоровья наших детей, качества их образования и улыбок на их лицах». Валовой внутренний продукт, по словам Роберта Кеннеди, измеряет все, «кроме того, что делает жизнь осмысленной».

Действительно, многие блага невозможно полноценно измерить в рамках ВВП. Он не отражает показатели здоровья, образования, состояния экологии, политических свобод и духовную гармонию жителей страны. Вот почему в последнее время объективность оценки благосостояния страны по уровню валового внутреннего продукта стала подвергаться сомнению, и в последнее время вместо ВВП используются такие показатели, как валовое национальное счастье, индекс развития человеческого потенциала, индекс счастья. Хочу привести слова Альберта Эйнштейна, который по этому поводу сказал: «Не все, что можно посчитать, считается, и не все, что считается, можно посчитать».

Считать материальный достаток по уровню ВВП на душу населения – не очень сложная задача, но посчитать индекс счастья

граждан очень сложно, скорее всего, невозможно. Счастье – это переживание, эмоция, не поддающиеся определению. Что такое эмоция? Это чувство, а что может быть важнее чувства? Очень часто мы не придаем значения чувствам или недооцениваем их. Но все то, что случается с нами имеет значение только из-за эмоций, которые различные события вызывают у нас. Если война не причинит боли и страданий, а мир не принесит удовольствия духовных и физических, имеют ли они для нас какое-то значение? Война, мир, искусство, деньги, рождение, болезнь, смерть значимы для нас по одной единственной причине: любое из этих явлений представляет собой неисчерпаемый источник человеческих эмоций и чувств.

Еще Платон заметил: «Хороши ли эти вещи по какой-нибудь иной причине, кроме той, что они ведут к удовольствию и предотвращают или прекращают страдание? Приемайте ли вы какое-то иное мерило, кроме удовольствия и страдания, когда называете их хорошими?» На самом деле чувства сами по себе, равно как и все, что случается с нами, значения не имеют – они имеют лишь то значение, которое мы им придаем.

Если задать вопрос, чем хороши все существующие явления, которые человеческий род привык называть хорошими, ответ будет очевиден: «Они хороши тем, что вызывают в нас положительные эмоции и делают нас счастливейше». Этим и объясняется то, что у каждого человека свое понимание счастья.

Придавая столь большое значение чувствам, было бы логично дать им точное определение, а также понять, каким образом их можно измерить. Этим и занялись современные политики, когда стали рассматривать альтернативные варианты ВВП – «индекс счастья» или «валовое национальное счастье».

На первый взгляд, измерить «индекс счастья» покажется задачей трудной или вовсе невыполнимой, тем не менее во многих странах задумались над этим. Например, в Великобритании правительство выделило 2 млн фунтов стерлингов на измерение «индекса счастья», дополняющего, по мнению премьер-министра Дэвида Кэмерона, более традиционные статистические показатели, такие как валовой внутренний продукт. Управление национальной статистики этой страны с апреля месяца 2012 года проводит опрос жителей о том, как они оценивают свое благополучие. Первые результаты опросов планируются обнародовать до конца этого года. «Мы продолжим измерять ВВП как и всегда, но нам давно пора признать, что отдельно взятый ВВП не является полным методом измерения уровня прогресса страны», – заявил британский премьер.

Радует то, что британские политики не одиноки в стремлении измерить уровень счастья своих граждан. Во Франции в 2011 году бывший президент Николя Саркози создал экспертную группу для поиска альтернатив ВВП. Целый ряд международных организаций: Всемирный банк, Еврокомиссия, ООН и ЮНЕСКО – взяли на себя обязательство найти такие статистические показатели. На мой взгляд, это существенный сдвиг парадигмы, характеризующий нашу эпоху с лучшей стороны, потому что, наконец, мы стали осознавать, что только материальное благополучие не в силах обеспечить счастье людям.

Однако было бы несправедливым не отметить, что пионером в этой области является небольшое гималайское королевство Бутан, которое публикует показатели «валового национального счастья» с 1970-х годов. В Бутане основным измерителем благополучия страны является ощущение счастья гражданами страны.

Чип Конли, предприниматель из США, имел возможность лично беседовать с королем Бутана. И монарх сказал ему, что основная цель их страны заключается не в «производстве счастья», а в создании условий для счастливой жизни.

Понятие валового счастья было введено в обиход в качестве неофициальной государственной философии четвертым королем Бутана. «Счастье народа важнее процентов валового внутреннего продукта», – подчеркнул король. Смысл этого понятия для Бутана состоит в развитии такой экономики, которая соответствовала бы уникальной бутанской культуре, основанной на буддийских духовных ценностях. Практически «валовое национальное счастье» реализуется через пятилетнее планирование экономики, при котором движение вперед происходит медленно, в гармонии с традиционными ценностями – семьи, культурой, природой, буддийской религией. Идея, изложенная в резолюции, базируется на принятой в Бутане модели «валового национального счастья», которая подразумевает измерение качества жизни в балансе между материальным и духовным. Основой данной реформы являются социальные программы ухода за стариками, запрет химических удобрений и химических ингредиентов, запрет экологически вредных производств, охрана природы (практически половину территории Бутана занимают национальные парки, где запрещена охота).

Материальное благополучие не в состоянии обеспечить счастье человека. Это также доказано статистикой самоубийств в разных странах. Согласно статистике, основной причиной самоубийств является потеря человеком смысла жизни (46%). При этом теряют смысл жизни и чувствуют себя несчастными люди, живущие далеко не в бедных странах, а в развитых, имеющих высокий показатель ВВП. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) по показателю суицида делит страны на три группы:

- низкий уровень самоубийств (до 10 человек в год на 100 тысяч населения) – Филиппины (0,5), Албания (1,4), Доминиканская Республика (2,1), Армения (2,3). Самый низкий уровень самоубийств отмечается в Египте (0,03);
- средний уровень самоубийств (от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения) – Австралия, США;
- высокий и очень высокий уровень самоубийств (свыше 20 человек на 100 тыс. населения) – Латвия (42,5), Литва (42,1), Эстония (38,2), Венгрия (35,9), Швеция (36).

Согласно статистике, во многих развитых европейских странах отмечается высокий уровень самоубийств. Отчего жители этих стран чаще бьются в отчаянии и теряют смысл жизни? В этой группе фигурирует Швеция, входящая в первую десятку европейских стран по уровню социального обеспечения. Несмотря на довольно высокий уровень жизни, каждый год около 1500 жителей этой страны добровольно уходят из жизни.

Можете ли вы определить, что именно делает вас счастливыми? Количество денег? Наличие движимого и недвижимого имущества? Здоровые дети? Интересная работа? Уважение и признание окружающих? Подобных вопросов может быть бесконечное множество и примерно столько же ответов, потому что у каждого из нас свое мерило счастья. И это неуловимое ощущение практически невозможно измерить. Хотя именно оно и составляет основную ценность в нашей жизни – ощущение счастья у простых служащих, владельцев компаний, глав государств.

Но я не хочу делать выводы, что уровень благосостояния никак не влияет на человека, или чем ниже достаток, тем люди

счастливей... Вовсе нет. Безусловно, пока не удовлетворены самые основные физиологические потребности человека: голод, жажда, безопасность, комфорт – материальная составляющая имеет огромное значение для ощущения счастья. Но когда вышеперечисленные вопросы решены, рост благосостояния не прибавляет человеку ощущения счастья, а иногда может быть источником несчастья. Особенно, если человек духовно не готов обладать большими материальными благами.

Демокрит сказал: «Жадность денег, если она ненасытна, гораздо тягостней нужды, ибо, чем больше растут желания, тем большие потребности они порождают». Почему материальное благо не в состоянии дать полноценное чувство счастья? Потому что оно обеспечивает потребности тела и не более, а человек – существо гораздо более сложное... Человеческая натура имеет много измерений. Есть разные теории по этому поводу, и лишь немногие смельчаки пытаются утверждать, что человек это только тело. Многие выделяют четыре измерения человеческой природы: физическое тело, ум – интеллект, сердце – душа, дух – совесть. Для достижения гармонии человек должен удовлетворить потребности всех измерений своей натуры. Если человек сможет подчинить тело духу, т.е. физические потребности, страсти – совести, он станет хозяином самого себя. Люди, чья жизнь подчинена только удовлетворению физических потребностей и страстей, становятся рабами своего тела. Тело – хороший слуга, но плохой хозяин.

Выдающийся психолог прошлого века Абрахам Маслоу своей теорией еще раз доказывает, что не хлебом единым жив человек.

«Я совершенно убежден, что человек живет хлебом единым только в условиях, когда хлеба нет, – разъярясь Маслоу. – Но что случается с человеческими стремлениями, когда хлеба вдоволь и желудок всегда полон? Появляются более высокие потребности, и именно они, а не физиологический голод, управляют нашим организмом. По мере удовлетворения одних потребностей возникают другие, все более и более высокие. Так постепенно, шаг за шагом, человек приходит к потребностям в саморазвитии – наивысшей из них». Маслоу прекрасно осознавал, что удовлетворение примитивных физиологических потребностей – основа основ. В его представлении идеальное счастьево общество – это, в первую очередь, общество сытых людей, не имеющих повода для страха или тревоги. Если человек, например, постоянно испытывает недостаток в еде, вряд ли он будет остро нуждаться в любви. Однако человек, переполненный любовными переживаниями, все равно нуждается в пище, причем регулярно. Под сытостью Маслоу подразумевал не только отсутствие перебоев с питанием, но и достаточное количество воды, чистого воздуха и так далее. Формы, в которых проявляются потребности, могут быть разными, здесь нет единого стандарта. У каждого из нас свои мотивации и способности. Поэтому, например, потребность в уважении и признании у разных людей может проявляться неодинаково: одному необходимо стать выдающимся политиком и завоевать одобрение большинства своих сограждан, другому вполне достаточно, чтобы собственные дети признавали его авторитет. Такой же широчайший диапазон в рамках одной и той же потребности можно наблюдать на любой ступени пирамиды, особенно на первой (физиологические потребности). Одному достаточно иметь квартиру, машину, и он готов дальше развиваться по пирамиде Маслоу – инвестировать средства в саморазвитие, помогать нуждающимся, а другой никак не может насытиться. Купив квартиру, дом, дачу, машину, он не может остановиться и перейти на другую ступень развития. Чем больше человеку дается, тем выше поднимается планка требований, и часто для достижения цели человек идет на нарушение законов нравственности и духовности.

Конечно, удовлетворение физических потребностей имеет большое значение, но потом человек переходит на уровень реализации потребностей более высокого порядка. На мой взгляд, наши потребности можно разделить на 3 группы: потребности тела, потребности души, потребности духа. Невозможно добиться гармонии и счастья без удовлетворения потребностей всех уровней.

Все мы живем в согласии с законами физического мира (закон тяготения земли, закон Архимеда и т.д.) Мы хорошо понимаем, что, спрыгнув с крыши высокого дома, мы разобьемся насмерть либо покалечим себя, так как физическое тело подчиняется закону всемирного тяготения. А понять, что негативные эмоции (злость, зависть, гордость, алчность...) разлагают, разрушают нашу душу и в конечном итоге губят тело, дано не каждому. Причиной-следственные связи не всегда очевидны.

На мой взгляд, нам не хватает знаний законов духовной жизни. Точно так же, как физический мир имеет свои законы, человеческая душа подчиняется законам и правилам духовной жизни. Принимаем мы эти законы или нет, они действуют вне зависимости от нашего понимания и нашей воли.

Вселенский разум трактует эти законы и правила на разных языках мира в виде различных религий, но они едины для всего человечества. Это законы, которые, преодолевая время и пространство, возвращают нас к простым, но истинным ценностям человечества. Все мировые религии гласят о правилах духовной жизни. Они универсальны, для них не существует культурных и географических границ. Кроме того, они вечны. Такие принципы, как справедливость, доброты, уважение, честность, порядочность, служение другим, никогда не изменятся. В разных культурах эти принципы воплощаются по-разному, но они существуют и подобно закону всемирного тяготения действуют постоянно. Кроме того, эти принципы неоспоримы, они очевидны и не требуют доказательств.

Абрахам Маслоу признавал, что люди имеют множество различных потребностей, но одна из самых важных потребностей – потребность признания, уважения и любви. Мы так устроены. Но завоевать любовь и уважение ближнего можно только единственным способом – самому искренне любить и уважать. Что является одним из постулатов духовного закона всех религий: «Люби ближнего своего как самого себя».

Таким образом, можно сделать очень важный вывод: для того, чтобы удовлетворить одну из самых важных потребностей нашего существа – потребность признания, уважения и любви, мы должны сами уважать и любить. Многие страдают от недостатка уважения к себе, любви, признания, но вы видели человека, который бы сказал: «Я так страдаю, что недостаточно уважаю других, я к ним плохо отношусь, слетит чаю, клевету, злость?» Я думаю, таких людей вы не встречали.

Можно эту жизнь прожить мудро. В чем заключается мудрость? По сути, это значит жить в согласии с принципами и правилами духовного закона, что позволит, безусловно, добавить в нашу жизнь множество счастливых дней. Вы задумывались насколько наша сущность, характер могут сделать нас счастливыми или несчастными? Вы думайте, что эти вещи не взаимосвязаны? А зря...

Давайте представим образ счастливого человека. Каким он нам представляется? Добрым, щедрым, отзывчивым, великодушным? Или злым, алчным, завистливым, жадным, горделивым? Кто-то сказал: «Если вы утром встали и вспомнили, что кого-то ненавидите или на кого-то обижены или кому-то завидуете, то вы потенциально больной». Такие негативные эмоции, как гнев, зависть, жадность, злость, ненависть, разрушают и разлагают душу и в конечном итоге тело. С таким набором черт характера невозможно быть счастливым вне зависимости от достигнутых успехов, должности, статуса, материальных благ.

Давайте представим материально обеспеченного, но очень завистливого человека. Помогут ли многочисленные дома, дорогие машины заставить его почувствовать себя счастливым, если он зеленеет от зависти, когда сосед купил более престижную машину или коллега получил более высокую должность? Разве материальные блага в состоянии дать этому человеку душевное равновесие и, тем более, ощущение счастья в такой ситуации? Алчному сколько ни дай, будет мало, и пока мало, он не сможет себя ощущать счастливым. Завистливый человек, имея, казалось бы, все, что только можно себе представить, всегда будет себя сравнивать с другими, и всегда найдутся люди,

кому можно позавидовать. А пока червь зависти грызет душу, не будет и счастья.

Но вы видели человека, который грустно объявляет, что не может почувствовать себя счастливым, потому что он «злое, завистливое, алчное, неблагоприятное существо»? Или человека, который на вопрос, что необходимо для счастья, отвечает: «Я бы хотел не быть завистливым, довольствоваться малым, быть добрее...» Ответ очевиден, а жаль... Ведь формула счастья именно в самосовершенствовании, и корни многих проблем кроются именно в нас самих. В словах греческих философов заключена истина и мудрость в великолепной последовательности: «Познай себя. Управляй собой. Реализуй себя».

Но существует еще один важный аспект для достижения гармонии и счастья – голод совести. Наш современник, писатель де Сталь, писал: «Голос совести настолько слаб, что его легко заглушить, но при этом он настолько отчетлив, что его ни с чем нельзя спутать».

Медицина уже давно доказала неоспоримую связь между нашими эмоциями и здоровьем тела. Доктор Док Чилдр из института HeartMath на основании своих исследований заявил: «Наша иммунная система ослабляется, если мы действуем вразрез со своими внутренними ценностями и совестью, и, наоборот, укрепляется, если мы чувствуем и выражаем искреннюю любовь или заботу». Другой наш современник, психолог К.С. Льюис, отвечал: «Чем больше прислушивается к голосу своей совести, тем больше совесть требует от вас». Однако совесть совершенствует наши способности, расширяет интеллект, делает более весомым наш вклад в окружающий мир. Если мудро распорядиться тем, что нам дано, наши таланты преумножатся.

Что происходит с телом, когда мы действуем вопреки своей совести и духовным ценностям? Как правило, результат можно увидеть на лицах людей, в их глазах. Что происходит с сердцем? Мы теряем контроль над своими эмоциями, способность понимать других, сочувствовать другим, мы

теряем способность сопереживать и любить других людей. И почему мы не принимаем, что для ощущения счастья каждому из нас, прежде всего, необходимо обладать здоровой душой? Почему ключ счастья и гармонии мы не ищем в наших сердцах? Почему мы не ставим перед собой цель бороться со страстями, которые на самом деле делают нас несчастными? Почему мы стараемся изменить всех, кроме самих себя? Почему когда нас спрашивают, что необходимо для счастья, мы чаще всего отвечаем: «Дом, дача, машина, яхта, работа»...

Мы редко задумываемся о том, сможет ли наш характер обеспечить ощущение долгожданного счастья после получения всех материальных благ? Насколько мы ценим то, что дано нам сегодня? Полностью ли мы отдаемся тому, чтобы душа наша была здоровой и мы могли ощутить свободу и гармонию? Не трудно понять, что если мы живем в полнейшем достатке, но душа запутана в страстях, это может иметь самые опасные последствия. Можно окончательно погубить душу, а ведь именно душа является вечной субстанцией.

Человек по своей сущности не может быть совершенным. Но мы имеем право выбора – смириться с нашими страстями, винить окружающих в наших бедах и неудачах, или, наоборот, совершенствовать себя, улучшая качество своей жизни, с целью достичь гармонии с собой и с окружающим миром. Быть свободным от зависти, злости, жадности, алчности, ненависти – это значит иметь безмятежную, наполненную теплотой, любовью, уважением, добротой, терпением, благодарностью душу. Чувство духовной свободы способно дать человеку намного больше радости и счастья, чем мы можем предположить. И борьба за духовную свободу стоит наших усилий. Она придает смысл нашей жизни, вдохновляет на служение и поиски нового. Если мы живем в соответствии с вечными общечеловеческими ценностями, внутри нас открывается божественный дар, позволяющий реализовать наши человеческие возможности, жить в гармонии с самим собой, быть счастливым и дарить счастье другим. ■

**РАБОЧЕЕ МЕСТО ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА AARU 2000**

**Комплектация диагностическим оборудованием по выбору:**

- Шелевые лампы (2-кратное и 5-кратное увеличение, верхнее или нижнее освещение);
- Система архивирования цифровых изображений глаза с шелевой лампой;
- Проекторы знаков;
- Авторефрактометр;
- Бинокулярный напольный офтальмоскоп;
- Диоптриметр;
- Кератометр;
- Автопериметр;
- AB-скан; и т.д.

Офтальмологическое оборудование по вашему выбору

Тел./факс в Москве: (495) 933-00-49, 775-01-32  
Тел./факс в Санкт-Петербурге: (812) 716-73-29  
Тел. в Алматы: (727) 264-26-92, 264-25-62  
www.vartanama.com

**ВАША НАДЕЖНАЯ ПАРТНЕР В ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

**ИСКУССТВЕННАЯ СЛЕЗА®**

**КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ**

**ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА СУХОГО ГЛАЗА**

**УСТРАНЕНИЕ РАЗДРАЖЕНИЯ И УСТАЛОСТИ ГЛАЗ**

**СНЯТИЕ НАПРЯЖЕНИЯ ГЛАЗ, ВЫЗВАННОГО РАБОТОЙ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ И ВОЖДЕНИЕМ АВТОМОБИЛЯ**

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ ФИРМ www.firm.ru

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ИЛИ ПОСОВЕТУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ





# Темнота профессионалам не помеха!

Илья Бруштейн

**Профессиональная самореализация, возможность заниматься любимым делом и получать за свой труд достойную оплату – одна из важнейших и неотъемлемых частей реабилитации инвалидов по зрению. Незрячие и слабовидящие люди трудоспособного возраста в подавляющем большинстве могут и хотят работать. Они способны успешно проявить себя в самых различных профессиях. Трёх героев нашей публикации объединило несчастье: они полностью лишены возможности визуально воспринимать окружающий мир. Но слепота не помешала Анне Фоминой, Наталье Смирновой и Виталию Васильеву реализовать себя. Их опыт может быть интересен и полезен для наших читателей... В последнее время врачи-офтальмологи нередко рассказывали мне о своих пациентах, впадающих в глубокую депрессию даже при небольшом ухудшении зрения. Возможно, обращение к материалам нашей рубрики поможет этим пациентам по-другому взглянуть на своё собственное положение, вернёт им светлый, оптимистичный взгляд на мир.**

И всё же молодая женщина активно ищет новую работу, рассылает резюме, звонит потенциальным работодателям, ездит на собеседования. Парадоксальная ситуация? А вот и нет... «Я бы не хотела всю жизнь проработать во Всероссийском обществе слепых, при всём уважении и привязанности к нашей структуре. Хочется «выйти в большой мир», стать сотрудником обычной, «неинвалидной» организации, делать общее дело со зрячими коллегами. Кстати, руководство ВОС полностью поддерживает такую позицию».

К сожалению, пока поиски работы не увенчались успехом. Анна рассылала резюме в государственные инстанции, языковые и общеобразовательные школы, коммерческие фирмы, различные гуманитарные организации. Она активно предлагает свои услуги в качестве переводчика и преподавателя английского языка.

Иногда её приглашают на собеседования. Но дальше дело не идёт... «Меня просто не воспринимают всерьёз... Во время так называемых «собеседований» меня заваливают множеством вопросов, не имеющих ни малейшего отношения к предполагаемой профессиональной деятельности. Часто спрашивают о том, как я передвигаюсь по городу, не трудно ли мне есть ножом и вилкой, как я пользуюсь кухонной плитой... Но я профессионал в сфере английской филологии, и вместо обсуждения деталей личной жизни предпочитаю говорить с коллегами и начальством о методике преподавания английского языка».

Может ли слепой человек преподавать иностранный язык зрячим учащимся? Фомина убеждена в том, что для этого нет никаких препятствий. «Нередко мне приходится слышать от потенциальных работодателей,

**Учить английский, а не смотреть в глаза!**

«Слепота вычеркивает из жизни красоту и уродство, уравнивает день и ночь, делает даже самых сильных беспомощными», – так завершается рассказ «Ночной кошмар» незрячего писателя из Ставрополя Дмитрия Гостищева. Жизнь героини нашей статьи опровергает тезис, выдвинутый в вышеупомянутом литературном произведении. С Анной Фоминой мы познакомились во время фестиваля Санкт-Петербургской региональной организации Всероссийского общества слепых (ВОС) «Осенний калейдоскоп». Запомнилось её проникновенное исполнение популярной песни «Garota de Ipanema» (Девушка из Ипанемы). Героиня статьи – незрячая с рождения. Ей 31 год. Высокая, стройная, обаятельная. У молодой женщины привлекательная, можно даже сказать, модельная внешность. Она прекрасно держится на сцене.

И своим обликом, и манерой поведения, и жизненной позицией Анна опровергает многие клише и стереотипы о незрячих людях. Она человек очень разносторонний и многоплановый. Преподаёт английский язык в Санкт-Петербургском Центре культурно-спортивной реабилитации инвалидов по зрению. Пишет стихи и песни. Прекрасно играет на гитаре, аккордеоне и даже на ирландской флейте «вист». А ещё Анна занимается керамикой и учит международный язык эсперанто.

Моей собеседнице нравится работа в Центре культурно-спортивной реабилитации. На сегодняшний день Фомина – единственный незрячий преподаватель иностранного языка в Северной столице. Она ценит творческую атмосферу в коллективе, общение с коллегами. Анна любит своих учеников: слепых и слабовидящих детей и взрослых, с увлечением осваивающих английский язык.

И всё же молодая женщина активно ищет новую работу, рассылает резюме, звонит потенциальным работодателям, ездит на собеседования. Парадоксальная ситуация? А вот и нет... «Я бы не хотела всю жизнь проработать во Всероссийском обществе слепых, при всём уважении и привязанности к нашей структуре. Хочется «выйти в большой мир», стать сотрудником обычной, «неинвалидной» организации, делать общее дело со зрячими коллегами. Кстати, руководство ВОС полностью поддерживает такую позицию».

К сожалению, пока поиски работы не увенчались успехом. Анна рассылала резюме в государственные инстанции, языковые и общеобразовательные школы, коммерческие фирмы, различные гуманитарные организации. Она активно предлагает свои услуги в качестве переводчика и преподавателя английского языка.

Иногда её приглашают на собеседования. Но дальше дело не идёт... «Меня просто не воспринимают всерьёз... Во время так называемых «собеседований» меня заваливают множеством вопросов, не имеющих ни малейшего отношения к предполагаемой профессиональной деятельности. Часто спрашивают о том, как я передвигаюсь по городу, не трудно ли мне есть ножом и вилкой, как я пользуюсь кухонной плитой... Но я профессионал в сфере английской филологии, и вместо обсуждения деталей личной жизни предпочитаю говорить с коллегами и начальством о методике преподавания английского языка».

Может ли слепой человек преподавать иностранный язык зрячим учащимся? Фомина убеждена в том, что для этого нет никаких препятствий. «Нередко мне приходится слышать от потенциальных работодателей,



Анна Фомина проводит урок английского языка

что для педагога жизненно необходимо установить зрительный контакт с учащимися... Но является ли это важным? Всё-таки мы хотим учить английский язык, а не друг у друга глаза рассматривать...»

Фомина отмечает, что незрячие люди обладают целым рядом ценных качеств, которые в педагогической профессии могут очень пригодиться. Например, в иностранном языке особое значение имеет правильное произношение. И как раз его слепой педагог может поставить великолепно! Нередко незрячие люди очень музыкальны. Кроме того, у них особый, можно сказать, «натренированный» слух, способный точно различать, дифференцировать звуки. Таким образом, удаётся приблизиться к произношению, сравнимому с речью носителей языка.

Работе незрячих учителей со зрячими учащимися помогают и современные компьютерные технологии. На специальном брайлевском принтере можно распечатать любой текстовый файл, в том числе и любую профессиональную литературу. Компьютерные программы озвучивания и брайлевские мониторы помогают в проверке домашних заданий. Проблемы возникают только при распознавании рукописных текстов.

Нельзя не сказать и о психологических качествах инвалидов по зрению, о способности определить настроение и самочувствие собеседника по его интонации, изменению тембра голоса. Это тоже очень важно для взаимоотношений «ученик-учитель».

«Иногда у меня спрашивают: как же ты нам можешь английский преподавать, если даже учебника не видишь... Но на самом деле я прекрасно осведомлена о содержании всех необходимых учебных пособий. Единственное отличие состоит в том, что я их читаю не глазами, а пальцами», – делится своим опытом преподаватель.

«Мне кажется, что наше общество пока ещё не готово к полному равноправию инвалидов», – говорит Анна Фомина задумчиво. – В общественном транспорте нам уступают место, предлагают помощь на улице. И за это я очень благодарна! Но представить рядом с собой на рабочем месте человека в чёрных очках и с белой тростью для многих ещё трудно». Она убеждена в том, что Всероссийское общество слепых должно занимать более активную, боевую позицию в вопросах профессиональной реабилитации инвалидов по зрению. «Во время выступлений в средствах массовой информации необходимо говорить не только о размере пенсий и получении технических вспомогательных средств, но и о профессиональных возможностях наших товарищей. Многие из них могут быть полезны и обществу, и экономике».

Анна не стоит на месте. Она настойчиво идёт к своей цели. Прошлым летом для совершенствования в английском языке она на две недели поехала в Ирландию, чтобы пройти курс повышения квалификации в одной из языковых школ Дублина. «Эта поездка была не только полезна в профессиональном плане, но и принесла множество новых впечатлений и открытий...»

Разумеется, наше общение касалось не только профессиональных тем. Хотелось больше узнать об Анне, понять её опыт познания мира. Фомина производит впечатление человека, уверенного в себе. В нашем разговоре она упомянула, что рассматривает слепоту «не как инвалидность, а как особенность, часть моей индивидуальности».

– Родившись незрячей, я в течение многих лет даже не догадывалась об этом, во всяком случае, в дошкольном возрасте. Для меня моё положение казалось совершенно нормальным и естественным. Слепые дети долгое время живут с уверенностью в том, что все люди вокруг точно такие же, как они сами...

Судьбу Фоминой нельзя назвать лёгкой. Она родилась в Ленинграде в 1981 году. Отца не знала, но никогда не считала себя обделённой по этому поводу.

– Моя мама Надежда Павловна была замечательным человеком. Она с лёгкостью заменила обоих родителей... Мама работала на обвонной фабрике «Скорхода». Она была очень доброй и нежной, прекрасно готовила, часто пекла пирожки и тортики. Мамина любовь помогала жить, преодолевать трудности, идти к своим целям.

К сожалению, самый близкий и родной человек Анны Фоминой из-за тяжёлой болезни ушёл из жизни очень рано. Полной сиротой Анна стала в 1996 году. Надежде Павловне тогда было всего 36 лет. Её единственной дочери – всего 14... «Прощание с мамой стало для меня гораздо более тяжёлым испытанием, чем врождённая слепота... Мама всегда верила в меня, в мою счастливую судьбу. Очень хочется не подвести её, быть достойной её памяти».

После смерти мамы в роли опекуна выступила одна из родственниц. Но, к сожалению, отношения с ней не сложились. Это ещё больше усугубило боль потери... Анна до сих пор не может простить своему опекуну целый ряд обидных, а порой и оскорбительных высказываний, которые довелось услышать в подростковом возрасте: «Эта женщина говорила мне, что я слепая и поэтому никогда не смогу выйти замуж... Мол, слепую девушку в жёны никто не возьмёт... Теперь я понимаю, что эти слова являются откровенной глупостью. Но в те годы они просто внушали мне ужас».

В своём родном городе Анна с золотой медалью окончила школу-интернат № 1 для слепых и слабовидящих детей имени К.К. Грота и поступила в 2000 году на факультет иностранных языков Санкт-Петербургского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. «Я выбрала в качестве специальности английский язык, потому что именно он на сегодняшний день является языком международного общения. Английский – это окно в мир. Кстати, эсперанто меня привлекает по той же причине. Ещё один язык, объединяющий страны и континенты».

В 2006 году, после окончания Педагогического университета, Анна стала преподавать английский язык в Центре культурно-спортивной реабилитации. Одновременно она поступила на эстрадно-джазовое отделение музыкального колледжа. Теперь Фомина не только дипломированный преподаватель английского языка, но и музыкант.

Мне довелось присутствовать на одном из занятий Анны. Урок английского языка проходил у пятиклассницы Леры Зарубиной. Также как и Анна, Лера – незрячая с рождения. Девочка рассказала, что на уроки ходит с удовольствием, но дома заниматься ленится... Что ж, будем надеяться, что Анна Владимировна ещё удастся по-настоящему увлечь Леру английским языком, показать ей, какие горизонты он перед ней открывает...

## Перспективная профессия для незрячих

«Юрист, в том числе и адвокат – перспективная профессия для инвалидов по зрению. Этот вид деятельности доступен и тотально слепым людям», – с этих слов началась наша беседа с членом Санкт-Петербургской городской коллегии адвокатов В.А. Васильевым. Виталий Анатольевич убеждён в том, что в специализированных школах для слепых и слабовидящих детей необходимо организовать юридические кружки, преподавать «юриспруденцию» как факультативный предмет.

– По моим наблюдениям, среди юных инвалидов по зрению в настоящее время наиболее популярны три специальности: массажист, музыкант и программист. Это очень интересные и достойные виды деятельности! Но мне кажется, что необходимо обратить большее внимание и на юридическую стезю. Будет рад, если публикация в газете «Поле зрения» откроет для кого-то новые горизонты, а мой опыт окажется полезным для товарищей по несчастью, их родителей, родственников и друзей.

Васильев родился в 1975 году в районном центре Деловичи Псковской области. Отец, Анатолий Иванович, умер, когда мальчику было всего три года. Мама, Нина Петровна, вышла замуж за другого человека. «В 1982 году мама умерла при родах. Она родила здорового малыша, моего сводного брата Сергея. А сама по трагическому стечению обстоятельств покинула этот мир... Так я стал полным сиротой».

Отчим не проявил интереса к судьбе осиротевшего пасынка. На помощь пришла бабушка и дедушка. Но их физические силы были на исходе. Поэтому значительную часть детства и отрочества Виталий провёл в интернате.

– 1982 год действительно стал для меня страшным. Через несколько месяцев после смерти мамы, в декабре 1982 года, я полностью и безвозвратно потерял зрение... Опухоль головного мозга, к сожалению, была диагностирована слишком поздно. Я ослеп за несколько дней до операции.

И сентября 1983 года Виталий стал учеником ленинградской (петербургской) школы-интерната № 1 для слепых и слабовидящих детей имени К.К. Грота. В этом учебном заведении учились и все другие герои нашей публикации. В 1994 году, после окончания школы, поступил на юридический факультет Санкт-Петербургского государственного университета.

– Решение стать юристом я принял самостоятельно. Ни с кем по этому вопросу не советовался. Я знал, что незрячие адвокаты существуют. И успешно работают. Возникло желание пойти по их стопам... В шахматно-шахматном клубе мне довелось познакомиться со слепым адвокатом Николаем Николаевичем Березовским. Он стал членом Ленинградской коллегии адвокатов ещё в 1953 году. В дальнейшем этот замечательный человек и мне дал рекомендацию для



Адвокат Виталий Васильев

вступления в адвокатское сообщество. К сожалению, несколько лет назад Николай Николаевич ушёл из жизни. Его плодотворная профессиональная деятельность в Ленинграде и Санкт-Петербурге продолжалась более полувека.

Какие качества Васильев считает наиболее важными для юриста и, в частности, для адвоката?

– Не хочу показаться высокопарным и банальным, но, в первую очередь, адвокат должен служить Закону, верить в торжество правосудия, быть приверженцем идеи правового государства... Деятельность адвоката вполне можно рассматривать как часть сферы услуг. Мы помогаем своим клиентам и зарабатываем этим деньги. Но интересы клиента не могут и не должны противоречить нормам Закона, этики и морали. Кроме того, адвокат должен не забывать о своей ответственности перед обществом, перед социальными незащищёнными категориями населения. Нужно помогать тем, кто нуждается в этой помощи больше всего, а уже потом – думать о собственной выгоде и прибыли.

Почему Васильев считает юридическую профессию перспективной для незрячих и слабовидящих людей?

– На основании своего опыта скажу, что слепота отнюдь не всегда является препятствием для работы адвоката. Она может стать и своеобразным бонусом, даже фирменным знаком! Ведь к нам обычно обращаются люди, находящиеся в трудной жизненной ситуации. У них нередко возникает доверие именно к слепому человеку. Мандатом такой защитник может показаться более близким и понятным, «своим».

Виталий Анатольевич обращает и на другой аспект адвокатской работы: людям этой профессии не нужно самим искать работу и каким-то образом специально рекламировать свои услуги. «Да, работа адвоката – напряжённая и кропотливая. Но мы востребованы. Не мы ищем мандантов, а они нас».

Не секрет, что многие инвалиды по зрению сталкиваются с фактической дискриминацией со стороны потенциальных работодателей. Найти достойную работу для них очень непросто. В этом плане адвокаты находятся в «привилегированном» положении. Фактически они сами являются частными предпринимателями. «Во всяком случае, от недостатка клиентов я не страдаю. И я очень рад, что мне не нужно обивать пороги различных контор в поисках работы», – рассказывает Васильев.

Васильев специализируется на гражданском праве. Какие судебные дела остались у него в памяти?

– В течение нескольких лет мне довелось защищать интересы пожилой одинокой слабовидящей женщины. Она приняла решение завещать квартиру дочери своей умершей подруги. В ответ на этот жест молодая женщина приняла на себя обязательства до конца жизни ухаживать за бабушкой и помогать ей материально... Но, к сожалению, вместо так называемого «договора ренты», который предполагает пожизненное содержание и право оставаться в своём жилище до конца жизни, инвалиду по зрению подсунили так называемый «договор дарения». Женщина подписала документ, не имея возможности понять его содержание. А через месяц ловкая мошенница стала прогонять её из собственной квартиры...

Адвокат рассказал, что с этим делом ему пришлось пройти все инстанции, вплоть до Верховного Суда России. «Пользуясь случаем, мне бы хотелось обратиться ко всем читателям газеты «Поле зрения» с предостережением: подписка незрячего или слабовидящего человека (если это лицо не признано судом недееспособным) имеет такую же юридическую силу, как и подпись зрячего гражданина. Будьте бдительны! Подписывайте любые документы только в том случае, если вы на 100% уверены в их содержании. В противном случае лучше подстраховаться и подписывать любые материалы только в присутствии юриста или нотариуса».

## Приглашаю поработать у нас на заводе!

Наталья Николаевна Смирнова – заместитель директора по реабилитационной работе Санкт-Петербургского комплекса реабилитации инвалидов «Контакт». В советское время название организации было несколько иным – Учебно-производственное предприятие (УПП) «Контакт». Собственник и предприятие остался прежним – Всероссийское общество слепых (ВОС).

В советское время действовало около 180 предприятий ВОС. На них трудилось около 120 000 инвалидов по зрению. В настоящее время функционирует 155 предприятий. На них трудятся около 12 000 незрячих и слабовидящих сотрудников (в десять раз меньше!). В прошлом номере нашей газеты мы рассказывали об одной из подобных структур, расположенной в посёлке Русиново Боровского района Калужской области.

«В соответствии с действующим законодательством, не менее половины сотрудников специализированного предприятия должны составлять люди с ограниченными возможностями. Эта норма сохранилась с советских времён. И мы её придерживаемся. В настоящее время на «Контакте» работает 196 сотрудников. Из них – 85 инвалидов по зрению и 24 инвалида по другим видам заболеваний. В восьмидесятые годы здесь трудилось более двух тысяч человек. Из них более тысячи – инвалиды по зрению», – рассказывает Н.Н. Смирнова.

Наталья полностью потеряла зрение в двенадцатилетнем возрасте из-за двустороннего ретинита Коатса. «Зрение ухудшалось у меня с трёх лет. При этом один глаз ослеп довольно быстро. А за второй врач-офтальмолог долго боролся, – рассказывает моя собеседница. – Сначала у меня оставались десятки доли зрения, потом – сотые. А потом – полная слепота».

Несмотря на то что зрение уходило постепенно, полная слепота стала для Наташи шоком: «Честно говоря, в глубине души я была абсолютно уверена, что остаток зрения останется со мной на долгие годы или даже навсегда... Психологически я не была готова к жизни в темноте. Очень помог тот факт, что я училась в специальной школе, где были и слепые, и слабовидящие дети. В этой школе слепота – совершенно нормальное явление».

В 1994 году Наталья поступила в Санкт-Петербургский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена на факультет коррекционной педагогики. Окончила его в 1999 году с красным дипломом. После завершения учёбы стала сотрудником комплекса реабилитации инвалидов «Контакт». Сначала работала инструктором по реабилитации, потом – заместителем директора по реабилитации.

– «Комплекс реабилитации инвалидов» – название не для всех понятное. На самом деле «Контакт» – это обычный завод. Но его особенность состоит в том, что здесь созданы условия для работы инвалидов по зрению», – рассказывает Н.Н. Смирнова.

Слово «завод» Наталья Николаевна произносит с гордостью. Она показывает образцы электротехнической продукции: пакетные выключатели, уличные светильники, промежуточные реле и т.д. Кроме того, здесь выпускаются настольные игры для детей и приборы для письма по Брайлю. Кстати, это единственное предприятие в России, где производится подобные письменные приборы.

«Мне хотелось бы подчеркнуть важность реабилитации в условиях производства. Не все люди могут и хотят получать высшее образование и работать в офисе. Необходимо заниматься трудоустройством и людей без специального образования», – подчёркивает Смирнова.



Реабилитолог Наталья Смирнова

По её мнению, сборочная работа на производстве полезна для инвалидов по зрению, так как она развивает мелкую моторику. Огромное значение также имеет чувство востребованности. «Зарботные платы у нас небольшие. Большинство рабочих получает не больше шести-семи тысяч рублей в месяц. Но при этом предприятие продолжает проводить весь комплекс мер по социально-культурной и спортивной реабилитации инвалидов. У нас и самостоятельность активно работает, и спортивный зал не пустует...»

Круг служебных обязанностей Смирновой очень обширен. Она проводит занятия по пространственному ориентированию, учит недавно ослепших людей социально-бытовым навыкам: приготовлению пищи, уходу за одеждой и т.д. Кроме того, Наталья Николаевна и её коллеги оказывают содействие в решении социально-бытовых вопросов: пишут ходатайства об установлении звуковых светофоров в различных районах города, оказывают содействие в сборе документов для получения льгот или прохождения медико-социальной экспертизы.

«В последние годы к нам, к сожалению, приходит мало молодых инвалидов по зрению... Мне бы хотелось обратиться к недавно ослепшим людям: не нужно думать, что работа на производстве является скучной и непрестижной! Приглашаю поработать у нас на заводе! Для людей, недавно потерявших зрение, приход на производство (в том числе и на рядовые, рабочие должности) может быть способом преодолеть депрессию, освоиться с новой ситуацией».

Специалистов по реабилитации людей с ограниченными возможностями в последние годы стали называть красивым словом «реабилитолог». Н.Н. Смирнова – реабилитолог от Бога, потому что она сама человек в полной мере реабилитированный, приспособленный к жизни. Наталья Николаевна – счастливая мама двух дочерей: одиннадцатилетней Татьяны и шестилетней Дарьи. У неё крепкая семья, любящий и любимый муж Дмитрий. «У Димы – прекрасное зрение. А я, хоть и слепая, но чувствую, что он и после 15 лет брака смотрит на меня влюблёнными глазами. Я веду хозяйство и ухаживаю за мужем и детьми так же, как и любая зрячая женщина: стираю, глажу, убираю, варю борщи и пеку пироги. Только правопосвянием с детьми занимаюсь не могу...»

Смирнова виртуозно ориентируется в городе. Она не просто с лёгкостью, а с большим удовольствием пользуется всеми видами общественного транспорта. Наталья Николаевна много ходит пешком, постоянно осваивает новые маршруты. Специалист по реабилитации, по сути, является наставником, промежуточные реле и т.д. Кроме того, здесь выпускаются настольные игры для детей и приборы для письма по Брайлю. Кстати, это единственное предприятие в России, где производится подобные письменные приборы.

В конце нашей беседы я спросил Н.Н. Смирнову о её жизненных планах. – Все мои планы связаны с «Контактом», с продолжением реабилитационной работы. Мне кажется, что главная задача реабилитолога состоит в том, чтобы показать, доказать и убедить, что незрячий человек тоже может быть счастливым, успешным и благополучным. Он тоже может радоваться каждому дню. ■



Анна Фомина на сцене Центра культурно-спортивной реабилитации инвалидов по зрению





## Всегда спеши к своей звезде!

**В 1945 году в Курске открылась музыкальная школа для ослепших фронтовиков. В 1954 году на её базе было создано музыкальное училище для инвалидов по зрению. В мире существуют всего два подобных образовательных центра (в Курске и Праге), дающих возможность людям с особыми потребностями стать профессиональными музыкантами. Визитной карточкой учебного заведения стал Международный конкурс незрячих музыкантов, каждые три года собирающий талантливых исполнителей из многих регионов России и зарубежных стран.**

**Илья Бруштейн**

**Всегда спеши к своей звезде,  
К своей обманчивой мечте!  
Пусть неудача – вновь вставай,  
Вперёд смотри, вперёд шагай.**

Этот отрывок из стихотворения «Мой девиз» выпускницы Курского музыкального колледжа-интерната слепых (именно так сейчас называется это среднее профессиональное учебное заведение) 2005 года Екатерины Волковой. Также как и многие другие студенты колледжа, Екатерина была активной участницей литературной студии «Свет сквозь тьму».

Литературные студии и кружки действуют практически во всех специальных учебных заведениях для инвалидов по зрению и являются важной частью внеклассной работы. Но, можно сказать, что самодельным поэтам и прозаикам из курского колледжа особенно повезло. С ними занимается



В учебном классе



Ольга Грачёва на сцене петербургской филармонии с дирижёром Михаилом Татарниковым

именитый курский поэт, член Союза писателей России В.А. Нарыков. Кстати, он является автором текста и музыки официального гимна колледжа – «Песни о музыкальном братстве».

Питомцы Вячеслава Александровича активно публикуются в поэтических сборниках, участвуют в конкурсах Всероссийского общества слепых (ВОС) «Поэтическое ристалище». Кстати, Екатерина Волкова в 2003 году завоевала на этом конкурсе вторую премию... И всё же, в первую очередь, курский колледж известен не литературными, а музыкальными успехами.

Сюда принимают инвалидов по зрению от 16 до 30 лет. Более половины выпускников продолжают профильное обучение в высших учебных заведениях, в том числе в московской и петербургской консерваториях и других ведущих музыкальных вузах страны. Остальные – начинают работать по специальности: преподавателями детских музыкальных школ, организаторами культурно-массовой работы в клубах и домах культуры, художественными руководителями коллективов народного творчества и т.д.

В настоящее время в колледже-интернате четырёхгодичный курс обучения проходят сто студентов. Принимаются абитуриенты и с полным средним, и с неполным средним образованием. Со студентами работают пятьдесят преподавателей, концертмейстеров, иллюстраторов хора и других творческих работников. В учебном заведении также трудятся социальные педагоги, воспитатели и психологи. Кроме того, здесь действует собственная медицинская служба: терапевт, физиотерапевт, офтальмолог, невропатолог, стоматолог. Помощь медиков студентам действительно необходима. Инвалидность по зрению нередко сопутствует с целым рядом других тяжёлых заболеваний.



Директор Курского музыкального колледжа-интерната слепых Станислав Георгиевич Попков



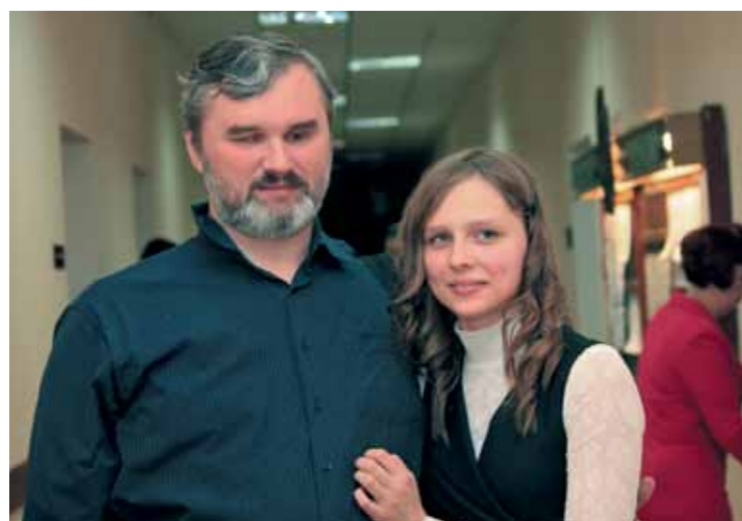
Директор колледжа С.Г. Попков торжественно вручает студенческий билет первокурснику



Поёт Юлия Шаймарданова



Занятие по домре



Анна Князева с отцом

Обучение проводится по трём специальностям: инструментальное исполнительство, вокальное искусство и хоровое дирижирование. Специальность «инструментальное исполнительство» предполагает обучение практически по всем инструментам, представленным в симфоническом, духовом и русском народном оркестре. Не забыты и современные электроинструменты, широко используемые на эстраде.

Некоторые абитуриенты перед поступлением в колледж посещали детскую музыкальную школу. Кто-то занимался в музыкальных студиях и кружках. Многие приходят совсем без музыкальной подготовки. «Конечно, во взрослом возрасте невозможно «с нуля» освоить фортепиано или виолончель на профессиональном уровне. Но вполне возможно пройти обучение по классу баяна, гитары и ряда других инструментов», – рассказывает директор учебного заведения, заслуженный работник культуры РФ С.Г. Попков.

### Постижение мира музыки

Обучение незрячих студентов в основном проходит также, как и «глазастых» ровесников. Рельефно-точечный (брайлевский) шрифт позволяет записывать не только буквы, но и ноты. Слепые музыканты в силу объективных причин не могут читать с листа. На сцене они играют только по памяти, а с нотной партитурой работают в процессе подготовки к выступлению. При профессиональной игре на большинстве музыкальных инструментов постоянно задействованы обе руки. Невозможно одновременно управлять инструментом и уделять внимание партитуре.

Отсутствие зрения затрудняет игру в ансамбле или оркестре, пение в хоре, так как музыканты не могут воспринимать

визуальных сигналов художественного руководителя, не видят палочку дирижёра или хормейстера. Существует красивая легенда, что незрячие люди будто бы самой природой созданы для музыкальной профессии. На самом деле это, к сожалению, не совсем так.

Опыт работы курского колледжа, также как и других учебных заведений, показывает, что овладение музыкальной грамотой обычно даётся инвалидам по зрению (особенно инвалидам с рождения) тяжелее, чем людям с нормальными визуальными возможностями. Например, у этой категории учащихся и студентов сложнее вырабатывается «профессиональное» чувство ритма. Связано это с естественными ограничениями в двигательной активности, которые накладывают отсутствие зрения.

Слепота и сопутствующие ей отклонения в моторике очень мешают на начальном этапе обучения, при выработке правильной посадки, положения рук, необходимых двигательных навыков, ориентировке на клавиатуре и т.д. Кроме того, отсутствие зрения мешает формированию образного мышления. Но все эти и многие другие проблемы успешно решаются благодаря совместной творческой работе, трудолюбию и упорству преподавателей и студентов колледжа. «С советских времён в коррекционных учебных заведениях зарплата на 20% выше, чем в обычных школах и училищах. Мне кажется, что наши коллеги достойны этой надбавки», – с улыбкой отмечает директор колледжа.

Станислав Георгиевич приводит пример выпускника 2012 года по классу гитары Ивана Кривохижина. Он родом из Белгорода. Имел востребованную и любимую профессию газоэлектросварщика. Работал на заводе. Но несколько лет назад произошла трагедия: в результате взрыва газового баллона парень полностью ослеп. Тогда ему было всего 23 года...

Любимая девушка, которую Ваня уже считал своей невестой, отказалась от него в первый же день и даже не пожелала навещать в больнице. Друзья-приятели тоже как-то сразу отшатнулись и перестали давать о себе знать. Рядом с Ваней оставался только один верный и преданный человек – его мама. Именно она взяла сына за руку и привезла в Курск, поступать в колледж-интернат.

«Я уверен в том, что Ваня сможет успешно работать в своём родном городе по новой специальности. Он хочет стать преподавателем гитары в детской музыкальной школе. И я могу с полной ответственностью сказать, что наш выпускник хорошо подготовлен к педагогической деятельности. Он способен найти индивидуальный подход и к здоровым детям, и к ребятам с особыми потребностями», – отмечает Станислав Георгиевич.

Директор не бросает слова на ветер. Он следит за судьбами всех своих выпускников и радуется тому, что безработных среди них практически нет. Исключение составляют только парни и девушки с большим «букемом» сопутствующих заболеваний, препятствующих профессиональной деятельности. Но и для них обучение в колледже не было бессмысленным. Навыки игры на музыкальном инструменте помогают радовать родных и близких и самому наслаждаться миром звуков. Разве этого мало?..

### Важная веха в биографии музыкантов

Международный конкурс незрячих музыкантов с 2001 года проводится в Курске каждые три года. В настоящее время идёт активная подготовка к пятому смотру, который состоится в ноябре 2013 года. «С 1978 года студенты и преподаватели из Курска принимают участие – и весьма успешно! – в Международном конкурсе незрячих музыкантов в Праге, который каждые три года организуют наши коллеги из Консерватории имени Яна Дейла (чешского образовательного учреждения для инвалидов по зрению). Все эти годы витала идея об организации подобного смотра в Курске. Мне очень приятно, что в 2001 году эту идею удалось реализовать», – рассказывает С.Г. Попков.

Станислав Георгиевич с увлечением поведает об обладателе Гран-при первого курского конкурса незрячих музыкантов, кларнетисте, выпускнике Российской академии музыки имени Гнесиных Вадиме Титове: «Победа в 2001 году стала важной вехой в биографии талантливого кларнетиста. После этого он побеждал ещё на многих конкурсах, но Курск остался в его сердце... На четвёртом конкурсе В.В. Титов был членом жюри, а также провёл мастер-класс для наших студентов. Этот человек является кумиром для многих незрячих музыкантов, для многих наших студентов, так как ему удалось добиться мирового признания, взойти на музыкальный олимп».

Зашёл разговор и о пианистке из белорусского города Полоцка Елене Кухаренко. Девушка, потерявшая зрение в семилетнем возрасте после травмы на детской площадке, закончила Курский музыкальный колледж-интернат в 2009 году и стала студенткой расположенного в Москве Государственного специализированного института искусств Министерства культуры РФ. В ноябре 2010 года она завоевала Гран-при на четвёртом конкурсе незрячих музыкантов в Курске. В марте 2011 года выпускница колледжа стала победительницей аналогичного конкурса в Праге. Её пригласили в гастрольное турне по Италии.

Талантливые люди – талантливы во всём. Пример Кухаренко это доказывает. Во время учёбы в Курске она неоднократно в качестве вокалистки побеждала на областных конкурсах патристической песни. Кроме того, девушка активно участвовала в соревнованиях по теннису (настольному теннису для инвалидов по зрению).

### Три конкурса Ольги Грачёвой

Ольга Грачёва – выпускница 2012 года. Также как и Елена Кухаренко, она собирается продолжить учёбу в московском Государственном специализированном институте искусств. Оля – незрячая с рождения, родилась в 1991 году в столице Республики Адыгея Майкопе. В четыре года мама привела девочку к учительнице музыки, которая жила на соседней улице. Сначала педагог



В кабинете офтальмолога



Студенты в комнате психологической разгрузки

в игровой форме занималась развитием ритма, слуха, памяти. А в пять лет начался долгий путь постижения фортепианной игры.

С 1998 года по 2008 год Грачёва училась в армавирской школе-интернате для слепых и слабовидящих детей. Одновременно окончила курс музыкальной школы. Несмотря на свою молодость, Оля уже успела принять участие в трёх курских Международных конкурсах незрячих музыкантов. В 2004 году она завоевала вторую премию в детской возрастной группе 12-15 лет. В 2007 году её выступление было не столь удачным, девушка выбыла из борьбы после первого тура. В 2010 году стала дипломантом конкурса.

«У музыкантов всё как у олимпийцев. Как говорится, главное – не победа, а участие. Но, конечно же, все настроены бороться за победу, за Гран-при. Я тоже очень рассчитываю на успешное выступление на конкурсе 2013 года и прилагаю для этого все возможные усилия, упорно тренируюсь», – рассказывает Ольга.

В мае 2011 года в жизни молодого музыканта произошло примечательное событие. Ей была оказана честь выступить в Большом зале петербургской филармонии на церемонии торжественного открытия Четвёртого международного творческого фестиваля детей с ограниченными возможностями «Шаг навстречу». Вместе с Академическим симфоническим оркестром филармонии под управлением Михаила Татарникова Ольга исполнила первую часть концерта Шумана для фортепиано с оркестром.

«Для меня это был первый опыт выступления с симфоническим оркестром. Опыт очень полезный и приятный. Быть солистом – это замечательно! На сцене волнение сразу проходит. Я просто наслаждалась музыкой... Добрую, радостную атмосферу этого концерта и предшествующих ему репетиций я запомню на всю жизнь. В симфоническом оркестре более ста человек. Когда я подошла к роялю, они все меня приветствовали: скрипачи постукивали смычками, духовики – клапанами, ударники – барабанными палочками...»

Выступать с оркестром на престижной творческой площадке Ольгу пригласили не случайно. Годом раньше, на фестивале 2010 года, она успешно выступила с сольной программой. «Чтобы научиться солировать оркестру мы вместе с моим педагогом Ж.Г. Сбитневой репетировали на двух фортепиано. Жанна Григорьевна выступила в роли концертмейстера и «заменяла» для меня целый оркестр».

Наряду с музыкой Ольга также увлекается шахматами. В школе она была активным участником шахматного кружка. Сейчас на эту мудрую игру времени не хватает. Но всё же девушка продолжает играть и принимать участие в соревнованиях. Она также не забывает дорогу в спортивный зал колледжа, занимается на тренажёрах. Ольга – человек реабилитированный. С белой тростью она осваивает новые городские маршруты, владеет навыками самообслуживания, постигает премудрости кулинарии.

Как повлияло отсутствие зрения на её жизненный опыт, на формирование духовного мира? «Существует такой термин: люди с ограниченными возможностями... Мне кажется, это определение точно описывает существо дела. Я тоже ощущаю свои ограниченные возможности, например, когда оказываюсь в незнакомом районе Курска или в другом городе. Вообще, незрячему человеку бывает непросто быстро оценить

окружающую обстановку... Но, с другой стороны, если бы я родилась зрячей, то вполне возможно не стала бы музыкантом. А красота и сила музыки безгранична!»

### Хочу стать виртуозом!

Одной из «звёзд» курского колледжа по праву считается Анна Князева. Ане – 17 лет, она студентка второго курса по классу ударных. Несколько месяцев назад ей предложили стать штатным сотрудником симфонического оркестра Курской филармонии. Аня стала не только самой молодой сотрудницей Курской филармонии, но и самым молодым профессиональным музыкантом Курской области.

Исполнительский уровень девушки производит большое впечатление на профессионалов. Но сама она держится скромно

и считает, что находится только в начале своего творческого пути. «В оркестре филармонии я работаю вместе со своим преподавателем по колледжу Александром Сергеевичем Крупновым. Он виртуозно владеет всеми ударными инструментами. И мне тоже хочется стать виртуозом», – рассказала девушка.

Из всех ударных инструментов её любимым является ксилофон. Также как у Ольги Грачёвой, у Ани уже есть опыт сольных выступлений с оркестром. «Мне запомнилось, например, исполнение пьесы для ксилофона с оркестром «Палисандр» композитора Эдди Курта. Думается, что даже слушатели, далекие от классической музыки, смогли оценить удивительные возможности ксилофона. Взаимодельные возможности ксилофона. Взаимодельные возможности солиста и оркестра – это всегда волнующее действо. Такие моменты остаются в памяти на всю жизнь».



Трио саксофонистов Владимир и Никита Соколовы, Кристина Гурова



Студенты колледжа за работой в саду





Вокальный квартет студентов колледжа



Пасхальный концерт оркестра русских народных инструментов колледжа

Что Аня считает самым сложным в работе музыканта-ударника? «На ксилофоне довольно сложно исполнять быстрые, стремительные произведения, так как они требуют хорошей технической подготовки. Кстати, все клавиши на ксилофоне одного цвета, поэтому не только незрячим, но и людям с остаточным зрением бывает непросто ориентироваться на клавиатуре... На вибратоне необходимо играть сразу четырьмя палочками. В каждой руке одна палочка заката между средним и безымянным пальцем, а вторая – между указательным и большим. У новичков не всегда получается справиться с этой особенностью игры на инструменте».

Родители Анны – незрячие. Отец, Юрий Михайлович, является выпускником курского колледжа. В настоящее время он преподаёт гитару в одной из городских детских музыкальных школ. «Собственно говоря, моё поступление в колледж во многом связано с желанием папы. Он всегда очень тепло отзывался об этом учебном заведении и горячо мне его рекомендовал».

Аня – инвалид детства по зрению. Один глаз у неё совсем не видит. Со вторым также довольно сложно исполнять быстрые, стремительные произведения. И всё же уровень зрения позволяет девушке работать в оркестре. «Наш колледж ориентирован на людей с особыми потребностями, – поделилась своими мыслями Анна. – Например, мне нужно беречь свой единственный «действующий» глаз и нельзя много читать и писать. В колледже я могу воспользоваться фонотекой с богатой коллекцией музыкальных произведений, звуковых книг (в том числе по теории музыки), записей лекций. Здесь и преподаватели имеют опыт работы с особыми студентами, и врачи всегда готовы прийти на помощь... С другой стороны, колледж не отделяет себя от внешнего мира. Он стал составной частью культурной палитры Курска».

#### Кузница молодых семей

«Курский музыкальный колледж – это не только кузница музыкальных кадров, но и молодых семей». Сейчас уже трудно сказать,

кто и когда первым произнёс эту примечательную фразу. Но она стала популярной и среди студентов, и среди преподавателей. С двумя семейными парами мне довелось познакомиться.

Ренат Шаймарданов в этом году заканчивает дирижёрско-хоровое отделение колледжа. Его супруге Юлии предстоит учиться ещё год на вокальном отделении. «Мы познакомились в августе 2009 года, когда Юля только приехала поступать в колледж. А поженились 29 октября 2011 года. Она у меня заботливая. Всегда готовит мои любимые блюда. И певица замечательная. И, конечно же, самая-самая красивая!», – рассказывает Ренат.

Ренат и Юлия – инвалиды второй группы. У Рената остаток зрения составляет пять процентов. У Юлии – от трёх до четырёх процентов. Ренат родился на Дальнем Востоке, в Комсомольске-на-Амуре. Потом семья переехала в Удмуртию, в старинный город Сарапул. Учился в школе для слепых и слабовидящих детей, расположенной в районном центре Якшур-Бодья.

После окончания школы работал на учебно-производственном предприятии Всероссийского общества слепых в Сарапуле. Потом стал трудиться в городском центре по ремонту и обслуживанию бытовой техники. «Несмотря на плохое зрение, мне удалось научиться чинить и стиральные машины, и холодильники, и микроволновые печи...», – с гордостью рассказывает молодой человек.

Музыка всегда занимала большое место в жизни Рената. Во время учёбы в школе он играл на баритоне в духовом оркестре, пел в хоре. Позднее самостоятельно освоил гитару и ритм-гитару, участвовал в работе различных самодельных коллективов. Поэтому решение о поступлении в училище стало для парня совершенно естественным и логичным. В настоящее время Ренат думает о продолжении образования. Хочет заочно получить специальность режиссера культурно-массовых мероприятий.

У Рената и Юлии есть мечта: с помощью ипотеки купить квартиру в Курске. Ради этой цели Ренат занимается активным поиском дополнительных заработков. Он мастер на все руки. Поэтому семью обеспечить может. «Я вышла замуж в Курске, нашла здесь своё счастье. Поэтому хотелось бы жить именно здесь, – поясняет девушка. – После завершения образования я была бы счастлива преподавать вокал в родном колледже».

Юлия родом из Казахстана, из города Джамбула. Детство провела в городе Чудово Новгородской области. У неё большая семья: мать, отец, две сестры и брат. Все они являются инвалидами по зрению. Кстати, старшая сестра Юлии – Анна тоже учится в курском колледже. Юлию возмущает распространённая точка зрения, что инвалидам стоит подумывать об отказе от деторождения, чтобы не обречь потомство на страдания... «Люди с ограниченными возможностями имеют такое же право на семейное счастье, на счастье материнства и отцовства, как и все остальные. Мне бы хотелось родить ребёнка с хорошим зрением, но если мой будущий первенец придёт в этот мир незрячим или слабовидящим, я буду его любить не меньше. И он также сможет прожить хорошую, счастливую жизнь», – эмоционально говорит девушка.

Юлию привлекает эстрадный вокал. Особый интерес у неё вызывает патристическая песня. «Этот жанр почти не представлен на центральных телеканалах, кроме

праздничных дней 9 мая и 23 февраля. Но у нас в Курске всё совсем по-другому. Круглый год проходит много фестивалей и концертов этого жанра. И я в них принимаю активное участие. Курское областное телевидение и радио нас тоже не забывают», – поведала вокалистка.

#### Мы – незрячие, но любовь не слепая

Рассказ о колледже был бы неполным без упоминания ещё одной семейной пары – Гульнары и Рената Джунусовых. Ренат – незрячий с рождения. С 1994 года по 1998 год был студентом колледжа по классу баяна. С 1998 года по 2003 год учился в Государственном специализированном институте искусств в Москве. С 2003 года – преподаёт баян в родном учебном заведении. В настоящее время он проводит индивидуальные занятия с шестью студентами.

Ренат поёт в хоре колледжа, играет на бас-гитаре в рок-ансамбле «Студенческая весна» и на баритоне в духовом оркестре. Ещё он играет на тромбоне в джазовом ансамбле. Пишет музыку и занимается её аранжировкой. В общем, вся жизнь этого человека посвящена творчеству.

Его супруга Гульнара родилась с небольшим остатком зрения. Но в настоящее время тоже является незрячей. Она родом из Астраханской области. После окончания в 1998 году Саратовской школы для слепых и слабовидящих детей решила остаться жить в этом городе. Устроилась слесарем-сборщиком на специализированное предприятие ВОС «Парус».

Гульнара и Ренат познакомились ещё подростками, в 1990 году, на Всесоюзном фестивале детей-инвалидов «Мы всё можем» в Москве. Потом несколько лет подряд переписывались... В 2004 году через общих знакомых Ренат узнал домашний телефон Гульнары, поздравил её с днём рождения и... пригласил на учёбу в Курск.

Между молодым преподавателем и очаровательной студенткой закрутился роман. Правда, учился Гульнара не у Рената. Она поступила на вокальное отделение. 14 февраля 2005 года, в день Святого Валентина, прозвучало предложение руки и сердца. Летом того же года молодые люди поженились. В 2006 году родился сын Мирам. Зрение у него замечательное.

После окончания колледжа Гульнара предложила остаться работать в учебном заведении иллюстратором хора. Она также стала художественным руководителем Центра реабилитации Курской региональной организации Всероссийского общества слепых.

Семейная история Гульнары и Ренаты заинтересовала журналистов одного популярного курского издания. Вышла в свет статья с красноречивым названием «Слепая любовь» на «Валентинов день». Этот заголовок Гульнаре не понравился: «Мы – незрячие. Но любовь у нас не «слепая».

Перед отъездом из Курска мне довелось встретиться с одним из самых известных выпускников и многолетних преподавателей колледжа Валентином Викторовичем Твердохлебом. Он учился в колледже (в то время он назывался училищем) с 1973 года по 1977 год. И сразу же после окончания учёбы молодого баяниста-виртуоза пригласили здесь преподавать. Такие случаи встречаются очень редко. Обычно на преподавательскую работу в колледж принимают уже после окончания высших учебных заведений.

Валентин Викторович тоже получил высшее образование. В 1982 году он заочно окончил Донецкую консерваторию. Годом ранее стал дипломантом Международного конкурса незрячих музыкантов в Праге. До 2001 года Твердохлеб занимался подготовкой молодых баянистов. Ренат Джунусов – тоже его ученик. В 2003 году В.В. Твердохлеб избрал председателем Курской региональной организации Всероссийского общества слепых.

«Я полностью потерял зрение в 20 лет. Именно баян помог мне пережить это жизненное испытание, преодолеть депрессию... Очень хочется, чтобы все выпускники колледжа нашли своё место в жизни, чтобы они всегда ощущали свою нужность и востребованность. Своим существованием наше учебное заведение наводит мосты между зрячими и незрячими, между людьми с особыми потребностями и относительно здоровыми людьми».

Фотографии  
Александра Касьянова

# Registered Nurse, или Записки американской медсестры День и ночь – сутки прочь

Елена Филатова

**Ой, люди здесь появляются  
и исчезают так внезапно!  
Дороти, «Волшебник страны Оз»<sup>1</sup>**

В прошлом номере я обещала, что расскажу о нейрохирургическом отске своего отделения, и вы, дорогие читатели, конечно, затаив дыхание, ждали прибытия очередного номера нашей газеты, рвали его друг у друга из рук, отпихивали конкурентов, может быть, даже обещали поделиться бутербродом, если вам первому дадут приласть... Увы, должна вас разочаровать. Ешьте свой бутерброд сами. О нейрохирургии и её последствиях я – точно! – расскажу в следующем номере, «с чувством, с толком, с расстановкой»<sup>2</sup>, как того и заслуживает такая сложная тема, а сегодня займёмся чем-нибудь другим.

Если не возражаете, я позволю себе лирическо-практическое отступление, которое не укладывается в рамки строго определённой темы, так что давайте мы его лустим, так сказать, между строк. Итак, напомним вам, что я после пяти лет работы в ночную смену, наконец, перешла на дневной образ жизни и перелетела в дневную смену. Вот о ней-то я и хотела бы сегодня рассказать, потому что от ночной смены дневная отличается как, простите за тривиальность, день от ночи.

Все пять лет своего вынужденного вамирического существования я мучалась от недосыпа. Большинство моих ночных коллег преспокойно спали днём свои положенные восемь часов, а то и больше, у меня же больше четырёх никак не получалось. Хотя и занавески купила с полной светомаскировкой, а всё равно не то. Жизнь-то не останавливается: то сезон года приметается стричь, то дети под моим окном начнут в мяч играть, то телефон звонит, то свидетели Иеговы в дверь ложатся на предмет разъяснения приближающегося конца света – какой уж тут сон!

Ночью нам полагался законный получасовой обеденный перерыв, и почти все мои коллеги успевали быстренько поесть, а потом, как Штирлиц, отключиться и поспать. Я же и тут отставала от основной массы: во-первых, спать сидя я не умею, а во-вторых, как тут заснёшь, если знаешь, что вот-вот уже проспать? Словом, одни мучения. Зря ночную надбавку платить не стану!

Дневная смена тоже не сахар, потому что вставать приходится в пять утра и работать с семи утра до половины восьмого вечера. Так как я работаю в перенаселённой Калифорнии, то по утрам на работу в одном направлении со мной едут ещё очень много других счастливицев, что затягивает время, уходящее на дорогу. Иногда на бесплодное сидение за рулём уходит до сорока минут вместо пятнадцати: если кто-то в кого-то врезал, и все остальные по очереди притормаживают посмотреть, как они там разбираются на обочине. А мне опаздывать никак нельзя, потому что меня человек ждёт по принципу «пост сдал – пост принял» и ему, человеку этому, скорее надо ехать домой, чтобы не заснуть за рулём. Было у нас недавно жуткое происшествие – насмерть разбился на машине медсестра из реанимации. Ехала домой с работы и врезалась в столб. Толком, конечно, никто ничего не знает, но первое, что приходит в голову – заснула, бедная.

Ну вот, приходим мы на работу, и начинается процесс «материализации духов и раздачи слонов»<sup>3</sup>. Порядок такой: смена начинается в семь, а в семь десять ты должен быть готов принимать смену, то есть уже в

общих чертах знать своих больных: их историю болезни, какая программа планируется для них на сегодня и так далее. Десять минут на трёх больных – это сурово, поэтому некоторые любят приходить заранее, за полчаса до начала смены, чтобы всё обстоятельно подготовить и разложить по полочкам. На общественных началах, разумеется, потому что платить тебе будут с семи, не взирая на самые благие побуждения, которые пригнали тебя на работу раньше времени. Поэтому ваша покорная слуга входит в двери родного отделения ровно в семь, когда включается невидимый счётчик. Ну не могу я работать бесплатно! Мы и так очень редко уходим в половине восьмого, хотя я и стараюсь изо всех сил не застревать на работе. Иногда хочешь-не хочешь, а приходишь, если кто-то умер или почти умер, но его откачали. Тогда сидишь за компьютером, как зюзя, что особенно противно, если на следующий день тебе снова с утра на работу. Я уже предлагала на этот случай укладывать нас спать прямо в больнице, штабелями, чтобы сэконоимить время и бензин, но никто моё смелое начинание пока не поддержал.

Начальник ночной смены составляет график, где приписывает к каждой медсестре трёх больных, потому что отделение у нас тяжёлое. В обычных терапевтических отделениях это соотношение составляет один к пяти. Номера палат записываются под нашими именами на большой доске на стене. Наши имена сопровождаются номерами наших мобильных телефонов и фотографиями – чтобы врачи и члены семьи пациентов могли хотя бы приблизительно представлять, как мы выглядим, когда будут нас искать. Я всё собираюсь поменять фотографию, потому что меня никто не узнаёт (я сейчас худая, а там с короткой стрижкой и больше всего похожа на хорошо откормленную свинью). А может и ладно, оставлю как есть для конспирации.

При распределении больных наши боссы стараются учитывать все возможные факторы: и то, как особенности личности персонала будут гармонировать или конфликтовать с характером больного, и на каком языке пациенту легче общаться, с кем он будет себя комфортнее чувствовать – с медсестрой или медбратом. Если начальство что-то не приняло во внимание – например, у больного или члена семьи вышел конфликт с какой-то медсестрой, а её снова к нему приписали – то быстренько поменяют. Лишь стрессовые факторы нам ни к чему.

Начальство старается, чтобы совокупная степень тяжести больных была примерно одинакова для всех работников, но всем угодить невозможно. Из тех, кто никогда не жалуются, что дали, то и беру, а есть и такие, которые постоянно ноют и просят изменить им назначение. Не знаю, что они



надеются выторговать, потому что лёгких (лё-ё-ё-гоньких) больных у нас просто не бывает, но, как говорится, вольному воля. Ещё один постоянный камень преткновения – географическая близость или удалённость палат. В нашем отделении они расположены по кругу, и в принципе начальство старается распределить их так, чтобы нам достались три палаты рядом. Но бывает и так, что все три окажутся совершенно в разных концах, и тогда будешь бегать всю смену, как Савраска.

Ещё один фактор – если работаешь несколько дней подряд, начальство обычно даёт тебе ту же «команду» больных, если, конечно, никто из них не выписался или не перевёлся в другое отделение, что случается сплошь и рядом (см. эниграф). С одной стороны, это хорошо, потому что можно скопировать свои предыдущие записи в компьютер, внести нужные изменения – и порядок, что здорово экономит время. Да и больные уже знаешь, и семьи, и врачей. С другой стороны – когда знаешь, что тебя ждёт, бывает просто страшно идти на работу. Иногда просишь начальство поменять тебе больного, потому что просто нет сил начинать всё сначала. Все с пониманием относятся с таким рабочим моментом, потому что лучше уж принять превентивные меры, чем потом долго успокаивать рыдающую медсестру – и такое бывает.

Наш «центр управления полётом», где происходит приём смены, по утрам напоминает пчелиный улей. Больные в это время обычно ещё спят, и даже те, которые колдобили всю ночь, наконец утомились. Все остальные службы тоже в режиме сдачи смены, так что у нас наступает краткое затишье перед бурей.



«Мясоедкомбинат на сегодня нарядов не прислал...»

К тому же обе смены в хорошем настроении: ночная в эйфории, что все благополучно дотянули до утра и вот-вот пойдут домой, а мы ещё не поникли под бременем дневных забот и лихорадочно общаемся и перекидываемся шутками. Вот вам пример такой полифонии:

– Привет! О, опять перекрасилась! А неплохо...

– Нет, вы чё, шутите?! Опять мне 272-го дали?! Он меня ещё в прошлый раз убить хотел!

– Доброе утро! Джени, ты сегодня в начальниках? Это хорошо!

– Кто спёр мою красную ручку?! Я спрашиваю, кто... а, вот она!

– И кто это у нас такой загорелый и отдохнувший? Вот и получиай 249-ю на новеньких.

– Господи, она всё ещё здесь? Хочу обратно на Гавайи! Кстатти, вот шоколад, налейте.

– А где я? Почему моего имени нет в расписании? Я что, опять в свой выходной на работу приперся?!

– Спенсер чю, заболел сегодня? Надо меньше пить!

– Эй, ночная смена, кофе нам оставили? А то вы вечно сварите в полсебьюмо, а к семи сами и выхлебаете.

– Да не орте вы так, разбудите моего психа в 266-й! Сами потом его вяжите по рукам и ногам!



Как говорит Михаил Жванецкий: «Много нас, много, и даже лишние есть»

На каждого больного, кроме толстенной пудовой карты, у нас заведён раскладной лист из толстого картона, и все назначения, диагнозы и процедуры записываются на него по мере поступления в стандартном формате. То, что меняется – карандашом, чтобы легко можно было стереть. Важная информация – например, результаты исследования – красной ручкой. Называются эти картонки кардками.

В кардках есть всё: на что у больного аллергия, сколько человек требуется, чтобы поднять больного с кровати и усадить в кресло, сколько раз в день и когда брать

## ОФТАЛЬМОФЕРОН® КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ



#### ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

- лечение герпетических поражений глаз, аденовирусных инфекций глаз
- лечение синдрома сухого глаза при различных патологиях
- лечение и профилактика осложнений после хирургических вмешательств
- содержит интерферон альфа-2 и противоаллергические компоненты

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ  
ФИРМ www.firm.ru

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ ИНСТРУКЦИЮ ИЛИ ПОСОВЕТУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

<sup>1</sup> <http://www.imdb.com/title/tt0032138/quotes>.

Перевод мой – Е.Ф.

<sup>2</sup> А.С. Грибоедов. Горь от ума.

<sup>3</sup> И.Ильф, Е.Петров. Золотой телёнок.  
<http://www.sunhome.ru/books/b/zolotoi-teleok/>





у него кровь на сахар, кто его может навещать, есть ли у него пролежни, какие процедуры и исследования запланированы на сегодня и так далее. Так что беглый обзор кардексов даёт неплохое представление о том, «что день грядущий мне готовит»<sup>4</sup>. Вот их-то за десять минут и следует изучить, чтобы быть готовым к принятию смены. Затем следует доверительная беседа с медсестрой, которая сдаёт тебе смену, и получение ценнейшей информации, которой нет ни в каком документе. Например, если миссис Барнаби примется искать свою красную сумку, то надо её успокоить и сказать, что она отдала эту сумку своей сестре (а то я бы искала эту сумку до второго пришествия!) Или что мистер Рэйли глух на правое ухо и слеп на левый глаз, так что надо устраивать целый мерлезонский балет, чтобы ему что-то объяснить.

Самое главное отличие дневной смены состоит в том, что роскошь человеческого общения обрушивается на тебя с невероятной силой. Все время трезвонит твой мобильный телефон: звонят из лаборатории, из аптеки, физиотерапевты, врачи с новыми назначениями, члены семьи... Первые две недели я думала, что меня прямо с работы отвезут в сумасшедший дом, но потом привыкла.

Труднее было привыкнуть к тому, что у каждого больного иногда по три-четыре врача разных специальностей, причём каждый

норовит что-нибудь назначить и сделать запись в карте совершенно нечитабельным почерком. Ночью у нас было просто – один дежурный врач на всякий пожарный, и главное – всеми силами дотянуть до утра. А днём совсем другое дело – звонишь врачам за любым пустяком (это мне так кажется со своей ночной колокольни), и они не только не возмущаются, а живо откликаются и даже приходят на зов. А то ещё и нас спрашивают, не надо ли чего назначить. Я сначала очень удивлялась, потом привыкла, а теперь совсем обнаглела и поджидаю врачей со списком пожеланий.

Еще, что поражает при работе днём – невероятный темп и лихорадочная оборачиваемость койко-мест (звучит очень архаично, но, по-моему, есть или, вернее, было такое слово в административно-медицинском языке). Вот приняла я утром группу из трёх человек. Одного выписали домой, другого перевели в терапевтическое отделение – значит, пошёл на поправку. Не успела я перевести дух, как мне дают нового больного из приёмного отделения, а через часок – переводят ещё одного из реанимации. Вот и получается, что за день у меня на руках побывало пять больных. А ведь каждого надо осмотреть, ощупать, распросить, успеть всё занести в компьютер, выдать лекарства, уколеть, успокоить, насмешить...

Утром придёшь – оказывается, что ночью больной, переведённый из реанимации, снова отправился туда же, а на его место поступил старичок из ортопедии с острым

Разговор, который сопровождает такую картину, обычно сводится к следующему: «Ты можешь прочитать, что тут доктор накорябал?»

послеоперационным психозом. Если днём он опомнится, то его, скорее всего, отправят обратно в ортопедию, а на его место положат какого-нибудь удалыца со стреляной раной. Так вот у нас в отделении и получается бесконечный круговорот больных.

Огромное преимущество дневной смены – это то, что там один в поле не воин. Ночью на всё отделение нам полагался один санитар, поэтому мы почти всё делали сами. А днём совсем другое дело – на восемь больных один санитар. Он или она их умывает, бреет, чистит зубы, меняет постельное бельё, кормит, если сами не могут, доводит до туалета или подкладывает судно. Всё это без моего участия, представляете? Я сначала по ночной привычке рвалась больных сама таскать в туалет, а потом смотрю – санитары появляются, как Сивки-Бурки, не успеет больной нажать кнопку вызова. Так что я расслабилась и занялась своим прямым делом – проверкой назначений и выдачей лекарств.

После утренних водных процедур и завтрака больных посещают тренеры. Это для медсестры самое приятное время, потому что они принимают наших больных с рук на руки и дают нам перевести дух. С некоторыми особо тяжёлыми занимаются в кровати, с другими ходят по коридору, а некоторых

вывозят на солнышко в кресле-каталке. Если больному приспичит в туалет, они же его и отведут – красота. Давление померяют, всё занесут в компьютер, потом нам отчитываются, да ещё, если надо, сами врачу позвонят – ну просто чудеса.

Потом косяком идут волонтеры. Я о них писала раньше, но повторюсь, что это пенсионеры, совершенно бесплатно работающие в нашей больнице. Они разносят газеты и книги, заполняют с больными меню на следующий день и просто беседуют с теми, кто идёт на контакт. Одновременно с волонтерами приходят люди из пасторского отдела, которые вежливо скребуются в двери и спрашивают, не желает ли пациент, чтобы с ним помолились. В случае согласия они читают «Отче наш», что годится для всех христианских вероисповеданий. Если я оказываюсь в палате в этот момент, то присоединяюсь и тирлиббомбомкаю, как Пятачок, по-русски.

Самое же тяжёлое в дневной смене – это тесное и непрерывное общение с семьёй пациента. Бывает, что все три семьи одновременно налетают на тебя с требованиями, жалобами и замечаниями, так что хочется забиться в тёмный угол и тихо замыкать. Может быть, их требования и вполне обоснованы, но все сразу... Приходится объяснять что «вас много, а я одна» и летать по кругу, принося одному дополнительное одеяло, другому – кашли от насморка, третьему – стакан сока, а потом по второму и по третьему заходу, и так целый день. К тому же и больной, и члены его семьи находятся в стрессовой ситуации со множеством неизвестных, когда очень тянет начать искать виновного – а медсестра всегда под боком. В общем, всякое бывает.

Поэтому, если ночью мы работали чаще всего три ночи подряд, а потом четыре отдыхали, то три дня подряд почти никто не выдерживает. Поэтому мы работаем обычно два дня, потом два дня выходных, и ещё один рабочий – всего 36 часов в неделю. Можно работать больше, но мало кто хочет. Денег и так хватает, а если надо подработать, например, на мебель или на отпуск, то пожалуйста – сверхурочная работа всегда есть. Молодёжь, которая копит на дом и полна сил и надежд, соблазняется, а я – «старый и больной», как Паниковский – в ночь перед своим выходным отключаю телефон (а то могут позвонить в полшестого и пригласить на работу) и сплю сном праведника. Как совершенно справедливо говорила моя бабушка, «всех денег не заработаешь». ■

<sup>4</sup> А.С. Пушкин. Евгений Онегин.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе межрегиональной научно-практической конференции офтальмологов Нижегородской области с международным участием, посвященной памяти профессора Л.В. Коссовского

## «Актуальные вопросы офтальмологии»

которая состоится

23 ноября 2012 г. в Нижнем Новгороде

### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

1. Хирургия катаракты при сочетанной патологии хрусталика
2. Глаукома и нарушение гидродинамики глаза
3. Заболевания роговицы, кератопластика
4. Рефракционная хирургия
5. Детская офтальмология
6. Патология сетчатки и стекловидного тела

Материалы конференции будут изданы в виде сборника научных трудов – бесплатно.

Место проведения конференции: Нижний Новгород, проспект Гагарина, 27, конгресс-центр отеля «ОКА»

Оркмитет: тел./факс: (831) 438-90-03; тел. +7-951-909-25-26;  
e-mail: ismetankin@yandex.ru



## Diffractiva - БОЛЬШЕ КОМФОРТА ПРИ ЧТЕНИИ



- ✓ АСФЕРИЧНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ
- ✓ АБЕРРАЦИОННО НЕЙТРАЛЬНАЯ ОПТИКА
- ✓ ГИДРОФИЛЬНЫЙ АКРИЛ
- ✓ +3.5 Д АДДИДАЦИЯ (зрение вблизи)
- ✓ 360° «ОСТРЫЙ КРАЙ»
- ✓ СТАБИЛЬНАЯ ЦЕНТРАЦИЯ
- ✓ ИНЖЕКТОР ПОД РАЗРЕЗ 2.2 ММ



Материалы для микрохирургии

Тел./факс: (495) 646 7251  
Info@focus-m.ru  
www.focus-m.ru



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.issuu.com/aprilpublish](http://www.issuu.com/aprilpublish)