

# ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№5(37) СЕНТЯБРЬ-ОКТАБРЬ 2016

ISSN 2221-7746

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

## «Дискуссионные вопросы офтальмологии – 2016»

V Научно-теоретическая конференция

**23** сентября 2016 года в Солнечногорском районе Московской области в отеле «HELIO PARK Lesnoy» прошла V Научно-теоретическая конференция «Дискуссионные вопросы офтальмологии». Организаторы сделали все возможное, чтобы участники конференции получили самые приятные впечатления от научной программы и возможность отдохнуть после тяжелого мозгового штурма.

Опыт предшествующих четырех конференций подтвердил эффективность выбранного формата мероприятия. Если затрагивается актуальная тема, то возникает активный диалог, где каждый из участников предлагает свою точку зрения; именно так происходит обмен мнениями, который в будущем может вылиться в научное открытие. Подобные проблемные обсуждения расширяют рамки знаний, позволяют увидеть

взаимосвязи между научными наработками, основанными на обобщении практического опыта многих предшественников.

В работе V конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии» приняли участие 120 специалистов, среди которых были постоянные участники, а также участники-дебютанты. Такое представительство позволяет постепенно оформить общее видение проблемы и пути ее решения,

с другой — каждый раз за счет новых представителей удается распространять свежие идеи, которые возникают по спорным вопросам.

Тема V конференции была сформулирована модераторами — академиком РАН, профессором С.Э. Аветисовым (Москва) и профессором В.П. Еричевым (Москва) — следующим образом: «Глаукома и венозные окклюзии: проблема в проблеме». ..... > стр. 8

## IX Российский общенациональный форум «РООФ – 2016»

Научно-практическая конференция с международным участием

**12**-14 октября в конференц-залах отеля «Рэдиссон САС Славянская» состоялось крупнейшее офтальмологическое событие — научно-практическая конференция с международным участием, IX Российский общенациональный форум «РООФ-2016», в работе которого приняли участие около 2200 врачей-офтальмологов из 72 субъектов Российской Федерации.

С приветственным словом выступил ректор Московского медико-стоматологического университета им. Евдокимова, профессор



О.О. Янушевич. Оргкомитет позаботился о том, чтобы создать атмосферу праздника. Это ощущение приходит вместе с атрибутами, которые создают непередаваемую атмосферу. Флаг всегда считался олицетворением чувства собственного достоинства, проявлением национальной идентичности. Танец с флагами позитивным образом оказал воздействие на аудиторию. Участники конференции еще раз убедились в том, что РООФ является важным объединяющим событием, неотъемлемой частью их профессиональной жизни. .... > стр. 3

## «Актуальные проблемы офтальмологии»

Межрегиональная научно-практическая конференция

**Н**аступила осень. В этом году сентябрь выдался на редкость дождливым и пасмурным, когда хочется остаться дома, укутаться в теплый плед, попивая горячий жасминовый чай, с грустью вспоминать ушедшее лето и мечтать о том, чтобы все-таки вернуть его...

Одно из ярких событий лета для каждого российского офтальмолога — это день рождения великого офтальмолога, академика Святослава Николаевича Федорова. Стало замечательной традицией

отмечать приуроченный к этой дате Международный день офтальмологии проведением благотворительной акции «Прекрасные глаза каждому!», направленной на раннее выявление и своевременное назначение квалифицированного лечения взрослым и детям с глазной патологией.

12 августа 2016 года в рамках праздничных мероприятий Чебоксарский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России совместно с Чувашским региональным

отделением Общества офтальмологов России в кантри-отеле «Березки» провели традиционную межрегиональную научно-практическую конференцию «Актуальные проблемы офтальмологии». В работе научного форума приняли участие 130 офтальмологов — представителей 10 регионов Российской Федерации.

В приветственном слове директор Чебоксарского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, д.м.н., профессор

Николай Петрович Паштаев отметил, что высокие темпы развития современной офтальмологии, непрерывное совершенствование лечебного процесса, разработка ультрасовременной диагностической и лечебной аппаратуры делают чрезвычайно необходимыми научные встречи и конференции коллег-специалистов. Обмен новыми знаниями, свежими идеями, передовым опытом позволяют своевременно внедрять новейшие технологии в повседневную практику. .... > стр. 16



КОНФЕРЕНЦИИ

«Анализ первичной офтальмологической медико-санитарной помощи в Российской Федерации»

Доклад профессора В.В. Нерова > стр. 3

«Работа Российского национального Комитета по ликвидации устранимой слепоты» Доклад профессора В.В. Нерова > стр. 7

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ



«Нам предстоит еще много сделать на благо людей»

Интервью с доктором Rafiq Hasan, главой офтальмологического направления компании Bayer

&gt; стр. 21

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ



«Склеральные линзы меняют жизнь к лучшему. Делают ее светлее и радостнее» Интервью с Жаном Бланшаром, президентом компании Blanchard Lab > стр. 23

НОВОСТИ ОТ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Новые инновационные контактные линзы Bausch+Lomb ULTRA > стр. 19

ИСТОРИЯ БРЕНДА

Лазеры LightMed: сила света в борьбе за зрение > стр. 34

ОПТИЧЕСКИЙ БИЗНЕС

Маркетинг оптического предприятия — составляющие успеха > стр. 36

КАНАДСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

Мой большой канадский экзамен > стр. 42

Также в номере:

События в поле зрения > стр. 20, 22

Офтальмология в лицах > стр. 24

Научные статьи > стр. 25

Клинические случаи > стр. 32

К незримому солнцу > стр. 38

## Сообщение Минздрава России в связи с публикацией ВЦИОМ данных опроса о том, какие проблемы россияне считают наиболее значимыми в масштабах страны

Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представил данные опроса о том, какие проблемы более всего беспокоят россиян в масштабах страны. Как отмечает руководитель проекта ВЦИОМ Юлия Баскакова, «низкие зарплат (15%) и экономические трудности (14%) по-прежнему возглавляют рейтинг проблем страны». В число проблем, тревожащих граждан, вошло также здравоохранение (12%). При этом под проблемами здравоохранения опрошенные, прежде всего, подразумевали дороговизну лекарств в аптеках. Особенно это стало насущным для пенсионеров, лиц с низким достатком.

В связи с поступающими запросами хотели бы обратить внимание на то, что лекарственное

обеспечение в условиях скорой помощи, стационаров и дневных стационаров обеспечивается из системы ОМС бесплатно для всех застрахованных в полном необходимом объеме. Более того, объемы медицинской помощи населению, включая государственные гарантии по лекарственному обеспечению, не только не уменьшаются, а увеличиваются.

В амбулаторных условиях более 15 млн граждан из льготных категорий в настоящее время получают лекарства бесплатно на сумму более 150 млрд рублей. Одновременно с этим более 13 млн граждан, которые имеют право на получение льгот по лекарственному обеспечению, получают денежную компенсацию.

Кроме того, в текущем году бюджетам регионов выделено 48,8 млрд рублей на лекарственное обеспечение граждан. Перечень жизненно-важных препаратов только за последние два года расширен почти на 100 международных непатентованных наименований лекарств, или почти на 5 тысяч ассортиментных позиций. Благодаря этому министерством зарегистрированы и контролируются цены почти на 30 000 лекарственных препаратов из перечня жизненно-важных.

По данным проводимого Росздравнадзором мониторинга, за 9 месяцев 2016 года повышение уровня розничных цен на жизненно-важные лекарства в амбулаторном сегменте составило 0,5%, чуть

выше — для дешевых лекарств стоимостью до 50 рублей за упаковку (на 1,1%), дефектуры лекарственных средств (то есть отсутствия их отдельных наименований) не наблюдается. Ситуация на лекарственном рынке — стабильная.

Для более эффективного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, не входящих в федеральный перечень, но получающих льготы из региональных бюджетов, Минздрав совместно с другими заинтересованными ведомствами и Государственной корпорацией «Ростехнологии» разрабатывает специальную информационно-аналитическую систему, которая позволит отслеживать все государственные и муниципальные закупки лекарств и устанавливать начальные цены

контрактов по более низким рыночным показателям. Это позволит высвободить дополнительные средства на расширение охвата отдельных групп пациентов льготным лекарственным обеспечением в амбулаторном звене.

Таким образом, результаты проекта ВЦИОМ показывают не столько оценки состояния системы здравоохранения, сколько снижение покупательной способности некоторых категорий опрошенных, в частности, пенсионеров. Данный факт подтверждается тем, что число отметивших сохранение в качестве значимой проблемы в динамике коррелирует с экономическими показателями, включая рост цен. На это обращает внимание в сообщении и сам ВЦИОМ.

Rosminzdrav.ru

## День пожилого человека

1 октября 2016 года в нашей стране и во всем мире отмечается День Пожилого Человека. Праздник учрежден в 1990 году Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций, в России отмечается с 1992 года. Учреждение Дня Пожилого Человека — отражение общемировых демографических тенденций старения населения. Этот День был учрежден для того, чтобы привлечь внимание общества к проблемам, с которыми сталкиваются люди старшего поколения всех стран, чтобы сделать жизнь пожилых людей лучше.



Старение населения значительно повышает нагрузку на здравоохранение и социальную систему. Комплекс связанных с этим проблем дал стимул развитию нового направления медицины — гериатрии. Сегодня, будучи медициной для пожилых, гериатрия — самая молодая и перспективная медицинская специальность. Главная цель гериатрии — обеспечение здорового долголетия и максимально возможного качества жизни пожилого человека, особенно если он приходит к преклонному возрасту с грузом болезней.

Физическая активность — важнейший компонент здорового долголетия — необходима в любом возрасте. Активные пожилые люди имеют более высокий уровень функциональной адаптации сердечно-сосудистой и дыхательной систем, лучшую память, умственную работоспособность, координацию, меньший риск падений и переломов, более низкие показатели смертности от всех причин. Регулярные занятия физкультурой помогают освободиться от ощущения социальной изоляции и одиночества. Всемирная организация здравоохранения рекомендует пожилым людям не менее 150 минут в неделю физических упражнений умеренной интенсивности. Пожилым полезны ежедневные прогулки на свежем воздухе, силовые упражнения и специальные упражнения для поддержания баланса.

Физические нагрузки позволяют не только поддерживать силу мышц, но и сохранять когнитивные функции. Конечно, для сохранения когнитивных функций необходима и постоянная «тренировка» головного мозга — не случайно люди науки живут долго. Читайте, учите стихи, разгадывайте кроссворды, собирайте паззлы, рисуйте, играйте на музыкальных инструментах, будьте любознательны, поддерживайте общение с родственниками и друзьями. Обращайтесь в территориальные центры социального обслуживания — там вам помогут найти занятие по интересам.

О своем долголетии надо заботиться смолоду. Эта забота подразумевает, прежде всего, здоровый образ жизни: не курить, регулярные физические упражнения (пусть это станет привычкой до старости!), правильное питание, ограничение употребления поваренной соли, умеренность в употреблении алкоголя. Важны регулярные профилактические осмотры, диспансеризация — это позволит во время выявить проблемы и диагностировать заболевания на ранних стадиях, когда их можно эффективно лечить и избежать осложнений.

Как продлить активное долголетие пожилому человеку? Наши советы — быть физически и социально активным, правильно питаться, не злоупотреблять алкоголем, не курить (отказаться от курения никогда не поздно!).

Росминздрав.ru

## Минздравом России разработан проект Федерального закона о бюджете ФФОМС на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 гг.

Законом утверждены характеристики бюджета ФФОМС на 2017-2019 гг., которые будут учитывать социально-экономическое развитие Российской Федерации. Законом регламентируются тарифы, объемы поступления страховых взносов, а также основные категории плательщиков.

Бюджет ФФОМС рассчитывается исходя из численности граждан,

застрахованных по ОМС. По состоянию на 1 апреля 2016 года 146,5 млн человек входят в систему обязательного медицинского страхования.

Согласно проекту общий объем доходов бюджета Федерального фонда в 2017 году составит 1692,0 млрд рублей, в 2018 году — 1758,4 млрд рублей, в 2019 — 1817,3 млрд рублей.

Планирование расходов ФФОМС определяется в рамках реализации программы «Развитие здравоохранения».

За счет субвенций обеспечивается реализация базовой программы ОМС. В 2017 году планируется дополнительно включить финансирование методов высокотехнологичной медицинской помощи. В целях поэтапного расширения перечня

видов (методов) высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемых в рамках базовой программы ОМС, в 2017 за счет субвенции будет осуществляться финансовое обеспечение дополнительно 4 методов высокотехнологичной медицинской помощи. Поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование составят более 98%, в 2019 году — 99,9%.

Отдельно включено финансирование программы «Земский доктор». Так, с 2012 года единовременные компенсационные выплаты будут осуществляться финансовое обеспечение дополнительно 4 методов высокотехнологичной медицинской помощи. Поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование составят более 98%, в 2019 году — 99,9%.

Rosminzdrav.ru

## Всемирный день зрения

Ежегодно во второй четверг октября мировое сообщество обращает внимание на проблему слепоты и нарушений зрения. Эта дата официально признана Всемирным днем зрения. Всемирная организация здравоохранения не только стала инициатором праздника, но и проводит специальную программу «Зрение – 2020: Право на зрение», имеющую глобальные масштабы. Задачами программы является снижение частоты глазных заболеваний, профилактика нарушений зрения, помощь и реабилитация для слепых и слабовидящих, обеспечение нуждающихся оптикой.



плохого зрения, особенно в молодом возрасте, являются нарушения рефракции: миопия (близорукость), астигматизм и другие.

В этот день организуются различные мероприятия, направленные на полное и доступное информирование общества о проблеме, просвещение о методах и мерах предупреждения ее дальнейшего развития, а также благотворительные диагностические и другие акции.

## Чувство юмора продлевает женщинам жизнь, показало исследование

Ученые из Норвегии проанализировали данные 53 556 добровольцев. Специалисты хотели выяснить, как чувство юмора влияет на вероятность смерти от рака, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), сердечно-сосудистых и инфекционных заболеваний, пишет The Times of India.



Исследователи обнаружили, что у представительниц прекрасного пола с хорошим чувством юмора риск смерти по любым причинам был снижен на 48%. Кроме того, они умирали от болезни сердца и сосудов на 73% реже, а от инфекционных заболеваний — на 83% реже. У мужчин чувство юмора уменьшало вероятность смерти только от инфекционных заболеваний (на 74%).

Специалисты предполагают: возможно, представители сильного пола с возрастом теряют чувство юмора. Также ученые говорят, что гормоны стресса, такие как кортизол, негативно влияют на иммунную систему. А смех ее защищает, не давая уровням этих гормонов повышаться слишком сильно.

Global Look Press

## «Анализ первичной офтальмологической медико-санитарной помощи в Российской Федерации»

Открыл работу форума главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава России, председатель Комиссии по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни Общественной палаты РФ, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов», директор ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава РФ, профессор **В.В. Нероев**.

> стр. 1

Первичная медико-санитарная помощь в офтальмологии, как и в здравоохранении в целом, является основой оказания медицинской помощи и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, по формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, отметил в начале своего выступления профессор В.В. Нероев. Поликлиника — это первый уровень контакта населения с системой здравоохранения, на этом уровне обследуются и получают лечение ежегодно около 70% граждан страны. На врача амбулаторно-поликлинического учреждения лежит основная ответственность за диагностику заболевания, определение показаний к госпитализации, отбор пациентов, нуждающихся в высокотехнологичных видах лечения, динамическое наблюдение и лечение больных. Первоочередная роль врача первичного звена в улучшении показателей здоровья населения не вызывает сомнения, подчеркнул докладчик. Декларация ВОЗ, принятая Международной конференцией ВОЗ в 1978 году, гласит, что первичная медико-санитарная помощь осуществляет главную функцию в национальной системе здравоохранения, в решающей степени определяет в целом ее эффективность.

С целью обеспечения доступности и преемственности медицинской помощи, приближения к пациентам специализированной помощи, а также рационального использования ресурсов существуют три уровня оказания медицинской помощи, которые различаются сложностью клинических задач, долей использования ресурсоёмких диагностических технологий.



Правовые основы оказания первичной медико-санитарной помощи установлены Федеральным законом Российской Федерации № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и положением «Об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», утвержденным приказом Минздрава России. Законодательно урегулированы вопросы оказания первичной медицинской помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг.

Законодательство РФ четко определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемые гражданам бесплатно, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. Первичная медико-санитарная помощь финансируется за счет средств ОМС в соответствии с ее базовой программой, а также средств всех уровней бюджетной системы РФ

в соответствии с программой государственного оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. В зависимости от подчинения финансовому обеспечению принимают участие муниципальный, региональный или федеральные бюджеты. В соответствии с законом № 131 «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» организация первичной медико-санитарной помощи в регионах является расходным обязательством субъектов Российской Федерации. В законодательных актах установлены подвиды первичной медико-санитарной помощи, условия и формы ее оказания.

Первичная офтальмологическая помощь оказывается населению в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи. В Российской Федерации амбулаторную помощь оказывают 1407 медицинских организаций

и 10 920 структурных подразделений, в которых заняты 300 529 врачей всех специальностей. В 2015 году число посещений врачей поликлиник достигло 1,2 млрд, что составляет более 9 посещений на одного жителя страны.

Профессор В.В. Нероев подчеркнул, что в последние годы в результате оптимизации здравоохранения структура сети медицинских организаций первого уровня претерпела существенные изменения: происходит объединение и техническое дооснащение маломощных поликлиник, которые становятся районными или межрайонными подразделениями, предоставляющие население весь спектр современных технологий медицинского обследования, с филиалами, расположенными в шаговой доступности от населения. Во исполнение указов Президента и поручений Правительства по информатизации здравоохранения внедрена система электронной записи на прием, что в значительной степени уменьшило проблемы очередей. Электронные карты позволили сократить время оформления медицинской документации в регистратуре и на приеме врача. Однако, отметил докладчик, не везде оптимизация амбулаторного звена в здравоохранении проводится успешно, поскольку не все регионы добросовестно выполняют свои расходные обязательства по организации первичной медико-санитарной помощи.

Далее главный специалист-офтальмолог Минздрава России, профессор В.В. Нероев перешел к анализу деятельности региональной офтальмологической службы на офтальмологической службе России, составленному на основе отчетов Федерального статистического наблюдения, полученных Министерством здравоохранения РФ от органов управления здравоохранения субъектов федерации.

По сравнению с 2011 годом число врачей-офтальмологов уменьшилось приблизительно на 1000 человек и в 2015 году составило 13 098 врачей, при этом обеспеченность офтальмологами составляет 0,9 на 10 000 населения. Из общего числа врачей-офтальмологов 43% имеют высшую или 1-ю квалификационную категорию, что соответствует среднему показателю по всем врачам специальности. Несмотря на некоторое сокращение общего числа врачей-офтальмологов, количество специалистов, занятых в амбулаторно-поликлинических подразделениях, за последние 3 года увеличилось, что можно связать с сокращением числа офтальмологических коек в стационарах (в рамках программы оптимизации здравоохранения) и с переходом части специалистов в учреждения амбулаторного профиля. К началу 2016 года в первичном звене работали 9510 врачей, что составляет 73% от общего числа офтальмологов. Доля врачей-офтальмологов поликлинического звена превышает средний показатель по всем медицинским специальностям, который составляет 55%.

При удовлетворительном обеспечении врачами-офтальмологами амбулаторно-поликлинического звена выявлены существенные различия между субъектами федерации. Выделяются регионы, где доля офтальмологов, занятых в амбулаторных подразделениях, составляет немногим более 50%, что может снижать эффективность деятельности региональной офтальмологической службы и тормозит развитие стационар-замещающих технологий. Такая ситуация наблюдается в Севастополе, Еврейской автономной области, Тамбовской, Воронежской, Курганской областях, Республике Хакасия. Укомплектованность

КАПСУЛОТОМИЯ  
ИРИДОТОМИЯ  
СЕЛЕКТИВНАЯ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКА

- Сверхточная высококачественная оптика
- Улучшенная технология Crystal-Q лазерного резонатора
- Интеграция с щелевой лампой с 5-ступенчатым увеличением
- Смещение фокуса лазерного луча ±500 мкм
- Возможность комбинирования с фотокоагулятором
- Инновационная модульная конструкция

Лазерная система  
LightLas SeLecTor Deux

YAG/SLT – ДВОЙНОЙ УДАР ПО ГЛАУКОМЕ

Stormoff®

Tel.: (495) 780-0792, 780-7691, 956-0557  
www.stormoff.com; optik@stormoff.com

LIGHTMED USA  
Enlightening Vision

врачами-офтальмологами учреждений первичного звена составляет 88%, что несколько выше среднего показателя по здравоохранению. Коэффициент совместительства офтальмологов в поликлиниках составляет 1,3, это ниже, чем в стационарах и соответствует среднероссийскому показателю по всем врачебным специальностям учреждений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. В некоторых регионах (Магаданская, Амурская, Омская области) практически полная укомплектованность врачами-офтальмологами поликлиник достигается высоким коэффициентом совместительства, что может негативно отражаться на качестве оказываемой медицинской помощи. В ряде регионов обращает на себя внимание недостаточная укомплектованность офтальмологами первичного звена, при этом, подчеркнул В.В. Нероев, в Еврейском, Ханты-Мансийском, Чукотском автономных округах, в Костромской области, в Севастополе укомплектованность врачами остается низкой даже при высоком коэффициенте совместительства.

При некотором увеличении числа врачей-офтальмологов в амбулаторных учреждениях в среднем по стране отмечается снижение нагрузки на поликлиническом приеме, уменьшается показатель функции врачебной должности. В 2015 году в среднем по стране на одного врача-офтальмолога в поликлинике приходилось 5277 посещений при рекомендуемом значении в 6604 посещения. Этот показатель является одним из самых высоких среди врачебных специальностей и более, чем на 2000 превышает нагрузку на терапевтов, эндокринологов, кардиологов, неврологов. Фактический показатель врача-офтальмолога на приеме по различным регионам имеет значительный разброс — от 2500 (Республика Тыва) до более 7000 посещений (Республика Марий-Эл), что свидетельствует о нерациональном использовании кадровых ресурсов в отдельных регионах. В.В. Нероев напомнил, что высокая нагрузка отрицательно сказывается на основном принципе здравоохранения — повышении качества и доступности медицинской помощи — и обратил внимание главных внештатных специалистов-офтальмологов на то, что количество посещений в день на амбулаторном приеме определено программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. В течение 2015 года количество посещений врачей-офтальмологов в поликлиниках составило 6,1 млн, что на 14% меньше, чем в 2014 году. Уровень посещений врачей-офтальмологов в среднем по России составил 42 посещения на 100 жителей. Разброс показателей — от 29 посещений в Севастополе и Тверской области до 67 — в Чувашии. Высокий уровень посещений может быть следствием большого числа обращений граждан в поликлиники, что свидетельствует о хорошей доступности амбулаторной офтальмологической помощи, либо обусловлен значительным охватом жителей профилактическими осмотрами. Сбалансированность обоих направлений с учетом особенностей потребностей конкретных территорий является неперенным условием результативности деятельности по раннему выявлению, мониторингу и лечению заболеваний органа зрения. Профессор В.В. Нероев указал на необходимость проведения анализа причин низкой посещаемости врачей-офтальмологов в некоторых

регионах и принятия соответствующих мер для повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинического звена.

Профилактика заболеваний является одной из приоритетных задач врачей первичного звена. Она включает выявление факторов риска заболеваний, раннюю диагностику, своевременное направление пациента на лечение с целью предотвращения развития тяжелых некурабельных случаев. В 2015 году доля врачебных посещений врачей-офтальмологов, выполненных с профилактической целью, составила 38%, что составляет 15,9 профилактических посещений на 100 жителей к офтальмологам (в среднем по всем врачебным специальностям доля профилактических посещений составила 25,6%). Существует значительный разброс в объемах профилактической работы в различных регионах. В.В. Нероев отметил высокий уровень профилактических посещений в Ханты-Мансийском, Ненецком, Ямало-Ненецком автономных округах, что можно, по его мнению, связать с активной работой выездных бригад. Низкий уровень охвата населения мероприятиями первичной профилактики наблюдается в ряде регионов Северо-Кавказского, Северо-Западного, Центрального федеральных округов, в Хабаровском и Приморском краях, Севастополе.

Эффективность работы амбулаторно-поликлинического звена, в том числе в аспекте профилактических мероприятий, напрямую связана с показателем первичной заболеваемости в регионе. В.В. Нероев отметил некоторое снижение уровня первичной заболеваемости после пиков 2012 года. В 2015 году уровень первичной заболеваемости составил 3335,2 на 100 тыс. жителей, что на 4% ниже показателя 2014 года. Среди регионов показатель первичной заболеваемости колеблется от 1500 (Республика Кабардино-Балкария) до 6500 случаев в Орловской области, что в 2 раза выше среднероссийского уровня. Особый интерес представляет показатель первичной заболеваемости, выявленной в ходе профилактических осмотров и диспансеризации населения. В ходе профосмотров впервые выявляются 4,6% от всех случаев заболеваний органа зрения, зарегистрированных в Российской Федерации. Этот показатель по регионам страны имеет существенный разброс — от 0,2% в Еврейской автономной области до 48% в Республике Ингушетия. Докладчик обратил внимание на тот факт, что плохая выявляемость заболеваний в ходе профосмотров (диспансеризации) может быть результатом низкого качества проведения и организации этих мероприятий. В то же время высокая доля заболеваний, выявленных во время профилактических мероприятий, может быть связана с низкой доступностью плановой офтальмологической помощи для населения, с дефицитом кадрового потенциала или неудовлетворительным качеством работы амбулаторно-поликлинических учреждений. При анализе структуры заболеваний, выявленных в ходе профосмотров (диспансеризации) обращает на себя внимание крайне высокая доля (более половины случаев) слепоты и слабовидения, впервые зарегистрированных при профосмотрах, что свидетельствует о недостаточной доступности для населения первичной офтальмологической помощи. В целом по стране мероприятия первичной профилактики достаточно эффективны в отношении выявления пациентов

с глаукомой, аномалиями рефракции и катарактой. В то же время В.В. Нероев отметил крайне низкую эффективность профосмотров (диспансеризации) для диагностики ВМД; представляется целесообразным проведение целевых профосмотров населения групп риска с целью выявления заболеваний глазного дна. Докладчик выделил ряд регионов, в которых доля первичной заболеваемости по многим офтальмопатиям, выявленным на профосмотрах, в разы превышает среднероссийский уровень, это — Калининградская область, Республика Дагестан, Ингушетия, Тыва, Калмыкия, некоторые другие. Главным внештатным специалистам следует обратить внимание на эффективность региональных мероприятий по повышению эффективности профилактической работы, увеличению охвата населения первичной диспансеризацией. Слишком высокий процент первичной заболеваемости, выявленной в ходе профосмотра, свидетельствует о необходимости анализа эпидемиологической ситуации в регионе, повышения доступности и качества офтальмологической помощи на уровне плановых приемов в поликлиниках.

Наряду со снижением первичной заболеваемости в течение последних трех лет отмечается тенденция к уменьшению показателя заболеваемости населения глазами болезнями. В 2015 году показатель общей заболеваемости офтальмопатологией составил 10 800 человек на 100 тыс. жителей, что на 2,2% ниже уровня 2014 года. Разброс показателей по регионам составляет от 3800 в Еврейской автономной области до 23 700 случаев в Ненецком автономном округе. В каждом случае требуется провести анализ причин как высокого, так и низкого уровня заболеваемости. Высокая заболеваемость может свидетельствовать о неблагоприятной эпидемиологической ситуации в регионе, неудовлетворительной деятельности профилактического направления первичного звена, что требует принятия соответствующих мер для решения этой проблемы. Для обеспечения адекватного мониторинга офтальмопатологии, снижения частоты рецидивов заболевания, предотвращения некурабельных изменений, инвалидизации пациентов большое значение имеет вторичная профилактика, в частности, диспансерное наблюдение контингента больных. В целом по классу глазных болезней под диспансерным наблюдением состоит 21% зарегистрированных пациентов. Этот показатель также характеризуется высокой вариабельностью между регионами. Оценка адекватности объемов диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями должна проводиться на основании комплексного анализа региональной эпидемиологической ситуации. В нозологической структуре диспансерного наблюдения офтальмопатологии преобладают пациенты с глаукомой и аномалиями рефракции, что представляется оправданным с учетом распространенности и высокого вклада этих заболеваний в структуру инвалидности по зрению. Профессор В.В. Нероев выразил сомнение в необходимости диспансерного учета большого числа пациентов с катарактой; на сегодняшний день — это 14% от всех пациентов,

взятых под наблюдение. В то же время доля пациентов с ВМД, входящих под динамическим контролем, составляет лишь 2%, что не может считаться адекватным с учетом важности постоянного мониторинга этой хронической патологии. Эти заключения подтверждаются также результатами анализа доли пациентов с отдельными заболеваниями, находящихся под диспансерным наблюдением. Под динамическим контролем офтальмологов находится 79% больных с глаукомой, около 50% всех больных с дегенеративной миопией, ретинопатией недоношенных, отслойкой сетчатки, заболеваниями зрительного нерва.

В.В. Нероев подчеркнул исключительную важность диспансерного наблюдения при глаукоме для профилактики развития неблагоприятных последствий, приводящих к слепоте. В некоторых субъектах Российской Федерации почти 100% пациентов с этим тяжелым заболеванием взяты на диспансерный учет, это — Москва, Республика Ингушетия, Республика Северная Осетия-Алания, Республика Марий-Эл, Хакасия, Сахалинская область, Камчатский край. В то же время выделяется ряд территорий, где процент охвата диспансерным наблюдением пациентов с глаукомой ниже среднероссийского показателя на 30-40%.

В российской офтальмологии, как и российском здравоохранении в целом, продолжается реализация мероприятий, направленных на внедрение стационарзамещающих технологий в рамках деятельности дневных стационаров и амбулаторных подразделений медицинских организаций. В офтальмологии дневные стационары пока представлены не так широко по сравнению с другими врачебными специальностями, тем не менее, число мест в стационарах офтальмологического профиля за последний год выросло более чем на 10%. Количество пациентов, пролеченных в дневных офтальмологических стационарах, увеличилось на 12%. Главный специалист-офтальмолог отметил регионы, в которых хорошо налажена деятельность дневных стационаров, это — Брянская, Курская, Архангельская, Кировская, Курганская, Кемеровская области, Красноярский край. В то же время в организации деятельности стационарзамещающей медицинской помощи в большинстве субъектов федерации отмечаются существенные недостатки. Во многих регионах дневные стационары офтальмологического профиля просто отсутствуют.

В 2015 году в амбулаторных условиях выполнено более 438 тыс. операций на органе зрения, что составляет 35% от всего объема офтальмохирургии и 7% от всех проведенных операций в амбулаторных условиях. В отдельных регионах процент амбулаторной офтальмохирургии значительно превышает среднероссийский, что говорит о максимальном использовании ресурсов службы и оптимальных условиях для повышения доступности офтальмологической помощи при грамотном расходовании денежных средств.

Проведенный анализ деятельности первичного звена офтальмологической службы, основанный на данных Федерального статистического наблюдения, позволяет заключить, что реорганизация российского здравоохранения привнесла в целом к удовлетворительному обеспечению врачами-офтальмологами амбулаторно-поликлинического звена. Постепенно улучшаются

условия труда врачей, снижается нагрузка на амбулаторном приеме, отмечается в целом довольно высокая активность профилактического направления деятельности. В то же время выявлено существенное различие в эффективности первичной офтальмологической помощи среди регионов страны. Недостатки в организации первичного звена офтальмологической службы в ряде регионов в итоге определяют неудовлетворительные показатели по заболеваемости офтальмопатологией. Среди причин низкой эффективности деятельности амбулаторного звена в ряде регионов профессор В.В. Нероев выделил нерациональное распределение кадрового потенциала между стационаром и поликлиникой, что снижает эффективность первичной специализированной офтальмологической помощи и деятельности офтальмологической службы региона в целом; низкие объемы нагрузки на амбулаторном приеме относительно установленных Программой госгарантий норм; низкую доступность амбулаторной помощи и хирургическому лечению инвалидирующих заболеваний глаз открыл профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург) докладом на тему «Глаукома и системные заболевания». Взаимосвязь глаукомы с общей патологией была и остается предметом изучения самых различных специалистов. Глаукома — мультифакторное заболевание и не является изолированным. Глаукома — следствие целого ряда патологических процессов. Окончательный их результат — формирование прогрессирующей характерной оптической нейропатии. В последние десятилетия особое внимание уделяется изучению патогенеза нормального давления и связи этого заболевания с системной патологией. Профессор Ю.С. Астахов рассказал о взаимосвязи давления и состава спинномозговой жидкости (СМЖ) с глаукомой. Согласно исследованиям J. Berdahl (2008, 2009), чем ниже давление СМЖ и чем выше трансламнарное давление, тем больше были изменения ДЗН. В норме давление СМЖ, АД и ВГД имеют значимую связь между собой. В настоящее время не существует надежного неинвазивного метода определения давления СМЖ, ВГД и давление СМЖ постоянно меняются в зависимости от времени суток, положения тела, уровня АД и других факторов. Давление в оболочках зрительного нерва не равно давлению за решетчатой мембраной. Ю.С. Астахов сформулировал суть теории «закрытых полостей» и обозначил новую теорию циркуляции церебро-спинальной жидкости (СМЖ). Исследования с помощью различных маркеров показали, что два потока жидкости встречаются в области зрительного нерва. Профессор Ю.С. Астахов сделал предположение, что в области головной зрительного нерва происходит

очистка интерстициальной жидкости, включая удаление амилоида-бета и TAU-белков. Именно в области зрительного нерва и «lamina cribrosa» могут быть не только механические, но и токсические воздействия, приводящие к развитию глаукомной нейропатии. При ГНД

существует дисбаланс между образованием токсических катаболитов и их удалением из-за нарушения лимфатической системы. При глаукоме с повышенным ВГД происходит увеличение образования токсических веществ, которые не могут быть полностью удалены. Далее профессор Ю.С. Астахов остановился на сосудистых факторах в патогенезе глаукомы. Особое внимание уделил биомеханическим свойствам склеры, в частности, составу ее коллагена и решетчатой мембраны. Единительнотканый и нейрональный компоненты связаны между

себя путем реакции астроцитов и глиальных клеток. Возможно, в будущем один из способов лечения глаукомы будет своеобразный кросслинкнг склеры.

Об исследованиях нервных волокон роговицы в настоящее время и в перспективе рассказал академик РАН С.Э. Аветисов (Москва). В начале выступления были представлены классические понятия об анатомо-физиологических особенностях нервных волокон роговицы (НВР). Основные направления исследований заключаются в объективизации оценки состояния НВР, анализе изменений НВР различного генеза, использовании НВР в качестве маркеров различных заболеваний. Потенциальные проблемы включают в себя: необходимость применения высокотехнологичного оборудования; сложность трактовки результатов при снижении прозрачности роговицы, оценку специфичности изменений НВР по мере накопления материала.

Профессор М.М. Шишкин (Москва) привел новые данные исследований и перспективы анти-VEGF терапии заболеваний сетчатки. На сегодняшний день необходимость назначения и эффективность анти-VEGF препаратов при лечении заболеваний сетчатки не вызывают сомнений. Широкая доказательная база, долгосрочная эффективность и безопасность — важные критерии выбора анти-VEGF препарата. Будущее — за комбинированными методами лечения с применением анти-VEGF препаратов.

Академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва) предложила доклад дискуссионного характера «Достоверны ли визуальные методы исследования в диагностике внутриглазных опухолей?» Докладчик рассказала о пути развития визуальных методов исследования. В начале 1990-х гг. с помощью низкокогерентной интерферометрии in vitro были получены первые двухмерные поперечные срезы сетчатки перипапиллярной

# IX Российский общенациональный форум «РООФ – 2016»

Научно-практическая конференция с международным участием

12-14 октября 2016 года, Москва

**Организаторы конференции:** Министерство здравоохранения Российской Федерации; ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца»; ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», кафедра глазных болезней факультета последипломного образования; Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»; Общероссийская общественная организация «Общество врачей России».

Пленарное заседание, посвященное современным подходам к медикаментозному и хирургическому лечению инвалидирующих заболеваний глаз открыл профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург) докладом на тему «Глаукома и системные заболевания». Взаимосвязь глаукомы с общей патологией была и остается предметом изучения самых различных специалистов. Глаукома — мультифакторное заболевание и не является изолированным. Глаукома — следствие целого ряда патологических процессов. Окончательный их результат — формирование прогрессирующей характерной оптической нейропатии. В последние десятилетия особое внимание уделяется изучению патогенеза нормального давления и связи этого заболевания с системной патологией. Профессор Ю.С. Астахов рассказал о взаимосвязи давления и состава спинномозговой жидкости (СМЖ) с глаукомой. Согласно исследованиям J. Berdahl (2008, 2009), чем ниже давление СМЖ и чем выше трансламнарное давление, тем больше были изменения ДЗН. В норме давление СМЖ, АД и ВГД имеют значимую связь между собой. В настоящее время не существует надежного неинвазивного метода определения давления СМЖ, ВГД и давление СМЖ постоянно меняются в зависимости от времени суток, положения тела, уровня АД и других факторов. Давление в оболочках зрительного нерва не равно давлению за решетчатой мембраной. Ю.С. Астахов сформулировал суть теории «закрытых полостей» и обозначил новую теорию циркуляции церебро-спинальной жидкости (СМЖ). Исследования с помощью различных маркеров показали, что два потока жидкости встречаются в области зрительного нерва. Профессор Ю.С. Астахов сделал предположение, что в области головной зрительного нерва происходит



## Основные направления работы конференции:

- Современные подходы к медикаментозному и хирургическому лечению заболеваний глаз
- Воспалительные заболевания глаз: инновации в диагностике и лечении
- Фундаментальные и прикладные научные исследования в офтальмологии
- Глаукома как мультифакторное нейродегенеративное заболевание. Новые подходы к диагностике и лечению
- Лазерные технологии в диагностике и лечении офтальмопатологии

очистке интерстициальной жидкости, включая удаление амилоида-бета и TAU-белков. Именно в области зрительного нерва и «lamina cribrosa» могут быть не только механические, но и токсические воздействия, приводящие к развитию глаукомной нейропатии. При ГНД

существует дисбаланс между образованием токсических катаболитов и их удалением из-за нарушения лимфатической системы. При глаукоме с повышенным ВГД происходит увеличение образования токсических веществ, которые не могут быть полностью удалены. Далее профессор Ю.С. Астахов остановился на сосудистых факторах в патогенезе глаукомы. Особое внимание уделил биомеханическим свойствам склеры, в частности, составу ее коллагена и решетчатой мембраны. Единительнотканый и нейрональный компоненты связаны между

себя путем реакции астроцитов и глиальных клеток. Возможно, в будущем один из способов лечения глаукомы будет своеобразный кросслинкнг склеры.

Об исследованиях нервных волокон роговицы в настоящее время и в перспективе рассказал академик РАН С.Э. Аветисов (Москва). В начале выступления были представлены классические понятия об анатомо-физиологических особенностях нервных волокон роговицы (НВР). Основные направления исследований заключаются в объективизации оценки состояния НВР, анализе изменений НВР различного генеза, использовании НВР в качестве маркеров различных заболеваний. Потенциальные проблемы включают в себя: необходимость применения высокотехнологичного оборудования; сложность трактовки результатов при снижении прозрачности роговицы, оценку специфичности изменений НВР по мере накопления материала.

Профессор М.М. Шишкин (Москва) привел новые данные исследований и перспективы анти-VEGF терапии заболеваний сетчатки. На сегодняшний день необходимость назначения и эффективность анти-VEGF препаратов при лечении заболеваний сетчатки не вызывают сомнений. Широкая доказательная база, долгосрочная эффективность и безопасность — важные критерии выбора анти-VEGF препарата. Будущее — за комбинированными методами лечения с применением анти-VEGF препаратов.

Академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва) предложила доклад дискуссионного характера «Достоверны ли визуальные методы исследования в диагностике внутриглазных опухолей?» Докладчик рассказала о пути развития визуальных методов исследования. В начале 1990-х гг. с помощью низкокогерентной интерферометрии in vitro были получены первые двухмерные поперечные срезы сетчатки перипапиллярной



Профессор О.О. Янушевич (Москва), профессор В.В. Нероев (Москва)



Профессор В.В. Нероев (Москва), академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва), академик РАН С.Э. Аветисов (Москва)



Профессор Ю.С. Астахов (Санкт-Петербург), профессор Л.А. Катаргина (Москва)



Работа профильной комиссии



Выставка офтальмологического оборудования

Сателлитный симпозиум.  
На трибуне — к.м.н. Дж.Н. Ловпаче

области. В 1995 году шло накопление опыта, оценка значимости ОКТ как оптической биопсии. В 2008 г. на рынке появилась EDI OCT. Академик РАН А.Ф. Бровкина обратила внимание, что нередко клинические диагнозы ставятся на основе данных оптической когерентной томографии. Докладчик представил анализ данных литературы, касающихся изучения возможности ОКТ в диагностике внутриглазных опухолей, и отметила, что выделить конкретные признаки, которые позволили бы дифференцировать ту или иную опухоль, не представляется возможным. А.Ф. Бровкина подчеркнула, что нельзя на основании инструментального метода ставить клинический диагноз. Необходим тщательный анализ анамнеза и применение всех методов офтальмоскопии: прямой офтальмоскопии, биомикроофтальмоскопии при тщательном анализе и сопоставлении клинических симптомов и симптомов, получаемых при ОКТ-ангиографии.

Профессор М.М. Бикбов (Уфа) представил концепцию роговичного кармана в хирургическом лечении эктазий. Возможности формирования роговичного кармана в хирургическом лечении эктазий открывает широкие возможности для офтальмолога, позволяя применять различные по типу и объему дозированные вмешательства. Однако вовлечение оптической зоны роговицы в ходе манипуляций свидетельствует о необходимости поиска модифицированной техники, обладающей схожими преимуществами, но лишенной недостатков.

Профессор Ю.В. Тахтаев (Санкт-Петербург) изложил современный взгляд на проблему первичного капсулорексиса. Предложенный хирургический способ профилактики развития вторичной катаракты обеспечивает прозрачность оптических сред по ходу зрительной оси независимо от возраста пациентов и срока вмешательства и позволяет избежать выполнения Nd:YAG-лазерной капсулотомии и связанных с ней осложнений. Выполнение первичного заднего капсулорексиса при условии сохранения передней гиалиоидной мембраны не приводит к увеличению толщины сетчатки, повышению риска развития макулярных отеков в послеоперационном периоде по данным оптической когерентной томографии. Восстановление барьерной функции иридохрусталиковой диафрагмы за счет адгезии края заднего капсулорексиса к задней поверхности ИОЛ наступает на 3-5 сутки после хирургического вмешательства.

Профессор Л.А. Катаргина (Москва) рассмотрела современные подходы к диагностике и лечению постувеальной глаукомы. Благодаря внедрению в клиническую практику



Во время работы форума

эффективных генно-инженерных препаратов расширились возможности достижения более ранней и стойкой ремиссии увеита, что является важным условием успеха лечения; снижение кортикостероидной нагрузки, осложняющей лечение ПУГ. Внедрение в широкую практику таких методов диагностики, как УБМ, ОКТ, НРТ, ЭФИ и компьютерная периметрия, позволяет более правильно подойти к определению патогенетических механизмов ПУГ, дифференциальной диагностике поствоспалительных глаукомных изменений, выработке тактики лечения. Расширение спектра медикаментозных средств лечения глаукомы дает возможность у трети пациентов нормализовать ВГД или отсрочить хирургическое вмешательство. В настоящее время наиболее сложным вопросом является хирургическое лечение ПУГ в связи с высоким риском послеоперационного рубцевания и недостаточной эффективности фистулизирующих вмешательств, в том числе с использованием дренажных устройств.

Профессор С.В. Саакян (Москва) в рамках доклада информировала о первом опыте создания клеточной культуры внутриглазной опухоли (ретинобластомы). На сегодняшний день в опыт включены 15 первичных ретинобластом и 1 медуллоэпителиома сетчатки с возрастанием в ЗН (планируется 20 образцов). Треть клеточных культур демонстрируют стабильный рост. Предварительные данные — активность роста клеток в культуре отрицательно коррелирует с количеством кальцификаций в опухоли и степенью ее дифференцировки. Прослеживаются

следующие перспективы: создание модели ретинобластомы на лабораторных животных; попытка создания клеточной культуры увеальной меланомы; испытание новых препаратов, схем лечения на модели in vivo; обучение молодых специалистов.

Большой интерес аудитории вызвали дискуссии на сессии «Воспалительные заболевания глаза: инновации в диагностике и лечении». Современная консервативная терапия воспалительных заболеваний переднего отдела глаза, а также бурное развитие роговичной хирургии невозможна без иммунологического мониторинга, позволяющего осуществить индивидуальный контроль лечения и его оптимальную продолжительность. В докладе «Воспалительные заболевания переднего отдела глаза (ПОГ): инновации в диагностике и лечении» Е.В. Яни (Москва) представила диагностику и алгоритм терапии аденовирусной офтальмоинфекции, офтальмоаллергозов, офтальмомикозов, синдрома «сухого глаза», основные принципы терапии трофических изменений ПОГ. Современные возможности диагностики и лечения воспалительных заболеваний ПОГ достаточно широки. Эффект от проводимой консервативной терапии должен быть зарегистрирован в короткие сроки после начала лечения. При отсутствии эффекта терапия должна быть изменена. Хирургическое вмешательство возможно только в случаях крайней необходимости.

Д.м.н. Д.Ю. Майчук (Москва) выступил с сообщением «Рецидивирующая эрозия герпетической этиологии». Цель исследования, в котором приняли участие 200 человек,

заклучалась в оценке потенциальной вероятности вирусной этиологии первичного кератита. Метод: ИФА крови на антитела к ВПГ-1 и цитомегаловирусу. Вывод исследования: у 7% пациентов можно исключить вирусную этиологию, у 25,5% — причиной кератита может быть вирус простого герпеса. У 64,9% — возможен рецидив вирусного кератита любой этиологии. Следовательно, при проведении только репаративной терапии рецидивирующей эрозии возможно повторное герпетическое поражение. Рекомендуется назначать противовирусную терапию пациенту с неясным диагнозом: если в анамнезе был герпетический кератит; если пациент упоминает о герпетическом поражении кожных покровов. Необходимо сделать анализ крови на антитела к вирусу герпеса. Принцип терапии: 1-й этап — противовирусная, антибактериальная, репаративная терапия; 2-й этап — иммуномоделирующая и слезозаместительная терапия. Вывод: при начале терапии рецидивирующей эрозии следует оценить возможность герпесвирусной этиологии. При подозрении на герпес терапия должна проводиться препаратами, специфичными для всей группы вирусов герпеса.

В.В. Позднякова (Москва) осветила актуальные вопросы терапии воспалительных поражений глазной поверхности при системной атопии. Наряду со специфической терапией, защита глазной поверхности у пациентов с атопией является постоянной, кропотливой, многоэтапной работой. От состояния эрозии герпетической этиологии. Цель исследования, в котором приняли участие 200 человек,

Целью работы Л.А. Ковалевой (Москва) было изучение системного клеточного иммунного ответа на антигены тканевой оболочки (роговицы и увеальной оболочки) у пациентов с центральными инфекционными язвами роговицы и его взаимосвязи с клинической картиной заболевания. Докладчик отметила, что частота аутоантител к антигенам тканевой оболочки глаза значительно выше при первичной бактериальной инфекции по сравнению с герпетической и резко возрастает при осложнении герпетической язвы роговицы вторичной бактериальной инфекцией. При вторичной бактериальной инфекции показатели клеточного иммунного ответа на антигены роговицы и увеальной оболочки значительно превышают соответствующие показатели при первичной бактериальной инфекции. Полученные данные свидетельствуют о том, что центральные язвы роговицы, наряду с краевыми, имеющими истинную аутоиммунную природу, также имеют в своем патогенезе аутоиммунный компонент, влияющий на течение заболевания и требующий внесения соответствующих коррективов в терапию язв роговицы, особенно бактериальной и герпетической этиологии.

Н.П. Кинтиوخина (Москва) сделала доклад на тему «Микроциркуляция век при хроническом блефарите». Блефарит — обобщающий термин, объединяющий различные типы воспалительного процесса: на коже век, в фолликулах ресниц и в мейбомиевых железах. Это, как правило, двусторонний, хронический интермиттирующий процесс, поражающий все возрастные группы. Заболеваемость блефаритом составляет 47% от общего числа офтальмологических больных. Выявляется с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии изменения микроциркуляции верхнего и нижнего века при переднем и заднем блефарите могут быть использованы для определения степени тяжести поражения век и объективизации результатов лечения. Полученные данные об особенностях микроциркуляции кровотока и лимфотока могут стать обоснованием для проведения специфической терапии и определения ее эффективности при различных формах блефарита.

В рамках IX Российского общенационального офтальмологического форума прошел очередной симпозиум Всемирной Организации Здравоохранения «Зрение – 2020»: «Профилактика слепоты вследствие травм органа зрения». О работе Российского национального Комитета по ликвидации устранимой слепоты за истекший период рассказала профессор Л.А. Катаргина.

## Работа Российского национального Комитета по ликвидации устранимой слепоты

Координатор Российского национального комитета по предупреждению слепоты, руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ (RUS-73) профессор В.В. Нероев.

Заместитель директора по научной работе  
ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца»  
профессор Л.А. Катаргина

Отчет о работе Российского национального комитета по ликвидации устранимой слепоты, подготовленный профессором В.В. Нероевым, зачитала профессор Л.А. Катаргина. В докладе было отмечено, что в 2003 году на базе МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца по инициативе Сотрудничающего центра ВОЗ был создан Российский национальный комитет по предупреждению слепоты в рамках программы ВОЗ «ЗРЕНИЕ – 2020». Целью формирования Комитета являлась необходимость реализации глобальной инициативы ВОЗ по профилактике слепоты в связи с высокими показателями инвалидности по зрению и риском (при отсутствии эффективных мер по профилактике инвалидности на государственном уровне) увеличения к 2020 г. числа слепых и слабовидящих в мире.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и с учетом особенностей офтальмопатологии в Российской Федерации Комитетом были намечены основные направления деятельности, созданы 8 целевых программ: «Ликвидация устранимой детской слепоты», «Ликвидация устранимой слепоты, связанной с рефракционными нарушениями», «Ликвидация катарактальной слепоты», «Ликвидация слепоты, связанной с травмой органа зрения», «Предупреждение устранимой слепоты, связанной с патологией роговицы и другими воспалительными заболеваниями глаз», «Ликвидация устранимой слепоты, связанной с патологией сетчатки и зрительного нерва», «Ликвидация устранимой слепоты, связанной с глаукомой», «Организация офтальмологической помощи и подготовка кадров».

За период работы Комитета было проведено 7 межрегиональных симпозиумов в Уфе (2003), Самаре (2004), Чебоксарах (2006), Ярославле (2008), Москве (2010, 2012, 2014). На LXVI сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA-66.4 был разработан глобальный план действий на 2014-2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровым глазам», целью которого является сокращение масштабов распространенности предупреждаемой слепоты и слабовидения на 25% к 2019 г. от показателя 2010 г.

По оценкам ВОЗ, в 2010 г. в мире насчитывалось 285 миллионов человек с нарушениями зрения, из которых 39 миллионов — слепых. В нашей стране в рамках программы модернизации здравоохранения совершенствуется профилактическая работа медицинских организаций. Было создано более 700 центров здоровья для

взрослых и детей, где предусмотрены кабинеты офтальмологов (оптометристов). Ежегодно проводится диспансеризация всего работающего населения, осуществляются профосмотры декретированного населения. Отрадно отметить, что ежегодно увеличивается объем врачебных профилактических посещений.

За истекший период была проведена большая работа по разработке практических и организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности профилактики и лечения у детей заболеваний глаз, являющихся основными причинами слепоты и слабовидения.

Проведена большая организационно-методическая работа по совершенствованию офтальмологической помощи недоношенным детям в РФ. В результате во всех регионах страны внедрена система диагностики, скрининга и лечения активной ретинопатии недоношенных (РН) на основе разработанных и утвержденных Минздравом России Федеральных клинических рекомендаций; повсеместно проводится активная образовательная деятельность путем проведения международных, общероссийских и межрегиональных конференций и мастер-классов по различным аспектам проблемы РН. Ключевым моментом является разработка системы диспансерного наблюдения пациентов, перенесших различные формы и стадии РН, позволяющая своевременно выявлять и проводить адекватную коррекцию различных нарушений зрения. Особое внимание в докладе обращено на успешное развитие и внедрение в практику детской офтальмологии инструментальной и лазерной витреоретинальной хирургии. Лазерные операции успешно заменяют инструментальные со вскрытием глаза: при рассечении тонких витреальных шварт устраняют тракцию в 90,9%; претравазируют отслойку сетчатки и субфторозу глазу. Комплекс новых запатентованных лазерных операций при швартках стекловидного тела и закрытой воронкообразной отслойке сетчатки (рубцовой фазы ретинопатии недоношенных) улучшает состояние глаз у 52,3% детей. Новые технологии эндovitреальной хирургии с использованием современных микроинвазивных инструментов (25, 27G) с высокой скоростью резов, с современными средствами эндovitреальной тампонады расширяющими газами, силиконовым маслом, витальными красителями позволяют достичь положительных результатов у 95% детей. На основании Федеральных клинических рекомендаций от 2015 г. внедрен алгоритм комплексной реабилитации детей с врожденной глаукомой. Расширение показаний и улучшения хирургической помощи с использованием ранних операций, интраокулярной и контактной коррекции афакии детям с врожденными, поступевальными катарактами, синдромом первичного персистирующего гиерластического стекловидного тела (ППСТ), что существенно улучшило функциональные исходы. Анатомо-оптический эффект составляет 100%, повышение остроты зрения — 88%.

Активно реализуется междисциплинарная программа ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России и ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» Минздрава России, направленная на повышение эффективности ранней диагностики и лечения воспалительных заболеваний глаз при системных заболеваниях у детей и взрослых. Экспедиция в регионы Северного Кавказа позволила расширить представления об этиологии, патогенезе воспалительных заболеваний глаз, а также разработать новые подходы к лечению этой тяжелой категории пациентов.

В докладе подчеркивается, что благодаря оснащению стационаров и крупных офтальмологических центров современным оборудованием и инструментарием существенно повысилось качество хирургических вмешательств в области витреоретинальной хирургии.

Целевая программа «Ликвидация устранимой слепоты, связанной с глаукомой» (руководитель — д.м.н. О.А. Киселева)

В Российской Федерации насчитывается свыше 1 250 000 больных глаукомой. Свыше 70 000 слепых — вследствие глаукомы. Почти во всех регионах России глаукома занимает первое место среди причин инвалидности вследствие офтальмопатологии (29%). В рамках ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов» был учрежден Экспертный совет по глаукоме. Целью создания явилось всестороннее содействие повышению качества и доступности офтальмологической помощи пациентам с глаукомой в Российской Федерации в рамках полномочий ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов». Были разработаны и внедрены новые методики визуализации и периметрии, которые значительно расширяют возможности диагностики глаукомы. Применение новых микроинвазивных вмешательств с использованием отечественных и импортных дренажей позволило существенно улучшить результаты лечения глаукомы. В течение отчетного периода были подготовлены методические материалы. Ежегодно проводятся различные общероссийские образовательные мероприятия.

Целевая программа «Ликвидация устранимой слепоты, связанной с рефракционными нарушениями» (руководитель — академик РАН, профессор С.Э. Аветисов)

Обращает на себя внимание разработка новых способов плейоптического лечения амблиопии при оптическом нистагме световыми стимулами на синнопоре с помощью блокирования нистагма в условиях конвергенции, а также новый способ оценки эффективности лечения оптического нистагма с использованием микропериметрии. В докладе также отмечено внедрение новых технологий управления постнатальным рефрактогенезом на основе исследования волнового фронта, периферической рефракции и контура сетчатки. На сегодняшний день хирургическая коррекция аномалий рефракции представлена кераторефракционными вмешательствами (ФРК, LASIK, LASEK, Epi-LASIK, Super LASIK, FemtoLASIK, Relex Flex, Relex Smile); интраокулярной коррекцией (экстракция прозрачного хрусталика с имплантацией ИОЛ; имплантация ИОЛ в факичный

глаз); биооптикой (имплантация факичной ИОЛ с дальнейшей экскимерлазерной коррекцией зрения; имплантация афакичной ИОЛ с дальнейшей экскимерлазерной коррекцией зрения). Разработаны и внедрены биологически активный синтетический трансплантат (содержащий хитозан), который оказывает не только биомеханическое склероукрепляющее воздействие, но и стимулирует трофические процессы в оболочках глаза в области стафиломы. Повышена эффективность хирургического лечения высокой осложненной близорукости с помощью склеропластики с пломбированием заднего полюса глаза биоактивным синтетическим трансплантатом. Разработан комплексный подход к ранней диагностике кератоконуса на основе современных методов, включающий топографическую оценку кривизны передней поверхности роговицы на основе принципа Пачидо; топографическую оценку кривизны передней и задней поверхности роговицы на основе оптических срезов (принцип Шеймфлюга); топографическую оценку толщины роговицы на основе оптических срезов (принцип Шеймфлюга). На сегодняшний день существуют следующие современные методы лечения начального кератоконуса: кросслинкинг роговичного коллагена, имплантация интрастромальных роговичных сегментов.

Целевая программа «Предупреждение устранимой слепоты, связанной с патологией роговицы и другими воспалительными заболеваниями глаз» (руководитель программы — к.м.н. Е.В. Яни)

В свете выполнения программы подготовлены Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению воспалительных заболеваний глаз, являющихся риском развития роговичной слепоты. Это — «Клиника, диагностика и консервативная терапия бактериальных язв роговицы», «Диагностика и лечение герпетических заболеваний глаз», «Диагностика и лечение туберкулезных увеитов у взрослых», «Диагностика и лечение увеитов, ассоциированных с ювенильным идиопатическим артритом», «Клиника, диагностика и консервативная терапия трофических язв роговицы», «Клиника, диагностика и лечение краевой язвы роговицы». Успешно завершена работа по обновлению Федерального руководства по лечению оптического нистагма с использованием микропериметрии. В докладе также отмечено внедрение новых технологий управления постнатальным рефрактогенезом на основе исследования волнового фронта, периферической рефракции и контура сетчатки. На сегодняшний день хирургическая коррекция аномалий рефракции представлена кераторефракционными вмешательствами (ФРК, LASIK, LASEK, Epi-LASIK, Super LASIK, FemtoLASIK, Relex Flex, Relex Smile); интраокулярной коррекцией (экстракция прозрачного хрусталика с имплантацией ИОЛ; имплантация ИОЛ в факичный

глаз); биооптикой (имплантация факичной ИОЛ с дальнейшей экскимерлазерной коррекцией зрения; имплантация афакичной ИОЛ с дальнейшей экскимерлазерной коррекцией зрения). Разработаны и внедрены биологически активный синтетический трансплантат (содержащий хитозан), который оказывает не только биомеханическое склероукрепляющее воздействие, но и стимулирует трофические процессы в оболочках глаза в области стафиломы. Повышена эффективность хирургического лечения высокой осложненной близорукости с помощью склеропластики с пломбированием заднего полюса глаза биоактивным синтетическим трансплантатом. Разработан комплексный подход к ранней диагностике кератоконуса на основе современных методов, включающий топографическую оценку кривизны передней поверхности роговицы на основе принципа Пачидо; топографическую оценку кривизны передней и задней поверхности роговицы на основе оптических срезов (принцип Шеймфлюга); топографическую оценку толщины роговицы на основе оптических срезов (принцип Шеймфлюга). На сегодняшний день существуют следующие современные методы лечения начального кератоконуса: кросслинкинг роговичного коллагена, имплантация интрастромальных роговичных сегментов.

Целевая программа «Предупреждение устранимой слепоты, связанной с патологией роговицы и другими воспалительными заболеваниями глаз» (руководитель программы — к.м.н. Е.В. Яни)

В свете выполнения программы подготовлены Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению воспалительных заболеваний глаз, являющихся риском развития роговичной слепоты. Это — «Клиника, диагностика и консервативная терапия бактериальных язв роговицы», «Диагностика и лечение герпетических заболеваний глаз», «Диагностика и лечение туберкулезных увеитов у взрослых», «Диагностика и лечение увеитов, ассоциированных с ювенильным идиопатическим артритом», «Клиника, диагностика и консервативная терапия трофических язв роговицы», «Клиника, диагностика и лечение краевой язвы роговицы». Успешно завершена работа по обновлению Федерального руководства по лечению оптического нистагма с использованием микропериметрии. В докладе также отмечено внедрение новых технологий управления постнатальным рефрактогенезом на основе исследования волнового фронта, периферической рефракции и контура сетчатки. На сегодняшний день хирургическая коррекция аномалий рефракции представлена кераторефракционными вмешательствами (ФРК, LASIK, LASEK, Epi-LASIK, Super LASIK, FemtoLASIK, Relex Flex, Relex Smile); интраокулярной коррекцией (экстракция прозрачного хрусталика с имплантацией ИОЛ; имплантация ИОЛ в факичный

Подводя итог, профессор Л.А. Катаргина отметила, что за отчетный период Комитетом была проведена большая работа в соответствии с глобальным планом ВОЗ на 2014-2019 гг. Результаты работы свидетельствуют о реальных возможностях сокращения масштабов распространенности предупреждаемой слепоты и слабовидения и повышения доступности офтальмологической помощи населению страны.

Материал подготовили  
Лариса Тумар и Сергей Тумар  
Продолжение репортажа «РОФФ-2016» в «Поле зрения» № 6, 2016

Фотографии Оргкомитета конференции и Сергея Тумара





## Профессор М.М. Бикбов: «Нерешенные проблемы заставляют нас двигаться вперед»

Больше всего радует и, как всегда, удивляет глубокий подход к проблеме, я бы сказал, истинно академический. Задаются фундаментальные вопросы. В плане предложения: здесь присутствует много практических врачей, и, на мой взгляд, в докладах, дискуссиях должно быть больше практических аспектов. Видно, что доктора пытаются участвовать в дискуссии, но не всегда могут «вклиниться» в струю теоретических рассуждений. С другой стороны, именно таким углубленным анализом

рассматриваемой темы эта конференция отличается от других. Мне очень импонирует такой подход, и я получаю наслаждение от дискуссии. Это — одна из редких конференций на огромном поле научно-практических мероприятий, где одну проблему предлагается рассмотреть с разных точек зрения. Лично для себя я многое почерпнул. Камерный формат конференции имеет много положительных аспектов: настоящая, плодотворная дискуссия возможна только при сравнительно небольшом количестве участников.

Огромного уважения заслуживают организаторы мероприятия, Сергей Эдуардович Аветисов, каждый раз они включают в повестку дня сложнейшие вопросы, которые эксперты пытаются «разжевать» со всех сторон и выдать какое-то решение. Или не выдать, как сегодня. Все мы согласились, что решения на поставленный вопрос нет, но и такой вывод представляет огромный интерес. Многие остаются до конца не понятым, не осознанным, и в этом есть польза: нерешенные вопросы заставляют нас двигаться вперед.

Далее докладчик перешел к практической части своего выступления, представив препараты бримонидин и люксифен, направленные на выработку механизмов снижения ВГД, которые схематично могут быть представлены следующим образом: снижение выработки водянистой влаги — сужение кровеносных сосудов цилиарного тела; активация увеосклеральной оттока — стимуляция выработки эндогенных простагландинов.

Профессор В.В. Страхов (Ярославль) обратил внимание аудитории на высказывание К. Gugleta (2014): «Мы обследовали больных на анализаторе ретинальных сосудов в динамике в течение 3 лет. Результаты еще не опубликованы. Мы пришли к выводу, что прогностическое значение исследования сосудов очень низкое. Таким образом,

2-6 месяцев переходит в ишемическую форму». В заключение были предложены два подхода в решении проблемы. Первая заключается в превентивной панретинальной лазеркоагуляции для пациентов с установленной ишемической формой тромбоза. Большинство офтальмологов считают эту процедуру нецелесообразной, так как более чем в 50% глаз с ишемической формой тромбоза НВГ не развивается. Второй подход: полноценная диспансеризация этой категории больных с учетом того, что риск развития НВГ при ОРВ повышается при нарастающем снижении остроты зрения (необходимо проводить визометрию); увеличение зон перфузии капилляров капилляров (ФАГ или ОКТ-ангио); уменьшения амплитуды в-волны ЭРГ и осцилляторных потенциалов (ЭФИ по стандартам ISCEV).

Тему продолжил д.м.н. И.А. Лоскутов (Москва). Эксперт привел статистические данные исследователя S. Haugreh, опубликованные в журнале «Ophthalmology», 1983 и «Retina», 2012 (см. таблицу ниже) (данные указаны в скобках). Говоря о профилактике неоваскулярных осложнений, д.м.н. И.А. Лоскутов привел данные исследования COPERNICUS, опубликованные J.S. Heier с соавт. в 2012 и 2014 гг.

Многоцентровое исследование COPERNICUS демонстрирует, что при ежемесячном в течение полугодия интравитреальном введении афлиберцепта ни у одного из 114 пациентов с окклюзией ЦВС в течение 12 месяцев не развилось неоваскулярных осложнений. При переходе на режим «по необходимости» в течение последующих 6 месяцев также не наблюдалось развития неоваскулярных изменений ни переднего, ни заднего отрезков. К концу 2-го года лечения частота неоваскулярных осложнений составила 5,3%.

Данные исследования GALLILEO с аналогичным дизайном и продолжительностью в 1 год, опубликованные в 2012 г. исследователем D. Voigt, показывают, что на фоне применения афлиберцепта неоваскулярные осложнения встречаются, но частота их невысока.

Исследование VIBRANT (P.A. Sampath, 2015; W.L. Clark, 2016) свидетельствует, что систематизированное интравитреальное



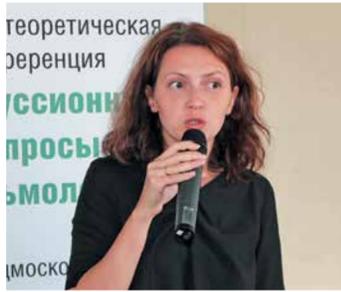
К.м.н. С.Ю. Петров (Москва)



Д.м.н. М.В. Будинская (Москва)



К.м.н. А.А. Антонов (Москва)



Д.м.н. Е.В. Карлова (Самара)



К.м.н. И.В. Воробьева (Москва)



Проф. А.Е. Егоров, проф. Е.А. Егоров (Москва)

введение афлиберцепта при окклюзии ветвей ЦВС препятствует возникновению неоваскулярных осложнений: к концу 52-й недели наблюдения ни в одном случае не возникло неоваскулярных изменений переднего и заднего отрезков.

Механическая компрессия — лишь сопутствующий фактор к индуцированной вазоконстрикции. Почему тромб находят не всегда? Венозная окклюзия происходит в месте сужения вены, тромб может не быть, либо он может появиться вторично. Капиллярный кровоток снижается не только в зонах, пораженных окклюзией. Основная патология связана с артериальной ретинальной, что приводит к различной степени гипоксии.

Эти процессы могут быть обратимы, потому что функциональный компонент в данной ситуации может быть основным. Из этого следует, что если окклюзия рассматривать с точки зрения функциональных нарушений, она представляет собой некоторую обратимую

ситуацию, и тогда процент появления осложнений в виде неоваскулярных изменений и неоваскулярной глаукомы может быть в определенной степени регулируемым, так как последствия обратимы.

Механическая компрессия — лишь сопутствующий фактор к индуцированной вазоконстрикции. Почему тромб находят не всегда? Венозная окклюзия происходит в месте сужения вены, тромб может не быть, либо он может появиться вторично. Капиллярный кровоток снижается не только в зонах, пораженных окклюзией. Основная патология связана с артериальной ретинальной, что приводит к различной степени гипоксии.

Эти процессы могут быть обратимы, потому что функциональный компонент в данной ситуации может быть основным. Из этого следует, что если окклюзия рассматривать с точки зрения функциональных нарушений, она представляет собой некоторую обратимую

ситуацию, и тогда процент появления осложнений в виде неоваскулярных изменений и неоваскулярной глаукомы может быть в определенной степени регулируемым, так как последствия обратимы.

а также с застойными явлениями на диске зрительного нерва. Все они объединены одной связью, повышенным венозным давлением. Может ли венозное давление в центральной вене сетчатки быть ниже, чем ВГД? Может, но очень короткое время. Повышенное ВГД при глаукоме определяет, что давление в венах сетчатки будет очень высокое, так как на вену давит не только внутриглазная жидкость, но и то, что находится за пластиной. Поэтому задняя часть пластины представляет для изучения не меньший интерес, чем видимая часть. Высокое давление в венах сетчатки будет расти из-за повышенного ВГД (глаукома); повышенного давления цереброспинальной жидкости (если оно выше, чем ВГД); венозного тромбоза. Давление в венах сетчатки может быть повышенным из-за уровня endothelin-1. Компрессия из-за смещения решетчатой пластинки маловероятна. Итак, высокое давление в вене локально, но это один из факторов, который является в какой-то мере обратимым.

И.А. Лоскутов рассказал о процессе, происходящих за решетчатой пластиной, отметив, что существуют совпадения фазы венозной пульсации и колебаний внутричерепного давления, но они, безусловно, не абсолютны. При нормотонзивной глаукоме происходит нарушение обмена цереброспинальной жидкости в интракраниальной части и в субарахноидальном пространстве зрительных нервов.

дилемму — что старше, яйцо или курица — мы практически решили. Проблема — в ткани, которая была утеряна. Снижение кровотока — это, скорее всего, следствие, а не причина». Эксперт В.В. Страхов наглядно представил реакцию ретинальных и хориоидальных сосудов на повышение ВГД, а также реакцию объемного кровотока на компрессионное повышение ВГД. Результаты компрессионной плейтизографии показали, что важной составляющей патологического влияния повышенного ВГД является не только его негативный экстравазальный биомеханический эффект в отношении внутриглазных сосудов, но и эффект затруднения притока крови внутрь глаза. Вместе с тем явный глаукомный интерес проявляет венозное русло переднего сегмента глаза, являющееся конечным звеном оттока водянистой влаги. Эксперт привел примеры венозного состояния и при первичной глаукоме. В норме наблюдается симметричность ангиоархитектоники бассейна водяных вен в парных глазах, при глаукоме — асимметричность. В здоровых глазах выражен феномен обезвечивания бассейна водяных вен, при глаукоме — слабовыраженный (вплоть до исчезновения). При патологии наблюдается уменьшение количества видимых водяных вен, а также выраженный гемодинамический блок оттока на уровне ПЦВ; в норме ПЦВ функционируют как воспринимающие вены. При патологическом

процессе — инвертированный пульс водяных вен, в норме — прямой пульс. Профессор В.В. Страхов рассмотрел вопросы симптомокомплекса аккомодативной гипертензии глаза. Основные выводы были сформулированы следующим образом: умеренно повышенное ВГД (Ср. = 27,5 мм рт.ст.); астенопические жалобы аккомодативного характера; специфическая биомикроскопическая картина сосудов переднего отрезка глаза, когда одновременно присутствуют полнокровные передние цилиарные вены и ламинарные эписклеральные вены с интенсивным током водянистой влаги; характерные тоноскопометрические данные в виде увеличенного показателя продукции камерной влаги «F», нормального коэффициента легкости оттока «C» и увеличенного сфигмографического показателя минутного объема крови «МОК».

В лекции особое место было уделено вопросу аккомодативной гипертензии глаза. Это умеренное повышение внутриглазного давления (ВГД) вследствие относительной гиперпродукции водянистой влаги из-за перенапряжения аккомодации. Важно отметить, что аккомодативная гипертензия глаза может протекать самостоятельно, в том числе у молодых лиц, а также совместно с ПОУГ, манифестируя ее на ранних стадиях и утяжеляя клиническое течение в развитых стадиях. Поэтому с аккомодативной гипертензией глаза следует бороться с помощью оптимальной коррекции оптических недостатков, провоцирующих перенапряжение аккомодации.

В своем выступлении эксперт В.В. Страхов затронул вопросы взаимосвязи структурных потерь ДЗН (по данным OCT), редукции ретинального кровотока (ОСТ-ангиография) и изменений в полях зрения при ПОУГ. Согласно исследованию J. Hwang (2012), было установлено, что потеря поля зрения у больных ПОУГ была связана как со снижением ретинального кровотока, так и со структурными потерями НРП и RNFL. Однако не было никакой корреляции между редукцией ретинального кровотока и структурными потерями ДЗН, то есть они являются независимыми прогностическими факторами потери поля зрения. Вывод: структурные потери НРП и RNFL не являются и не могут являться промежуточным звеном между редукцией ретинального кровотока и потерей поля зрения при ПОУГ.

Тема второго блока вопросов «Венозные окклюзии и глаукома как взаимовлияющие факторы». Экспертами выступили профессор В.П. Еричев (Москва) и д.м.н. Е.В. Карлова (Самара).

Выступление профессора В.П. Еричева было посвящено сочетанию ПОУГ и венозных окклюзий. Известно, что из года в год не уменьшается ни число больных с окклюзиями, ни число больных с ПОУГ. В подтверждение этих слов профессор В.П. Еричев привел убедительную статистику (см. таблицу).

Существуют три теории возникновения глаукомного процесса: механическая, сосудистая и мембранозная. Говоря о сосудистой



## Профессор А.А. Рябцева: «Поражает систематичность и новизна докладов»

Формат конференции построен так, что любой слушатель может высказать свое мнение. Это может быть как офтальмолог достаточно высокого уровня, так и только недавно начавший свою профессиональную жизнь молодой врач. Такая беседа, где наши ученые могут представить все свои знания, свое мнение, позволяет нам выполнять не только свою обязанность преподавания, обучения, но и поделиться теми

новыми знаниями, которые молодое поколение в этот период жизни. То есть формат чудесный. В отношении постановки вопросов для обсуждения, я считаю, что это самый оптимальный вариант, когда мы обсуждаем не жесткую наработанную информацию, а ставим дискуссионные проблемы. Это — не то, что уже известно, и мы повторяем с какими-то нюансами, а то, что мы думаем вместе, как соединить свои знания

с новыми наработанными фактическими данными, как это трактовать. Мне очень понравились открытость мнений, дизайн презентаций. Конечно, я много знаю по своему статусу в офтальмологии, но то, что сегодня я слышала, меня поразило — систематичность, новизна, доклады кажутся особенно интересными, когда предлагаются какие-то непопулярные решения. Просто замечательно, спасибо большое!



Профессор В.В. Страхов (Ярославль), профессор В.П. Еричев (Москва)



Профессор Е.Е. Гришина (Москва), профессор В.П. Еричев (Москва), академик РАН С.Э. Аветисов (Москва)



## Профессор Е.Е. Гришина: «Я всегда нахожу для себя много интересного и полезного»

Хочу сказать, что конференция «Дискуссионные вопросы офтальмологии» всегда характеризуется подбором очень интересных вопросов и очень интересных докладчиков. И, как всегда, остается много вопросов, в этом тоже есть свой плюс: безусловный обучающий момент этой конференции заключается в том, что тебе никто не дает готовых

рецептов, а заставляет тебя думать еще раз эти вопросы, поднимать литературу, и это очень хорошо. Несмотря на то что моя специализация в офтальмологии (офтальмоонкология) напрямую не связана с обсуждаемыми темами, я всегда нахожу для себя много полезного и интересного. Опять же офтальмолог не может быть уж очень узким специалистом, как

говорил Козьма Прутков — «как флюс», и должен ориентироваться во всех вопросах офтальмологии. Очень хорошо на этой конференции прозвучала мысль о связи с интерстициями, и на проблему глазных заболеваний мы должны смотреть несколько шире и «видеть немного ниже носа» и решать проблему глазных заболеваний вместе с ними.

глаукомой низкого давления. Профессором В.П. Еричевым были представлены типы ДЗН при глаукоме. Фокальный ишемический: фокальное углубление ДЗН, перипапиллярная атрофия; периферический и мазов (специфичность — 99%); локальная констрикция перипапиллярных артерий; перипапиллярная хоридоидальная атрофия; низкое глазное перфузионное давление. К системным проявлениям сосудистой дисрегуляции, на фоне которых развиваются локальные или офтальмологические симптомы, относятся: пониженное артериальное давление, ночная гипотензия, мигрень, сердечно-сосудистая патология. В зависимости от того, в какой степени реализуется сосудистая дисрегуляция, может по-разному восприниматься офтальмокопическая картина зрительного нерва. Особенно это касается больных, страдающих

исследований, данные анатомо-топографической классификации ОВС по Duke-Elder. Именно расхождение о биомеханических изменениях дают возможность понять, почему чаще всего происходит соудистые изменения в области диска зрительного нерва. Профессор В.П. Еричев обратил внимание на интересный факт: в 81% случаев при глаукоме в парных глазах ОВС встречалась в области ДЗН. Типы ОВС могут быть самые разнообразные. У 40% пациентов с ОВС (не связанными с А/В перекрестом) диагностирована ПОУГ; ОВС наблюдается у большинства пациентов с высоким уровнем ВГД; у пациентов пожилого возраста при выраженной экскавации происходит значительное расширение и ослабление стенок вен. При повышенном ВГД и более низком венозном давлении создаются дополнительные условия для развития ОВС. Для возможного предупреждения ОВС важен мониторинг ВГД на парном глазу. ОВС (не связанные с А/В перекрестом, без отека ДЗН) характеризуются такими признаками, как: отсутствие отека — топографический признак ОВС; признак расположения экскавации. Отношение шансов 1,29/0,1. К дополнительным факторам риска относятся: возраст, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, повышенное ВГД. Фактор повышенного внутриглазного давления — наиболее активный фактор в развитии ПОУГ. В связи с этим были представлены результаты биомеханических

пониженное ВГД, злокачественная гипертензия, ПИН, неврит ЗН. Такой тип ОВС вызван нарушением аксоплазматического тока и ишемией сразу за РП. Особенности данного типа ОВС: более молодой возраст, низкая заболеваемость ПОУГ. Типы ОВС (связанные с А/В перекрестом) обладают следующими признаками: секторальное поражение, венозная дилатация, изменение венозной стенки, калибра вен.

Доктор медицинских наук Е.В. Карлова продолжила дискуссию на заданную тему. В своем докладе «Венозные окклюзии и глаукома как взаимовлияющие факторы» эксперт отметила, что с патологией офтальмонуса при окклюзиях вен сетчатки можно столкнуться при офтальмогипертензии, первичной глаукоме, вторичной неоваскулярной глаукоме. Первичная глаукома и офтальмогипертензия может быть выявлена при обращении пациента по поводу окклюзии вен сетчатки. Диагностировать первичную глаукому в таком случае бывает сложнее. Обследование пациентов с окклюзией вен сетчатки на глаукому способствует раннему выявлению и профилактике слепоты. Е.В. Карлова представила ретроспективный анализ 82 пациентов с подтвержденным диагнозом «первичная открытоугольная глаукома и окклюзия вен сетчатки». В 53 случаях на момент обращения по поводу окклюзии пациент наблюдался с диагнозом ПОУГ.

Уровень окклюзии	Неоваскуляризация радужки	Неоваскуляризация УПК	Неоваскулярная глаукома
ЦВС, ишемический подтип (6 месяцев)	49 (57,7)	37 (47,4)	29 (33,3)
ЦВС, неишемический подтип (6 месяцев)	1 (2,8)	0,15 (2,1)	0,15 (1,4)
Гемидентральная ветвь, ишемический подтип (12 месяцев)	12 (12,9)	10 (6,5)	5 (3,2)
Гемидентральная ветвь, неишемический подтип (12 месяцев)	0	0	0
Аркадная ветвь (до 3 лет)	1,6	0,5	0
Макулярная ветвь (до 3 лет)	0	0	0



Д.м.н. М.В. Будзинская (Москва),  
д.м.н. И.А. Лоскутов (Москва)



Профессор В.У. Галимова (Уфа),  
академик РАН А.Ф. Бровкаина (Москва)



Н.В. Щербакова (Москва), к.м.н. Л.Я. Яблонская  
(Екатеринбург)

В 19 случаях диагноз ПОУГ был установлен позднее при наличии явных изменений парного глаза. Лишь в 10 случаях при обращении пациента по поводу окклюзии вен сетчатки был установлен сопутствующий диагноз ПОУГ. На момент обращения по поводу окклюзии вен сетчатки пациент может иметь установленный диагноз глаукомы или офтальмогипертензии и получать лечение по поводу этих заболеваний. В ряде случаев окклюзия вен сетчатки может быть выявлена при осмотре по поводу глаукомы (чаще при низких зрительных функциях). Завершая первую часть выступления, эксперт привела клинические примеры.

Первое упоминание о возможном случае неоваскулярной глаукомы после окклюзии центральной

вены сетчатки было сделано в 1866 г. С.А. Robertson, в 1871 г. был описан случай возникновения глаукомы после «апоплексии сетчатки». В 1906 г. G. Coats представил наличие новообразованных сосудов радужки у больных с окклюзией центральной вены сетчатки. Причины возникновения вторичной неоваскулярной глаукомы: окклюзия центральной вены сетчатки, диабетическая ретинопатия, глазной ишемический синдром. При отсутствии лечения ОВС может приводить к неоваскуляризации. Вторичная неоваскулярная глаукома при окклюзии вен сетчатки возникает при ишемическом типе окклюзии. Вероятность развития зависит от площади поражения сетчатки (75 ДЗН и более — высокий риск). Условия ранней диагностики

вторичной неоваскулярной глаукомы: осмотр радужки на предмет выявления новообразованных сосудов с узким зрачком; осмотр угла передней камеры — гониоскопия; выявление новообразованных сосудов на периферии сетчатки; использование перечисленных методов в программах скрининга.

Тема третьего блока вопросов была сформулирована следующим образом: «Патогенетическое лечение: обязательный алгоритм и оправданные надежды или факультативная терапия и неопределенный исход». Экспертами выступили д.м.н. М.В. Будзинская (Москва), профессор Е.А. Егоров (Москва), к.м.н. С.Ю. Петров (Москва).

Открыла дискуссию д.м.н. М.В. Будзинская. По данным мировой статистики, окклюзия рети-

нальных вен развивается у 16,4 млн взрослого населения; у 13,9 млн диагностируется окклюзия ветвей ЦВС; у 2,5 млн — окклюзия ЦВС. Среди пациентов, перенесших окклюзирующее заболевание вен сетчатки, в течение ближайших 12 лет умирает от острого инфаркта миокарда 26% (каждый 5-й больной); 5,3% (каждый 18-й) — от цереброваскулярных заболеваний. Ведение пациентов можно разделить на следующие этапы: 1) Тактика острого периода заболевания; 2) Борьба с главными осложнениями, приводящими к снижению остроты зрения (макулярный отек, неоваскуляризация переднего и заднего отрезков, неоваскулярная глаукома). Ключевые этапы в лечении ОЦВС: лазерная фотокотуляция (1977), стероиды (2004), анти-VEGF (2007), стероиды-имплантаты.

Результаты лечения пациентов в реальной клинической практике отличаются от результатов клинических исследований. Необходим индивидуальный подход к пациентам с возможностью проведения комбинированной терапии, с минимальными колебаниями толщины сетчатки. Компенсированная глаукома не является противопоказанием для использования стероидов. Отек ДЗН негативно влияет на течение глаукомной оптической нейропатии.

Продолжил дискуссию профессор Е.А. Егоров. Нормотензивная глаукома — это первичная открытоугольная глаукома с глаукоматозной экскавацией зрительного нерва и типичными для глаукомы изменениями поля зрения, но с ВГД в пределах нормы (А.П. Нестеров, 2007). Клиническая картина нормотензивной глаукомы была описана в 1857 г. von Graefe как «амвараз с экскавацией» ДЗН. Сведения о частоте глаукомы нормального давления среди больных с первичной открытоугольной глаукомой достаточно разноречивы и колеблются в пределах 10-50%. В Японии количество больных с глаукомой нормального давления в возрастной группе после 40 лет в 4 раза превышает число случаев глаукомы высокого давления и составляет 2% всего населения Японии. По данным Московского городского глаукомного центра, в 1998 г. частота нормотензивной глаукомы среди 285 больных с первичной открытоугольной глаукомы составила 7,2%. Мониторинг АД у больных с прогрессирующей глаукомой нормального давления, принимающих системные гипотензивные средства, позволяет выявить у них значительное снижение АД в ночные часы. Следует рекомендовать подбор местной гипотензивной терапии, направленной на снижение ВГД в часы, совпадающие по времени с пиком падения АД. Это позволит улучшить перфузионное давление. Наиболее эффективными препаратами в этих случаях являются простагландины. При флебогипертензивной глаукоме (вторичной глаукоме) эписклеральные вены служат конечным пунктом оттока водянистой влаги

из глаза. Некоторое повышение эписклерального венозного давления (Pv) приводит к повышению ВГД примерно на ту же величину. Причины повышения венозного давления различны, но в клинической картине разных форм этого типа глаукомы есть общие черты. Прежде всего, обращают на себя внимание: выраженное расширение и извитость эписклеральных вен; УПК открыт; склеральный синус часто (но не всегда) заполнен кровью. Повышение ВГД нередко сочетается с нормальным коэффициентом легкости оттока. Однако постепенно отток влаги может ухудшаться из-за вторичных изменений в дренажной системе глаза. Глаукома венозного происхождения может развиваться при синдроме Стерджа-Вебера; варикозном расширении вен орбиты; каротидно-кавернозном соустье; новообразованиях орбиты; эндокринной офтальмопатии; синдроме сдавления вортикозных вен; медиастинальном синдроме и идиопатической гипертензии эписклеральных вен. Целью лечения является сохранение зрительных функций; достижение терапевтического эффекта при минимальном числе препаратов с минимумом побочных действий; сохранение приемлемого качества жизни при доступных затратах.

Принципы лечения строятся на снижении уровня ВГД (достижение «давления цели»), на улучшении глазного кровотока и нейропротекции. Профессор Е.А. Егоров в заключение представил обязательный алгоритм ведения больных глаукомой на фоне венозной дисциркуляции. Гипотензивное лечение включает назначение простагландинов (тафлупрост), ингибиторов карбоангидразы (бризоламид, дорзоламид), селективных агонистов  $\alpha_2$ -адренорецепторов (бримонидин). Поддерживающим лечением является нейротропекция. Применение: нейротропиды (ретиналамин) — 1-2 раза в год, курс до 20 инъекций в/м; лютеин-содержащие препараты (окувайт форте) — по 1 таб. в день постоянно после 60 лет.

Завершил дискуссию к.м.н. С.Ю. Петров. Кратко выводы эксперта можно сформулировать следующим образом: тромбоз ЦВС+ неоваскулярная глаукома остается сложной рефрактерной нозологией. Раннее обнаружение неоваскуляризации и профилактическая терапия — ключевые элементы улучшения прогноза. Рандомизированные проспективные клинические исследования необходимы для доказательной оценки значимости фистулизирующей хирургии, трубчатых дренажей и циклодеструкции. Активное внедрение современных методов с доказанной эффективностью (анти-VEGF, стероиды) смогут повысить возможности терапевтического и хирургического успеха.

Материал подготовила

Лариса Тумар

Фото Сергея Тумара

# День зрения – 2016

Выставочно-образовательный проект

Мы продолжаем публиковать материалы, связанные с проектом «День зрения – 2016».

Предлагаем вашему вниманию интервью с его участниками — д.м.н. Д.И. Ивановым (Екатеринбург) и к.м.н. И.Ю. Мазуниным (Нижний Новгород).



## Д.И. Иванов: «Мне очень импонирует атмосфера проекта»

Интервью с заведующим II хирургическим отделением Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», доктором медицинских наук **Д.И. Ивановым**

**Диагностики и лечения глаукомы Вы могли бы выделить? Существуют методики, которыми владеют наши зарубежные партнеры, но по каким-то причинам не владеем мы?**

— Таких методик не много, но все новые технологии особенно диагностические приходят к нам с Запада, так или иначе зарубежные коллеги — законодатели мод. Дело в том, что ситуация в стране довольно сложная: существует считанное количество предприятий, способных выпускать аппаратуру, сравнимую с западными аналогами. Если когда-то лазеры придумали мы, то сейчас ни одного более-менее приличного отечественного лазера на рынке нет. Еще раз повторю, что практически вся техника и технологии идут с Запада, а мы подхватываем, но, к счастью, делаем это вовремя. Например, идеология нашей клиники направлена на максимально быстрое внедрение новинок в клиническую практику, если, разумеется, видим в этом смысл. Конечно, существуют проблемы, связанные с сертификацией по приборам, лекарствам, технологиям и т.д., что значительно замедляет возможность их внедрения. Понимаете, все лекарственные препараты, приборы проходят сертификацию в Америке, в Европе, прежде чем попадут к нам, а у нас даже нет таких лабораторий. Так что, по моему мнению, сертификация в России больше «завязана» на предпочтениях одного или другого чиновника, чем на действительно глубоком, серьезном анализе состояния вопроса. Что касается непосредственно хирургии глаукомы, то в настоящий момент я не вижу существенной технологической разницы. Более того, техническое исполнение большинства антиглаукомных операций у нас лучше, аккуратнее, атравматичнее.

**Среди представленной на проекте аппаратуры есть приборы, на которых Вам еще не приходилось работать?**

— К счастью, приборы, представленные здесь, есть в нашей клинике, и я лишний раз убеждаюсь в правильности сделанного нами в свое время выбора. Например, в диагностике глаукомы без линейной оборудования, которую предлагает компания Storzmoif, чрезвычайно сложно выявлять ранние нарушения, оценивать динамику заболевания.

**На Ваш взгляд, клиники Свердловской области в достаточной степени оснащены современными приборами, стала высокотехнологичная офтальмология за последнее время более доступна гражданам?**

— Нет, конечно. Чтобы оснастить клиники в той мере, насколько это необходимо, надо приобрести не один прибор, а целый комплекс. На современном этапе в диагностике глаукомы необходимо иметь приборы: для оценки функции, структуры и приборы для точного измерения ВГД, в том числе роговично-компенсированного давления. На мой взгляд, это более корректный метод, на который необходимо ориентироваться доктору. Обращаю на это внимание, так как часто приходится сталкиваться с ситуацией, когда роговично-компенсированное давление одно, а тонометрия по Гольдману, которая до недавнего времени считалась «золотым стандартом» в мире, показывала значительно более высокие цифры. Такие расхождения могут привести к тактическим ошибкам, так как не оценивается биомеханика фиброзной оболочки глаза.

**Вы посещаете отечественные и зарубежные научные конференции. Какие тенденции в развитии**

Методика трабекулотомии ab interno как способ лечения глаукомы был предложен более 35 лет назад профессором Борисом Николаевичем Алексеевым. Но дело в том, что в тот период методы оптической визуализации не позволяли выполнять операции с той тщательностью и безопасностью, которые обеспечиваются современными технологиями. Трабекулотомия ab interno в ее нынешней модификации дает возможность добиваться хорошего функционального

эффекта экономичным путем. Доктора довольно быстро осваивают методику, но некие «подводные камни» начинаются на послеоперационном этапе — речь идет о проблемах геморрагического характера. На сегодняшний день мы сделали более 11 тысяч операций, а 9 лет назад, когда мы только начинали у себя развивать эту технологию, у нас были определенные сомнения: процент геморрагических осложнений был достаточно высоким, и когда после операции пациент видел хуже, чем до операции, конечно, у него возникало недоумение. Сейчас осложнения встречаются крайне редко.

Ближайший аналог нашего вмешательства — трабекомия с использованием прибора Trabectom — достаточно дорогая операция для восстановления естественного пути оттока внутриглазной жидкости. Одноразовый наконечник стоит 800 долларов, сам прибор 60-70 тыс. Если человек платит сам, то стоимость операции для большинства проста неподъемная. В лекции я показывал иригационный трабекулотом, в основе которого инъекционная игла от инсулинового шприца. Инструмент получился простым, эффективным, его стоимость исчисляется в центрах, а результат мы получаем аналогичный. Так что мы идем в ногу со временем: претворение в жизнь идею импортозамещения.

**Вы говорили о том, что на начальном этапе применения новой модификации методики вы сталкивались с большим количеством осложнений...**

— В течение этих лет мы самым тщательным образом искали ответ на вопрос, откуда появляется кровь в передней камере, и поняли, что причина — градиент давления, в соответствии с законом гидродинамики. Понятно, что ни одна молекула крови не попадет в переднюю камеру, если давление там будет выше, чем в системе полых вен. Ретроградный ток появляется только со снижением давления в передней камере. Раньше было как? Все сделано идеально, но на следующий день у пациента наблюдалось резкое снижение остроты зрения, буквально до сотых долей. И причина заключалась в нарушении герметичности разрезов. Если при обычном катарактальном вмешательстве мы можем гидратировать разрез, то в нашем случае отек роговицы спадает, и в какой-то момент давление может опуститься ниже уровня давления в венозной системе, что ведет к появлению крови в передней камере. Теперь,

когда мы стали очень тщательно и внимательно выполнять разрезы, количество осложнений снизилось на порядок.

**— Есть сторонники вашего метода в других клиниках страны?**

— Есть. Но особенность методики заключается в том, что лучше всего ее передавать «из рук в руки». Существуют нюансы, на которые необходимо обращать внимание коллег непосредственно в операционной, и, прежде всего, это касается герметичности разрезов; существует также вероятность прямого повреждения ткани, что можно легко избежать, если человеку объяснить, как правильно проводить манипуляции. И доктора, которые в свое время были в нашей клинике и перенимали опыт непосредственно в операционной, сейчас успешно оперируют. С другой стороны, я знаю случаи, когда хирурги на свой страх и риск, без предварительных консультаций с нами, пытались применить нашу методику, но сталкивались ровно с теми последствиями, которые преследовали когда-то нас. Поэтому мы всегда стараемся предупредить коллег о том, что научиться избегать неприятностей можно у нас в клинике.

**— В какие города вы «экспортировали» методику?**

— Наша методика применяется в клиниках Казани, Санкт-Петербурга, в Иркутске (но пока в незначительном объеме), в Челябинске, в Уфе, в Москве, в Мюнстере (Германия). В Америке два года назад (в 2014 году) на конгрессе ASCRS мы увидели нашу технологию, которую представляли американцы, и получили гран-при. Выдали как свою, хотя мы ее показывали там же в 2010 и 2011 годах. Это вопрос этики.

**— Если лечение катаракты на сегодняшний день достигло определенного совершенства, в лечении глаукомы говорить об этом еще рано. В каких направлениях, как Вам кажется, могут возникнуть прорывы в хирургическом лечении глаукомы?**

— Если иметь в виду технологию фильтрующего типа, существующие сегодня, настоящим прорывом может стать успешная борьба с рубцеванием. Формируя новые пути оттока, мы хотим обмануть природу, но по своей сути — это раневой канал, и организм, включая регенерацию, сводит эффект операции на нет. Существуют препараты, уменьшающие рубцевания: например, митогинин С,

который далеко не безопасен, так как сильно меняет структуру тканевой оболочки глаза. Ткани истончаются, что может привести к серьезным осложнениям вплоть до слепоты. Если удастся создать эффективное и безопасное лекарство против регенерации тканей в зоне антиглаукомной операции — это будет серьезным прорывом. Другое направление, по которому мы идем, — восстановление естественных путей оттока. Сегодня технологии, связанные с малоинвазивной хирургией, находят все более широкое применение в мире. Раньше считалось, что чем более развитая стадия, тем больше рубцовых, дегенеративных и дистрофических процессов происходит в трабекуле, шлеммовом канале и склере. Однако наш опыт показывает, что главной причиной развития глаукомы является функциональный блок шлеммова канала. Своевременное устранение блокады позволяет восстановить отток жидкости по естественным путям и избежать прогрессирования глаукомы. Вопрос заключается только в том, чтобы это сделать вовремя. Шлеммов канал по своей сути — замкнутое кольцо, и при повышении ВГД внешняя стенка прижимается к внутренней, что приводит к его блокаде. По законам гидродинамики достаточное отверстие, через которое проходит несколько молекул воды, чтобы разблокировать шлеммов канал и он начал нормально функционировать. Только, к сожалению, далеко не все офтальмологи понимают значимость функционального блока шлеммова канала. Думаю, что и лазерная хирургия в этом случае могла бы сказать свое веское слово. Есть методики перфорации трабекулы с помощью лазера, но пока эффект такого вмешательства нас не устраивает. Направление по уменьшению продукции внутриглазной жидкости также активно развивается, однако прогноз результата и количества осложнений остаются открытыми.

**— Собираетесь ли участвовать в следующем проекте «День зрения» в 2017 году?**

— Загадывать пока рано, но я с удовольствием принял бы участие в будущем году. Мне очень импонирует атмосфера проекта, возможность свободного общения, обмена мнениями.

**— Спасибо большое, Дмитрий Иванович, за то, что уделили нам время.**

Интервью подготовил

Сергей Тумар

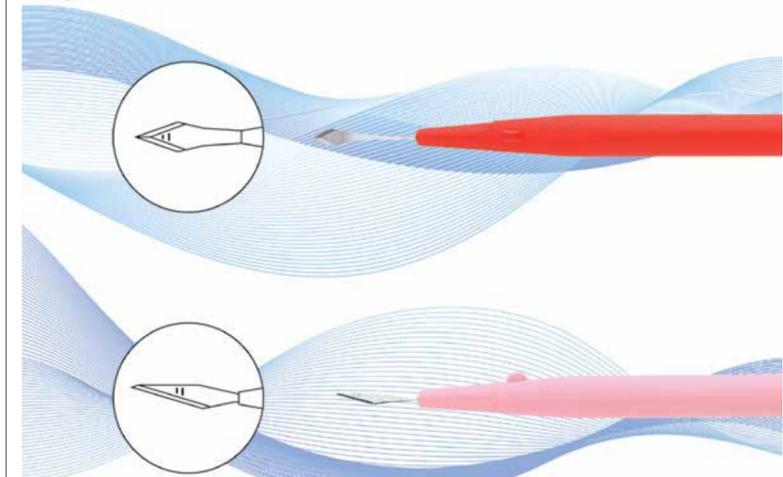
# MANI®

**Офтальмологические ножи с лазерными насечками для безупречно точных разрезов**

- Инновационная технология лазерной насечки для определения максимальной точной глубины и ширины разреза

- Усовершенствованы все популярные модели ножей

- Новые модели ножей для пациентов с энофтальмом и узкими глазными щелями



R-OPTICS



Официальный представитель в России  
MANI Inc (Япония) компания ООО «Эр Оптикс»  
123458, Россия, г. Москва, ул. Твардовского, 8  
тел. +7 495 780 92 55  
www.r-optics.ru







В кулуарах



Выставка медицинского оборудования и фармпрепаратов



трабекулярного аппарата воспалительного характера. Лазерное (иридэктомия, СЛТ) и хирургическое лечение (удаление силиконового масла, трабекулоэктомия, имплантация дренажных систем, НГСЭ+ДТП, имплантация шунтов) представляет определенные сложности, однако их эффективность повышается при правильной оценке механизма развития вторичной глаукомы, а также в связи с появлением новых технологий и совершенствованием техники самих витреоретинальных вмешательств.

О влиянии неферментных антиоксидантов на стабилизацию зрительных функций при глаукомной нейрооптикотипии у пациентов

с компенсированным внутриглазным давлением доложила Светлана Римовна Кидралеева, к.м.н., зав. офтальмологическим кабинетом клиники «Восток-Запад» (г. Москва). По данным спектрофотометрического анализа наибольшей антиоксидантной активностью продемонстрировал гистохром А, затем эмоксилин и мексидол, а наиболее стабильный эффект отмечался у эмоксилина. При ежедневных субконъюнктивальных инъекциях по 0,5 мл в течение 10 дней положительная динамика сохраняется в течение 3-х месяцев. Не менее эффективно применение данного препарата в виде магнитофореза и эндоназального электрофореза.

Наиболее разноплановой стала завершающая научно-практическая секция конференции, которая затронула современные подходы к диагностике и лечению патологии зрительного нерва и орбиты, индуцированные аметропии, фармакологическое сопровождение хирургических вмешательств и различной глазной патологии.

Елена Эдуардовна Иойлева, д.м.н., ученый секретарь МНТК «Микрохирургия глаза» (г. Москва), подробно осветила все существующие на сегодняшний день методики, а также новые аспекты в лечении атрофии зрительного нерва, акцентировав внимание на комплексном лечении с использованием лечебных

мероприятий, индивидуально подобранных для каждого пациента с учетом особенностей его организма, характера и выраженности его патологии, наличия сопутствующих заболеваний.

Познавательным стал доклад Олеси Валентиновны Голубевой, к.м.н., научного сотрудника отдела офтальмоонкологии МНТК «Микрохирургия глаза» (г. Москва), о клинике, наиболее информативных методах диагностики, выборе тактики и схем лечения псевдоопухляе опухоли орбиты в зависимости от формы заболевания.

К.м.н., старший научный сотрудник отдела лазерной рефракционной хирургии МНТК «Микрохирургия глаза» (г. Москва) Наталья Владимировна Майчук доложила о «Современных подходах к диагностике индуцированных рефракционных нарушений, их коррекции и фармакологической поддержке».

Было отмечено, что рефракционная хирургия, очень «красивая и элегантная», дает замечательный результат при коррекции первичных рефракционных нарушений, в то время как коррекция индуцированных рефракционных нарушений (ИРН) — это всегда большая проблема из-за затруднений в оценке зрительных функций и состояния глаза, отсутствия общепринятой тактики коррекции зрения, более высокой частоты интра- и послеоперационных осложнений, низкой предсказуемости рефракционного результата. Коррекция ИРН проводится с учетом результатов обследования особенностей роговицы и выявленных «патологических находок». В качестве фармакологической поддержки в послеоперационном периоде в дополнении к базовой терапии необходимо проводить профилактику и лечение синдрома «сухого глаза» и гипотензивную терапию с целью предупреждения офтальмогипертензии и эктазии роговицы.

Большой резонанс, активное обсуждение и практический интерес вызвало сообщение д.м.н., профессора, генерального директора группы компаний «ОКВижен», директора Академии МОиО (г. Москва) Александра Владимировича Мягкова «Оптическая реабилитация пациентов с индуцированными и атрогенными аметропиями». Есть часть пациентов с ИРН, которые по различным причинам отказываются от хирургического лечения. У этих пациентов существуют проблемы оптической коррекции: нерегулярная роговица, изменение рельефа поверхности, плоская центральная зона и утолщение средней периферии роговицы, нестабильная посадка МКЛ и роговичных ЖКЛ, сложности с подбором коррекции для близи. В качестве альтернативы докладчик предлагает

использовать склеральные линзы (СЛ) — это еще одна возможность восстановить зрительные функции у пациентов с индуцированными аметропиями, а также единственно возможный способ нехирургической стабилизации процесса при пост-лазек эктазии с сохранением высокого зрения. СЛ имеет больший диаметр, опирается на склеру и не контактирует с роговицей и лимбальной зоной. Имеется возможность производства большого разнообразия СЛ — сферические, переднеторические, заднеторические, биторические, мультифокальные, стандартного дизайна, азиатского типа, овальный дизайн и их комбинации. СЛ просты в подборе, не требуют использования кератотопографии и, что немаловажно, отечественного производства.

В завершение рабочей программы конференции к.м.н., заведующий детским офтальмологическим отделением ДРКБ (г. Казань) Алексей Юрьевич Расчсков рассказал об «Антибактериальной терапии воспалительных заболеваний глаз у детей». Докладчик акцентировал внимание на том, что необходимо назначать самый эффективный антибактериальный препарат с максимально широким спектром действия и способностью создать высокую концентрацию в очаге инфекции при минимально возможной длительности курса лечения без угрозы токсического воздействия, разрешенный к применению в детской практике.

На церемонии закрытия научно-практической конференции директор Чебоксарского филиала, д.м.н., профессор Николай Петрович Паштаев отметил, что многообразная и разноплановая тематика докладов позволит офтальмологам как поликлинического, так и стационарного звена придерживаться единой тактики лечения и ведения пациентов, что, несомненно, будет способствовать их более ранней реабилитации с максимальной возможной сохранностью зрительных функций. Также он высказал огромную надежду на то, что большое количество идей, рожденных в ходе дискуссий, непременно воплотятся в реальность. Все участники были единодушны в том, что получили много новой, необходимой в повседневной работе научной информации и душевное удовлетворение от встречи с коллегами-профессионалами, выразили признательность директору филиала профессору Н.П. Паштаеву, председателю регионального отделения ООР Чувашской Республики Н.А. Поздееву, сотрудникам Чебоксарского филиала и всем партнерам за организацию и проведение конференции.

Материал и фото предоставлены оргкомитетом конференции

## Новые инновационные контактные линзы Bausch + Lomb ULTRA — непревзойденный уровень комфорта

На российский рынок контактных линз выходит новинка от компании Bausch + Lomb/VALEANT — инновационные силикон-гидрогелевые контактные линзы ULTRA ежемесячной замены. Новые перспективные линзы изготовлены по технологии MoistureSeal и имеют оптимальное сочетание основных характеристик:

- Высокая кислородная проницаемость — Dk/t = 163 Баррер
- Высокое влагосодержание — 46%
- Низкий модуль упругости — 0,69 Мпа

Это обеспечивает значительные преимущества контактных линз ULTRA перед силикон-гидрогелевыми линзами ведущих производителей.

Инновационная технология MoistureSeal, над созданием которой ученые компании трудились 7 лет, применяется только в производстве линз Bausch + Lomb ULTRA и представляет собой значительный прогресс как в усовершенствовании химического состава полимера, так и в процессе производства. Объединив прогрессивные разработки в химии силикон-гидрогелей и принципиально новый двухэтапный процесс полимеризации, Bausch + Lomb создал превосходную контактную линзу, способную обеспечить непревзойденный уровень комфорта, особенно в конце дня.

На первом этапе из трех различных типов силиконовых мономеров формируется основа полимерного материала линзы — гибкая силиконовая матрица с каналами для пропускания кислорода. Состав мономеров является уникальным для данной линзы и включает коротко- и длинноцепочечные силиконы. Длинноцепочечные силиконы обеспечивают низкий модуль упругости материала, в то время как короткоцепочечные — обеспечивают высокую кислородную проницаемость и поддерживают структуру материала для удобства обращения с линзой.

На втором этапе в состав материала включаются гидрофильные мономеры, окружающие силиконовую матрицу для обеспечения увлажненности и смачиваемости материала.

Bausch + Lomb ULTRA — это единственная контактная линза, в производстве которой используется процесс полимеризации гидрофильных мономеров вокруг первичной силиконовой матрицы. Таким образом на матрице увеличивается поглощение гидрофильных мономеров из среды, в результате чего контактная линза Bausch + Lomb ULTRA содержит в 4 раза больше гидрофильных компонентов по сравнению с другими силикон-гидрогелевыми материалами (например, Senofilcon A). Процесс полимеризации по технологии MoistureSeal

полностью исключает возможность сохранения гидрофобных участков на поверхности силикон-гидрогеля и в толще материала, что позволяет добиться более высокого содержания гидрофильных компонентов. Это, в свою очередь, обеспечивает наиболее высокое и стабильное содержание влаги и высокую смачиваемость не только на поверхности, но и в толще материала, а также гладкость и устойчивость к отложениям.

Показатель Dk/t контактных линз Bausch + Lomb ULTRA (-3,0 D в центре) составляет 163 Баррер и является самым высоким среди аналогичных силикон-гидрогелевых линз ведущих производителей. Благодаря комбинации силиконовых мономеров разной длины цепей линзы Bausch + Lomb ULTRA имеют одно из самых высоких значений Dk/t, в то же время модуль упругости — один из самых низких. Это свойство отличает материал, из которого изготовлены линзы ULTRA, от силикон-гидрогеля, произведенного по традиционной методике, у которого при увеличении Dk/t снижается влагосодержание и возрастает модуль упругости, что делает линзы более жесткими и менее комфортными.

Важным показателем для прогнозирования комфортности ношения контактных линз является коэффициент трения. Bausch + Lomb ULTRA имеют динамический и ста-



тический коэффициент трения, сопоставимые или более низкие по сравнению с ведущими силикон-гидрогелевыми материалами, включая Senofilcon A и Delefilcon A.

Асферическая оптика с системой контроля сферических aberrаций, которой обладают контактные линзы Bausch + Lomb ULTRA, улучшают качество зрения в условиях низкой освещенности и уменьшают нежелательные оптические симптомы: ореолы вокруг источников света, блики и ослепление фарами встречных машин. Bausch + Lomb ULTRA демонстрируют минимальный уровень остаточных сферических aberrаций среди силикон-гидрогелевых линз премиум-класса.

Большое значение в обеспечении комфортного ношения контактной линзы имеет дизайн края. Линзы Bausch + Lomb ULTRA имеют утонченную зону средней периферии

и ультратонкий край, что обеспечивает гладкий переход от конъюнктивы к поверхности линзы и мягкое скольжение века, создавая исключительный комфорт.

Ученые компании Bausch + Lomb создали новую силикон-гидрогелевую линзу с оптимальными физико-химическими свойствами материала, оптимизированным дизайном края и асферической оптической зоной. Контактные линзы Bausch + Lomb ULTRA, изготовленные по технологии MoistureSeal, обладают оптимальными значениями Dk/t, влагосодержания, модуля упругости, коэффициента трения, что гарантирует необыкновенный комфорт и высокое качество зрения по сравнению с силикон-гидрогелевыми линзами других ведущих производителей.

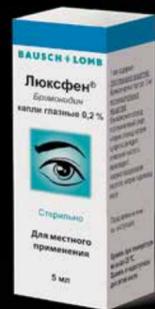
Материал подготовил Сергей Тумар

### Люксфен®

Бримонидин 0,2% 5 мл

## ТЬМА ОТСТУПАЕТ

- Снижение офтальмотонуса до 10-12 мм рт.ст., контроль 12 часов<sup>1</sup>
- Нейропротекторные свойства даже в условиях повышенного офтальмотонуса<sup>2,3,4</sup>
- Дополнительное увлажнение и регенерация клеток поверхности глаза за счет поливинилового спирта<sup>5</sup>
- Кратность применения — 2 раза в сутки<sup>1</sup>
- Производится в Европе, в соответствии со стандартами GMP<sup>\*1</sup>



Рег. номер: ЛП-001434 от 16.01.2012

<sup>1</sup> Инструкция по применению лекарственного препарата ЛЮКСФЕН. <sup>2</sup> Lambert W.S., Ruiz L., Crish S.D., Wheeler L.A., Calkins D.J. Brimonidine prevents axonal and somatic degeneration of retinal ganglion cell neurons. Mol Neurodegener. 2011; 6: 4. <sup>3</sup> Lopez-Herrera M.P.L., Mayor-Torrogosa S., de Imperial J.M., Vilgas-Perez M.P., Vda-Sanz M. Transient ischemia of the retina results in altered retinoid levels and axonal transport. Neurotoxicology with brimonidine. Eur Neurol. 2002; 178: 249-258. <sup>4</sup> Sun-Jan Dong, William A. Hart and Larry Wheeler. Neural Mechanisms Underlying Brimonidine's Protection of Retinal Ganglion Cells in Experimental Glaucoma. Glaucoma — Basic and Clinical Concepts, book edited by Shimon Rumelt, Published: November 11, 2011. <sup>5</sup> Мальханов В.Б., Шевчук Н.Е. Синдром «сухого глаза»: диагностика, патогенез, лечение. ГУ «Уфимский НИИ глазных болезней» АН РБ, материалы Международной научно-практической конференции по офтальмохирургии «Восток-Запад» — 2011.

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

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

BAUSCH + LOMB

ULTRA

Мягкие контактные линзы ежемесячной замены

163 Dk/t  
Ultra  
дышащие

0,69 МПа  
модуль упругости  
Ultra  
мягкие

46%  
влагосодержание  
Ultra  
увлажненные



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

# Результаты использования препарата Эйлеа в условиях реальной клинической практики

## Сателлитный симпозиум «Данные реальной клинической практики (Real Life evidence) использования анти-VEGF-терапии»

8 сентября 2016 года, Копенгаген

В рамках XVI конгресса Европейского общества витреоретинальных специалистов EURETINA – 2016 прошел сателлитный симпозиум «Данные реальной клинической практики использования анти-VEGF-терапии», посвященный результатам применения препарата Эйлеа (МНН — афлиберцепт, раствор для интравитреальных инъекций) в условиях реальной клинической практики.

Почему данные реальной клинической практики столь важны? Как подготовить пациента с «влажной» формой возрастной макулярной дегенерации (ВМД) к лечению? Какие рекомендации дать, и как поддержать семью человека с таким диагнозом?

На эти и многие другие вопросы отвечали ведущие специалисты отрасли: профессор Wong Tien Yin из Сингапурского национального глазного центра, профессор Faruque Ghanchi, офтальмохирург из Брадфорда (Великобритания) и господин Kevin Whelan, председатель общества по борьбе со слепотой (Ирландия).

Профессор Wong Tien Yin начал свое выступление с сообщения о том, что представляет собой «влажная» форма ВМД. По оценкам специалистов, в современном мире около 25-30 миллионов человек страдают данным заболеванием. Однако еще 15 лет назад лечение пациентов с этим диагнозом было крайне ограниченным, и зачастую больной терял центральное зрение вследствие формирования повреждающих сетчатку субретинальных рубцов.

Со временем ученые смогли полностью исследовать природу этой болезни и определить ее факторы риска. Так, профессор Wong Tien Yin подчеркнул, что «влажной» формой ВМД страдают многие курильщики. Наследственная предрасположенность, лишний вес также могут стать фактором риска заболевания. На что же жалуются пациенты, обратившиеся за помощью к офтальмологу и у которых диагностирована «влажная» форма ВМД? Чаще всего пациент замечает, что изображение предметов искривлено или размыто. Кроме того, больные нередко перестают различать лица людей и видеть еду в процессе приема пищи.

К счастью, время, когда лечение данного заболевания было практически невозможным, прошло. Открытие анти-ангиогенных (анти-VEGF) препаратов помогло снизить утрату зрения от «влажной» формы ВМД, что является огромным успехом медицины.

Анти-VEGF терапия представляет собой интравитреальные инъекции медицинского препарата в стекловидное тело. За 10 лет существования данный способ лечения зарекомендовал себя как надежный метод борьбы с «влажной» формой ВМД.



Patrick Bussfeld (Швейцария), Kevin Whelan (Ирландия), Faruque Ghanchi (Великобритания), Wong Tien Yin (Сингапур)

Сегодня у офтальмологов есть целый спектр препаратов для проведения лечения. Профессор Wong Tien Yin представил результаты сравнительного анализа двух препаратов для анти-VEGF терапии: Эйлеа и ранибизумаб. Полные данные исследования были опубликованы в 2012 году в журнале «Офтальмология» Американской академии офтальмологии. В данном исследовании приняли участие 2400 пациентов с активными субфовеальными хориоидальными неоваскулярными мембранами. По сравнению с ранибизумабом у афлиберцепта было выявлено большее действие, оказавшее в два раза большее, чем у ранибизумаба. Данное наблюдение означало, что равных показателей остроты зрения при применении Эйлеа удавалось достичь при меньшем количестве инъекций.

Следует отметить, что это были крупные рандомизированные клинические исследования. У всех пациентов была разная стадия «влажной» формы ВМД: кто-то обращался за помощью при первых симптомах, кто-то приходил к специалисту спустя полгода после появления проблем со зрением. Все участники исследования были разного возраста с разными сопутствующими заболеваниями.

Профессор Faruque Ghanchi более подробно остановился на результатах исследования данных реальной клинической практики RAINBOW. RAINBOW — ретроспективное и проспективное исследование, в котором принимают участие 593 пациента с «влажной» формой ВМД из 55 лечебных учреждений Франции, никогда ранее не проходивших курс антиангиогенной терапии. Данным пациентам были назначены интравитреальные инъекции препарата

Эйлеа. Одной из целей исследования было понять, у какого числа пациентов острота зрения улучшится на три строки (15 букв по таблице ETDRS). Такая острота зрения позволяет пациентам начать узнавать лица собеседников, что является очень важным аспектом в жизни каждого больного. Другими, не менее важными задачами исследования RAINBOW было изучение изменений со стороны сетчатки и выявление возможных нежелательных явлений при применении Эйлеа.

У подавляющего большинства пациентов, получивших загрузочную дозу препарата Эйлеа (одна инъекция в месяц в течение первых трех месяцев), наблюдались более высокие показатели остроты зрения, чем у тех, кто не получил загрузочную дозу. Для сравнения, больные, получившие загрузочную дозу, показали улучшение остроты зрения на 8,6 букв, а пациенты без загрузочной дозы — 6 букв. Эти показатели остроты зрения удавалось поддержать на протяжении одного года.

Отдельно доктор Ghanchi остановился на пациентах, которые смогли добиться улучшения зрения на 17 букв по таблице ETDRS? достигнув, таким образом, остроты зрения, необходимой для получения водительского удостоверения в большинстве стран Европейского союза. Перед началом проведения исследования RAINBOW лишь 32% участников исследования могли читать 70 букв по таблице ETDRS. После прохождения терапии препаратом Эйлеа в конце первого года такой остроты зрения смогли достичь уже 50% пациентов. Этот факт свидетельствует о том, что Эйлеа помогает не только улучшить зрение пациента, но и сделать его жизнь более независимой от других людей.

Динамическое наблюдение показало, что в ходе терапии препаратом Эйлеа толщина сетчатки уменьшается на 100 микрон

слабовидящих людей, которые поставили перед собой задачу помочь своим согражданам, имеющим нарушения со стороны зрения.

Несколько лет назад в их общество за помощью обратился Джо, ирландец, пенсионер с 2003 года. Он вел активный для своих лет образ жизни: играл в гольф, занимался хоровым пением, проводил много времени со своими внуками. Однажды вечером по дороге домой Джо заметил, что с трудом может различить дорожные знаки и разметку. Это вызвало серьезное беспокойство, и Джо обратился к офтальмологу. У него была диагностирована «влажная» форма ВМД. Это означало, что Джо придется серьезно пересмотреть свой образ жизни и планы на будущее.

У пациентов с «влажной» формой ВМД помимо трудностей со зрением появляется и множество других проблем и страхов. Например, неуверенность в себе и своих возможностях, чувство потерянности, боязнь обременить своих родных, страх переставать узнавать своих детей, внуков, друзей, невозможность выполнять действия, которые раньше больной делал без посторонней помощи, потеря независимости. Без должной психологической поддержки страхи пациента очень быстро скажутся на его мотивации продолжать курс лечения, и как следствие, на результате всего курса терапии.

Kevin Whelan отметил, что несмотря на прекрасные результаты исследований в условиях реальной клинической практики, пациенты прекращают терапию из-за неуверенности в успехе лечения. Такую тенденцию можно объяснить тем, что врачи не находят времени и возможности подробно рассказать больному о предстоящей терапии, ожидаемых результатах и улучшениях качества жизни после проведения лечения. Некоторые специалисты даже рекомендуют проводить такие консультации не наедине с больным, а в присутствии кого-либо из его близких, которые способны оценить ситуацию «со стороны». Другим важным аспектом, о котором упомянул Kevin Whelan, является вопрос продолжительности лечения. Крайне необходимо донести до пациента, что анти-VEGF терапия подразумевает не одну инъекцию, а продолжительный курс инъекций, который может быть и пожизненным.

Такое заболевание, как «влажная» форма ВМД, может отразиться и на взаимоотношениях между супругами. В период проведения лечения очень важно поддерживать остроту зрения, полученную в результате терапии, до конца периода наблюдений.

Затем слово было предоставлено господину Kevin Whelan, председателю Ирландского общества по борьбе со слепотой. Оно было основано в 1983 году группой

Материал и фото подготовила Мария Тумар



— Доктор Hasan, для нас большая честь беседовать с Вами. Офтальмология — одна из самых быстро развивающихся областей медицины. Как компания Bayer удается отвечать новым веяниям в науке?

— Для компании Bayer офтальмология является сравнительно новым направлением. Тем не менее нам удалось многого достичь. В 2012 году препарат Эйлеа вышел на рынок Европы и Австралии. Развитие науки — важнейший аспект работы нашей компании. Проведение исследований в условиях реальной клинической практики, работа над получением разрешений на применение препарата по новым показаниям — вот некоторые направления нашей деятельности.

Чрезвычайно важным достижением для нас стало получение разрешения на применение препарата Эйлеа при «влажной» форме ВМД. Но как Вы уже слышали, наш препарат широко используется и для лечения диабетического отека макулы, и при окклюзии вен сетчатки. Поэтому среди приоритетов нашей компании на сегодняшний день можно назвать также работу по получению разрешений на использование Эйлеа по новым показаниям.

До недавнего времени результаты клинических испытаний сильно отличались от данных реальной клинической практики. В случае с Эйлеа впервые данные реальной клинической практики оказались очень близки к тем показателям клинических испытаний. Это подтвердили результаты многоцентровых исследований RAINBOW. Для пациентов это особенно важно.

Об этом сегодня говорил в своем выступлении Kevin Whelan. Больным необходимо иметь представление о результатах предстоящего лечения и о том, каким образом изменится качество их жизни.



— Профессор Wong, позволите поблагодарить Вас за то, что уделите время для беседы с нами. Не могли бы Вы рассказать о существующих методах в лечении «влажной» формы ВМД?

— Давайте немного углубимся в историю лечения «влажной» формы ВМД. Двадцать лет назад лечение как такового не существовало. Первым шагом в лечении стало использование лазера, однако такое вмешательство было очень разрушительным. Оно позволяло приостановить развитие болезни, но имело пагубное воздействие на центральное зрение. Десять лет назад наступила эпоха анти-VEGF терапии, предполагающая использование препаратов, подавляющих ангиогенез. Первое лекарство для проведения анти-VEGF терапии было создано 10 лет назад. Наука не стоит на месте, и сегодня мы прослушали ряд докладов об использовании нового препарата Эйлеа.

— Изучение действия афлиберцепта на «влажную» форму ВМД оправдало ли Ваши ожидания?

# Нам предстоит еще много сделать на благо людей

## Интервью с доктором Rafiq Hasan, главой офтальмологического направления компании Bayer.

Офтальмология — очень быстро развивающаяся область медицины. Мы не останавливаемся на достигнутом. Часто я задаю себе вопрос: «Итак, мы создали афлиберцепт. Что дальше?» Продолжение исследований и воплощение инновационных идей в жизнь — вот наши приоритеты.

Сегодня мы говорили о том, что еще 10 лет назад лечение «влажной» формы ВМД было практически невозможным. Сейчас все изменилось, и у офтальмологов есть выбор препаратов для проведения терапии. Несмотря на это, нам предстоит сделать еще очень многое на благо пациентов.

— Расскажите, пожалуйста, о программах, которые проводит компания Bayer для повышения информированности населения о глазных болезнях?

— Не так давно мы завершили проект «Барометр диабетической ретинопатии». Мы провели исследование в 41 стране. Почему наше внимание было сфокусировано именно на этом заболевании? От диабета страдает все больше людей в мире. И очень часто мы слышим от врачей, что многие пациенты не знают о том, что диабет может вызвать осложнения со зрением. Поэтому мы захотели узнать, каково реальное положение дел. На протяжении двух лет по всему миру мы вели работу с врачами и с их пациентами, чтобы выяснить, насколько больные осведомлены об осложнениях на глазах. К слову, в данном исследовании участвовали 4000 пациентов, в том числе 100 пациентов и 60 медицинских специалистов из России. Если говорить о результатах глобального исследования в целом, то должен заметить, что в некоторых случаях они оказались довольно тревожными. У большого числа пациентов были диагностированы осложнения, связанные со зрением. Часто нам приходилось слышать о необходимости вести просветительскую работу с населением. Кроме этого, важно наладить общение между лечащими врачами. Например, по принципу того, как мы делаем сейчас в Германии. Мы приглашаем терапевта, офтальмолога и диабетолога на

специальный мастер-класс и предлагаем им просто поговорить между собой. Диабетики должны четко понимать, что если к ним приходит больной, то ему нужно настоятельно рекомендовать регулярно проверять зрение у офтальмолога, чтобы вовремя отследить осложнения, если таковые появятся. Мы планируем анонсировать результаты нашего проекта 14 ноября, во Всемирный день борьбы с диабетом. Сейчас я могу лишь вскользь отметить, что в России, в азиатских странах и на Ближнем Востоке среди больных, страдающих сахарным диабетом, доля осложненных со стороны органа зрения чрезвычайно высока. Зачастую больной просто не подозревает о том, что он болен, и очень поздно обращается к врачу, как правило, уже с какими-то осложнениями. Конечно, существуют различные препараты для борьбы с осложнениями, но не менее важно приступать к лечению как можно раньше, чтобы предотвратить их развитие.

— Не могли бы Вы рассказать о достижениях в офтальмологии, которыми компания может по праву гордиться?

— Безусловно! Знаковым событием для нас стало разрешение на использование Эйлеа при «влажной» форме ВМД. Необычайно быстро мы получили разрешения еще по нескольким показаниям. Так, всего за три года препарат Эйлеа был разрешен к применению при нарушениях зрения, связанных с диабетическими макулярным отеком, при окклюзии вен сетчатки и центральной вены и ее ветвей. Некоторые специалисты объединяют эти показания в одно. Это достижение для нас чрезвычайно важно, ведь теперь пациенты с данными заболеваниями смогут получить лечение.

Мы очень гордимся тем, что смогли помочь уже десяткам тысяч пациентов во всему миру. С момента регистрации Эйлеа мы ведем статистику. На сегодняшний день произведено уже более 10 миллионов инъекций. Это означает, что сотни тысяч больных смогли улучшить свою жизнь благодаря нашему препарату.

# Эйлеа: три недуга — один ответ

## Интервью с профессором Tien Yin Wong, профессором и медицинским директором Сингапурского Национального Глазного Центра.

— Успешные доклинические исследования Эйлеа показали, что его эффект сохранялся дольше. Но это были лишь испытания на животных. Нам нужно было дождаться результатов клинических исследований. Мы ожидали, что действие Эйлеа будет сохраняться в два раза дольше по сравнению с уже существующими препаратами.

К счастью, наши ожидания оправдались. У препарата период полувыведения больше, чем у других анти-VEGF препаратов. Это, без сомнения, очень важное преимущество.

— Какие еще достоинства препарата Вы могли бы отметить?

— Другим фактором, имеющим огромное значение, является показание к применению Эйлеа в случаях ухудшения зрения, связанного с диабетическим макулярным отеком.

— В одном из своих интервью Вы сказали, что через 30 лет диабетическая ретинопатия станет главной причиной слепоты в мире. 30 лет — это большой срок для развития медицины. Каковы Ваши прогнозы в методах лечения «влажной» формы ВМД на этот срок?

— Такие глобальные проблемы здравоохранения, как сахарный диабет, нельзя решить лишь при помощи медицинских препаратов. Чтобы бороться с этим заболеванием на глобальном уровне, необходимо менять образ жизни населения. Люди должны больше заниматься спортом, правильно питаться. Важнейшей представляется борьба с ожирением. Сегодня проблемы с избыточным весом чаще и чаще наблюдаются у детей. Один медицинский препарат не способен победить недуг.

Сегодня мы говорили о том, что еще 10 лет назад лечение «влажной» формы ВМД было практически невозможным. Сейчас все изменилось, и у офтальмологов есть выбор препаратов для проведения терапии. Несмотря на это, нам предстоит сделать еще очень многое на благо пациентов.

Сегодня мы говорили о том, что еще 10 лет назад лечение «влажной» формы ВМД было практически невозможным. Сейчас все изменилось, и у офтальмологов есть выбор препаратов для проведения терапии. Несмотря на это, нам предстоит сделать еще очень многое на благо пациентов.

— Не могли бы Вы рассказать о достижениях в офтальмологии, которыми компания может по праву гордиться?

— Безусловно! Знаковым событием для нас стало разрешение на использование Эйлеа при «влажной» форме ВМД. Необычайно быстро мы получили разрешения еще по нескольким показаниям. Так, всего за три года препарат Эйлеа был разрешен к применению при нарушениях зрения, связанных с диабетическими макулярным отеком, при окклюзии вен сетчатки и центральной вены и ее ветвей. Некоторые специалисты объединяют эти показания в одно. Это достижение для нас чрезвычайно важно, ведь теперь пациенты с данными заболеваниями смогут получить лечение.

Мы очень гордимся тем, что смогли помочь уже десяткам тысяч пациентов во всему миру. С момента регистрации Эйлеа мы ведем статистику. На сегодняшний день произведено уже более 10 миллионов инъекций. Это означает, что сотни тысяч больных смогли улучшить свою жизнь благодаря нашему препарату.

Мы очень гордимся тем, что смогли помочь уже десяткам тысяч пациентов во всему миру. С момента регистрации Эйлеа мы ведем статистику. На сегодняшний день произведено уже более 10 миллионов инъекций. Это означает, что сотни тысяч больных смогли улучшить свою жизнь благодаря нашему препарату.

Мы очень гордимся тем, что смогли помочь уже десяткам тысяч пациентов во всему миру. С момента регистрации Эйлеа мы ведем статистику. На сегодняшний день произведено уже более 10 миллионов инъекций. Это означает, что сотни тысяч больных смогли улучшить свою жизнь благодаря нашему препарату.

Сахарный диабет — заболевание, от которого страдает более 500 миллионов человек по всему миру. Для решения этой проблемы потребуется социально-экономическая, политическая воля. Только наука или только медицина с ней не справятся. Мы со своей стороны можем диагностировать заболевание, назначить лечение, но этого явно недостаточно. Как я уже сказал, необходимо менять образ жизни, менталитет общества, культуру. Еще совсем недавно в Индии и Китае диабет был крайне редким заболеванием, жители этих стран не знали, что такое диабет, так как ели рис и занимались физическим трудом. Однако в течение жизни только одного поколения все изменилось: уровень заболеваемости диабетом значительно вырос. Почему? Потому что эти страны стали экономически развитыми. Так как же решить проблему диабета? Только не лекарствами.

Что касается прогнозов методов лечения «влажной» формы ВМД в ближайшие 30 лет, я думаю, что мы сможем держать его под контролем с помощью этого препарата, а также препаратов, которые придут ему на смену. Возможно, новые препараты или комбинации препаратов будут способны дольше задерживаться в организме, не два месяца, а три или четыре. Думаю, что новые препараты станут дешевле и более доступными людям.

Однако, по моему мнению, новым большим вызовом станет не «влажная» ВМД. Это будет «сухая» форма возрастной макулярной дегенерации, хотя бы потому, что «влажной» формой страдают только 10% больных, в то время как на «сухую» ВМД приходится 90% случаев. И на сегодняшний день в нашем распоряжении нет средств для ее лечения. Я могу привести сравнение с раком: если мы сегодня лечим рак груди, то рак легких мы вылечит

на мой взгляд, нам удалось изменить само понятие о медицинских препаратах в офтальмологии. Если вспомнить методы лечения пятiletней давности, то можно сказать, что лечение было неупорядоченным. Сегодня все по-другому. Нас часто благодарят за простоту применения препарата. Вероятно, это одна из причин таких высоких показателей улучшения остроты зрения в условиях реальной клинической практики. Однако, несмотря на все достижения в офтальмологии, я уверен, что мы можем сделать еще очень многое. Поэтому мы смотрим в будущее с оптимизмом.

— Господин Hasan, Вы назвали цифру — 10 миллионов инъекций афлиберцепта. Однако уровень развития офтальмологии в различных регионах мира разный. Существуют ли программы «адаптации» препарата к конкретным условиям страны?

— Для нас важна широкая география присутствия. Мы стараемся сделать наш продукт доступным на максимально большом количестве рынков. Так, по показанию «влажная» форма ВМД препарат Эйлеа разрешен к применению в 97 странах, не считая США. Но результаты терапии все равно могут различаться в зависимости от региона. Например, не в каждом лечебном учреждении возможно проведение интравитреальных инъекций. Поэтому в компании Bayer существуют программы, направленные на поддержку лечебных учреждений для более успешной терапии. Разный уровень развития стран заставляет нас корректировать программы поддержки лечебных учреждений. Для этого мы должны получить еще больше данных исследований реальной клинической практики из различных уголков мира. В ближайшее время мы планируем привлечь к новым исследованиям более 20 тысяч пациентов из 15 стран. Это довольно много, но нам есть к чему стремиться.

— Я благодарю Вас, доктор Hasan, за интересное интервью!

— Я благодарю Вас, доктор Hasan, за интересное интервью!

— Я благодарю Вас, доктор Hasan, за интересное интервью!

— Я благодарю Вас, доктор Hasan, за интересное интервью!

— Профессор Wong, мы знаем, что Сингапур достиг больших высот в области офтальмологии в значительной степени благодаря Вашему участию в ее развитии. Каковы Ваши планы на будущее?

— Мы делаем то, что делаем. Но мы маленькая страна, как Дания, у нас проживает всего 5 миллионов человек, поэтому мы можем осуществлять интересные инновационные программы. По примеру Дании мы реализуем Национальную программу скрининга диабетической ретинопатии. Конечно, она не затронет сотни тысяч людей по всему миру. Но наша страна может служить некоей моделью, например, лечения больных, реализации программ скрининга или иных инновационных идей. Если какой-то проект работает в Сингапуре, вы можете его использовать в других странах. Мы страна с пятиллионным населением, но с достаточно большими возможностями. Один пример из области офтальмологии. Сейчас мы пытаемся реализовать в Сингапуре идею автомобилей без водителей. Если нам удастся это сделать, мы станем первым городом в мире, где автомобили будут ездить без участия водителей, и нашему примеру могут последовать другие города и страны. То же самое и в офтальмологии: у нас есть инновационные идеи, планы, и это станет нашим вкладом в развитие других стран.

— Благодарю Вас, профессор Wong!

Беседа велa Мария Тумар

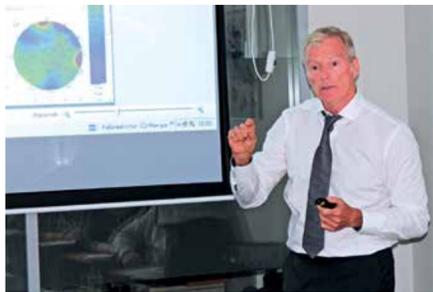
# Второе рождение склеральных линз

20 сентября в Академии медицинской оптики и оптометрии при участии компании OKVision прошел семинар по подбору склеральных контактных линз и мини-склеральных контактных линз, производимых компанией OKVision по лицензии Blanchard Lab (Канада). Программа семинара включала лекции и практические занятия. В его работе приняли участие 23 офтальмолога и оптометриста из Екатеринбурга, Оренбурга, Ижевска, Санкт-Петербурга, Старого Оскола.

Москву представляли сотрудники столичных институтов — ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», ФГБУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», ФГБНУ «НИИГБ». Критерием отбора для участия в семинаре служил опыт работы с жесткими контактными линзами и склеральными линзами. С большим интересом участники прослушали лекцию, с которой выступил президент компании Blanchard Lab Жан Бланшар. Он рассказал

о преимуществах и особенностях подбора склеральных контактных линз. Теоретические знания были закреплены практическими занятиями: господин Бланшар провел мастер-классы по подбору линз Blanchard, ответил на многочисленные вопросы.

А на вопрос газеты «Поле зрения» — «Почему выбор пал именно на линзы компании Blanchard Lab?» — и на некоторые другие вопросы ответили организаторы и участники семинара.



Президент компании Blanchard Lab Жан Бланшар (Канада)



Участники семинара



Теперь склеральные линзы производятся в Москве

## Почему именно Blanchard?

**А.А. Ядыкин, руководитель проекта «Фабрика линз»**

В течение последних нескольких лет в компании Blanchard наблюдается серьезный рост производства и продаж склеральных линз в Северной Америке. Склеральные линзы показаны пациентам, перенесшим рефракционные операции, пациентам с нерегулярными роговицами, которым не подходят роговичные линзы. Мини-склеральные линзы с диаметром 14,9 мм в использовании могут быть даже удобнее роговичных.

Выбор в пользу компании Blanchard был сделан потому, что мы выбрали линзу наименьшего диаметра. С одной стороны, это склеральная линза, она не касается роговицы, то есть более здоровая, с другой — мы не уходим в большие диаметры 16,5-18 мм, то есть используем минималистский подход, и в этом отношении компания Blanchard — лидер мирового рынка. Склеральные линзы — это корригирующие линзы, используемые в случае нестандартной роговицы, например, после рефракционных операций; они доступны как в мультифокальном, так и в торическом дизайне, способны скорректировать зрение до 1,0. Еще одним плюсом этих линз является то, что в 99% случаев достаточно использовать пробный набор, состоящий всего из 14 линз.

## Склеральные VS роговичные

**Н.П. Парфенова, врач-офтальмолог, к.м.н., заместитель директора НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии»**

Склеральные линзы применяются при продвинутом кератоконусе, оперированном кератоконусе, после имплантации колец при лечении кератоконуса, при рубцовых изменениях, травмах роговицы. Подходят людям разного возраста, так как есть мультифокальный эффект. Пациенту с пресбиопией можно добавить аддидацию; если необходим торический эффект, то есть астигматизм не корригируется посадкой линзы, то линзу можно сделать торической.

**Г.В. Андриенко, врач-офтальмолог, специалист по контактной коррекции зрения и ортокератологии, преподаватель НОЧУ ДПО «Академия медицинской оптики и оптометрии»**

Если в недавнем прошлом высококачественные склеральные линзы производились только в зарубежных лабораториях, то теперь их производство налажено в Москве. Линзы стали доступнее, значительно снизилась их стоимость. Появилась возможность подобрать линзы пациентам, которые не могли об этом мечтать. В основном это люди трудоспособного возраста, которые водят автомобили, ведут активный образ жизни. Теперь они могут вернуться к своим привычным занятиям.

Если говорить о реабилитации пациентов с кератоконусом, выбор у них был весьма ограничен, так как крайне редко удается



Практические занятия по подбору склеральных линз



подобрать роговичные линзы, безопасные для роговицы. В этом случае склеральные линзы дают хорошие результаты и не только пациентам с кератоконусом, но и всем пациентам с нерегулярной роговицей, в том числе после рефракционных операций. Прекрасно себя зарекомендовали в отношении остроты зрения, комфортности и продолжительности ношения мини-склеральные линзы. Большой плюс продукции компании Blanchard заключается также и в том, что линза достаточно проста в подборе: в наборе всего 14 штук, что делает доступным подбор не в лаборатории, а в кабинете контактной коррекции. У склеральных линз нет возрастных ограничений, за исключением пациентов, которые по причине физических условий не в состоянии ими пользоваться.

## Насколько велика потребность?

**Г.В. Андриенко:** Потребность в склеральных линзах по стране большая: счет идет на сотни тысяч человек — только в системе МНТК было сделано более 600 тысяч операций радиальной кератотомии, и многие из них сейчас уже стали пресбиопами, а стандартные мультифокальные линзы им не подходят. Люди, перенесшие хирургическое вмешательство по поводу кератоконуса, которым были имплантированы стромальные кольца, также нуждаются в контактной коррекции. И для них — это наиболее оптимальный метод коррекции зрения; острота зрения.

## Импортозамещение в действии

**А.А. Ядыкин:** Прежде чем подписывать соглашение, мы изготовили пробную партию линз, отправили в Канаду на валидацию. Наши партнеры дали положительное заключение, после чего в июле 2016 года мы подписали лицензионное соглашение. Нам не пришлось переоборудовать производство, только минимально доработали технологический процесс по полировке линз большого диаметра.

**Н.П. Парфенова:** Если раньше подбор склеральных линз занимал месяцы, то производство, организованное внутри страны, значительно ускоряет процесс подгонки линзы.

подбор склеральных линз — дело сложное, и не связываются с ними. Цель нашего сегодняшнего мероприятия заключалась в том, чтобы показать офтальмологам и оптометристам, что подбирать склеральные линзы не сложно и что эти линзы действительно дают хорошую коррекцию пациентам со сложными роговицами, которым в свое время приходилось отказываться в коррекции.

## Авторитетное мнение

**Г.В. Егорова, д.м.н., профессор, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории коррекции зрения ФГБНУ «НИИГБ»**

Направление контактной коррекции давно существует в институте, оборудование в какой-то степени устарело, в то время как тяжелых пациентов много: с кератоконусом, с пеллоидной дегенерацией роговицы, есть пациенты после сквозной кератопластики, имеющие роговицы сложной формы. Таким людям просто необходимы склеральные линзы, а технические возможности, к сожалению, не позволяют их производить, поэтому мы с удовольствием будем заказывать линзы, произведенные в нашей стране.

Одно из преимуществ линз Blanchard заключается в том, что их довольно легко подобрать, имея универсальный набор: он позволяет варьировать параметрами, в результате — варианты подбора достаточно много. Другое немаловажное преимущество — доступность линз, так как работать с зарубежными производителями довольно трудно — линзы приходят через 1-1,5 месяца. Переделка в случае погрешности занимает еще 1,5 месяца. Здесь — все близко, доступно, и цены, по нашему мнению, умеренные. Думаю, у нас все получится, не так все и сложно, просто необходимо знать некоторые нюансы, за этим мы сюда и пришли. Сегодняшний семинар, в основном, дал ответы на наши вопросы. Теперь необходима практика, ведь любые линзы требуют навыка «общения».

**Все еще впереди...**

**А.А. Ядыкин:** Я хочу, чтобы мы когда-нибудь достигли уровня производства компании Blanchard, их лаборатория выпускает по 300 склеральных линз в день. Однако я понимаю, что в ближайшей перспективе такие масштабы, скорее всего, не соответствуют реалиям российского рынка, но объемы в пределах 500-600 линз в месяц — задача вполне выполнимая в ближайшей перспективе. Возможности нашей лаборатории позволяют выйти на такой уровень производства, остается только обучить как можно больше врачей подбирать склеральные линзы. А для этого мы собираемся выступить с докладом на конференции «Осенние рефракционные чтения», весной организовать обучающий тур по городам России, возможно, проведем акцию на проекте «День зрения» в Калининграде. Но это — только начало...

## Мы сделали только первый шаг

**А.А. Ядыкин:** На сегодняшний день, поскольку мы совсем недавно начали заниматься склеральными линзами, в клинике «Кругозор» в Москве они подобраны 10 пациентам, несколько пациентов получили склеральные линзы у наших партнеров — участников данного семинара.

**Г.В. Андриенко:** Между спросом и предложением существует еще одно звено — доктора, которые будут подбирать склеральные линзы, и пока это звено отсутствует. У нас есть много специалистов, работающих с жесткими, корнеосклеральными линзами, но докторов, имеющих опыт подбора склеральных линз, можно посчитать по пальцам. Поэтому хорошо, что есть и лаборатория, и образовательный центр, и медицинский кабинет, где можно получить профессиональную поддержку по многим вопросам.

**Н.П. Парфенова:** Нашей основной задачей на сегодняшний день является обучение, так как многие оптометристы считают, что

# Жан Бланшар: «Склеральные линзы меняют жизнь к лучшему. Делают ее светлее и радостнее»

Интервью с президентом компании Blanchard Lab, господином Жаном Бланшаром

**— Господин Бланшар, расскажите, пожалуйста, с чего начиналась компания Blanchard Lab?**

— Интерес или, я бы сказал, страстное увлечение контактными линзами в нашей семье возникло давно. Моя дочь, работающая в компании, представляет уже третье поколение Бланшар, занятое в этом бизнесе. Мой отец был оптометристом, азам коммерции я учился у него. Он окончил школу в 1946 году, в то время роговичные линзы еще не появились, на рынке были только склеральные линзы. Первый опыт его работы в качестве оптометриста был связан с подбором именно склеральных линз. Так продолжалось с 1946 до начала 1950-х годов, когда на рынке появились первые линзы из полиметилметакрилата. Таким образом, как Вы видите, наша семья уже на протяжении довольно длительного времени связана с контактной коррекцией.

В конце 1960-х, начале 1970-х годов отец руководил созданной им лабораторией, в которой работали старший брат и мой нынешний партнер. Я очень хорошо помню, как отец с братом по вечерам обсуждали за столом свои текущие дела, а я внимательно слушал их разговоры и старался уловить суть. В один прекрасный момент брат с партнером приняли решение создать свою собственную лабораторию. Так в Шербруке, пригороде Монреаля, на свет появилась компания Blanchard Lab.

**— Когда Вы поступили на работу в компанию?**

— Мне не терпелось скорее начать работать в компании и, наконец, в 1983 году после окончания университета мое желание было исполнено: я поступил на работу в Blanchard Lab. Вначале мне было поручено вести административное направление, которое включало маркетинг, бухгалтерское дело и т.д. Кроме того, я занимался и вопросами производства, так как, еще учась в школе, работал в лаборатории отца и досконально знал технические тонкости производства линз. Очень скоро я занялся продажами и продвижением продукции. Дело в том, что на тот момент наши притязания ограничивались Монреалем и ближайшими пригородами, и я понял, если мы хотим развиваться, необходимо расширить географию продаж. Мы вышли на рынок соседних провинций, но и этого оказалось недостаточно. Канада — огромная страна, с населением всего в 30 миллионов человек. Наши взоры устремились на юг, в Соединенные Штаты Америки, где проживает в 10 раз больше людей, чем в Канаде. Довольно быстро мы освоили коридор по восточному побережью между Бостоном и Вашингтоном с населением

в 80 миллионов человек. Это было идеальным местом для организации лаборатории, так как на сравнительно небольшой по площади территории проживало огромное количество людей. В 1986 году я переехал в Соединенные Штаты, прожил там несколько лет, создал лабораторию по производству контактных линз. Это было именно производственное предприятие, а не дилерский центр, так как в те годы мы не имели право экспортировать готовую продукцию в США: законодательство обязывало нас организовать производство линз внутри страны. Да и американцы, как известно, традиционно отдают предпочтение товарам, произведенным в их стране. Так были созданы две компании: одна в Канаде, другая в США. Американская компания работает в основном на удовлетворение потребностей рынка США.

**— Очевидно, Вы не ограничились рынком Соединенных Штатов...**

— Мы успешно развивались, производство и продажи росли, и к началу 1990-х годов мы приступили к производству мягких мультифокальных и жестких мультифокальных газопроницаемых роговичных линз. Очень скоро наши мультифокальные линзы завоевали широкую популярность в мире: мы поставляли продукцию в Южную Америку, Европу, Азию, во многих странах мира заработали лаборатории по производству контактных линз по лицензии компании Blanchard Lab.

**— Господин Бланшар, почему Ваша компания решила заняться склеральными линзами?**

— Компания продолжала расти, активно шла научно-исследовательская работа. В 2007-2008 годах мы приняли решение производить склеральные линзы. В те годы появились более совершенные материалы с высоким индексом Dk (кислородной проницаемости), позволяющие изготавливать линзы большего диаметра, в которых нуждались многие пациенты с нарушенной роговицей. Они не могли использовать никакие другие линзы, кроме склеральных. Мы приступили к работе над склеральными линзами, перепробовали множество вариантов дизайнов, пока не разработали тот, который нас удовлетворил по всем параметрам и который мы без опаски могли выпустить на рынок. Наш расчет оказался верным. Очень скоро после появления на рынке наших склеральных линз оптометристы говорили нам: «До чего же хороши ваши линзы! Они не только прекрасно восстанавливают зрение, но и очень комфортны. Пациенты в восторге, это лучшие линзы из тех, что им приходилось использовать, включая мягкие».

Такие лестные отзывы навели нас на мысль о производстве линз меньшего диаметра, рассчитанных на пациентов с нормальной роговицей. Еще несколько лет ушло на исследования, пока в 2012-2013 годах мы не приступили к выпуску первых склеральных контактных линз уменьшенного диаметра.

Вывод на рынок новых линз изменил буквально все в жизни нашей компании. Мы начали продвигать новинку в Канаде, в США, организовали совместное производство этих превосходных контактных линз по лицензии Blanchard во многих странах. Один из примеров такого сотрудничества — наша совместная работа с компанией OKVision.

**— Господин Бланшар, не могли бы Вы рассказать об этом немного подробнее?**

— Первая наша встреча состоялась не так давно, примерно 7-8 месяцев назад, на ежегодном симпозиуме по контактным линзам GSCL (Global Specialty Contact Lens Symposium) в Лэндриенко и сказала, что она офтальмолог и ее интересует работа по подбору склеральных контактных линз, что она слышала много положительных отзывов о нашей продукции. Затем она рассказала о компании OKVision, о возможности производить здесь, в Москве, линзы различного дизайна, а также об Академии оптики и оптометрии. Я ответил: «Важно, что это нам нужно!» Ведь именно обучающие курсы составляют основу нашего успеха. Такие курсы регулярно проводятся в Канаде, США, а также в странах, где наши линзы производятся по лицензии, это — Мексика, скандинавские страны. Я часто повторяю: «Лучшая линза для подбора это та, которую ты знаешь в совершенстве».

**— Как Вы оцениваете перспективы сотрудничества с компанией OKVision?**

— С уверенностью могу сказать, что в лице компании OKVision фирма Blanchard Lab получила правильного партнера и подходы к ведению бизнеса российскими коллегами полностью соответствуют нашим принципам. Сотрудничество с партнерами не должно ограничиваться только продажами готовой продукции — необходимо вести работу по обучению оптометристов навыкам обращения с новыми контактными линзами. Это крайне важное условие успешного бизнеса, в чем мы не раз убеждались. И как только я узнал от российских коллег, что в Москве существует и лаборатория, выпускающая линзы высочайшего качества, и Академия оптики и оптометрии, работающая на постоянной основе, я тут же дал согласие на сотрудничество. Россия — страна с населением почти в пять раз больше, чем

Канада, значительная доля линз азиатского происхождения, которым требуются особые линзы, и они у нас есть. Среди российских граждан велик процент людей, перенесших в свое время радиальную кератотомию, у многих нарушена роговица в центральной зоне, и таким пациентам чрезвычайно сложно подобрать нужную линзу, мы можем удовлетворить и их нужды. Наши линзы подходят пациентам, страдающим кератоконусом, другими заболеваниями роговицы. Они показаны и людям с нормальной роговицей, которые не переносят жесткие роговичные линзы малого диаметра или мягкие контактные линзы, так как у них снижена слезопродукция и развивается синдром «сухого глаза». То есть сфера применения склеральных линз очень широка. Я не говорю, что склеральные линзы быстро завоевывают рынок, но уверен, что постепенно они найдут своих верных пользователей, так как они «работают» там, где не справляются другие линзы. ...Вот в нескольких словах долгая история компании Blanchard Lab, неразрывно связанная с нашей семьей.

**— Вы говорили, что Ваша дочь работает в компании. Чем она занимается?**

— Я очень рассчитываю, что рано или поздно она займет мое место. Как говорит в Америке, she has an eye on my chair, «она положила глаз на мое кресло». А пока она много путешествует, занимается продвижением нашей компании: организует семинары, проводит презентации продукции Blanchard в различных странах мира. Так что впереди нас ждет прекрасное, светлое будущее. Я убежден, что склеральные линзы коренным образом изменят рынок контактной коррекции, а интерес к жестким линзам, несмотря на ограниченный спрос в течение последних лет, в настоящее время возрождается. Мы много внимания уделяем разработке новых дизайнов контактных линз. К сожалению, никто не застрахован от травм органа зрения, от синдрома «сухого глаза», нередки случаи деформированной роговицы, все это приводит к тому, что люди не могут работать там, где им хочется, не имеют возможности управлять автомобилем. И, несмотря на то что я уже много лет занимаюсь контактной коррекцией, меня не покидает ощущение счастья от того, что у меня есть возможность помогать людям, ведь склеральные линзы меняют жизнь к лучшему, делают ее светлее и радостнее.

**— Я благодарю Вас, господин Бланшар, и желаю успеха во всех Ваших начинаниях!**

Репортаж и интервью подготовил

Сергей Тумар

Фото Сергея Тумара

## Кератоконус? Послеоперационные эктазии?

## Пересадка роговицы?

## Решение есть - склеральные линзы!

Узнать больше: sclerallens.ru

Хотите сотрудничать:

<b>Алексей Ядыкин</b> a.yadykin@okvision.ru 8-495-602-05-51 (52), доб. 1504	<b>Юрий Чусов</b> u.chusov@okvision.ru 8-495-602-05-51 (52), доб. 1511	<b>Алексей Ядыкин</b> a.yadykin@okvision.ru 8-495-602-05-51 (52), доб. 1504	<b>Юрий Чусов</b> u.chusov@okvision.ru 8-495-602-05-51 (52), доб. 1511
--	---	--	---



## Хургина Елизавета Абрамовна

(01.11.1900 – 07.1950)

Доктор медицинских наук, профессор

Родилась 1 ноября 1900 года в г. Червень Игуменского уезда Минской губернии. В 1917 году окончила в Минске женскую гимназию. В 1917–1920 годы работала инструктором по внешкольному образованию. В 1920 году поступила и в 1925 году окончила медицинский факультет 1-го Московского университета.

В 1925–1931 годы состоит последовательно экстерном, сверхштатным и штатным ординатором, а с 1928 года — аспирантом глазной клиники 1-го Московского университета, где работает под руководством профессора В.П. Олинцова. В летние месяцы 1926–1928 гг. по поручению Наркомздрава СССР заведовала трахоматозными отрядами в Башкирии и Марийской области.

С 1931 по 1941 годы работала на кафедре глазных болезней 1-го Московского медицинского института, пройдя путь от ассистента до профессора. В 1932 году была утверждена в звании приват-доцента и читала курс лекций по биомикроскопии глаза. В 1935 году по совокупности научных трудов ей была присуждена ученая степень

кандидата наук. В 1939 году защитила докторскую диссертацию на тему «Патология стекловидного тела и ее роль в патогенезе отслойки сетчатки». В 1940 году ей присвоено звание профессора. До войны состояла также консультантом Московской глазной больницы по биомикроскопии глаза.

Принимала активное участие в общественной жизни Московского университета, а затем 1-го Московского медицинского института. Состояла в правлении Московского общества глазных врачей, а в 1939–1941 гг. была его секретарем. С началом Великой Отечественной войны работала в эвакуационном госпитале № 1847 в г. Ульяновск начальником глазного отделения (1941–1944 гг.).

Одновременно исполняла обязанности главного окулиста отделения Управления эвакогоспиталей Ульяновской области. С помощью инженеров местных предприятий Ульяновска сконструировала электромагнит большой мощности для извлечения осколков из глаз раненых солдат и офицеров.

На протяжении нескольких месяцев 1944 года возглавляла кафедру глазных болезней Воронежского медицинского института. В 1944–1946 гг. заведовала кафедрой глазных болезней Ярославского медицинского института. В короткие сроки организовала сложную работу кафедрально-коллектива, обеспечив высокий уровень постановки учебного процесса. С 1947 года и до конца

жизни заведовала глазным отделением МОНИКИ. Организовала и руководила областным научным обществом.

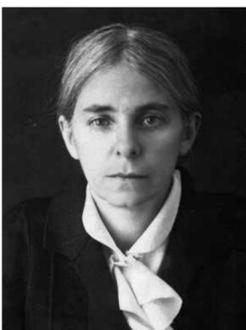
Автор более 40 научных трудов, опубликованных в советских и зарубежных научных журналах.

Е.А. Хургина была прекрасным преподавателем и офтальмохирургом.

Умерла в июле 1950 года. Похоронена на Новодевичьем кладбище.

Источники:  
1. Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ). Ф. 9506. – Оп. 16. – Д. 3429. – Л. 2, 3, 3 об., 4 об., 23, 23 об., 25.

2. Ерегина Н.Т. Ярославская государственная медицинская академия. Страницы истории (1944–2004 гг.) / Под ред. Ю.В. Новикова. – Ярославль, 2004. – 476 с.



## Очаповская Надежда Васильевна

(05.09.1896 – 02.02.1965)

Доктор медицинских наук, профессор

Родилась 5 ноября 1896 года в г. Карсе Карской области в семье военнослужащего. До 1906 года жила с семьей в Ереване. В 1905 году семья переехала в Екатеринбург (ныне Краснодар), где она в 1915 году оканчивает с золотой медалью Екатеринбургскую женскую гимназию. В 1915–1917 годы работала и училась на Московских Высших женских курсах. Затем работала машинисткой, делопроизводителем, счетоводом.

В 1920 году Надежда Васильевна поступила в Кубанский медицинский институт, который окончила в 1925 году. По окончании института 4 года работала врачом охраны здоровья детей в г. Краснодаре. С 1929 по 1933 годы работала в Дагестанской АССР районным инспектором и заведующей районной больницей в одном из нагорных районов. В этот период протекала и ее специальная подготовка по офтальмологии под непосредственным руководством своего мужа — одного из крупнейших офтальмологов страны того времени — профессора С.В. Очаповского. Неоднократно участвовала в экспедициях вместе с мужем по борьбе с зобом, трахомой в Дагестане, в Карачае и Абхазии. С 1933 года работает в Кубанском медицинском институте последовательно ординатором (1933–1934 гг.), ассистентом (1934–1944 гг.) и с 1944 года —

на должности доцента. В 1941 году Н.В. Очаповская успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Химические ожоги глаз». В годы войны продолжала работать в Кубанском медицинском институте, находившемся в эвакуации в Тюмени, одновременно работая в эвакогоспитале. Была награждена на медалью «За добросовестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». После смерти мужа в 1945 году возглавила кафедру глазных болезней того же института. В 1947 году защитила докторскую диссертацию на тему «Новые пути в лечении ожогов глаз и кератитов» и в 1949 году была утверждена ВАК в ученой степени доктора медицинских наук, а затем в звании профессора. В клинике продолжает изучение предложенного ею метода лечения ожогов путем ранней послойной пересадки роговой оболочки.

Н.В. Очаповская являлась автором 33 научных работ, из них 2 монографий, по проблемам глазных болезней. Среди них: «Материалы к вопросу о соотношении легочного и глазного туберкулеза» (1941), «Гемотерапия при ожогах глаз и кератитах» (1943), «О классификации глаукомы» (1958) и другие. Под руководством Н.В. Очаповской защищено несколько кандидатских диссертаций.

С 1945 года и до конца жизни состояла в должности главного офтальмолога Краснодарского краевого отдела здравоохранения. В 1947 году была избрана депутатом Краснодарского краевого совета депутатов трудящихся. С 1951 года — председатель Краснодарского краевого комитета защиты мира.

Принимала активное участие в общественно-политической жизни медицинского института, Краснодарской краевой клинической

больницы, города Краснодара и края. Руководимая ею клиника глазных болезней многократно получала переходящее Красное Знамя.

Надежда Васильевна зарекомендовала себя эрудированным научным работником, высококлассным специалистом-офтальмологом, опытным педагогом и организатором. Пользовалась большим авторитетом у научных работников, врачей и студентов. Входила в состав правления Всероссийского общества офтальмологов.

Награждена орденами Ленина, «Знак Почета» и медалями.

Умерла 2 февраля 1965 года в г. Краснодаре.

Источники:  
1. Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ). Ф. 9506. – Оп. 16. – Д. 2376. – Л. 9, 10, 10 об., 130–131 об.  
2. Памяти Надежды Васильевны Очаповской // Вестник офтальмологии. – 1965. – № 4. – С. 95.



## Рачевский Филипп Александрович

(09.1887 – 1948)

Доктор медицинских наук, профессор

Филипп Александрович Рачевский родился в сентябре 1887 года в г. Юзово (ныне Донецк) Екатеринославской губернии в семье мещанина из г. Александрин Херсонской губернии. В возрасте 12 лет переселился к родственникам в г. Ростов-на-Дону. Вследствие трудного материального положения семьи, он с 14 лет занимался самостоятельным репетиторским трудом. В 16 лет

был принят в Ростовскую классическую гимназию и стал зарабатывать уроками, чем обеспечивал себя и семью. По окончании гимназии с отличием в 1906 году продолжал преподавательскую деятельность, готовя учеников экстерном к экзаменам за 8 класс. На заработанные деньги Ф.А. Рачевский поступает на естественное отделение физико-математического факультета Московского университета, которое оканчивает в 1912 году и получает степень кандидата естественных наук. После его окончания поступает на медицинский факультет того же университета. С 1914 года работал ассистентом кафедры физиологии на медицинском факультете Ростовского медицинского института. В 1934 году работал врачом-окулистом железнодорожной больницы Северо-Кавказской железной дороги, а с 1925 по 1930 годы был заведующим глазным отделением той же больницы. С 1930 по 1935 годы состоял также ассистентом кафедры биохимии Ростовского медицинского института. С 1934 года работал ассистентом кафедры глазных болезней того же института в глазной клинике под руководством профессора К.Х. Орлова. В 1935 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Ферментативные процессы

в животном организме». Кроме того, в 1935–1937 годах занимал должность заведующего кафедрой биохимии, которую из-за большого объема нагрузки был вынужден оставить. В 1937 году защитил докторскую диссертацию на тему «Каротин и каротинотерепия в офтальмологии».

За время своей долголетней работы в Ростовском медицинском институте Ф.А. Рачевский проявил себя талантливым научным работником, способным педагогом, энергичным организатором, администратором и научным руководителем. За это время им было написано 29 работ по различным вопросам офтальмологии. В 1939 году ему присвоено ученое звание профессора. В том же году был избран на должность заведующего кафедрой Курского государственного медицинского института. В октябре

1941 года Ф.А. Рачевский эвакуировался с институтом в г. Алма-Ату, где заведовал кафедрой глазных болезней Казахского государственного медицинского института и оказывал консультативную помощь врачам военных госпиталей. В июне 1944 года в связи с эвакуацией вернулся в г. Курск, где возглавлял кафедру офтальмологии.

Скончался в 1948 году.

Источники:  
1. Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ). Ф. 9506. – Оп. 16. – Д. 2672. – Л. 4, 4а, 5, 5а, 16, 16а, 17, 17а, 18.  
2. История кафедры // ОБУЗ «Офтальмологическая клиника больницы – офтальмологический центр», г. Курск [Электронный ресурс]. URL: [http://www.kurskeyclinic.ru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=96](http://www.kurskeyclinic.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=96) (дата обращения: 16.10.2016).

Материал подготовил А.С. Обрубов

## Результаты лечения меланом хориоидеи методом брахитерапии. Причины энуклеации

Таблица 1

Осложнения	Постэкваториал. УМ		Презэкваториал. УМ	
	%	сроки, мес.	%	сроки, мес.
Лучев. катаракта	8,8	51,16±26,2	21	44,3±14,76
Вторич. глаукома	8,3	27,45±9,8	6	69±12,4 *
Гемофтальм	13,5	48,3±13,2	13,4	6,0±2,3 *
Нейроретинопатия	45,1	25,2±6,6	35,8	34,2±8,2 *
Макулопатия	7,8	10,2±2,9	13,2	3,8±1,6 *
Некроз склеры	1,5	12,0±1,4	7,5	17,0±7,5
Субатрофия глаза	4,5	60±11,4	4,5	63,6±12,9
Симпатическая офтальмия	–	–	1	54±6

Таблица 2

Кол-во осложнений	Кол-во больных	Размер опухоли, мм		Средние дозы Ru, Гр		Диам. облуч. склеры, мм
		промин.	диаметр	вершина	склера	
Одно	79	4,9±2,29	11,46±3,06	155,1±50,1	915,8±419,4	17,5±1,9
Два	45	4,9±2,2	11,7±3,2	166,6±54,5	1006,6±490,6	17,3±2
Три	12	5,6±2,4	13,3±3,5	186±65,1	1052±432,7	18,25±1,5
Четыре	1	4,81	18,81	140	1400	22
Без осложнений	63	5,4±2,2	12,5±3,2	142,5±32,6	1021,4±348,3	17,8±1,7

### Я.Н. Хионици

Филиал № 1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Брахитерапия (БТ) на современном этапе является основным органосохраняющим методом лечения меланом хориоидеи (МХ). Накопленный к настоящему времени достаточно большой клинический опыт способствует расширению показаний к БТ в лечении МХ. Увеличиваются размеры пролеченных новообразований, а соответственно, растут и дозы облучения, взятых на лечение опухоль. Но, как любой метод лечения (медикаментозный, хирургический или лучевой), лучевая терапия несет в себе негативные моменты, связанные в первую очередь с возможными осложнениями и, как следствие, ведет к ухудшению качества жизни пролеченных больных. Пациенты в течение нескольких лет после окончания лучевой терапии наблюдаются у офтальмоонкологов, проводят лечение осложнений. В своих работах мы выделяем восемь основных постлучевых осложнений: вторичная глаукома, гемофтальм, осложненная катаракта, макулопатия и нейропатия, склеромалиция, симпатическая офтальмия и субатрофия глазного яблока (табл. 1).

Следует отметить, что не каждое развивающееся в облученном глазу осложнение диктует врачу выполнять энуклеацию. Развившаяся лучевая катаракта и ретинопатия ведут к снижению зрительных функций в облученных глазах, но не являются причинами энуклеации.

Цель работы — определить частоту энуклеаций после БТ увеальных меланом, выявить их причины и сроки.

Материалы и методы  
Пролечено 197 пациентов с увеальной меланомой методом БТ в Офтальмологической клинической больнице (ОКБ) г. Москвы и других медицинских центрах Москвы с 1976 по 2015 год. Во всех случаях использовали родий-рутевые офтальмоапликаторы (ОА). Все больные после лечения наблюдались в онкологическом кабинете

### Результаты

После БТ увеальных меланом в отдаленные сроки (более 9 лет) одно лучевое осложнение имели 39,5% больных, два — 22,5%, три и более — 13%. Отсутствие осложнений наблюдалось у 25% пациентов (табл. 2).

Из представленной таблицы видно, что три осложнения и более выявлены у пациентов с большими опухолями (в среднем — 5,6 мм), средняя доза облучения на вершину МХ составила 186 Гр, на склеру — 1052 Гр, диаметр облученной склеры в среднем достигал 18,25 мм (использовались только большие ОА).

Одно и два осложнения имели пациенты в глазах со средней проминенцией опухоли до 4,9 мм, доза облучения на вершину опухоли составила 155 и 166 Гр, суммарная доза — 915 и 1006 Гр, диаметр облученной склеры — 17,5 и 17,3 мм соответственно. Эти показатели ниже, чем в группе больных с большими опухолями. Выявлено, что исходные размеры опухоли (проминенция и диаметр) не являются основной причиной в развитии осложнений, а ведущую роль играют дозы (апикальная и на склеру) и диаметр облученной склеры. Наличие дополнительных лечения и повторная БТ также увеличивает риск развития постлучевых осложнений.

Энуклеации выполнены 38 больным (19,3%), в средние сроки 45,7 месяцев. Пациентов разделили на три группы по причинам энуклеации:

1) постлучевые осложнения — 11 пациентов;

2) продолженный рост опухоли и осложнения — 17 человек;

3) продолженный рост МХ — 10 больных.

Все опухоли до облучения были отнесены к группам Т2 или Т3. Из группы Т3 выполнено 30 энуклеаций, из Т2 — 8. Средняя проминенция МХ составляла 7,9 мм, средний

диаметр — 13,8 мм, доза облучения на вершину опухоли — 146,8 Гр, суммарная — 1226 Гр, диаметр облученной склеры — 18,3 мм (во всех случаях были применены 17 и 19 мм ОА, у двух пациентов проводили перемещение ОА, т.к. исходный диаметр опухоли, более 18 мм, не позволял облучить ее одномоментно). И в то же время высокая доза на склеру (1226 Гр) и максимально большой диаметр облученной склеры (18,3 мм) ведут, как уже отмечалось выше, к высокому проценту лучевых осложнений.

Средние сроки энуклеации составили 45,7 месяцев после окончания лучевого лечения. Сроки выполнения энуклеации в I и 2 группе практически одинаковые — 57,3 и 57,2 месяцев соответственно. В 3-й группе больных с продолженным ростом сроки энуклеаций более ранние — 32 месяца. Лучевая реакция в облученном глазу

продолжается около 2-х лет, и после ее стихания начинается продолженный рост недооблученной опухоли и, как следствие, энуклеация, в среднем через 6-8 месяцев.

Более отдаленные сроки выполнения энуклеации в группах больных с осложнениями тоже объяснимы. После стихания лучевой реакции лучевое осложнение может проявиться не сразу (в среднем через 35,8 месяцев) Какое-то время наблюдающий пациента врач «борется» с этими проблемами, в среднем получается еще в течение 2-х лет. Самыми распространенными причинами удаления глаза, по нашим наблюдениям, оказались продолженный рост опухоли, постлучевые осложнения (неоваскулярная глаукома, рецидивирующий гемофтальм, некроз склеры, субатрофия глаза и угроза симпатической офтальмии) и сочетание этих двух причин.

Причинами энуклеации в группе Т2 явились: продолженный рост опухоли — 3 человека и постлучевые осложнения с продолженным ростом — 5 человек. В этой группе глаз по поводу лучевых осложнений не удалялся. Семи пациентам БТ была выполнена дважды. У одного больного имел место продолженный рост опухоли по зрительному нерву с формированием эписклерального узла.

### Заключение

После БТ увеальных меланом энуклеация выполнена 19,3% пациентам в сроки 45,7 мес. Причинами энуклеации явились продолженный рост опухоли, постлучевые осложнения (неоваскулярная глаукома, рецидивирующий гемофтальм, некроз склеры, субатрофия глаза и угроза симпатической офтальмии) и сочетание этих двух причин.

## XII ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ/ОПТОМЕТРИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РЕФРАКЦИЯ-2016». ОФТАЛЬМОЛОГИЯ ДЛЯ ОПТОМЕТРИСТОВ, ОПТОМЕТРИЯ ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

### ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

Министерство здравоохранения Самарской области  
Самарская областная клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского  
Самарский государственный медицинский университет  
НИИ Глазных болезней СамГМУ  
Центр коррекции зрения «ОКТОПУС»  
Сеть салонов оптики «Роскошно зрение»

Даты проведения: 25 и 26 ноября 2016 года.

Место проведения: г. Самара, Ренессанс Отель Самара, ул. Ново-Садовая, 1626.

Мероприятие аккредитовано в системе непрерывного профессионального развития.

Участие в конференции бесплатное.

Предварительная регистрация участников обязательна.

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

Координатор организационного комитета конференции: Гапонова Елена Васильевна  
Сот.: +7-917-115-00-34 e-mail: [refraction2016@mail.ru](mailto:refraction2016@mail.ru)

Подробная информация о конференции на сайте: [www.zrenie-samara.ru](http://www.zrenie-samara.ru)





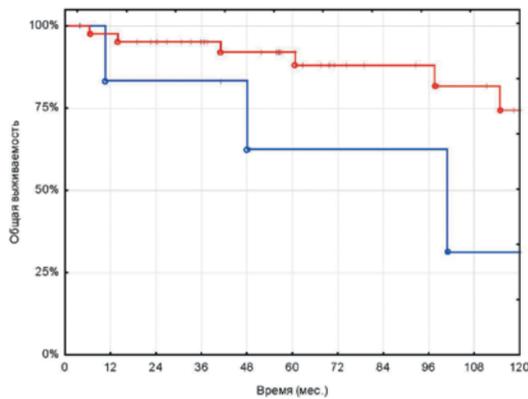


Рис. 8. График общей выживаемости в зависимости от степени пигментации опухоли: синяя линия (-) — выживаемость больных с беспигментными и слабо пигментированными опухолями; красная линия (+) — выживаемость больных с умеренно и интенсивно пигментированными опухолями

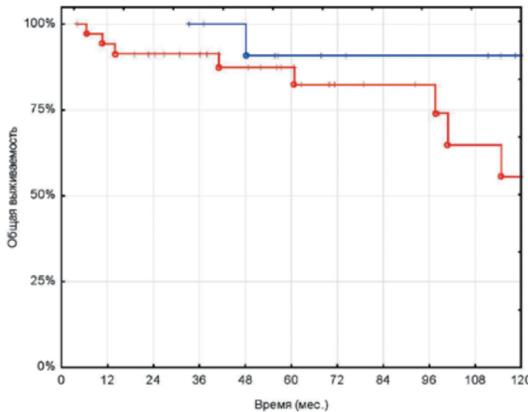


Рис. 10. График общей выживаемости в зависимости от клинической формы роста опухоли: синяя линия (-) — выживаемость больных с плоскостной формой роста опухоли; красная линия (+) — выживаемость больных с узловой формой роста опухоли

ОВ10 пациентов с беспигментными и слабо пигментированными опухолями составила 31%, а пациентов с умеренно и интенсивно пигментированными опухолями — 74%. Это различие выживаемости оказалось статистически достоверным ( $p < 0,05$ ).

ОВ10 пациентов, у которых наблюдалось распыление пигмента вокруг опухоли, составила 44%, в то время как аналогичный показатель в группе пациентов, опухоли которых не имели распыления

пигмента вокруг, составил 74%. Это различие в выживаемости оказалось статистически значимым ( $p = 0,05$ ). Было выявлено статистически достоверное различие ( $p < 0,05$ ) в ОВ10 больных в зависимости от клинической формы роста опухоли. ОВ10 пациентов с узловой формой роста опухоли составила 55%, а пациентов с плоскостной формой роста опухоли — 90%.

Таким образом, на витальный прогноз больных меланомой конъюнктивы оказывали влияние сле-

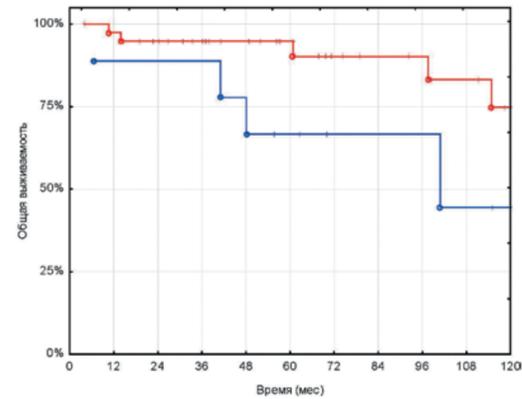


Рис. 9. График общей выживаемости в зависимости от наличия/отсутствия распыления пигмента вокруг опухоли: синяя линия (-) — выживаемость больных, у которых наблюдали распыление пигмента вокруг опухоли; красная линия (+) — выживаемость больных, у которых не наблюдали распыления пигмента вокруг опухоли

дующие факторы: локализация первичного очага опухоли, степень его пигментации, наличие или отсутствие распыления пигмента вокруг новообразования, клиническая форма роста и толщина опухоли на момент установки диагноза.

#### Заключение

Основными особенностями клинического течения меланомы конъюнктивы являются: частое появление отсевов опухоли и редкое развитие отдаленных метастазов. А отсева меланомы конъюнктивы являются лимфогенными метастазами, и их возникновение определяется особенностями строения лимфатической системы бульбарной конъюнктивы. Отсевы опухоли по конъюнктиве достоверно чаще возникают из опухолей, локализуемых в области крупных лимфатических сосудов, и локализуются в зоне тех же лимфатических коллекторов ( $p < 0,05$ ). На витальный прогноз меланомы конъюнктивы влияют: зона локализации первичного очага опухоли, клиническая форма роста опухоли, степень ее пигментации (ОВ10 больных меланомой полулуночной складки, слезного мясца и конъюнктивальной свода составила 51%, а больных меланомой бульбарной конъюнктивы достигает 82% ( $p < 0,05$ ); ОВ10 пациентов с клинической узловой формой меланомы конъюнктивы составила 55%, при клинической плоскостной форме меланомы конъюнктивы ОВ10 больных достигла 90% ( $p < 0,05$ ); ОВ10 больных

беспигментными и слабо пигментированными формами меланомы конъюнктивы составила 31%, доля больных умеренно и интенсивно пигментированными формами меланомы конъюнктивы, переживших 10 лет, составила 74%, что оказалось в 2,4 раза больше ( $p < 0,05$ ).

#### Литература

1. Бровкина А.Ф. Офтальмоонкология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002. — 424 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. МКБ-10. Десятый пересмотр: в трех томах. — Т. 1. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995. — 698 с.
3. Стенько З.Л., Петова О.Е. Хирургическое и комбинированное лечение эпидуральных меланобластом. // Вестник офтальмологии. — 1970. — №2. — С. 85-90.
4. Bock F., Regenfuss B., Cursiefen C. [Antiangiogenic therapy at the ocular surface: when, what and why?]. // Ophthalmologie. — 2011. — Vol. 108. — №3. — P. 230-236.
5. Brownstein S. Malignant Melanoma of the Conjunctiva. // Cancer Control. — 2004. — Vol. 11. — №5. — P. 310-316.
6. Caginic C., Novinski T., Ignagni S. Combined surgery and cryotherapy for melanoma of the conjunctiva. // Europ. J. Ophthalmol. — 1996. — Vol. 6. — №3. — P. 343-345.
7. De Potter P., Shields C.L., Shields J.A., Menduke H. Clinical predictive factors for development of recurrence and metastasis in conjunctival melanoma: a review of 68 cases. // Br. J. Ophthalmol. — 1993. — Vol. 77. — №10. — P. 624-630.
8. Desjardins L., Poncet P., Levy C. et al. Prognostic factors in malignant melanoma of the conjunctiva. An anatomo-clinical study of 56 patients. // J. Fr. Ophthalmol. — 1999. — Vol. 22. — №3. — P. 315-321.
9. Finger P.T., Czechoska G., Liatikos J. Topical mitomycin C chemotherapy for conjunctival melanoma and PAM with atypia. // Br. J. Ophthalmol. — 1998. — Vol. 82. — P. 476-479.
10. Jakobiec F.A., Folberg R., Iwamoto T. Clinicopathologic characteristics of premalignant and malignant melanocytic lesions of the conjunctiva. // Ophthalmology. — 1989. — Vol. 96. — №2. — P. 147-166.
11. Kimura K., Usui Y., Goto H. [Clinical findings and prognosis of 11 cases of conjunctival malignant melanoma]. // Nihon Ganka Gakkai Zasshi. — 2012. — Vol. 116. — №5. — P. 503-509.
12. Kopf A.W., Bart R.S., Rodriguez-Sains R.S. Malignant melanoma: A review. // J. Dermatol. Surg. Oncol. — 1977. — Vol. 3. — №1. — P. 41-125.
13. Misseton G.S., Keijser S., De Keizer R.J., De Wolff-Roendaal D. Conjunctival melanoma in the Netherlands: a nationwide study. // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. — 2005. — Vol. 46. — №1. — P. 75-82.
14. Motomura H., Sakamoto M., Maruyama Y. Sentinel lymph node biopsy in conjunctival malignant melanoma at the lacrimal caruncle: a case report. // Osaka City Med. J. — 2010. — Vol. 56. — №1. — P. 5-10.
15. Rodriguez-Ares T., Tourino R., De Rojas Y. et al. Topical mitomycin C in the treatment of pigmented conjunctival lesions. // Cornea. — 2003. — Vol. 22. — P. 114-117.
16. Russell H.C., Chadha V., Lockington D., Kemp E.G. Topical mitomycin C chemotherapy in the management of ocular surface neoplasia: a 10-year review of treatment outcomes and complications. // Br. J. Ophthalmol. — 2010. — Vol. 94. — №10. — P. 1316-1321.
17. Saornil M.A., Becerra E., Méndez M.C., Blanco G. Conjunctival tumors. // Arch. Soc. Esp. Ophthalmol. — 2009. — Vol. 84. — №1. — P. 7-22.
18. Shields C.L. Conjunctival melanoma. // Br. J. Ophthalmol. — 2002. — Vol. 86. — №2. — P. 127.
19. Shields C.L. Conjunctival melanoma: risk factors for recurrence, exenteration, metastasis, and death in 150 consecutive patients. // Tr. Am. Ophth. Soc. — 2000. — Vol. 98. — P. 471-492.
20. Shields J.A., Shields C.L., De Potter P. Surgical management of conjunctival tumors. // Arch. Ophthalmol. — 1997. — Vol. 115. — №6. — P. 808-815.
21. Shildkrot Y., Wilson M.W. Conjunctival melanoma in Sweden. // Br. J. Ophthalmol. — 2009. — Vol. 93. — №11. — P. 1524-1528.
22. Stannard C.E., Sealy G.R.H., Hering E.R. et al. Malignant melanoma of the eyelid and palpebral conjunctiva treated with iodine-125 brachytherapy. // Ophthalmology. — 2000. — Vol. 107. — P. 951-958.
23. Triay E., Bergman L., Nilsson B. et al. Time trends in the incidence of conjunctival melanoma in Sweden. // Br. J. Ophthalmol. — 2009. — Vol. 93. — №11. — P. 1524-1528.
24. Tuomaala S., Eskelin S., Tarkkanen A., Kivela T. Population-based assessment of clinical characteristics predicting outcome of conjunctival melanoma in whites. // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. — 2002. — Vol. 43. — №11. — P. 3399-3408.
25. Walsh-Conway N., Conway R.M. Plaque brachytherapy for the management of ocular surface malignancies with corneoscleral invasion. // Clin. Experiment. Ophthalmol. — 2009. — Vol. 37. — №6. — P. 577-583.
26. Yuen V.H., Jordan D.R., Brownstein S. et al. Topical mitomycin treatment for primary acquired melanosis of the conjunctiva. // Ophthalmic Plast. Reconstr. Surg. — 2003. — Vol. 19. — P. 149-151.
27. Zografos L., Uffer S., Gailloud C., Bercher L. Melanoma of the conjunctiva and its treatment. // Klin. Monb. Augenheilkd. — 1990. — Vol. 196. — №5. — P. 285-289.

## Клинические формы отечного экзофтальма

А.Ф. Бровкина

Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

Отечный экзофтальм (ОЭ) как одна из клинических форм эндокринной офтальмопатии (ЭОП) встречается в 63% случаев и характеризуется многообразием клинической картины. Семіология ОЭ всегда индивидуальна и значительно различается у разных пациентов: от экзофтальма, представляющего косметический дискомфорт, до экзофтальма с тяжелой кератопатией, изъязвлением и перфорацией роговицы или оптической нейропатией с необратимой утратой зрительных функций. Клинический опыт, накопленный в литературе, и собственные наблюдения явились основанием для выделения трех клинических вариантов ОЭ. В зависимости от степени увеличения объема экстраокулярных мышц (ЭОМ) и орбитальной клетчатки с учетом результатов КТ-исследования выделяют миогенный, липогенный и смешанный варианты ОЭ.

Следует отметить, что клиника ЭОП, в том числе и ОЭ у детей и подростков, практически не отличается от взрослых, особенно у курящих подростков. Миогенный вариант ОЭ наблюдался нами в 8,4% случаев. Возраст пациентов составил 46-81 лет

(средний — 58,8 лет), частота поражения у мужчин и женщин практически одинакова. Монолатеральное поражение орбит отмечено в 1% больных. Длительность заболевания не превышает 9 месяцев, патологический процесс быстро переходит в декомпенсированную форму со стойким снижением зрительных функций.

Частота смешанного варианта ОЭ составила 44,5%, возраст больных практически аналогичен первой группе (38-75 лет, средний — 55,2 года). Однако заболеваемость у женщин отмечена в 1,3 раза чаще, чем у мужчин. Патологический процесс, как правило, билатерален. Анамнез заболевания в данной группе более длительный, чем в первой группе, и может достигать 36 месяцев, составляя в среднем 24 месяца.

Липогенный вариант ОЭ выявлен в 47,1% больных ОЭ, однако, в отличие от остальных групп, данная форма отмечена у пациентов более молодого возраста (16-61 лет, средний — 41,8 лет). Женщины страдают более чем в 5 раз чаще, чем мужчины. Одностороннее поражение орбит отмечено в 1/5 случаев. Ввиду отсутствия признаков агрессивного течения заболевания, пациенты обращаются за медицинской помощью гораздо позднее, анамнез составляет в среднем 44 месяца, максимально — 20 лет. Различия длительности

заболевания в представленных трех группах статистически достоверны, критерий Крускала-Уоллиса  $H = 12,7, p = 0,002$ .

Клиническая симптоматика в представленных группах отличалась. У больных миогенным вариантом ОЭ клиническая картина отличается тяжелым агрессивным течением. При обращении к врачу пациенты, как правило, находятся в стадии декомпенсации, которая характеризуется резко выраженным периорбитальным отеком, экзофтальмом в 20-31 мм. Ограничение подвижности глаз по 3-4 направлениям вплоть до офтальмоплегии отмечают у четверти больных, репозиция глаза невозможна.

Изменения слизистой глаза в виде красного хемоза имеют место у всех пациентов. Нарушения прозрачности роговицы отмечают в половине случаев и могут быть представлены эпителиопатией, инфильтративными помутнениями или язвой роговицы, вплоть до ее перфорации.

Признаки оптической нейропатии при миогенном варианте ОЭ выявляют во всех случаях, причем ровно в половине наблюдают развитую оптическую нейропатию. Снижение остроты зрения может колебаться от неправильной светопроекции до 0,7. При смешанном варианте ОЭ наблюдают все три стадии компенсации ОЭ. Чаще пациенты обращаются в стадии

субкомпенсации (61% больных), в стадии декомпенсации — в 25,9% случаев. Практически у половины больных (44,7%) отмечают ограничение подвижности по 3-4 направлениям. Изменения конъюнктивы отмечены у большинства больных (90,6%), преимущественно в виде белого хемоза и симптома «креста» (65,9%), а также красного хемоза в 1/5 случаев (24,7%). Изменения прозрачности роговицы наблюдают у каждого третьего пациента.

Липогенный вариант ОЭ представлен преимущественно стадией компенсации. Основными симптомами липогенного варианта ОЭ являются умеренный экзофтальм ( $21,8 \pm 2,7$  мм) и ретракция века, достигающая 1-4 мм. Пропалс орбитальной клетчатки под кожу века, часто расцениваемый как периорбитальный отек, встречается почти у каждого четвертого больного.

Глазное дно во всех случаях липогенного варианта ОЭ сохранялось интактным, что нашло подтверждение при исследовании центрального и периферического зрительного нерва. Таким образом, клинические варианты ОЭ имеют свои особенности и отличаются симптоматикой и степенью выраженности клинических признаков. Миогенный вариант ОЭ характеризуется быстрым агрессивным течением с развитием декомпенсации патологического процесса, поражение среди мужчин и женщин практически одинаково.

## Особенности клинической картины неходжкинских лимфом придаточного аппарата глаза

Е.С. Гузенко

Филиал №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

В последние годы в мировой литературе подчеркивается неуклонный рост заболеваемости неходжкинскими лимфомами (НХЛ). За последние 20 лет отмечено увеличение числа НХЛ более чем на 50%, что по темпу роста превышает лимфому Ходжкина [1, 2]. Это привлекает внимание врачей разных специальностей.

К неходжкинским лимфомам относят все злокачественные лимфомы, кроме лимфомы Ходжкина (болезни Ходжкина или лимфогранулематоза).

Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2008 г., неходжкинские лимфомы разделены на несколько основных групп:

- по происхождению: В-клеточные и Т-клеточные;
- по уровню нарушения дифференцировки лимфоидной клетки: агрессивные и индолентные;
- по преимущественной локализации: нодальные (развивающиеся из лимфатических узлов) и экстранодальные (из лимфоидной ткани различных органов).

Клинический вариант заболевания с исходным локализованным поражением экстранодальных органов и тканей определяется как первичная экстранодальная НХЛ (ПОНХЛ).

Неходжкинские лимфомы глаза и его придаточного аппарата относят к экстранодальным НХЛ [1, 4].

В настоящее время в мире около миллиона человек страдают опухолями лимфоидного происхождения. В России число таких больных

составляет примерно 80 тысяч, и каждый год в стране регистрируется около 10 тысяч новых случаев, что выводит лимфому по приросту заболеваемости на 4-е место среди всей онкологической патологии. Примечательны также такие цифры: в 1970-е годы в СССР среди онкогематологических заболеваний 75% являлись лейкозами и лишь 25% — лимфомами, а сегодня это соотношение составляет примерно 50:50 [1].

В 2009 г. в России зарегистрировано 24 388 новых больных с опухолями лимфатической и кроветворной тканей. С 2004 по 2009 г. прирост абсолютного числа заболевших составил 11,8% [2].

Доля злокачественных лимфом от всех впервые выявленных злокачественных новообразований в России среди мужчин составила — 1,5%, а среди женщин — 1,4% [2].

В настоящее время в развитых странах заболеваемость НХЛ из расчета на 100 000 населения среди мужчин составляет 10,3, среди женщин — 7,0, а смертность от НХЛ в развитых странах среди мужчин равна 3,6, среди женщин — 2,2. В развивающихся странах этот же показатель среди мужского населения составляет — 4,2, а среди женщин — 2,8; смертность мужского населения составила — 3,0, а женского — 1,9 [2].

НХЛ встречаются практически повсеместно, однако уровень заболеваемости не одинаков. Они редко встречаются в Японии, Индии, Сингапуре, более распространены в США, Канаде и Африке. Выявлены более высокие показатели заболеваемости НХЛ в странах с высоким уровнем жизни.

Поражение органа зрения, нередко двустороннее, не может быть оставлено без внимания, поскольку приводит к тяжелым последствиям: значительному снижению остроты зрения, вплоть до полной потери зрения и развитию вторичной глаукомы с выраженным болезненным симптомом.

По некоторым данным, на долю экстранодальных НХЛ приходится от 24% до 48% от всех НХЛ; НХЛ аппарата составляют 4,1-8% от всех экстранодальных лимфом [1, 5-7]. По мнению S. Soupland и других авторов, от 8% до 14% от числа всех экстранодальных лимфом [8-11]. При диссеминированных формах лимфом вовлечение в процесс тканей орбиты и конъюнктивы встречается редко — у 5,3% больных [7, 12].

Установлено, что первичные экстранодальные лимфомы характеризуются относительно благоприятным течением (5-летняя общая выживаемость больных превышает 50%). Но при некоторых локализациях первичных экстранодальных лимфом выживаемость больных остается неудовлетворительной (лимфома яичка, околоушных слюнных желез, центральной нервной системы и др.) даже при локализованных стадиях.

При кажущейся редкости данной патологии она представляет особый интерес для онкологов, гематологов и офтальмологов. Имеются сведения о преобладании неходжкинских лимфом среди всех злокачественных опухолей орбиты [13]. Есть сообщения, что в Японии первичные НХЛ орбиты составляют около 12% от всех злокачественных опухолей орбиты [14]. Наряду с этим, показана и высокая частота НХЛ среди злокачественных опухолей орбиты от 37,3 до 40% и даже до 55% [15-17].

Поражение органа зрения, нередко двустороннее, не может быть оставлено без внимания, поскольку приводит к тяжелым последствиям: значительному снижению остроты зрения, вплоть до полной потери зрения и развитию вторичной глаукомы с выраженным болезненным симптомом.

Слепота, боли в области глаза и орбиты являются серьезной проблемой для больных, особенно при диссеминированной стадии онкологического заболевания и резко снижают качество их жизни.

Неходжкинские лимфомы орбиты и придаточного аппарата глаза (ПАГ) имеют особенности течения, клинических проявлений и прогноза.

В практической работе врача офтальмолога важно адекватно, на современном уровне провести все необходимые диагностические мероприятия, определить тактику ведения больного, прогноз заболевания (5-летняя общая выживаемость больных превышает 50%). Но при некоторых локализациях первичных экстранодальных лимфом выживаемость больных остается неудовлетворительной (лимфома яичка, околоушных слюнных желез, центральной нервной системы и др.) даже при локализованных стадиях.

Исходя из вышесказанного и располагая данными обследования, лечения и длительного динамического наблюдения неотобранной выборки 130 больных НХЛ орбиты и ПАГ с разными вариантами неходжкинских лимфом с поражением глаза и его придаточного аппарата, наблюдавшихся за период с 1980 по 2015 годы в отделении онкологии «Офтальмологическая клиника» — ныне Филиала №1 ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, в ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН и в ФГБУ «Гематологический научный центр» МЗ РФ, мы попытались выделить особенности клинической картины пациентов с данной патологией.

Первичное локализованное поражение органа зрения (IЕ стадия заболевания) диагностировано у 94 человек, и у 36 человек, кроме поражения органа зрения, были выявлены поражения других органов или лимфатических узлов

При смешанном варианте течения ОЭ возможно выявление всех трех стадий заболевания за преимущественным развитием стадии субкомпенсации, женщины в 1,3 раза страдают чаще, чем мужчины. Особенности лимфогенного варианта ОЭ являются медленное тортильное течение со слабо выраженной клинической картиной, чем объясняется позднее обращение пациентов, заболеваемость среди мужчин и женщин составляет 1:5.

Дифференциация клинического течения отечного экзофтальма играет, пожалуй, основную роль в выборе адекватных методов лечения.

#### Литература

1. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 174 с.
2. Duararaj V., Bartley G., Garrity J. Clinical features and treatment of Grave's ophthalmopathy in pediatric patients // Ophthalm. Plast Reconstr. Surg. — 2006. — Vol. 22. — №1. — P. 7-12.
3. Kazim M., Trokel S., Acaroglu G., Elliott A. Reversal of dysthyroid optic neuropathy following orbital fat decompression // Br. J. Ophthalmol. — 2000. — Vol. 84. — №6. — P. 600-605.
4. Krassas G., Segni M., Wiersing K., Childhood Grave's ophthalmopathy: results of a European questionnaire study // Eur. J. Endocrinol. — 2005. — Vol. 153. — P. 515-521.
5. Rubin P., Watkins L., Rumelt Sh. et al. Orbital computed tomographic Characteristics of globe subluxation in thyroid orbitopathy // Ophthalmology. — 1998. — Vol. 105. — №11. — P. 2061-2064.

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

Новый магнито-лазерный офтальмологический аппарат для орбитального и транскраниального воздействия

### “АМО-АТОС-ИКЛ”

Два вида магнитолазерных излучателей с бегущим характером воздействия:

- орбитальный;
- транскраниальный (ОГОЛОВЬЕ).

ПОКАЗАН при:

- тиреоидной офтальмопатии
- отслойках сетчатки
- послеоперационных осложнениях и их профилактике
- нарушениях accommodation (спазм, ПАНА, коррекция вегетативной нервной системы)
- амблиопии (стимуляция зрительного пути в сочетании с цветодинамической стимуляцией сетчатки)
- частичной атрофии зрительного нерва (нейропротекторная терапия)
- глаукома (снижение внутриглазного давления, нейропротекция всех отделов зрительного пути)

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

Разработчик и изготовитель

### ООО "ТРИМА"

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



Рис. 1. Больная 29 лет. Диагноз: MALT-лимфома конъюнктивы нижнего свода правого глаза



Рис. 2. Больная 78 лет. Диагноз: MALT-лимфома бульбарной конъюнктивы правого глаза



Рис. 3. а) Фото больного с лимфомой нижнего века, распространяющейся на пальпебральную конъюнктиву правого глаза (обычный вид); б) фото того же больного, представлен вид пальпебральной конъюнктивы нижнего века



у 83 человек (64%). Другие морфологические варианты выявлены значительно реже: лимфомы из клеток зоны мантии — 17 человек (13%), фолликулярные лимфомы — 16 человек (12%), диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВККЛ) — 12 человек (9%), Т-клеточные лимфомы были представлены единичными наблюдениями — 2 человека (2%). Таким образом, индолентных вариантов НХЛ было 99 случаев (76%), а агрессивных — 31 случай (24%).

Более чем у половины больных по всем перечисленным анатомо-топографическим зонам органа зрения преобладали MALT-омы. Лимфомы из клеток зоны мантии чаще диагностированы при орбитальной локализации, нежели чем при конъюнктивальной, и совсем редко при поражении века. Подобную закономерность можно отметить и при сопоставлении частоты поражения фолликулярной и ДВККЛ с учетом анатомо-топографических зон.

Клинические особенности неходжкинских лимфом орбиты и придаточного аппарата глаза разнообразны и во многом зависят от локализации опухоли.

Неходжкинские лимфомы конъюнктивы, как свидетельствуют наши собственные наблюдения (52 глаза), чаще всего представлены как опухолевое разрастание в виде валика с гладкой поверхностью, мягкой консистенции, локализуясь преимущественно в области переходных складок, чаще страдает конъюнктивальная нижняя свод (40 глаз). Толщина опухоли редко достигает значительных размеров, обычно они не превышают 2-3 мм (рис. 1). Реже опухоль распространяется на бульбарный отдел конъюнктивы (рис. 2) или оболочки слезного мешка, еще реже на конъюнктиву века. Цвет опухоли конъюнктивы розовато-желтый.

В свете щелевой лампы хорошо видна развитая сеть собственных сосудов, на поверхности ее могут быть кровоизлияния. Конъюнктивальная лимфома может

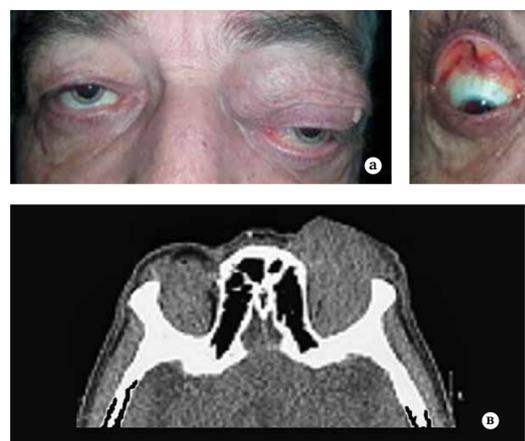


Рис. 4. а) Больной 58 лет. Диагноз: MALT-лимфома орбиты и конъюнктивы обоих глаз; б) больной 58 лет, диагноз: MALT-лимфома орбиты и конъюнктивы обоих глаз; в) компьютерная томограмма в аксиальной проекции того же пациента

проявляться в виде фолликулярного конъюнктивита. На ранних этапах своего развития опухоль может укорачивать своды, формируя энтропион века. Снижения функций органа зрения при поражении конъюнктивы обычно не наблюдается.

Неходжкинские лимфомы века (12 глаз) обычно проявляются в виде уплотнений в толще века без четких границ, безболезненных, тестоватой консистенции. НХЛ века могут распространяться на пальпебральную конъюнктиву в виде разрастания грязно-серой рыхлой ткани с новообразованными сосудами и кровоизлияниями на поверхности (рис. 3а, б). Возможно развитие лимфомы в области слезного мешка, что может сопровождаться явлениями дакриоцистита. Опухоль может быть представлена как односторонним, так и билатеральным поражением. Нередко неходжкинская лимфома века сочетается с поражением мягких тканей орбиты.

Поражение орбиты (36 глаз) при неходжкинских лимфомах проявляется постепенным нарастанием симптоматики. Зачастую с момента появления первых признаков заболевания до установления характера опухоли проходит немало времени — от нескольких месяцев до нескольких лет (в среднем — около 2-х лет). Чаще всего наблюдается одностороннее поражение. С учетом локализации лимфомы в орбите возможен ранний птоз, нарушение подвижности глаза и диллопия (при первичной локализации патологического процесса в одной из экстраокулярных мышц), также она может проявляться экзофтальмом со смещением глаза в противоположную сторону (при пристеночной локализации опухоли) (рис. 4а, б, в). Преобладают пристеночная локализация. Наиболее частая локализация опухоли в верхне-латеральном отделе орбиты. При возникновении опухоли в области мышечной воронки развивается осевой экзофтальм.

### Заключение

Правильное и своевременное установление диагноза является достаточно сложной задачей, которая требует взаимодействия высококвалифицированных хирургов-офтальмологов, гистологов, цитологов, онкогематологов, радиологов. Адекватное установление типа НХЛ (на основании обязательного иммуногистохимического (ИГХ) исследования биоптата опухоли), правильное стадирование заболевания, которое проводит онкогематолог в соответствии с современными требованиями и по Ann-Arbor классификации 1971 г., разработанной для лимфомы Ходжкина и адаптированной для НХЛ [1, 6], позволяет в дальнейшем правильно выбрать тактику лечения, определяет прогноз заболевания и влияет на дальнейшее качество жизни пациента.

### Литература

1. Поддубная И.В. Неходжкинские лимфомы // Клиническая онкогематология. Руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — С. 66-70, 159-186, 190-191, 192-198 // Болезни орбиты. — М.: Медицина, 1993. — С. 60-66.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2011. — Т. 22. — № 3 (прил. 1). — С. 54-60, 164.
3. Гончарова О.В., Липатов О.Н. Анализ клинико-морфологических вариантов неходжкинских лимфом // Сибирский онкологический журнал. — 2009. — № 5. — С. 35.
4. Поддубная И.В., Демина Е.А. Диагностика и определение распространенности (стадирование) неходжкинских лимфом // Практическая онкология. — 2004. — Т. 5. — № 3. — С. 176-184.
5. Бабичева Л.Г. Значение прогностических факторов при лечении больных диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой антрациклинсодержащими

режимами химиотерапии: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — 55 с.

6. Поддубная И.В., Балакшерева Ю.Н. Клинико-морфологические особенности и факторы прогноза при первичных экстраорбитальных неходжкинских лимфомах // Материалы VIII Российского онкологического конгресса. — М., 2004. — С. 88-95.

7. Batrey O., Kremer L., Rakovsky E. et al. Orbital and adnexal involvement in systemic non-Hodgkin's lymphoma // Cancer. — 1994. — Vol. — 73 (9). — P. 2395-2423.

8. Coupland S.E., White V.A., Rootman J. et al. A TNM-based clinical staging system of ocular adnexal lymphomas // ISOOEETING, 2009. — P. 338.

9. Ferry J.A., Fung C.Y., Zukerberg L. et al. Lymphoma of the ocular adnexa: a study of 353 cases // Am. J. Surg. Pathol. — 2007. — Vol. 31. — P. 170-184.

10. Harris N., Jaffe E., Stein H. et al. A Revised European-American Classification of Lymphoid Neoplasms // Blood. — 1994. — Vol. 84. — P. 1361-1392.

11. Nutting C.M., Jenkins C.D., Norton A.J. et al. Primary orbital lymphoma // The Hematology Journal. — 2002. — Vol. 3. — P. 14-16.

12. Vollmer L. The diagnosis and management of ocular lymphoma // Optom. Vis. Sci. — 2013. — Vol. 90 (2). — P. 56-62.

13. McLean I.W., Burnier M.N., Zimmerman L.E. et al. Tumor of orbit. In: Rosai J., Sobin L.H. (eds). Atlas of orbital pathology: tumors of the eye and adnexa, ser 3, fasc 12. — Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1993. — P. 233-298.

14. Shikishima K., Kawai K., Kitahara K. Pathological evaluation of orbital tumours in Japan: analysis of a large case series and 1379 cases reported in the Japanese literature // Clin. Experiment. Ophthalmol. — 2006. Apr. — Vol. 34 (3). — P. 239-244.

15. Борокина А.Ф. Болезни орбиты // Руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — С. 66-70, 159-186, 190-191, 192-198 // Болезни орбиты. — М.: Медицина, 1993. — С. 60-66.

16. Саакян С.В., Вальский В.В., Мякошнев Е.Б. и др. Неходжкинские лимфомы орбиты // Опухоли головы и шеи. — 2012. — № 2. — С. 45-47.

17. Margo C.E., Mulla Z.D. Malignant tumors of the orbit. Analysis of the Florida Cancer Registry // Ophthalmology. — 1998, Jan. — 105 (1). — P. 185-190.

18. Sutcliffe S.B., Gospodarowicz M.K. Hematological Oncology. — Cambridge: University Press, 1992. — P. 189-222.

19. Красильникова Б.Б. Первичные лимфатические опухоли орбиты и придаточного аппарата глаза: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 60 с.

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

## Некоторые аспекты эпидемиологии увеальной меланомы по материалам московского городского офтальмоонкологического центра (1977–2012 гг.)

М.Ю. Лернер<sup>1</sup>, Е.Е. Гришина<sup>2</sup>, Э.Г. Гемдзян<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Филиал №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ;

<sup>2</sup>ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского;

<sup>3</sup>ГБУЗ «Гематологический научный центр» Минздрава России

Увеальная меланома занимает первое место среди внутриглазных опухолей и второе место среди меланоцитарных опухолей после кожной меланомы. Меланома сосудистой оболочки глаза относится к наиболее злокачественным опухолям. Заболеваемость и распространенность увеальной меланомы, вопросы ее выявления, результаты лечения больных и продолжительность их жизни требуют постоянного мониторинга и анализа. Эпидемиология данного заболевания должна учитываться при решении вопросов оптимальной специализированной медицинской помощи больным офтальмоонкологического профиля.

В 1953 году на базе Московской глазной больницы был создан первый в стране офтальмоонкологический кабинет, преобразованный впоследствии в онкологическое отделение Офтальмологической клинической больницы ДЗ г. Москвы. Все последующие годы офтальмоонкологическая служба осуществляла учет и диспансеризацию пациентов (жителей Москвы)

За период с января 1977 г. по январь 2013 г. в Москве было зарегистрировано 2547 больных увеальной меланомой в возрасте от 16 лет до 92 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,5. Возрастной состав больных за исследуемый период изменялся

в сторону увеличения доли пациентов старших возрастных групп (особенно среди женщин). Так, за период с 1977 по 1982 г. пациентки с увеальной меланомой в возрасте до 40 лет составляли 10%, от 40 лет до 59 лет — 42% и от 60 лет и старше — 48%. Но уже с 2007 по 2012 г. доля женщин до 40 лет составила 5%, от 40 лет до 59 лет — 19%, зато в возрастной группе от 60 лет и старше возросла до 76% (рис. 1). Среди мужчин тенденция увеличения заболеваемости в старших возрастных группах выражена в меньшей степени: в 1977-1982 гг. доля мужчин старше 60 лет составила 54%, а в 2007-2012 гг. — уже 63% (рис. 2). Эти данные следует рассматривать с учетом тенденции старения населения страны в целом.

Частота выявления увеальной меланомы по обращаемости составила (в среднем) 1,07 ± 0,2 на 100 000 взрослого населения. С 2001 г. отмечается некоторое уменьшение выявляемости увеальной меланомы (0,9 на 100 тыс.). Приведенные выше данные в основном отражают популяцию больных, обратившихся за медицинской помощью с какими-либо жалобами, у которых при осмотре у офтальмолога была диагностирована меланома сосудистой оболочки глаза. Однако в начальных стадиях меланома хориоидеи протекает бессимптомно, следовательно, и обратившихся больных заболевание было выявлено преимущественно уже в развитой или запущенной стадиях.

До 2001 г. лишь треть больных увеальной меланомой получила органосохранное лечение, но, начиная с 2008 г., органосохранное лечение (брахитерапию и транспупиллярную термоблазию) получили уже не менее половины больных. Для оценки общей и специфической выживаемости больных увеальной меланомой изучены истории болезни 609 пациентов. Мужчины составили 37%, женщины — 63%. Средний возраст мужчин — 63,2 года; женщин — 69,5 лет. Пятилетняя общая выживаемость (ОВ) больных увеальной меланомой составила (62 ± 2)%, семилетняя ОВ — (47 ± 4)%. Медиана выживаемости равна 7 годам (рис. 3). Пятилетняя специфическая выживаемость составила (68 ± 3)%, а семилетняя специфическая выживаемость — (60 ± 4)%. Среднее время до летального исхода — 5,5 лет (рис. 4). Зависимости продолжительности жизни больных от пола не выявлено. Определена связь выживаемости с возрастом больных: семилетняя специфическая выживаемость в возрастной группе до 60 лет составила (64 ± 6)% и была статистически значимо (p=0,05) выше, чем в возрастной группе старше 60 лет — (56 ± 5)% (рис. 5), что совпадает с данными литературы [1-3]. Отметим, что дальнейшее уточнение характера связи заболеваемости увеальной меланомой с возрастом будет проведено с использованием стандартизованных показателей выживаемости.

Выявляемость увеальной меланомы в Москве выше, чем во многих регионах мира, и сопоставима с показателями в скандинавских странах [4-6]. Пятилетняя специфическая выживаемость больных увеальной меланомой в Москве такая же, что и в ведущих европейских странах (68,9%), но ниже,

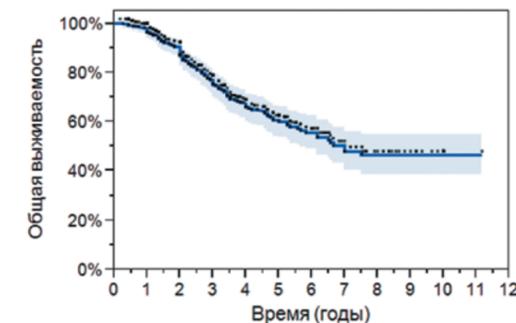


Рис. 3. Общая выживаемость больных увеальной меланомой (пояснение в тексте)

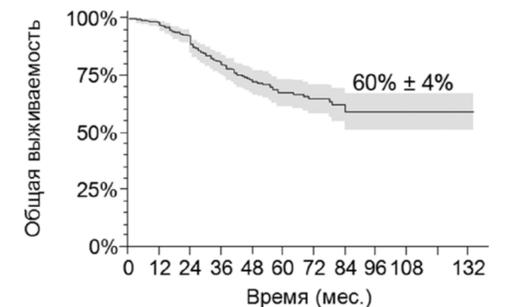


Рис. 4. Семилетняя специфическая выживаемость составляет (60 ± 4)%, 5-летняя — (68 ± 3)%. Среднее время до летального исхода — 5,5 лет

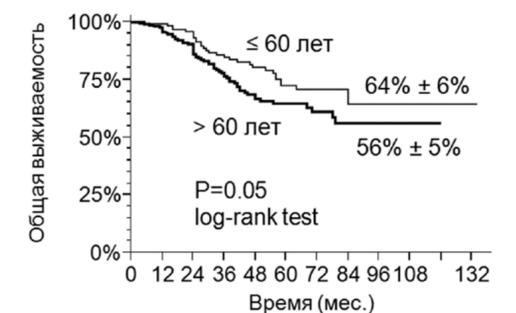


Рис. 5. Семилетняя специфическая выживаемость в возрастной группе до 60 лет статистически значимо (p=0,05) выше, чем в возрастной группе старше 60 лет: (64 ± 6)% против (56 ± 5)%

чем в странах Северной Америки (83,7%) [7-9]. Эту несколько заниженную специфическую выживаемость увеальной меланомы в Москве можно объяснить, с одной стороны, большой долей пожилых больных, а с другой — поздней (в стадии T3-T4) выявляемостью этого заболевания. В связи с этим остро стоит вопрос повышения онкологической настороженности офтальмологов первичного звена, направленной на раннее выявление бессимптомно протекающей начальной меланомы хориоидеи.

### Литература

1. Liu Y.M., Li Y., Wei W.B., Xu X., Jonas J.B. Clinical Characteristics of 582 Patients with Uveal Melanoma in China // PLoS One. — 2015; 10:e0144562.
2. Jancar B., Budihna M., Drnovsek-Olup B., Andrejic K.N., Zupancic I.B., Pahor D. Prognostic factors of choroidal melanoma in Slovenia, 1986-2008 // Radiol. Oncol. — 2016. — Vol. 50. — P. 104-112.
3. Sagus M., Bedikian A.Y. Uveal melanoma in the first 4 decades of life // South Med. J. — 2015. — Vol. 108 (3). — P. 158-163.
4. Virgili G., Gatta G., Ciccolallo L., Capocaccia R., Biggeri A., Crocetti E., Lutz J.M., Paci E.; EURO-CARE Working Group. Incidence of uveal melanoma in Europe. // Ophthalmology. — 2007. — Vol. 114. — P. 2209-2215.
5. Park S.J., Oh C.M., Kim B.W., Woo S.J., Cho H., Park K.H. Nationwide Incidence of Ocular Melanoma in South Korea by Using the National Cancer Registry Database (1999-2011) // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. — 2015. — Vol. 56. — P. 4719-4724.
6. Shields C.L., Kels J.G., Shields J.A. Melanoma of the eye: revealing hidden secrets, one at a time // Clin. Dermatol. — 2015. — Vol. 33. — P. 183-196.
7. Virgili G., Gatta G., Ciccolallo L., Capocaccia R., Biggeri A., Crocetti E., Lutz J.M., Paci E.; EURO-CARE Working Group. Survival in patients with uveal melanoma in Europe // Arch. Ophthalmol. — 2008. — Vol. 126. — P. 1413-1418.
8. Andreoli M.T., Mieler W.F., Leiderman Y.I. Epidemiological trends in uveal melanoma // Br. J. Ophthalmol. — 2015. — Vol. 99. — P. 1550-1553.
9. Abrams M.J., Gagne N.L., Melhus C.S., Mignano J.E. Brachytherapy vs. external beam radiotherapy for choroidal melanoma: Survival and patterns-of-care analyses // Brachytherapy. — 2016. — Vol. 15. — P. 216-223.

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

ИЗДАТЕЛЬСТВО **Апрель** [www.aprilpublish.ru](http://www.aprilpublish.ru)

Выпускаем в Свет научные издания

Главная | Издательство | Периодические издания | Книги | Авторам | Услуги | Контакты

# Необычный характер хориоидального метастаза (клинический случай)

М.Ю. Лернер, С.Ю. Нечеснюк

Флидл №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Среди новообразований сосудистой оболочки глаза наиболее часто встречаются меланома хориоидеи и метастаз в хориоидею. Заболеваемость увеальной меланомы по обращению составляет 6,23-13 случаев на 1 млн населения [1]. Частота выявления внутриглазных метастазов, по данным разных авторов, существенно отличается и составляет от 1,2 до 14,5% [2, 3].

Значительная часть больных с вторичным поражением органа зрения имеет множественные отдаленные метастазы других локализаций и находится под наблюдением онкологов, не обследуясь у офтальмолога. Вместе с тем метастаз в сосудистую оболочку глаза может быть первым проявлением генерализации злокачественной опухоли, а также встречаться при отсутствии онкологического анамнеза. Поражение сосудистой оболочки у онкологического больного, с другой стороны, может быть как вторичным, так и являться проявлением первичной множественности злокачественных опухолей.

Своевременная ранняя дифференциальная диагностика первичного и метастатического поражения хориоидеи имеет решающее значение для пациента, так как подходы к лечению принципиально различаются. Дифференциация характера опухоли в ряде случаев является сложной задачей и требует комплексного подхода. Важное значение имеют данные анамнеза, которые должны быть интерпретированы в соответствии с клинической картиной. Обязательным является полноценное обследование по органам (УЗИ, КТ, МРТ, скинтиграфия, ПЭТ,

при необходимости пункция патологических образований). На сегодняшний день ОКТ и ФАГ наряду с УЗИ являются стандартными исследованиями для диагностики внутриглазных образований. ТИАБ с цитологическим исследованием проводят по показаниям при невозможности верификации с применением неоперационных методик ввиду риска диссеминации опухолевых клеток.

В январе 2014 года в Отделение неотложной помощи ОКБ обратился пациент Б., 75 лет, с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза неделю назад на фоне приступа кашля. Страдает сахарным диабетом 2 типа более 30 лет, течение тяжелое, применяет инсулин. При обследовании выявлен частичный гемофтальм, по УЗИ определялась + ткань. Был направлен на консультацию офтальмоонколога.

В анамнезе у пациента нефрактомиа по поводу умеренно-дифференцированного почечно-клеточного рака в 2006 году в ММА им. И.М. Сеченова, наблюдается у онколога. По данным последнего осмотра без рецидива и прогрессирования.

При обследовании острота зрения правого глаза: правильная светопрореция, внутриглазное давление — 12 мм рт.ст. Передний отрезок в пределах возрастной нормы, в хрусталике выраженные помутнения под задней капсулой, начальные — в кортексе.

В стекловидном теле взвесь элементов крови, плавающие помутнения, глубже лежащие среды не видны. На глазном дне левого глаза картина непролиферативной диабетической ретинопатии. При УЗИ правого глаза частичный гемофтальм, вторичная отслойка сетчатки, + ткань грибовидной формы с проминенцией до 6,9 мм (рис. 1). При обследовании по органам без очагового поражения и рецидива рака почки.

В многопрофильном стационаре 18.02.14 г пациенту произведена энуклеация правого глаза, при гистологическом исследовании опухоль верифицирована как смешанно-клеточная меланома хориоидеи. В апреле и июне пациент прошел диспансерные осмотры офтальмоонколога, стеклопрепараты энуклеированного глаза не предоставлены. При обследовании анофтальм справа, полость протезирована, небольшое слизистое отделяемое, без уплотнений, регионарные лимфоузлы без особенностей. По повторному запросу предоставил стеклопрепараты энуклеированного глаза в июле 2014 года. При пересмотре стеклопрепаратов в ОКБ: в присланном материале опухоль хориоидеи с прилежащим участком склеры. Опухоль имеет грибовидную форму, представлена солидной пролиферацией полигональных клеток со светлой широкой цитоплазмой, в цитоплазме единичных клеток видны гранулы желто-коричневого пигмента, сосудистая сеть хорошо развита, с тромбозами, кровоизлияниями, имеются очаговые некрозы опухоли, митозы не дифференцируются (рис. 2, 3).

Учитывая морфологическую картину и данные анамнеза, для подтверждения метастаза почечно-клеточного рака было проведено иммуногистохимическое исследование, которое выявило диффузную экспрессию в опухолевых клетках в виде выраженной цитоплазматической реакции с акцентом на мембрану панцитокератина и диффузную экспрессию в опухоли в виде выраженной ядерной реакции в опухолевых клетках PAX8, а к S-100 и мелану А опухолевые клетки оказались негативны, что определило иммунофенотип образования соответствующий иммунофенотипу первичной опухоли.

## Обсуждение

Наиболее часто в сосудистую оболочку глаза метастазирует рак молочной железы (33-87%), на втором месте, по данным разных авторов, метастазы рака легкого (15-29,5%), а также метастазы без выявленного первичного очага (5,7-17%). Метастазы рака почки встречаются относительно редко и составляют 1-3% [2, 4-6]. Чаще всего проводят дифференциальную диагностику метастатического очага приходится с увеальной меланомой, значительно реже с гемангиомой хориоидеи и опухолеподобными заболеваниями [1, 4, 5].

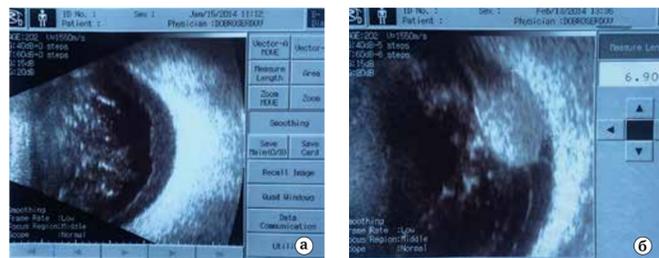


Рис. 1. Ультразвуковое В-сканирование правого глаза

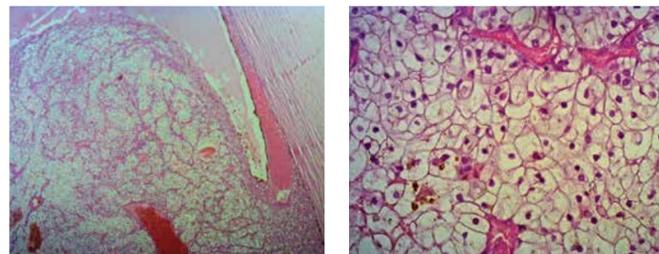


Рис. 2. Опухоль хориоидеи грибовидной формы. Окраска гематоксилином и эозином. x50

Комплексное обследование включает анализ анамнеза, тщательное обследование по органам, клинической картины и данных инструментальных методов обследования.

Внутриглазная опухоль чаще локализуется в хориоидею, преимущественно в центральных отделах глазного дна и на ранних стадиях выглядит как округлый проминирующий очаг с нечеткими границами, более плотный и компактный при меланоме и более рыхлый при метастазе. Для меланомы хориоидеи более характерна правильная полушаровидная или грибовидная форма опухоли, хотя, по данным литературы, встречаются и грибовидные гемангиомы [7]. При метастатическом поражении чаще встречается неправильная конфигурация опухоли («двугорбая», «трехгорбая», полигональная, «стелющаяся»). Кровоизлияния на поверхности опухоли более характерны для меланомы, чем для метастаза. Обе опухоли могут быть неравномерно пигментированы. Беспигментные опухоли значительно реже встречаются при меланоме, чем пигментированные, в то время как метастазы преимущественно беспигментны. Пигментация на отдельных участках сетчатки над метастазом может быть усилена за счет реактивной пролиферации пигментного эпителия или организации старых кровоизлияний с накоплением на поверхности метастаза гемосидерина [8]. Многофокусность и бинокулярность поражения могут существенно помочь при диагностике, так как многофокусное, так и билатеральное поражение при увеальной меланоме является крайне редким. Ранний отек сетчатки с тенденцией к относительно быстрому сливанию очагов с резким снижением зрения характерны для метастазов. При ультразвуковом исследовании в случае метастатического поражения чаще встречается неправильная форма опухоли, а также преобладание диаметра опухоли над ее высотой. Грибовидная форма очага на глазном дне типична для меланомы, но встречается и при гемангиоме хориоидеи. Экскавация хориоидеи вследствие роста опухоли характерна для меланомы и гемангиомы.

Таким образом, у онкологического пациента с безрецидивным на протяжении 8 лет после радикального лечения рака почки течением, не имеющим отдаленных метастазов, грибовидная кровотокозная опухоль сосудистой оболочки была расценена как проявление первичной множественности опухоли. Между тем гистоиммунохимическим исследованием подтвержден метастаз почечно-клеточного рака. Проведенная операция (энуклеация) может быть расценена как радикальное хирургическое лечение

очагового метастаза, что отвечает современным представлениям о лечении одиночных вторичных опухолей.

## Литература

- Бровкина А.Ф. Внутриглазные опухоли. Руководство по клинической офтальмологии. — М: МИА, 2014. — 771 с.
- Таджиева З.А. Метастатические опухоли органа зрения (аспекты клиники и лечения): Дис. ... канд. мед. наук. М., 1988. — 162 с.
- Augsburger J.J., Guthoff R., Metastatic cancer to the eye // In: Yanoff M and Duker J.S. Ophthalmology, 3rd ed. — Mosby, 2008. — P. 906-911.
- Гришина Е.Е., Лернер М.Ю., Федотова О.Ф. О трудностях дифференциальной диагностики метастатических опухолей и первичных меланом хориоидеи // Врач. — 2001. — № 9. — С. 21-22.
- Пармон Я.В., Саакян С.В. Комплексная диагностика метастазов в хориоидею у больных без предшествующего онкологического анамнеза // Голова и шея. — 2013. — Т. 2. — № 9. — С. 7-11.
- Shields J.A. Metastatic tumors to the uvea // Int. Ophthalmol. Clin. — 1993. — Vol. 33 (3). — P. 155-161.
- Murray AK, Shields JA Mushroom-shaped choroidal hemangioma // Am. J. Ophthalmol. — 1996. — Vol. 122. — N3. — P.434-436.
- Вит В.В. Опухолевая патология органа зрения. — Одесса: Астронет, 2009. — Т. 1. — С. 340-342.

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

Уважаемые читатели!  
Вы можете оформить подписку на газету  
**«ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов»**  
Подписной индекс: **15392**  
и на журнал  
**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ГЛАУКОМА»**  
по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.  
Подписной индекс: **37353**

# Различные варианты кератопластики на двух глазах одного пациента. Клинический случай

А.Ю. Слонимский<sup>1</sup>,  
Ю.Б. Слонимский<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Филиал №1 «Офтальмологическая клиника» ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ;

<sup>2</sup>Кафедра офтальмологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

История болезни. Пациент Г.А., 17 лет (1991 г.р.) был госпитализирован 23.12.2008 г. в 1-е отд. Офтальмологической клинической больницы Департамента здравоохранения г. Москвы, история болезни № 12497/23927/08 с диагнозом: OS — кератоконус терминальной стадии с угрозой перфорации, OD — кератоконус II-III стадии.

23.12.2008 г. проведена операция — рефракционная сквозная кератопластика (СКП) на левом глазу. Диаметр донорского трансплантата составил 8,0 мм, диаметр трепанационного ложа — 8,25 мм. Возраст донора был 41 год. Причина смерти донора — холодовая травма приблизительно в 14.50 22.12.08 г. Срок от момента смерти донора до проведения СКП — менее 24 часов. Хирург — профессор А.Ю. Слонимский.

Операция и п/о период протекали гладко, без осложнений, пациент регулярно наблюдался, швы были удалены через 11 мес. после СКП.

Через три года (2011 г.): Visus OS=1,0. Посткератопластический астигматизм — 0,89 D. Толщина трансплантата — 545 мкм.

Пациент регулярно, не реже 2 раз в год, наблюдался в ОКБ, и было отмечено прогрессирование болезни на правом глазу. В 2012 году был поставлен диагноз OD — кератоконус III-IV стадии и рекомендовано проведение сквозной кератопластики. Однако в середине 2012 года проведение кератопластики в ОКБ было приостановлено. Пациент обратился в одну из ведущих клиник Москвы и был успешно прооперирован в 2013 году. На правом глазу была проведена операция — глубокая передняя послойная кератопластика. Операция и послеоперационный период протекали гладко. В настоящее время пациент периодически, 1 раз в год, наблюдается. Во время последнего осмотра были зафиксированы следующие объективные данные.

Visus OD=0,3 с максимальной переносимой очковой коррекцией 0,5. Контактную линзу пациент переносит, однако в пробной контактной линзе острота зрения была 0,7.  
Visus OS=1,0 без коррекции.

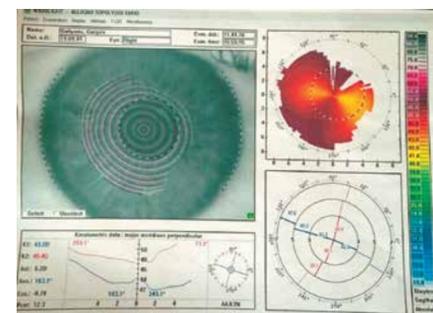


Рис. 5. Кератотопография OD. Посткератопластический астигматизм OD = 6,2 D

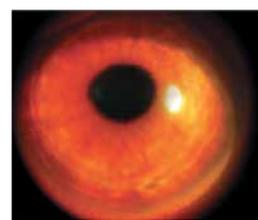


Рис. 1. Фотография левого глаза через три года после СКП

Биомикроскопия: оба глаза спокойны, роговичные трансплантаты прозрачные, нежный трансплантационный концентрический рубец на обоих глазах, передняя камера несколько глубже средней, радужка структурная, пигментная кайма сохранна, хрусталик прозрачные, глазное дно — без патологии.

## Анализ и обсуждение результатов

За последние 10 лет во всем мире на лидирующие позиции хирургии кератоконуса в далеко зашедших стадиях вышла операция —

достижения остроты зрения, практически не уступающей при операции СКП.

Однако известно, что при адекватной подготовке больных к операции — сквозной кератопластике — риск интраоперационных осложнений может быть сведен к минимуму. Более того, хотя частота реакции отторжения после СКП может достигать 10% случаев, в подавляющем большинстве ситуаций эти реакции легко купируются медикаментозно с полным восстановлением исходной прозрачности сквозного трансплантата. Средние значения посткератопластического астигматизма как после глубокой передней послойной кератопластики, так и после СКП, приблизительно равны и составляют 4-6 диоптрий. Существует распространенное мнение, что средний срок жизни прозрачного сквозного трансплантата не превышает 10 лет. Однако это относится к операции с использованием консервированной роговицы. При использовании неконсервированной донорской роговицы (срок от смерти донора до момента операции меньше 24 часов) выживаемость

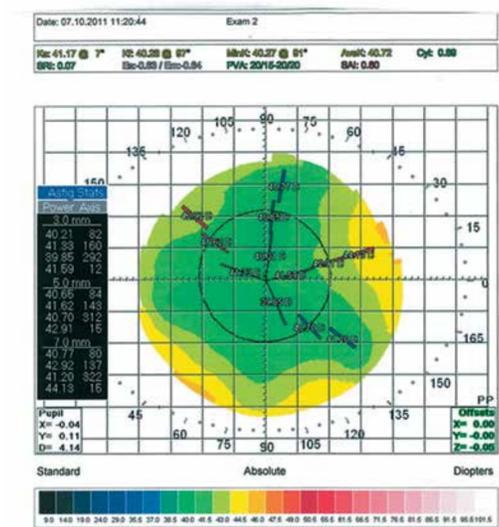


Рис. 2. Кератотопография OS через три года после СКП

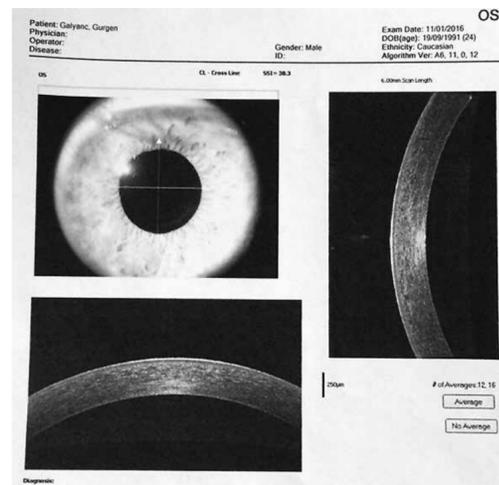


Рис. 3-4. Данные оптической когерентной томографии на обоих глазах без патологии

глубокая передняя послойная кератопластика, до уровня десцеметовой мембраны. Подчеркивается меньший риск интраоперационных осложнений, главным образом, предотвращения «открытого неба», меньший риск возникновения реакции отторжения трансплантата, меньшие значения посткератопластического астигматизма. Демонстрируется возможность

прозрачного трансплантата может составлять 30 лет и более.

Применение метода рефракционной сквозной субтотальной кератопластики с использованием донорского трансплантата, меньшего диаметра, чем ложе реципиента, позволяет значительно уменьшить значения посткератопластической аметропии и повысить функциональные результаты.

## Заключение

В данном случае анализируются исходы различных вариантов кератопластики на двух глазах одного и того же молодого пациента. Естественно, что по одному случаю нельзя делать окончательные выводы. Однако представленный клинический случай демонстрирует значительно лучше и стабильные

функциональные результаты после рефракционной сквозной субтотальной кератопластики по сравнению с глубокой передней послойной кератопластикой. Сквозная кератопластика с использованием неконсервированного донорского материала является предпочтительным вариантом при далеко зашедшей и терминальной стадиях кератоконуса.

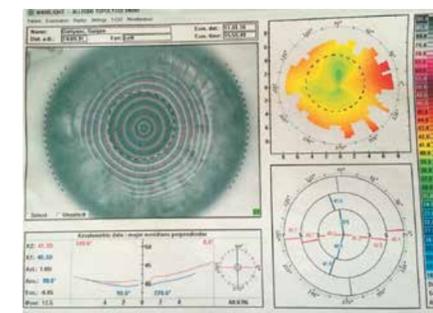


Рис. 6. Кератотопография OS. Посткератопластический астигматизм OS = 1,0 D

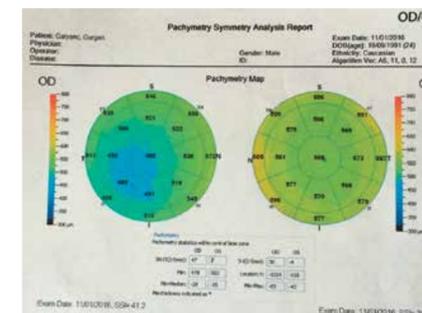


Рис. 7. Кератопластика: толщина трансплантата в центре в пределах 5 мм зоны — 558 мкм, толщина роговицы OD — 489 мкм, минимальная толщина роговицы — 478 мкм

# Лазеры LightMed: сила света в борьбе за зрение

Начиная со второй половины XX века, внедрение лазерных технологий кардинально изменило многие сферы человеческой деятельности, в том числе медицину. В 1963 году лазерное излучение впервые было использовано для коагуляции сетчатки. Это событие ознаменовало начало новой эры в офтальмологии. На сегодняшний день 30% мирового рынка медицинских лазеров принадлежит корпорации LightMed. Благодаря усилиям ее бессменного руководителя мистера Гарри Ли молодая компания добилась столь внушительных показателей, едва достигнув совершеннолетия.



Здание офиса LightMed в США



Производственное помещение на заводе в США

Живописный калифорнийский городок Сан-Клементе, расположенный примерно на полпути между Лос-Анджелесом и Сан-Диего, встретил будущего основателя LightMed в начале 80-х. Будучи еще студентом, нацеленным на диплом инженера в области электромеханики, мистер Ли даже не догадывался о том, какой вклад сможет внести в развитие мировых медицинских технологий. Но неподдельный интерес к науке и жажда действия определили его дальнейшую судьбу на пути высоких достижений.

В первом серьезном проекте Гарри Ли участвовал, работая после окончания университета в известной медицинской лазерной компании. Там он был задействован в качестве технического специалиста и связующего звена между Соединенными Штатами и странами Азиатско-Тихоокеанского региона. Задача объединения Востока и Запада показалась захватывающей урожденному гражданину Тайваня, и он всерьез загорелся идеей использовать сильные стороны обоих миров для создания собственного высокотехнологичного бизнеса. Но прежде чем основать LightMed, он еще несколько лет набирался опыта в области медицинского машиностроения и проектирования.



Bogdan Duszynski обучает врача работе на TrueScan

Гарри Ли собирался выпускать высокотехнологичные лазерные компоненты, но со временем почувствовал силы для создания собственных специализированных офтальмологических лазеров. Таким был его ответ на быстрое распространение «эпидемии» заболеваний глаз. Он не только строил планы построения производства, но и продумывал возможность формирования обширной дистрибьюторской сети, искал возможности для проведения научных и клинических исследований.

1995-й стал годом официального открытия LightMed. Запуск был, пожалуй, самой легкой частью дела. Куда сложнее оказалось управлять компанией, то прибегая к жесткому планированию, то ломая голову над выбором правильной стратегии, то просто полагаясь на удачу. Первым продуктом LightMed стал YAG-неодимовый лазерный фотокоагулятор, предназначенный для капсулотомии при вторичной катаракте и иридоптоми при острой открытоугольной глаукоме. На его разработку ушло около шести лет. И результат превзошел ожидания. Фактически этот прибор на долгие годы стал визитной карточкой компании.

По функционалу и качеству YAG-лазер LightMed превосходил своих конкурентов.

Однако на первых порах Гарри Ли пришлось брать кредиты для выезда на международные выставки, чтобы продемонстрировать его врачам и потенциальным дистрибьюторам в разных странах.

На российский рынок продукты LightMed пришли в начале 2000-х. Этому способствовала компания Stormoff, разглядевшая огромный потенциал еще не очень известного производителя.

Уже первая версия YAG продемонстрировала высокую стабильность и надежность в работе. LightMed YAG оказался просто «неубиваемым» прибором. Вопреки своему естественному консерватизму врачи скоро оценили новый YAG, он стал для них синонимом безопасности и спокойствия, а одобрение со стороны FDA только укрепило уверенность в этом.

Однако у первого громкого успеха была и обратная сторона. Сотрудники LightMed иногда шутят, что YAG стал своего рода проблемой для компании, настолько он был хорош. Тяжело перепрыгнуть такую высокую планку!

В 2011-м произошел еще один грандиозный прорыв. Предметом особой гордости компании стал мультиволновой паттерн-фотокоагулятор TrueScan с микроимпульсным режимом, который по скорости и качеству работы сравним лишь с родоначальником технологии, американским паттерн-сканирующим лазером PASCAL. В отличие от своего предшественника TrueScan доступен с различными длинами волн (532, 577, 670, 710 нм) и любой их комбинацией от двух до четырех TrueScan в одной системе. Переключение между длинами волн осуществляется без перезапуска лазера! В лазере TrueScan также существует режим SP-mode, который по сути своей является тем же микроимпульсным режимом от компании Iridex.

Каждый продукт LightMed уникален. Компания нацелена на постоянное совершенствование своих лазеров, на расширение их возможностей, а также на разработку новых способов лечения. Последнее становится возможным благодаря активному взаимодействию с медицинскими учреждениями и кооперации с целым рядом научно-исследовательских учреждений по всему миру.

- В 1999 году в Тайбее стартовало серийное производство YAG-лазеров LightMed, а в Сан-Клементе (США), где с самого начала располагалась штаб-квартира компании, был открыт склад готовой продукции.
- В 2001-м LightMed выпустила первое поколение зеленых лазерных фотокоагуляторов для лечения заболеваний сетчатки и стала второй в мире компанией, обладающей данными технологиями.
- 2002-й позволил LightMed расширить свои научно-исследовательские возможности, создав множество стратегических альянсов с британскими организациями.
- 2003 — началась разработка диодного лазера с длиной волны 810 нм, предназначенного для транссклеральной циклофотокоагуляции.
- 2008 — появление в лазерах LightMed режима SP-mode (микроимпульсное воздействие).
- В 2010 году LightMed выпустила первое поколение SLT-лазеров для селективной трабекулопластики, применяемых для лечения первичной открытоугольной глаукомы. А вскоре YAG- и SLT-лазеры были включены в единую систему LightLas SeLeCtor Deux.
- 2013 — YAG оснащен дополнительной насадкой Split Prism Tower System для переднего витреолиза.

LightMed придает большое значение качеству основных элементов, из которых состоит лазер. На старте своей деятельности компания проводила обширные исследования по изучению физических свойств лазерных кристаллов, способных изменяться в процессе работы и в зависимости от внешних условий (температуры, влажности и т.д.), что впоследствии было учтено его при создании стабильно работающих приборов.

Такое внимание к деталям вполне оправдано, ведь речь идет о воздействии на глаза — одну из самых сложных и хрупких структур человеческого организма.

В 2012 году произошло знаковое событие — открытие завода LightMed в США. Это случилось вопреки тенденции, распространенной среди многих американских компаний, подразумевающей вынесение производства в азиатские страны. Но у LightMed были свои причины плыть против течения. Одна из них заключалась в привлечении американских разработчиков и инженеров, другая — в праве позиционировать свои продукты как действительно сделанные в США, что влияло на повышение привлекательности бренда.

Сделав такой смелый и довольно затратный шаг, руководство LightMed решило раз и навсегда переломить инерционную убежденность общества. Вот что сказал по этому поводу Bogdan Duszynski, директор отдела продаж LightMed:

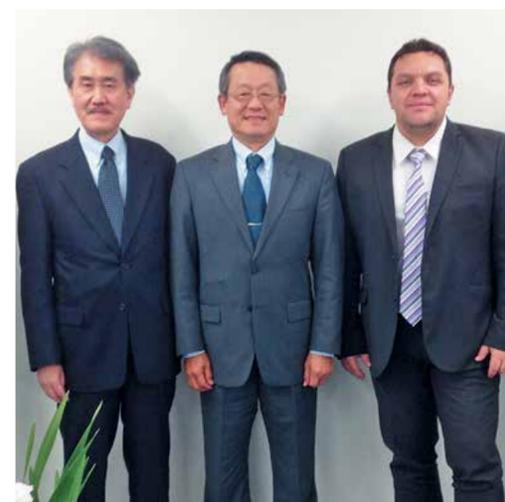
«Наши лазеры, собранные на Тайване, уже отличались непревзойденным качеством. И мы не собираемся забывать, откуда пришли. Мы этим гордимся. Тайвань — это богатые экономические и технологические возможности. Здесь наша компания могла развиваться даже в период ограниченных финансовых ресурсов. При этом на производстве всегда был только высококвалифицированный персонал, мы не экономим на оптике, использовали качественную электронику.

К слову, существует множество мировых электронных брендов, таких как ASUS, ASER, BenQ, GigaByte, DLink, HTC и, наконец, Foxconn, основанных на Тайване. Продукция этих производителей используется в iPhone и iPad.

Почему-то, если речь идет о бытовой технике или компьютерах, никого не смущает дело доходит до очень сложных медицинских устройств, но непонятно почему люди внезапно начинают опасаться. Это является серьезным фактором, ограничивающим рост продаж. Печально, что в мире по-прежнему так много несправедливых суждений о качестве тайваньской продукции.

Перенос части производства в США — это не просто новый статус, но и дополнительные возможности для международных объединений с целью развития технологий».

Сейчас лазерами LightMed пользуются более чем в 110 странах. Компания осуществляет прямые продажи в США, имеет филиалы в Японии, Китае, Корее и Европе. Большой оборот происходит за



Alex Tanaka-san — президент японского подразделения LightMed (слева), Gary Lee (по центру) и Bogdan Duszynski (справа)



Александра Трощенко, Евгения Рахимова (Stormoff) и Eduards Zuravlovs (LightMed-Europe). Демонстрация YAG/SLT-лазера LightLas SeLeCtor Deux на «ESCRS-2016». 10-14 сентября, Дания, Копенгаген

счет дистрибьюторов из Польши, России, Словакии, Греции, Нидерландов, Италии, Финляндии, Португалии и др. Эти ценные партнерские отношения LightMed намерена беречь и развивать.

На российском рынке LightMed присутствует уже более десяти лет и по-прежнему считает его важным, принимая во внимание его размер, количество врачей, а также внутренние инвестиции в медицину. В отличие от других, слишком осторожных, зарубежных производителей компания LightMed никогда не думала оставлять этот регион. Трудные времена не снижают потребность населения в качественных медицинских приборах. В России, как и в других странах, растет распространенность глазных заболеваний, а продукция LightMed помогает не только бороться со слепотой, но во многих случаях облегчает экономическое бремя на систему здравоохранения, снижает потребность в лекарствах, гораздо менее эффективных по сравнению с лазерным воздействием.

В России LightMed сотрудничает с компанией Stormoff. Сложившееся деловое партнерство все больше и больше напоминает

крепкую дружбу. У компаний схожие методы: в обеих трудятся энергичные, заинтересованные люди, нацеленные на положительный результат, уделяющие много внимания построению отношений со своими клиентами. Представители Stormoff ежегодно посещают заводы LightMed, где проходят обучение и узнают о новых разработках.

LightMed всерьез нацелена на создание собственного исследовательского центра в Сингапуре и надеется привлечь туда лучшие умы со всего мира. Это вполне реально, но и удивительно. Ведь в компании на сегодняшний день трудятся всего 100 человек! Конечно, это больше, чем 1 (в 1993 году), 5 (в 1995) или 12 (в 1999). Но все же это совсем не много для корпорации с таким объемом производства. Возможно, секрет кроется в энтузиазме, с которым работает эта сотня.

Есть много причин, которые поддерживают мотивацию сотрудников LightMed. Прежде всего, это мысль о спасении человечества и улучшении качества жизни больных. Чтобы понять, с каким злом борется LightMed, достаточно на 5 минут закрыть глаза и попытаться вести обычный образ

жизни. Тогда становится понятно, что зрение — это замечательный подарок. Но, к сожалению, мы склонны воспринимать его, как нечто само собой разумеющееся.

Другая причина заключается в том, что компания LightMed вынуждена существовать в условиях жесткой конкуренции не только с другими производителями медицинских лазеров, но и с крупными фармацевтическими гигантами, активно предлагающие свои лекарства, высказываются о малой эффективности лазерных методов, в то время как оптимальные стратегии лечения подразумевают комбинирование медикаментозного и лазерного воздействий.

Но, несмотря на все трудности, LightMed не собирается сдаваться. LightMed сегодня — это команда профессионалов, сочетающих научные знания и страсть к любимому делу, здоровые амбиции и рациональное мышление, это — люди, воплощающие в реальность то, что еще вчера можно было назвать одним словом: «Фантастика!»

Материал подготовила А. Курочкина Stormoff



Встреча дистрибьюторов LightMed в Кракове. Сентябрь 2016 г.

# Маркетинг оптического предприятия — составляющие успеха

**Е.Н. Якутина**

Генеральный директор  
ООО «Маркет Ассистант Групп»,  
доцент МГУ

Продолжение, начало см. в №4/2016

## Маркетинг измеряется в человеческих ожиданиях

Ваш бизнес может существовать, только если ваши товары и услуги покупаются. Можно построить совершенно замечательный магазин оптики, наполнить его красивой мебелью и подобрать ассортимент товаров для продажи. А Его Величество Клиент не будет заходить в ваш салон только потому, что витрину и вход загромождают деревья. Или магазин находится на втором этаже невразумительного торгового центра, и поток посетителей невероятно слабый. И, к сожалению, продаж нет, и вложения не окупаются.

На любом этапе существования бизнеса — на старте, при открытии точки реализации, на пике успеха, на спаде — владелец обязан знать, что думают о данном предприятии клиенты. Обычные опросы, со стандартной выборкой в 100 человек, статистические подсчеты помогут понять:

1. Группы целевой аудитории — кто живет рядом с вашим салоном, работает; какие товары клиенты хотят покупать в вашем салоне; по какой цене; возраст ваших потенциальных клиентов, доход, семейное положение, статус; хобби.

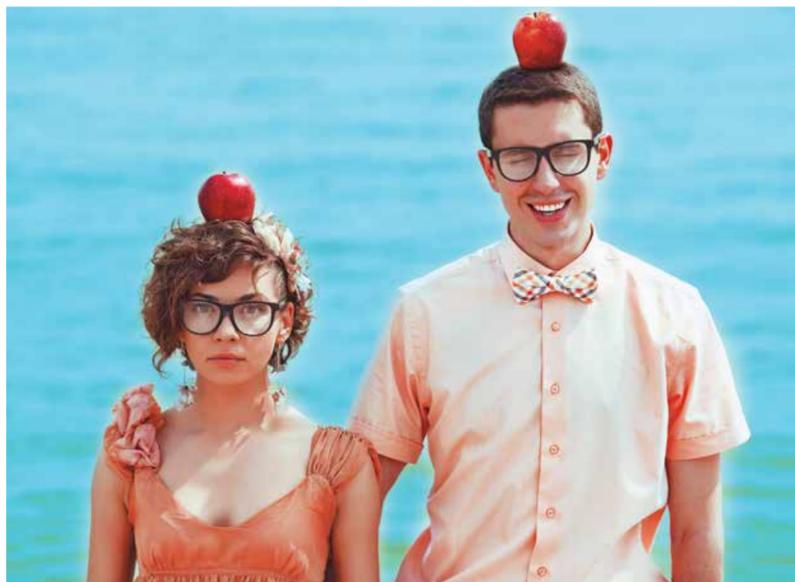
2. Проходимость — сколько человек в час в среднем проходят мимо вашего салона.

3. Конверсия — сколько человек заходят в ваш салон и сколько из зашедших покупают.

4. Какие средства массовой информации предпочитают ваши клиенты — газеты, телепередачи, радиоканалы; видит ли клиенты наружную рекламу и какие конкретные носители замечают; какими СМИ клиенты доверяют и т.д.

Часто мне задают вопрос о развитии ассортимента магазина оптики. Начинать нужно, во-первых, только с тех товаров, которых ждет ваша целевая аудитория, и, во-вторых, с традиционных товаров и услуг, которые стандартно должны присутствовать в салоне. Затем, по мере роста доверия постоянных клиентов к вашему магазину и персоналу, в том числе к врачам-оптометристам, ассортимент магазина изменяется, увеличиваясь в ширину и поднимаясь в цене. При этом постоянным клиентам выдаются карты лояльности, которые позволяют рост цен либо предоставлять дополнительные льготы.

Редакция газеты «Поле зрения» и компания «Маркет Ассистант Групп» продолжает цикл публикаций для управленцев оптического предприятия. Целью корректировки ваших бизнес-процессов является увеличение клиентского потока в клинику или магазин оптики и, как следствие, рост прибыльности предприятия. Для достижения этой цели мы вспоминаем и структурируем постулаты маркетинга, применительно к нашему рынку, и разбираем конкретные примеры из современной российской действительности.



Для того чтобы провести опросы и подсчеты, нужно создать анкету, в которой написать не больше 5-6 вопросов и, лучше, дать к ним варианты ответов для ускорения процесса. Ответившим на всю анкету предложите подарок, выбранный из товаров вашего магазина, либо скидку на покупку товара,

или услуги в следующий раз. Таким образом, вы совместите и маркетинговый опрос, и маркетинговую акцию по привлечению покупателей в ваш салон или клинику. Анкетирование существующих клиентов можно проводить, когда посетители ожидают в очереди, когда возникает пауза в обслуживании

при оплате товара или услуги на кассе. Впрочем, небольшую паузу можно создать искусственно, если вы заинтересованы в получении данных для анализа.

Интерпретация полученных данных не составит большого труда. 100 опрошенных принимаются за 100 процентов. И если львиная доля

респондентов работает в соседнем бизнес-центре или заходит к вам после работы на фабрике, расположенной рядом, нужно весь интерьер, ассортимент, рекламные акции и даже рекламный стиль ориентировать на вашу основную целевую аудиторию. Ту, которая и будет вашим основным покупателем.

## Бенчмаркинг или конкурентный анализ

Разновидностью маркетингового анализа является исследование конкурентов. Есть города, в которых на одном перекрестке расположены четыре магазина оптики. И есть районы, в которых нет даже пары готовых очков — чтобы их приобрести, необходимо собраться в отдельное путешествие в центральный населенный пункт. Чем выше конкуренция, тем тщательнее должен быть подобран ассортимент и определены цены. Оба параметра должны быть сравнимы с соседним предприятием. Обычное построение ассортимента с точки зрения конкуренции таково:

1. Товары, которые есть в любом магазине оптики — цена везде одинаковая. Например, контактные линзы самых покупаемых параметров и широко распространенных производителей; солнцезащитные очки в средней ценовой категории, рекламируемые по центральным каналам массовой информации, торговых марок «на слуху» у массового потребителя.

2. Товары, которые должны присутствовать в магазине оптики, ожидаемы — цена отличается в зависимости от представленной марки. Растворы для контактных линз, готовые очки, оправы и солнцезащитные очки в низкой и средней ценовой категории. Футляры, салфетки и т.п.

3. Товары, зависящие от параметров зрения клиента — цена индивидуальна. Очные линзы различных производителей, жесткие контактные линзы, линзы на заказ (например, прогрессивные).

4. Брендывые товары — цена сравнима с конкурентами.

5. Товары, эксклюзивно представленные в вашем магазине — цена эксклюзивна.

Построение матрицы услуг клиники аналогично:

1. Услуги стандартные.

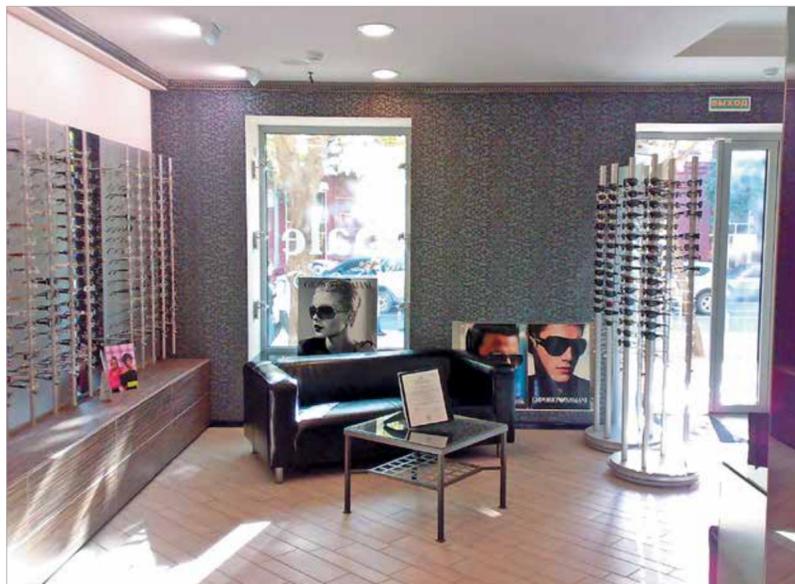
2. Ожидаемые клиентом от любого офтальмологического предприятия.

3. Оказываемые по показаниям и, следовательно, вариативные, те, что могут быть расширены за счет включения различных измерений и препаратов.

4. Дорогостоящие — когда пациент запрашивает общую стоимость услуги и имеет возможность сравнить ее с прайс-листом ваших конкурентов, даже не вдаваясь в подробности оказания услуги.

5. Эксклюзивные, оказываемые только в вашей клинике.

В обоих случаях владелец предприятия вырабатывает стратегию поведения на своем рынке и придерживается этой линии поведения, пока не получит результата, отрицательного или положительного. Как известно, любая теория проверяется практикой.



Салон оптики «Спектр» (г. Барнаул)



## Конкуренция — это двигатель бизнеса. Конкретная ситуация (кейс)

Одна из стратегий поведения на рынке — следование за лидером. В Москве есть очень хороший с точки зрения месторасположения и «раскрученности» салон оптики на Селезневской улице. Несколько раз я проводила в этом салоне тренинг по продажам, в котором руководители магазина просили меня сделать упор на работу оптика-консультанта с несколькими покупателями одновременно. Как избежать конфликтов, как организовать очередь, как понимать клиента с полуслова и разговаривать с ним, быстро и четко формулируя предложение, как завершать продажу, чтобы не обидеть клиента, расположенного к долгой беседе. Все эти параметры, как вы уже поняли, касались ситуации, когда в магазине стояла очередь к каждому из работающих в салоне оптиков-консультантов, когда клиенты, и особенно в выходные дни, в салоне было очень много и приходилось выставлять дополнительный обслуживающий персонал.

Положение дел в этом магазине не могло не остаться незамеченным. В течение трех лет у магазина появились соседи — сначала по ходу движения от станции метро «Новослободская». Затем и рядом с популярным магазином, на соседней улице. Тем временем на самой улице Селезневская открыли новую станцию метро, и поток посетителей не иссяк. Тем не менее владельцы магазина почувствовали, что структура целевой аудитории существенно изменилась: меньше стало покупателей дорогих товаров (они перешли в новый магазин ближе оживленного и более доступного района улицы Новослободская), меньше стало рецептурных заказов — потребитель смог сравнить прием врача и скорость изготовления очков в новых магазинах оптики и, к сожалению, не в пользу разбираемого нами салона.

Изменения в структуре покупок сказались на общем денежном потоке — уровень снизился. Следующий шаг в конкуренции, который макетолог может прогнозировать в данной ситуации, — открытие следующего магазина-конкурента на самой Селезневской улице, «дверь в дверь» или рядом в том же доме. И это возможно, поскольку сами владельцы магазина рассматривали вариант расширения помещения за счет соседнего, но так и не решились на смелый шаг.

Попробуйте сейчас продумать и выписать рецепт салону — что надо сделать, чтобы сохранить существующий бизнес?

## Рецепт макетолога

Агрессивная нестандартная рекламная кампания.

Возврат клиентов и пациентов магазина за счет создания программы лояльности. Обзвон всех ушедших клиентов.

Обновление сайта магазина, создание продающих информационных страниц.

Анализ работы продавцов и врачей, выявление «болевых» точек в коммуникациях, создание и проведение тренинга по коммуникациям с клиентами.

Бенчмаркинг. Разработка стратегии конкуренции.

Анализ уличных витрин, интерьерных решений и P.O.S.-материалов. Построение программы взаимодействия с поставщиками по имиджевым и рекламным материалам.

## Из чего же сделаны наши предприятия?

Маркетинг-микс — это одна из основных концепций маркетинга, которая рассматривает совокупность четырех факторов успеха компании: продукта, его цены, распространения и продвижения. На английском все слова начинаются на P (product, place, price, promotion), поэтому второе название концепции — 4P (четыре пи).

Мы посмотрим на эту концепцию как на инструмент маркетингового анализа, который в целом поясняет как устроено любое предприятие, работающее в конкурентной среде. В построении стратегии развития своего салона или клиники мы должны четко определить:

1. Свой продукт (товар и/или услугу). Под продуктом здесь мы понимаем свое предприятие в целом, включая его наименование и фирменный стиль, экстерьер, интерьер, квалификацию персонала. Сюда же необходимо включить ваше представление о стратегических целях существования предприятия на рынке.



2. Месторасположение предприятия (и его филиалов), способ оказания услуг, продажи товаров — салон, шоу-рум, врачевский кабинет, операционная. Выездная, стационарная форма и т.д.

3. Уровень цены. Стоимость оказания услуги. Доступность товаров и услуг для выбранной целевой аудитории, для географического района, в котором продается продукт в целом.

4. Продвижение. Сюда мы включаем все формы коммуникации, разговора предприятия со своей целевой аудиторией: реклама, PR, программы лояльности, мерчендайзинг, презентации персонала.

## Затем начинается самое интересное

Взяв за основу инструментальной 4P, можно настроить работу своего салона или клиники

по параметрам, которые вы сами создадите, пропишете в инструкциях к рабочим процессам и, контролируя и находясь в постоянном анализе и синтезе, получите трудно копируемую, уникальную систему собственного бизнеса.

Продолжение следует

Изиджи предоставлены торговой маркой Alan Blank (США)

## Технологии коммуникаций

Московская международная оптическая выставка, MIOF	События	Поиск партнеров
Маркетинг	Реклама	Издательский дом
Дополнительные программы образования	Креатив	Дизайн
Стратегии	Создание коллекций очков и оправ	Организация деловых туров на выставки

## Оптический маркетинг в России

Market Assistant Group    Тел.: +7 495 749-04-49, +7 903 749-62-23  
optcmag@gmail.com



## Илья Бруштейн

## Открывая новые таланты

Признаваться в своих ошибках и недостатках всегда неловко. Это касается и автора этих строк. Когда я увидел, как быстро, уверенно, можно сказать, виртуозно Елена Матвеева колет дрова, мне сразу же захотелось ей помочь... В конце концов, рубка дров всегда считалась мужским делом, тем более в походе или во время туристического слёта. Но, увы и ах... Колка дров, к сожалению, не является моей сильной стороной.

Конечно, если бы я был в лесу один, то с топором как-нибудь смог справиться, костёр бы разжёг... Но шансов «конкурировать» с таким «экспертом по колке дров», как Лена, у меня не было никаких. Девушка проявила себя настоящим профессионалом. Оставалось только стоять и любоваться её работой. От помощи Матвеева категорически отказалась.

«Я действительно с удовольствием занимаюсь заготовкой дров. Во время любого похода — это моё любимое занятие, — рассказала кареглазая бронетка. — Колка дров — это прекрасный фитнес. Моя работа связана с компьютером, с подготовкой различных документов. Поэтому физическая активность на свежем воздухе — лучший отдых для меня!»

Матвеева — человек известный в Санкт-Петербургской региональной организации ВОС. Она является секретарём Нарвской местной организации, объединяющей инвалидов по зрению Кировского района Санкт-Петербурга. Лена и сама — инвалид второй группы по зрению. Но, несмотря на ограниченные возможности здоровья, с работой секретаря справляется успешно.

Молодая петербурженка проявила себя на слёте не только в качестве лучшего дровосека. Она также была капитаном одной из трёх команд. Всего в слёте приняли участие 40 человек. В первый день мероприятия во время прохождения

# Мы — одна команда!

## Опыт молодёжной работы Всероссийского общества слепых (ВОС)

В большинстве региональных организаций Всероссийского общества слепых (ВОС) в настоящее время действуют Советы по работе с молодёжью. Их задача — взаимодействие с членами Общества от 18 до 40 лет. Корреспондент газеты «Поле зрения» побывал на одном из мероприятий, которое организовал Совет по работе с молодёжью Санкт-Петербургской региональной организации ВОС — на туристическом слёте, проходившем в посёлке Лосево Приозерского района Ленинградской области.

Хотелось не только познакомиться с самостоятельными туристами, принять активное участие в программе слёта, но и поговорить с активистами о молодёжной политике ВОС, о том, как сделать Общество слепых интересным и привлекательным для молодых инвалидов по зрению.

квеста все пары и девушки были разделены на три команды. Работа капитана осложнялась тем, что все участники слёта обладали и разными зрительными возможностями, и разным уровнем физической подготовки. Присутствовали и слепые ребята, которые без проблем ориентируются в пространстве, и тотально незрячие.

Возможности пространственной ориентировки у тотально слепых тоже очень различались. Кто-то из них привык самостоятельно перемещаться по городу с белой тростью, имеет значительный опыт туристических походов, а кто-то ослеп совсем недавно и даже посещение ближайшего продуктового магазина воспринимает как «экстремальное путешествие».

В этой ситуации капитану было необходимо внимательно следить за физическим состоянием и прохождением маршрута всеми членами команды. На лесной тропе никто не должен был отстать, упасть, пораниться. Именно капитан отвечал на безопасность и благополучие всех членов команды. Лена справилась со своими обязанностями «вожака» так же уверенно, спокойно и красиво, как и с колкой дров.

Наверное, одна из целей туристического слёта и заключается в том, чтобы молодые члены и сотрудники ВОС могли раскрыть свои таланты, проявить себя в новом качестве, в новой роли. А что думать о прошедшем мероприятии сама Елена Матвеева? «Мне слёт очень понравился, так как он дал возможность весело провести время, познакомиться с новыми людьми, подышать лесным воздухом, почувствовать бурный нрав горной реки Вуоксы. По моему мнению, все участники слёта за три дня стали одной командой».

## Флейта у костра

Если говорить о неожиданных талантах и способностях, которые раскрыл туристический слёт в Лосево, то нельзя не упомянуть имя Алексея Воронова. Многие незрячие и слабовидящие петербуржцы знали, что он прекрасно играет на гитаре и обладает обширным вокальным репертуаром. Но оказалось, что Алёша владеет не только гитарой, но и флейтой.

Большинство участников туристического слёта солные выступления на флейте услышало впервые в своей жизни. Сначала даже раздавались недоуменные вопросы: «Парень, а что это у тебя за дудочка?» Но потом оказалось, что с помощью деревянной «дудочки» можно извлекать просто божественные звуки... Все пары и девушки согласились с тем, что во время вечерних и ночных сиделок у костра флейта звучит не менее проникновенно и красиво, чем гитара.

«Флейта и гитара — два моих любимых инструмента, — рассказал Алексей Воронов. — К песням под гитару в походах и во время туристических слётов уже все привыкли. А моя флейта стала для ребят сюрпризом, своеобразной «изюминкой». Это очень нежный, щемляще романтичный инструмент, позволяющий слушателям погрузиться в мир речей, мечтаний, лирических воспоминаний... Некоторые люди даже считают, что на флейте играют только девушки, что это «женский инструмент». Но на самом деле среди профессиональных музыкантов есть и немало мужчин».

Алексей пока только мечтает о профессиональной сцене. Но он принимает активное участие во всех самостоятельных музыкальных конкурсах, которые проводятся в Санкт-Петербургской региональной орга-



Руководитель спортивно-туристического клуба «Масштаб-плюс» Андрей Гостев



Председатель Совета по работе с молодёжью Елена Лебедева

низации ВОС. Незрячий флейтист, гитарист и певец нередко выступает на свадьбах, юбилеях, корпоративных мероприятиях. Когда у него есть настроение, парень пробует себя и в роли уличного музыканта: «Я люблю ритм большого города. Петербуржцы и туристы не только проявляют щедрость к уличным музыкантам, но и говорят много добрых, тёплых слов... Такая поддержка очень важна».

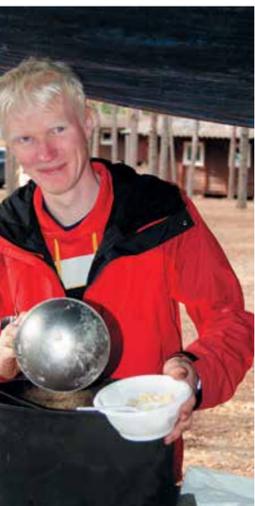
Член Совета по работе с молодёжью, специалист по кадрам Санкт-Петербургской региональной организации ВОС Инна Силова с гордостью отметила, что музыкальное искусство Воронова порадовало не только участников турслёта, но и других гостей, находящихся в это время на базе «Лена»: «Во время импровизированных концертов к нашему костру подходили самые разные люди. Они просили разрешения посидеть вместе с нами, «заказывали» Алексею песни. И он никогда не отказывал, охотно выполнял все заявки слушателей».

Алексей покорила публику не только музыкальными, но и лингвистическими способностями. Вокальные композиции он исполнил

не только на русском, но и на английском и немецком языках. Изучение иностранных языков — одно из увлечений «служителя муз». А ещё Воронов очень любит путешествовать. Его поездки по России можно даже назвать не путешествиями, а «странствиями».

Парню на месте не сидится, порой он проводит в дороге по несколько месяцев, подолгу останавливается в обезлюдённых, отдалённых деревнях и хуторах. Его манят просторы Сибири. Он с удовольствием отправляется с друзьями в пешие походы...

Туристический слёт, организованный Советом по работе с молодёжью, носил реабилитационную направленность. Но что означает слово «реабилитация»? Думается, что в это понятие входят и встречи с такими талантливыми, активными, доброжелательными людьми, как Алексей Воронов. Первая группа инвалидов по зрению не мешая ему вести яркую, насыщенную жизнь, наполненную открытиями и приключениями. Общение с Алексеем может помочь всем товарищам по несчастью, впавшим в уныние, не способным освободиться от пут депрессии...



Участник турслёта Сергей Шаранов

### Зачем незрячему лезть на дерево?

У Андрея Гостева, так же как у Алексея Воронова, первая группа инвалидности по зрению (с минимальным остатком зрительных функций). На знакомых и малознакомых маршрутах по городу Андрей всегда использует белую трость. Со своей помощницей-тросточкой Гостев передвигается медленно, осторожно, обдумывая каждый шаг...

Совсем по-другому Андрей ведёт себя на знакомых маршрутах: и в городских условиях, и на лоне природы. Здесь белая трость ему же не требуется! В любую погоду — осенью, весной и летом — Гостев преодолевает путь от работы до дома на роликовых коньках. При его зрительных возможностях это далеко не безопасно... Но в кругах петербургских инвалидов по зрению у героя нашей публикации уже давно сложилась репутация «экстремала».

Впрочем с этим имиджем Андрей Юрьевич категорически не согласен: «На самом деле я никакой не «экстремал». Слово «экстрим» мне вообще не нравится, так как оно связано с легкомыслием и необдуманным риском. Мне по душе гораздо больше не «экстрим», а регулярные, умеренные занятия физической культурой, в том числе на свежем воздухе».

Гостев руководит спортивно-туристическим клубом «Масштаб-плюс», действующим в Центре культурно-спортивной реабилитации Санкт-Петербургской региональной организации ВОС. Он также является инструктором по адаптивной физической культуре на крупнейшем специализированном предприятии ВОС в Северной столице — Комплексе реабилитации инвалидов «Контакт».

Спортивная и туристическая работа Гостева включает в себя много направлений. Самые известные из них: развитие адаптивного скалолазания и горного туризма, лыжные походы, а также велосипедный спорт на специальных велосипедах-тандемах. Андрей Гостев и члены его команды уже покорили вершины Эльбруса и Казбека. Они уверенно чувствуют себя и на городских скалодромах, и на скалах Крыма и Карельского перешейка. Андрей Юрьевич был одним из организаторов и вдохновителей туристического слёта в Лосево. Но участником мероприятия он запомнился, в первую очередь, своим удивительным мастер-классом лазающим по деревьям.

Незрячему петербуржцу требуется всего несколько минут, чтобы оказаться на вершине тридцатиметровой сосны или столетнего дуба. Его удивительные способности порой приводили к забавным ситуациям. Некоторые грибки в Ленинградской области, увидев его на макушке сосны или берёзы, не могли скрыть своего удивления... Кто-то принимал его за танистивно-мифического «лесного человека», кому-то вспоминались истории о финских снайперах «кукушках», устранивших свои наблюдательные пункты прямо на деревьях... Со времени окончания советско-финской войны 1939-1940 года прошло уже три четверти века, но легенды о «невидимых» вражеских снайперах всё ещё живы в Северо-Западном регионе.

«Андрей Юрьевич, а зачем современному человеку лезть на дерево, тем более человеку незрячему?»

«Древолазание — это древнее искусство, древний навык. По деревьям лазали первобытные люди, наши далёкие предки. Поэтому желание лезть на дерево, придя в лес, у человека буквально «в крови». К макушкам деревьев манит

«генетический код», данный от природы инстинкт, который имеется у каждого из нас. Древние люди залезали на деревья, чтобы в лесной чаще укрыться от диких зверей или разбойников...»

В современном мире древолазанием занимаются, чтобы достичь душевной гармонии, справиться с каждодневными «стрессами», преследующими на каждом шагу... На макушке дерева я ощущаю абсолютное блаженство, полное расслабление, единство с природой, с лесной чащей.

В обычной жизни у незрячего человека может возникнуть потребность залезть на макушку дерева, чтобы воспользоваться услугами мобильной связи. Как известно, в лесу мобильный телефон может «не ловить», и приходится устремляться ввысь.

Если имеется хотя бы небольшой остаток зрения, то перемещение по стволам деревьев может наградить удивительными видами, картинами далёких просторов. Но и тотальнику на макушке сосны или дуба находится очень интересно. Своим внутренним зрением он может ощутить окружающую его красоту. И дышит в кронах деревьев совсем по-другому, чем внизу! Настоящий насыщенный сосновый аромат можно почувствовать только на макушке сосны!

«А Вам не страшно на макушке, ведь дерево качается из стороны в сторону. Не боитесь свалиться вниз? Вы ведь даже страховку не используете...»

«Во время подъёма на скалы я всегда использую страховку, а также помощь зрячего ассистента. Но при подъёме на дерево в ней нет необходимости. Я — опытный скалолаз, поэтому никакого страха перед деревьями у меня нет... Покорить скалу гораздо тяжелее и опаснее, чем взобраться вверх по стволу дерева. Любый человек, привыкший наблюдать за природой и часто бывающий в лесу, может отличить крепкое дерево от трухлявого. Крепкое, здоровое дерево просто не может упасть под тяжестью обычного человека».

«А вдруг обломится ветка, на которую Вы опираетесь...»

«Ни один древолаз никогда не облакачивается на ветки! Мы перемещаемся исключительно по стволу. Техника древолазания очень близка к скалолазанию. Опора всегда происходит на три точки. Например, древолаз опирается на две ноги и руку, или на две руки и ногу. Никогда нельзя оторвать от ствола, так же как и от скалы, обе руки или обе ноги! Особенно острое древолазание является использованием коленей, тогда как при скалолазании колени обычно не задействованы».

«Древолазание — это просто увлечение? Или оно может превратиться в профессию?»

«Профессиональные древолазы требуются для сбора молодых, маленьких сосновых шишек, которые используются для приготовления варенья. Маленькая баночка варенья из сосновых шишек стоит дороже, чем баночка красной икры. Это лакомство для гурманов, готовых за него заплатить! Мне неоднократно предлагали профессионально заняться сбором сосновых шишек, но у меня и так большая профессиональная нагрузка и много домашних дел... Но, вообще, инвалид по зрению вполне способен стать профессиональным древолазом».

В России древолазы также требуются для бортничества (бортового племеловства) — сбора мёда диких пчёл, для заготовки чаги (берёзового гриба). В услугах древолазов есть потребность в научных биологических экспедициях.



Опытный древолаз Андрей Гостев



Андрей Гостев и Андрей Безызнennykh



Инвалиды по зрению с велосипедами-тандемами



Андрей Гостев и зрячий велосипедист Александр Григорьев

«Что бы Вы могли посоветовать незрячим и слабовидящим людям, которые также заинтересуются древолазанием?»

«Самый разумный и безопасный путь: сначала позаниматься на скалодроме под руководством опытного инструктора, освоить технику скалолазания... А уже потом можно отправляться на природу к скалам и высоким деревьям».

Например, в Германии скалолазание входит в обязательную программу всех специализированных школ для слепых и слабовидящих детей. Оно не только способствует развитию навыков пространственного ориентирования, но и оказывает позитивное психологическое воздействие».

Скалолазание и древолазание вырабатывают уверенность в себе, выносливость, способность быстро принимать решения».

«Каждый ли человек может прийти на скалодром?»

«Начать заниматься скалолазанием может любой без исключения человек, от маленьких детей до глубоких стариков. Никакой предварительной физической подготовки для этого не требуется. Адаптивное скалолазание на оборудованном скалодроме — это самый доступный и безопасный вид физической активности для инвалидов по зрению. На сегодняшний день в России становится всё больше скалодромов, они создаются практически в каждом областном центре. Их услуги вполне доступны. В Санкт-Петербурге несколько скалодромов бесплатно предоставили возможность тренироваться инвалидам по зрению и другим людям с ограниченными возможностями здоровья».

Мне думается, что подобная работа должна проводиться и в других регионах. Необходимо налаживать контакты со скалодромами, с областными федерациями скалолазов».

«Андрей Юрьевич, во время этого туристического слёта Вы залезали на сосны, чтобы заинтересовать участников регулярными занятиями на скалодроме?»

«Именно в этом и состоит моя работа! Наш туристический слёт проходил на турбазе в посёлке Лосево, где не имеется ни природной скалы, ни скалодрома. Поэтому «покорение» высоких деревьев стало единственной возможностью привлечь парней и девушек к занятиям скалолазанием. Мне хотелось сказать всем участникам: «Приходите на скалодром! И вы тоже через какое-то время сможете взобраться на деревья и скалы!»

Кстати, этим видом спорта могут заниматься не только инвалиды по зрению, но и люди, у которых имеются проблемы с опорно-двигательным аппаратом, ампутирована рука или нога... Поэтому незрячие и слабовидящие люди с «букемом» сопутствующих заболеваний я тоже приглашаю на скалодром. Они вряд ли достигнут паралимпийских вершин, но смогут укрепить физическое и душевное здоровье».

«С какими трудностями Вы сталкиваетесь при организации физкультурно-спортивной работы?»

«Существует своя специфика в каждом виде спорта. Например, для развития велосипедного спорта слепых необходимо не только приобрести велосипеды-тандемы, но и организовать работу «лидеров», зрячих спортсменов, управляющих этими транспортными средствами».

«Не надо думать, что с тандемом может справиться каждый зрячий человек! Это специфическое транспортное средство, которое является более громоздким и неповоротливым, чем обычный велосипед. Во время велопрогулок тандем в течение дня проходит десятки километров...»

Порой приходится перемещаться в условиях интенсивного автомобильного движения. Поэтому «лидером тандема» может стать только опытный велосипедист. Эта работа для волонтеров. К сожалению, никакого материального вознаграждения для «лидеров» не предусмотрено».

«Для развития адаптивного скалолазания также необходима помощь зрячих инструкторов-скалолазов, сопровождающих человека с инвалидностью во время прохождения



Елена Матвеева. Заготовка дров



Турслёт в Лосево. Вечерний костёр

маршрута. Этим энтузиастов тоже не хватает... Есть проблемы с сопровождающими и при организации пеших, водных походов.

— Для развития адаптивного туризма и спорта нужны не только материальные ресурсы, но и помощь многочисленных энтузиастов?

— Это общемировая практика. Требуется добротность, желающие помочь людям с инвалидностью вести полноценную, полноценную жизнь, открывать для себя окружающий мир.

### Воспитание командного духа, освоение бытовых навыков

Активное содействие в организации туристического слёта оказал руководитель отдела по работе с молодёжью Культурно-спортивного реабилитационного комплекса (КСРК) ВОС И.В. Онищенко. Иван специально приехал из Москвы, чтобы принять участие в слёте. Вместе с членами Совета по работе с молодёжью Санкт-Петербургского регионального организации ВОС он участвовал в разработке программы мероприятия, осуществлял судейство команд во время квеста, был задействован в решении всех организационных вопросов.

В Ленинградской области состоялась наша первая личная встреча. Но заочно с Иваном Онищенко автор этих строк был знаком уже давно. Его голос часто звучит в эфире интернет-радиостанции Всероссийского общества слепых «Радио ВОС». Хотелось поговорить с молодёжным вожакон не только о прошедшем мероприятии, но и обсудить весь комплекс молодёжной работы в ВОС.

— Иван, зачем региональные организации ВОС проводят туристические слёты? Почему Вы лично принимаете участие в подобных мероприятиях?

— Отдел по работе с молодёжью КСРК ВОС — это центральное, ключевое подразделение по организации молодёжной работы во Всероссийском обществе слепых. У нас в отделе работают пять сотрудников. Наша задача заключается в том, чтобы взаимодействовать с Советами по работе с молодёжью, созданными в различных регионах.

Туристические походы, туристические слёты — это важная часть молодёжной работы и одновременно важная составная часть реабилитации. В походе или во время туристического слёта происходит воспитание командного духа, а также освоение важных бытовых навыков, востребованных в реальной жизни. Участие в походах и турслётах развивает навыки мелкой моторики, пространственного ориентирования, укрепляет уверенность в себе.

— Расскажите, пожалуйста, о программе турслёта в Ленинградской области и других подобных мероприятиях.

— В каждом регионе турслёты и походы проходят по-разному. Но существуют методические наработки нашего отдела, которые зарекомендовали себя по всей стране. Наш отдел никому ничего не навязывает. Мы просто делимся своим опытом, а молодёжные активисты в каждом регионе решают, хотят ли они этим опытом воспользоваться и какая помощь им требуется.

В последние годы мне довелось принять участие в организации большого числа туристических слётов. И почти везде, в том числе на нынешнем мероприятии в Ленинградской области, мы проводили квесты.

— А что такое «квест»?

— Квест — это весёлая, активная командная игра. Командам необходимо выполнять самые разные задания. Все участники квеста



Андрей Гостев



Андрей Гостев с сыном Павлом

должны продемонстрировать и силу, и ловкость, и споровку, и сообразительность, и остроумие. А самое главное — необходимо показать командный дух. Все задания квеста составляются таким образом, чтобы в них присутствовала реабилитационная составляющая.

— Расскажите, пожалуйста, о заданиях, с которыми предстояло справиться участникам туристического слёта в Ленинградской области.

— Заданий было очень много. Члены команд демонстрировали своё умение быстро собирать и разбирать палатку, правильно складывать вещи в рюкзаке. Каждой команде предстояло наколоть дров, разжечь костёр, сварить на этом костре макароны с тушёнкой.

— Вы упомянули стандартные задания, которые предлагается выполнить почти на любых туристических слётах. А имеются ли у Вас какие-нибудь «ноу-хау», активные игры, конкурсы, созданные специально для инвалидов во зрению?

— Мне думается, что выполнение «стандартных заданий» вполне уместно на туристическом слёте инвалидов по зрению. Слепому или слабовидящему человеку тоже нужно уметь наколоть дрова и разжечь костёр... Но на наших турслётах есть и свои «изюминки», которыми мы встретились на обычных мероприятиях для зрячей молодёжи.

Например, на турслёте в Лосево всем очень понравилась активная игра «Минное поле». Участникам команд необходимо было, разбившись на пары, пройти полосу препятствий. Препятствия представляли собой натянутые верёвочки, которые надо было не зацепить, а также пластмассовые тарелочки и кружечки, наполненные водой. Эту пластмассовую тару нужно было не задеть.

Особенность этой игры состоит в том, что в каждой «двойке» один человек — тотально незрячий, а второй — слабовидящий. Тоталнику ещё и повязку на глаза надевали, чтобы убедиться, что

за каждым тоталником был закреплён персональный слабовидящий «куратор», который сопровождал его всё время: и во время соревнований, и в остальное время. Если же «куратору» необходимо было отлучиться, он должен был предупредить об этом своего подопечного и при необходимости найти для него другого «куратора» на время своего отсутствия.

— Это было сделано из соображений безопасности?

— И для безопасности, и для психологического комфорта. Незрячим людям трудно оказаться в одиночестве в незнакомой обстановке, поэтому присутствие рядом товарищей вполне разумно.

— Какие ещё задания предлагались во время квеста?

— Практически все задания привязаны к командной игре, с действиями в коллективе. В последние годы приобрело популярность английское слово «тимбилдинг» — командообразование. Наш туристический слёт — это тоже тимбилдинг для молодых активистов ВОС. Например, в одном из заданий членам команд необходимо было разбиться на маленькие группы по три человека и связать друг друга по рукам.

— Три человека оказывались привязанными друг к другу?

— Да, три человека оказывались привязанными друг к другу. Это интересный психологический эксперимент. Связанные люди как бы становятся единым целым. И в таком виде каждой «тройке» предлагали зачерпнуть воду из одной кастрюли и донести её до другой кастрюли, стоящей в нескольких десятках метров. При этом идти надо было задом наперёд и воду не разлить.

— Как же участники «тройки» могли зачерпнуть воду, если их руки были связаны?

— В этом и состояла изюминка курса! Зачерпнуть и донести кружку воды со связанными руками ползти по земле. Дабы участник не испачкался, он получал настоящий армейский маскировочный халат.

Это хорошая игра, но на роль «штурмана», конечно, подходит не каждый человек. Необходимо, чтобы оставался приличный остаток зрения. А «бойцом» с помощью повязки на глаза можно почувствовать себя каждым.

— Почему Вы считаете эту игру такой важной?

— В этом задании при взаимодействии «бойца» и «штурмана» в игровой форме моделируется модель взаимоотношений между незрячими и слабовидящими членами ВОС. На сегодняшний день в ВОС тотально незрячих — меньшинство. Очень важно, чтобы слабовидящие пары и девушки оказывали помощь тем, кто полностью лишён визуальных возможностей... Я сам являюсь тоталником и почувствовал актуальность этого вопроса на собственном опыте.

И слабовидящие, и незрячие участники турслёта должны почувствовать себя одной командой, но ограниченные возможности здоровья того или иного человека необходимо учитывать.

— Наверное, слабовидящим ВОСовцам необходимо помогать своим слепым товарищам не только на игровой полосе препятствий, но и в реальной жизни...

— Игра «Минное поле» как раз и заставляет всех нас об этом задуматься. После «Минного поля» и слепые, и слабовидящие туристы лучше понимают свою зависимость друг от друга, тем более в условиях дикой природы. Кстати, во время туристического слёта в Лосево

— В течение нескольких лет в Камызякском районе Астраханской области, на необитаемом острове Чилимка в дельте Волги каждое лето проходил реабилитационный фестиваль ВОС «Остров Робинзонов». К сожалению, сейчас проведение этого фестиваля приостановилось из-за организационных проблем, но он стал важным этапом в развитии ВОСовского туризма.

Участники проекта в течение недели должны были прожить на острове в довольно-таки суровых условиях. На остров можно было взять с собой минимальное количество вещей и продуктов. Основу питания составляла рыба, которую ловили сами «робинзоны».

— Приходилось довольствоваться самым необходимым?

— Я не могу сказать, что это был настоящий «экстрим», как в каком-нибудь телевизионном «реалити-шоу». Всё-таки речь идёт о реабилитационном мероприятии для людей с ограниченными возможностями здоровья. Но во всяком случае все участники приобрели ценный жизненный опыт и полезные навыки.

Уже в течение шести лет интереснейшие туристические слёты организуются в Омской региональной организации ВОС. Мне всегда доставляет огромное удовольствие принимать в них участие, в том числе и в этом году. Эти турслёты проходят в настоящей таёжной глуши... Уже сейчас могу сказать, что в 2017 году мы организуем в Омской области нечто особенное, особый турслёт для подготовленных, опытных незрячих и слабовидящих туристов.

— Что же Вы хотите предложить?

— В Омской области у региональной организации ВОС сложились хорошие взаимоотношения с областным управлением МЧС. Все эти годы они оказывали нам содействие в проведении турслётов.

А в следующем году мы хотим провести не очередной турслёт, а создать настоящий военно-спортивный лагерь. Задания, которые предстоит выполнить участникам, условия их проживания будут максимально приближены к учебно-тренировочным лагерям, в которых проходит подготовку сами сотрудники МЧС.

Инвалиды по зрению, обладающие соответствующей физической и психологической подготовкой, успешно зарекомендовавшие себя на предыдущих турслётах, в течение одной недели получат шанс приблизиться к суровой романтике военной службы, почувствовать себя «в шкуру» сотрудников силовых ведомств.

Всех секретов я раскрывать не буду, но следующий Омский турслёт будет проведён в глухой тайге, в безлюдной местности, отдалённой десятками километров от ближайшей чащи от туристического населённого пункта. Доставка людей будет осуществляться вертолётами МЧС. При этом вертолёт не станет приземляться на таёжную поляну, а зависнет в воздухе в двадцати метрах от земли. Участникам турслёта будет необходимо спуститься на землю по канату или верёвочной лестнице, а также обеспечить выгрузку оборудования.

— А какой смысл разыгрывать театральные сценки с конфликтными ситуациями?

— Мы не просто разыгрываем сценки с конфликтными ситуациями, а предлагали паре найти выход из этой ситуации. В данном случае конкурсная сценка должна была не просто продемонстрировать склоку супругов, а показывать, какой выход они нашли из сложившейся ситуации, как они смогли найти компромисс, преодолеть возникший противоречие.

— Иван, Вам нередко приходится бывать в различных регионах нашей страны, принимать участие в туристических слётах, походах слепых и слабовидящих туристов. Что из этих поездок запомнилось больше всего?



Прохождение Лосевского порога на рафте

— По Вашему мнению, какие турслёты способствуют росту популярности ВОС среди молодых инвалидов по зрению?

— Во Всероссийском обществе слепых довольно уверенно и комфортно себя чувствуют люди всех поколений, в том числе и молодёжь.

— Но всё-таки многие молодые инвалиды по зрению пока не спешат вступать в Общество слепых. Часто можно услышать вопросы: «А чем ВОС может мне помочь?»

— Мне хочется ответить вопросом на вопрос: «А чем ты можешь помочь Обществу слепых? Чем ты можешь помочь своим товарищам по несчастью?» Всё-таки ВОС нельзя путать с обычной благотворительной организацией, которая оказывает содействие инвалидам. Мы организация ВЗАИМОПОМОЩИ.

Нам нужны не жалобщики, не «вечные просители» и «плакальщики», а мужественные, уверенные в себе люди с активной жизненной позицией. Вступление в ВОС — это не возможность получить какие-то привилегии, а проявление солидарности с другими слепыми и слабовидящими людьми.

Как бы трудно тебе ни было в данный жизненный момент, всегда необходимо помнить о тех, кому труднее, чем тебе.

— Организация туристических слётов и других реабилитационных мероприятий требует значительных финансовых средств. Как решается эта проблема?

— Источники финансирования могут быть разные. Некоторые мероприятия в регионах оплачиваются из бюджета ВОС в соответствии с постановлениями Центрального Совета нашей организации. Но в основном финансовые средства будут осуществляться вертолётами МЧС. При этом вертолёт не станет приземляться на таёжную поляну, а зависнет в воздухе в двадцати метрах от земли. Участникам турслёта будет необходимо спуститься на землю по канату или верёвочной лестнице, а также обеспечить выгрузку оборудования.

— Источники финансирования могут быть разные. Некоторые мероприятия в регионах оплачиваются из бюджета ВОС в соответствии с постановлениями Центрального Совета нашей организации. Но в основном финансовые средства будут осуществляться вертолётами МЧС. При этом вертолёт не станет приземляться на таёжную поляну, а зависнет в воздухе в двадцати метрах от земли. Участникам турслёта будет необходимо спуститься на землю по канату или верёвочной лестнице, а также обеспечить выгрузку оборудования.

— А кто именно занимается поиском финансовых средств?

— Советы по работе с молодёжью при региональных организациях ВОС не только организуют различные мероприятия, но и занимаются вопросами их финансирования, взаимодействия со спонсорами. Например, туристический слёт в Лосево удался провести благодаря финансовой поддержке Законодательного собрания Санкт-Петербурга. Осуществление

этого мероприятия потребовало напряжённой, кропотливой работы председателя Совета по работе с молодёжью Елены Владимировны Лебедевой и её активистов.

— Какие формы молодёжной работы в настоящее время развиваются в ВОС? Чем занимается ваш отдел?

— Организация туристических слётов — это только одно из многочисленных направлений нашей работы. Наш отдел оказывает методическую и консультационную помощь в организации самых различных молодёжных мероприятий в регионах. Мы также способствуем формированию в каждом регионе «молодёжного актива», выявлению потенциальных молодых лидеров. Эти лидеры приглашаются в Москву, на семинары и тренинги, которые проводятся в Культурно-спортивном реабилитационном комплексе ВОС. У них есть возможность посетить и другие регионы, чтобы обменяться опытом.

Наш отдел также занимается информационно-консультационной работой по вопросам новых технических средств реабилитации и компьютерных технологий, а также по юридическим вопросам защиты прав инвалидов. Лекции, семинары и консультации на эти темы проводятся и в Москве, и в региональных организациях ВОС.

Сотрудники нашего отдела создали Молодёжный портал инвалидов по зрению [www.ua.ksrk.ru](http://www.ua.ksrk.ru) и отвечают за его наполнение. Мы также работаем с социальными сетями Всемирной паутины и готовим молодёжные передачи для интернет-радиостанции «Радио ВОС».

Ещё одно направление нашей работы — тифлокомментирование отечественных и зарубежных фильмов, организация некоммерческих показов таких фильмов, содействие в организации специальных тифлокинотеатров в различных регионах. Кстати, в Омске умеют проводить не только прекрасные турслёты, но и недавно организовали в региональной организации собственный тифлокинотеатр.

Каждое зрительское место в таком кинотеатре оборудовано наушниками. Зрячие люди или слабовидящие с приличным остатком зрительных функций могут посмотреть фильмы «напрямую», а слепым зрителям предлагается воспользоваться специальными наушниками для тифлокомментариев.

— Какие финансовые средства требуются региональной организации ВОС, чтобы превратить обычный актовый зал в тифлокинотеатр?

— На покупку и установку оборудования обычно уходит не более полумиллиона рублей. Эти средства реально найти практически



Рафтинг. Турслёт в Лосево

в любой региональной организации ВОС. «Тифлокинотеатр» — это не какое-то отдельное здание, а обычный актовый зал, который может использоваться для проведения самых разных мероприятий, в том числе для показа фильмов с тифлокомментариями.

— Одной из «визитных карточек» вашего отдела стали дискотеки и «молодёжные кафе», которые проходят в Москве, в здании КСРК...

— На самом деле дискотеки и молодёжные кафе мы проводим не только в Москве. Столица просто стала нашей «презентационной площадкой». Наша задача состоит в том, чтобы распространить московский опыт на все регионы. И это не только специфика нашего отдела. Культурно-спортивный реабилитационный комплекс (КСРК) ВОС — это не московское, а общероссийское учреждение.

— Ваша работа связана с многочисленными командировками. Вам нравится такой ритм жизни?

— Сейчас для людей с инвалидностью стало гораздо удобнее перемещаться по стране. Во всех крупных вокзалах и аэропортах действуют службы сопровождения. И эти службы, как правило, работают очень достойно. Человек с инвалидностью ощущает себя почти как вил-персонал! Поэтому командировки меня не особо утомляют. Я люблю находиться в движении, общаться с новыми людьми.

— Вам удаётся во время поездок по стране познакомиться с местными достопримечательностями?

— Обычно рабочий график очень напряжённый и, к сожалению, не предполагает культурной программы. Но недавно во время рабочей поездки в Тюмень мне удалось провести пару часов на термальной источнике. Они доставили мне огромное удовольствие!

В Тюмени создана прекрасная инфраструктура для туризма, там действует спа-отели, современные санатории. Этот сибирский областной центр уже может конкурировать с Баден-Баденом и Карловыми Варами. Вообще, мне думается, что россиянам надо активнее путешествовать по собственной стране.

Тимбилдинг и «водные процедуры»

Каждое молодёжное мероприятие, каждый туристический слёт ВОС имеет свою специфику. Особенностью мероприятия в Ленинградской области стало знакомство с водными видами спорта. Участники турслёта расположились на турдоломке «Лена», в посёлке Лосево Приозерского района Ленинградской области.

Эта турбаза находится на бурной реке Вуоксе. Именно здесь располагается популярный у любителей водного туризма «Лосевский порог». За время проведения турслёта незрячим и слабовидящим путешественникам довелось познакомиться сразу с тремя плавательными средствами, которые используют водные туристы.

Первый день турслёта оказался «сухопутным»: он был посвящён выполнению заданий квеста, о которых было рассказано выше. Во второй день состоялось знакомство с гребными лодками и байдарками. И в гребных лодках, и в байдарках находились по два гребца. Один из них был слабовидящим, другой — незрячим.

«Водные прогулки по Вуоксе понравились нашим туристам на обоих плавсдествах», — рассказывает Андрей Гостев. — Впрочем, байдарки произвели на участников турслёта более яркое впечатление, так как они позволяли развивать значительную скорость. На гребных лодках передвижение проходило медленнее».

Главный навык, который предстояло освоить начинающим водным туристам — синхронность, слаженность в гребле. «При гребле на байдарках или гребных лодках совсем не обязательно прилагать значительные физические усилия. Самое главное — чтобы оба гребца координировали свои действия, выступали как одна команда, наблюдали друг за другом. Более сильный гребец должен «убавить» свой пыл, учитывая возможности более слабого... Для слабовидящего человека при гребле легче подстроиться под незрячего, чем наоборот. И в лодке, и в байдарке туристу-тоталнику приходится сложнее, чем его товарищу «с подглядом». Эти особенности необходимо учитывать».

Многие участники турслёта впервые познакомились с водными видами спорта. Новички на собственном опыте убедились в правоте Андрея Гостева. Если два гребца не могут наладить «синхронную работу», то у них просто отсутствует шанс пройти положенный маршрут. Таким образом, совместная парная работа становится одним из эффективнейших средств тимбилдинга.

В третий день туристов ожидало ещё одно плавсдество — рафты. Предстояло несколько раз подряд сплавиться по Лосевскому порогу. На гребных лодках и байдарках движение проходило по спокойной воде. Но рафтинг — это совсем иное! Здесь необходимо было учитывать бурное, стремительное течение горной реки. Вуокса на Лосевском пороге предстала как настоящая горная река, сравнимая с реками Кавказа и Алтая. В каждом рафте находилось до десяти незрячих и слабовидящих туристов, а также опытный инструктор.

«Мне очень понравился рафтинг! — делится впечатлениями слесарь-сборщик Санкт-Петербургского Учебно-производственного предприятия № 5, член Совета по работе с молодёжью региональной организации ВОС Владимир Кожемяков. — Я впервые в своей жизни оказался в бурной, своенравной реке. Наш рафт постоянно заливало водой. Пенящиеся водные струи напоминали шампанское, вырывающееся из только что раскрытой бутылки. Я ощутил «вброс» адреналина... Но было совсем не страшно, так как я доверял нашим инструкторам и организаторам».

После прохождения горного порога для участников турслёта был приготовлен ещё один сюрприз: инструкторы — уже на спокойной воде — организовали «переворот» вверенных им плавательных средств. Все, кто находился в рафте, оказались в воде. Необходимо было не терять присутствия духа, а как можно быстрее забраться в опустевший рафт и помочь это сделать менее ловким товарищам.

«Каждый турист, занимающийся рафтингом, должен быть в любую минуту готов к тому, что рафт может перевернуться, а он окажется в воде», — поясняет Андрей Гостев. — К таким ситуациям необходимо быть постоянно готовым. Поэтому мы и включили «переворот рафта» в программу турслёта. Мне очень приятно, что наши туристы не поддались панике, действовали чётко и слаженно... Кстати, для слепого человека упасть с рафта психологически сложнее, чем для зрячего. Отсутствует визуальный контроль. На ошупь бывает трудно определить, где же находится рафт».

Начинающие водные туристы при падении в воду с рафта нередко в ужасе выпускают из рук своё весло, которое безвозвратно ульывает по течению... Это непростительной ошибкой. Во-первых, весло помогает забраться на рафт после падения. Во-вторых, весло необходимо для дальнейшего прохождения маршрута. Без весла грести уже не получится... В-третьих, весло от рафта — это дорогой инвентарь, обращаться с которым нужно бережно. На нашем турслёте подобных оплошностей никто не допустил. Все ёсла, так же как и все туристы, завершили путешествие в целостности и сохранности.

«Честно говоря, я немного испугался, когда рафт перевернулся», — рассказывает Владимир Кожемяков. — Я — тотально незрячий, поэтому видеть рафт не мог и не сразу его нащупал. Но влезть обратно оказалось совсем не сложно. Мы были в спасательных жилетах, которые отлично держали нас в воде. Это было самое незабываемое купание в моей жизни».

Фотографии автора

# Мой большой канадский экзамен

## Registered Nurse, или Записки американской медсестры

Елена Филатова

Здравствуйте, дорогие читатели! Думала я думала, какую тему выбрать для сегодняшнего разговора, а потом решила, что мне давно уже пора отчитаться и оправдаться перед лицом своих товарищей: сижу в Канаде уже три года, а где записки канадской медсестры?! Вот я вам и поведаю о своём нелёгком и весьма запутанном пути к этому почётному званию.

Когда я решила после мучительных раздумий переехать к мужу в Оттаву, мне казалось — да и он меня уверял, коварный соблазнитель — что с трудоустройством проблем не будет. Известно, что надлежит делать, если что-то окажется, но я пренебрегла этой народной мудростью и бросилась в новую жизнь, как в омут головы. Когда я всплыла на поверхность, многое предстало в ином свете.

В Канаде врачи и медсестры являются государственными служащими: зарплату им платит провинция (в моём случае Онтарио), и она же регулирует и контролирует их практику. Вроде бы «так похоже на Россию, только всё же не Россия». Моя подруга детства в своё время окончила Тверской мед, а работав поехала в солнечный Магадан — набираться опыта и северных надбавок. А вот в США и Канаде можно практиковать только в том штате или той провинции, которые выдали вам лицензию. Переедете — придётся лицензироваться заново.

Если вы получили специальность вне Канады, то дело усложняется. Казалось бы, Калифорния — не Тимбукту, проблем быть не должно, но моя экзотическая лицензия не встретила тёплого приёма, на который я невольно рассчитывала. Местные бюрократы мне быстро объяснили, что, во-первых, мой реанимационный опыт за пределами Канады никому не интересен, а во-вторых, сначала мне нужно доказать, что я не верблюд, а потом уже подступаться к лицензированию. В пакет документов на опровержение верблужести входили, помимо длинных анкет, справки с места работы и перечень всех предметов, когда-либо мной изученных во всех учебных заведениях, включая российский. Бумажки эти надлежало разослать по инстанциям — по старинке, почтой — и ждать, когда в лицензионной комиссии получат ответ непосредственно от адресата (во избежание подделок и надувательства). Я пыталась объяснить, что с Россией этот подход скорее всего не пройдёт, но бюрократический аппарат, как ледокол, шёл себе и шёл, пока я что-то там слабо вякала на льдине по левому борту. Документов из моего университета всё ещё нет, но даже не в этом заключается основная причина волокиты, которая тянется уже третий год.

В Канаду охотно едут иммигранты со всего света, включая, казалось бы, такие самодостойные страны, как США, Великобритания и Австралия. Понятно почему: страна мирная, преступность чрезвычайно низкая, здравоохранение бесплатное, прекрасная система образования да ещё гарантированный прожиточный минимум. Для процветания мощного потока эмигрантских умов и талантов



в сфере медсестринского дела в 2001 году было создано специальное агентство CARE. На сегодня оно пропустило через себя 3500 медсестёр из 140 стран! А я вот застряла — как тот самый верблюд (ха-ха!) в игольном ушке. Ознакомившись с моей колоритной биографией, агентство для начала приговорило меня к сдаче экзамена по... юриспруденции, ни больше ни меньше. Несмотря на грозное название, туда входили в основном вопросы этического характера, которые в Калифорнии были частью общего государственного экзамена. К моей несказанной радости, экзамен можно было сдать онлайн с гарантированными тремя попытками. Так что я даже не стала читать подготовительные материалы и сразу сдала его без затруднений.

Следующим этапом моего тернистого пути был специальный практический экзамен, введённый совсем недавно, в 2013 году — видимо, в честь моего прибытия в Канаду. До этого дело было поставлено довольно просто: после сдачи юриспруденции сразу следовал экзамен на лицензию. Однако, согласно бюрократически-корпоративным правилам, если процесс успешно работает, то его надлежит отлаживать до тех пор, пока он работает не перестанет. Номинально экзамен должен был способствовать практическому ознакомлению иностранных медсестёр с тем, «как это делают в Канаде». А что получилось на деле — судите сами.



раз объяснили, что мы вовсе даже не RN — до этого зветного звания нам семь вёрст до небес, и все лесом. Наше официальное название — медсестры, лицензированные в других странах. Именно так к нам и обращались, для верности даже не называя нас просто медсестры. Экзамен, как выяснилось, длится четыре с половиной часа, из которых час отводится на письменную работу, три часа на оральное, ну и полчаса на перемещение в просторстве и пробежку в туалет.

Нам сообщили, где в Интернете можно найти список так называемых компетенций канадской медсестры, и рассказали, что экзамен как раз и призван выявлять соответствие уровня соискателя этому списку. С ним я уже ознакомилась заранее: он представляет собой набор очень общих требований типа

с собой законодательный акт «Практика медсестринского дела», но никто не устраивает по нему отдельных экзамен. Считается, если ты сдал госэкзамен на лицензию, то имеешь право практиковать.

В Канаде экзамен, который я описываю, предназначен только для медсестёр, лицензированных в других странах. Выпускники местных вузов сдают только один экзамен — на лицензию, а иностранцы — три, включая юриспруденцию. Нам объяснили, что канадские требования и стандарты настолько высоки, что только через три экзамена можно претендовать на лицензию. А остальные уносят избранные. А остальных уносит ветром... Я поинтересовалась у доклада, какие процент успешной сдачи экзамена, и, каюсь, не смогла сдержать здорового смеха, когда



По данным центра, большинство соискателей получили образование в Филиппинах (61,52%) и Индии (12,08%)

«не убей, не укради» на восьмидцати страницах. На третьей я сильно заскучала и бросила это дело, потому что ничего конкретного там нет — сплошное политически корректное словоблудие, извините за «грубый русский выразитель». Забегая вперёд, скажу, что на этом этапе у меня пропал всякий зря я отмахнулась от этого творения канадской бюрократии, как от назойливой мухи: эта священная корова (прошу прощения за смешное, африканцев, филиппинцев, а также ближневосточных и азиатских разновидностей. «Белонича, чернотроста» была только моя наглая рыжая морда.

Нам выдали учебные материалы и приступили к ликвидации некомпетентности. Для начала нам ещё

мне с гордостью ответили, что 3%. Такое не бывает! Значит, экзамен так устроен, чтобы «тащить и не пущать» иностранцев, которые только и глядят, как бы выхватить рабочее место из-под истинного канадца. Честно признаюсь, что на этом этапе у меня пропал всякий интерес ко всему безнадёжному предприятию, но я уже ввязалась, так что стала слушать дальше.

Нам поведали, что для экзамена специально нанимают двенадцать профессиональных актёров. Мы должны будем всех их обойти, опросить, осмотреть, произвести необходимые манипуляции и вынести приговор, то есть заключение. Надо сказать, что сама идея очень интересная, и в целях учебной программы была бы вполне уместна. Может и не стоило бы тратить на актёров, но рольевые игры — это здорово. Однако, если ты не студент, не нюхавший пороха, а медсестра-зубр, уже надыхавшаяся ароматами куда пострашнее, такой подход превращается в холостой выстрел: шуму много, а толку мало.

В Калифорнии сдавать экзамен на лицензию было легко: на теорию нас прекрасно натаскали в колледже, а практический опыт у нас к тому времени был ничтожен и не влиял на восприятие вопроса. Нас так и учили: запомните, в холостой ответ почти невозможно. Однако этот подход работает только при сдаче экзамена; в жизни требуется совершенно противоположной настрой: не признавать никаких категорических императивов и во всём сомневаться.

Опыт, который по классике «сын ошибок трудных»<sup>2</sup>, учит, что далеко не всё и не всегда происходит согласно предписаниям. Древо жизни так пышно зеленеет, что на практике может случиться всё, что угодно. Выключить этот настрой и включить студенческий «чистый лист» невозможно, да и зачем? По утверждению народной мудрости, опыт это единственное, что нельзя ни купить, ни пропить. Конечно, если считать, что где-то в экзотических краях (высоко в горах и не в нашем районе) для останки носового кровотечения медсестры приносят в жертву пёструю курицу и шестнадцать девственниц, то понятно, что такой опыт надо изживать по принципу «не лезь в чужой монастырь со своим уставом».

Вполне естественно, что у лицензионных властей не хватает времени и сил для анализа стандартов медсестринской практики на всём свете. Поэтому они пытаются достичь желаемого нивелирующего эффекта с другой стороны: приказывают всем эмигрантам забыть, что они умеют, и выучить всё заново, уже с канадской точки зрения. Подход в принципе может и правильный, но непростительно расточительный — мне кажется, так проявляется побочный эффект государственного финансирования. Известная система: раз средства выделены, надо их потратить и красиво отчитаться — а то потом дадут меньше или вообще проект прикроют.

И вот пришёл день экзамена. Нас — человек шестьдесят — построили в линейку, вывели в коридор и поставили вдоль стен. У каждой закрытой двери висит бумажка со сценарием, на прочтении которой отводится пять секунд. По команде поворачиваясь к бумажке лицом, а к лесу задом, и сурово читаешь что-то вроде «Наша Таня громко плачет — уронила в речку мячик. Окажите помощь Тане и проинструктируйте её родителей на предмет обеспечения безопасности игр с мячом вблизи водоёма». Потом — снова по команде — открываешь дверь и входящий в комнату. В углу там «стол стоит, тётка сидит, пишет» — это такой наблюдатель ООН с профессионально неприемлемым лицом. Её задача — вести протокол и отмечать галочками, все ли необходимые действия я выполнила, и насколько они соответствовали инструкции. А в это время нанятые служители Мельпомены разыгрывают спектакль. У них есть сценарий, мне неизвестный, и в зависимости от моих действий они реагируют тем или иным образом. Ты возишься с ними пятнадцать минут, потом тётка даёт отмашку — время истекло — и вываливаешься в коридор. Потом снова команда — всё подразделение делает «Кр-у-у-том!» и передвигается к следующей двери и новому сюрпризу за ней.

Где-то к шестому явлению этого спектакля я страшно устала. Двенадцать «пациентов» — это очень много, особенно в стрессовых условиях. К тому же «никогда не знаешь, какая начинка тебе попадёт»: настоящие больные у нас хоть и очень разные, но всё-таки в рамках нашей специализации. А тут, как и в госэкзамене на лицензию, намешано всё: и педиатрия, и акушерство, и ортопедия, и психиатрия... С последним компонентом у меня в отделении было всё в порядке — каждый день мы только и делали, что практиковались<sup>3</sup>, но с детьми и беременными дамами я никогда дела не имела.

Самый сложный случай — с невидимыми дополнительными наблюдателями за стеклянной стеной, как на допросе — был в моём случае последним. Больная по сценарию



Весь мир — театр, и люди в нём — актёры...

была госпитализирована с высоким давлением, а зашла я в комнату — мама дорогая! Явный инсульт — ручкой-ножкой не колыхнет, говорить не может, то есть налицо резкое ухудшение состояния. Ну на инсультах мы в моём отделении собаку съели, поэтому я на автомате быстро стала обследовать её на степень афазии и тому подобному. Ясно, что надо срочно звонить врачу, но сначала необходимо собрать конкретные данные, чтобы не получить доклада вроде «Всё пропало, шеф! Гипс снимают, клиент уезжает!» В реальной жизни мне надо сообщить врачу балл инсульта по шкале Национального института здравоохранения<sup>4</sup>. Но я смотрю краем глаза на тётку в углу и вижу, что она надуевается на мои манипуляции и мрачнеет на глазах. А уж невидимые наблюдатели за стеклом, наверное, так и падают и сами собой в штабеля укладываются.

Как мне надо было поступить, до сих пор, по выражению деда Шукаря, «покрыто неизвестным мраком». Позже, проанализировав ситуацию на свежую голову, я смогла предложить только один альтернативный подход: звать начальника смены, чтобы он отлавливал врача, а самой оставаться с больной и в принципе ничего не делать, кроме как устроить её поудобнее и по мере возможности успокоить. А тут под суровым взглядом тётки в углу мне совсем стало тошно, и я наскоро изобразила, что звоню врачу по невидимому телефону и сообщая ему плохие новости — 16 баллов (очень тяжёлый инсульт). Моё время на этом истекло, так что я подёргалась ещё немного и махнула рукой на всё это представление. Ясно было, что ничего хорошего меня не ждёт.

Действительно, через месяц мне прислали результат: провалилась я с треском, впервые в своей многолетней жизни. Однако, радостно сообщило мне агентство, это ровно ничего не значит и не препятствует моему продвижению к заветной цели. Я просто была «выявлена» как не соответствующая высоким канадским стандартам медсестры. Господи, думаю, да как же я, такая-растакая-незаманная, шесть лет работала в своей больнице и никого не угробила?! Самое интересное, что конкретное указание на ошибки, которые я совершила, полностью отсутствовало: прилагался только список тех самых компетенций, в которых я оказалась, за исключением лучшего слова, некомпетентна. Но это же несерьёзно, граждане! Медсестры — люди практичные: от нас трудно отделиться общими словами. Если уж вы так рдеаете за чистоту рядов,

<sup>1</sup> <http://www.care4nurses.org/who-we-are/history-care/>  
<sup>2</sup> А.С. Пушкин.  
<sup>3</sup> [http://www.ninds.nih.gov/doctors/NIH\\_Stroke\\_Scale.pdf](http://www.ninds.nih.gov/doctors/NIH_Stroke_Scale.pdf)  
<sup>4</sup> <http://futurestudents.yorku.ca/program/nursing-ien>

создается ситуация, когда и канадские волки целы, и эмигрантские овцы более-менее сыты, при деле и не рвутся на баррикады.

В том же письме мне предлагалось пойти поучиться в очень дорогой институт<sup>1</sup> — York University —, где меня за какие-нибудь два года и 35 тысяч долларов обещали довести до нужной кондиции, после чего агентство с чувством выполненного патриотического долга сможет допустить меня к лицензионному экзамену. Тут меня осенило: наверняка у агентства с институтом существует договор, и они исправно ставят туда студентов из выявленных злостьюмишеников. Дела идут, контора пишет, отчёты летят в правительство, денёжки исправно перечисляют. Отлично устроились!

Помните 3% статистических счастливых, успешно проходящих проверку на живость? По Вольтеру, если бы их не было, то их надо было придумать: нельзя же всех заваливать — неправдоподобно получится. Сдать этот бессмысленный экзамен в принципе невозможно, потому что залог успеха основан на выполнении совершенно нереальной задачи. Примерно как если бы вы пришли на собеседование при устройстве на работу, где на руках у интервьюеров уже есть все ответы на их же вопросы, а вас никто особенно и не слушает. Не важно, как вы отвечаете, насколько вы оригинально мыслите, какие проявите таланты и смекалку — если ваши ответы

не соответствуют списку, не видать вам этой должности.

Здесь я просто не могу удержаться, чтобы не рассказать вам старый анекдот в тему:

*Брежнев даёт пресс-конференцию. Журналисты задают вопросы, а он им задвигает про развитой социализм и решения очередного съезда. Дело идёт к концу, и референт с облегчением обращается к сидящим в зале:*

*Товарищи, ещё вопросы есть? Товарищи дают понять, что всё ясно, вопросов нет. Референт поворачивается к лично дорожному и говорит:*

*— Леонид Ильич, вопросов больше нет.*

*Брежнев, пошурив бумажками, возмущён:*

*— Как это больше нет вопросов? У меня тут ещё два ответа остались!*

Конец у этой истории, вернее её промежуточного этапа, оказался достаточно оптимистичный — тут как раз подошла моя степень бакалавра (Bachelor of Science in Nursing), которую я оперативно предъявила агентству. От меня мгновенно отстали и допустили к лицензионному экзамену (на него страшная очередь, но это уже детали). А мои непростительные грехи при общении с «пациентами», как видно, самоликвидировались. Так что, друзья мои, оставайтесь на связи — как получу канадскую лицензию, сразу сообщу. Отпразднуем! ■

URSAPHARM  
Arzneimittel GmbH

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

HYLO®  
ЗАБОТА О ГЛАЗАХ



### Постоянное использование

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

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

До 3-й степени сухости

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

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

1-4 степень сухости

### Бережный уход и восстановление

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

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

До 3-й степени сухости

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

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

До 3-й степени сухости

### Защита в ночное время

**Вита-ПОС®** Витамин А

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

1-4 степень сухости

УРСАФАРМ Арцнайmittel GmbH  
107796, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Тел./факс: (495) 684-34-43  
E-mail: [ursapharm@ursapharm.ru](mailto:ursapharm@ursapharm.ru) [www.ursapharm.ru](http://www.ursapharm.ru)

\* ИССАВТ ХЕЛС (Май 2012)  
\*\* Среди продуктов гиалуроновой кислоты IMS Health Russia (2013)  
\*\*\* Результаты исследования Федеральной ассоциации фармацевтов Германии (FVA)

# iSert® Toric

Предустановленная ИОЛ

**HOYA**  
SURGICAL OPTICS

## Торическая гидрофобная моноблочная ИОЛ с особым асферическим дизайном

HOYA-Онлайн-калькулятор:  
[hoyatoric.com](http://hoyatoric.com)



Предустановленная торическая ИОЛ  
Цилиндры в диапазоне от **T3 до T9**  
(от 1.5 Д до 6.0 Д на уровне ИОЛ)



iSert® Toric 351

[www.surgix.ru](http://www.surgix.ru)  
[www.hoyasurgicaloptics.com](http://www.hoyasurgicaloptics.com)  
[info@surgix.ru](mailto:info@surgix.ru)

**Surgix**  
ophthalmic surgical products

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
*Апрель*

Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей.  
Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Подписной индекс: 15392  
[www.aprilpublish.ru](http://www.aprilpublish.ru)

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. E-mail: [aprilpublish@mail.ru](mailto:aprilpublish@mail.ru). Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственности за иллюстративный материал, а также за содержание рекламных, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: октябрь 2016. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 115184 Москва, Большой Ордынский переулок, д. 4, строение 3, Офисный центр «Ордынский». © «Поле зрения», 2016. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.