

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ



ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№6(8) Декабрь 2011

ISSN 2221-7746



ВЕЛИКИЕ ИМЕНА



ЭДУАРД СЕРГЕЕВИЧ АВЕТИСОВ – УЧЕНЫЙ, УЧИТЕЛЬ, ЧЕЛОВЕК

Эдуард Сергеевич Аветисов, ученый мирового масштаба, человек, имя которого известно каждому офтальмологу в России и странах ближнего и дальнего зарубежья. В Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Эдуард Сергеевич прошел большой научный путь от младшего научного сотрудника до заместителя директора института по научной работе, бесменно возглавляя это ответственное направление работы института в течение 35 лет (с 1966 года).

Эдуард Сергеевич родился в Самарканде. Там, у стен Регистана, прошли его детство и юность. Он окончил Самаркандский медицинский институт, где потом работал под руководством профессора Наума Ильича Медведева, мудрого педагога и замечательного человека.

Свои научные исследования Э.С. Аветисов в годы работы в Самаркандском медицинском институте начал с актуальной для Средней Азии в 50-х годах прошлого столетия проблемы эпидемического конъюнктивита.

Эдуард Сергеевич внес крупный вклад в медицинскую науку и здравоохранение. Его отличало умение сосредоточиться на кардинальных, наиболее перспективных научных направлениях, способность к глубоким теоретическим обобщениям. Это был человек с широкой эрудицией, охватывавшей не только медицину, но и физиологию, биологию, философию, литературу и искусство. Его научные исследования всегда

> стр. 10

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

ОСЕННИЕ РЕФРАКЦИОННЫЕ ЧТЕНИЯ Астигматизм: проблемы диагностики и коррекции

II Международный симпозиум, посвященный 90-летию со дня рождения профессора Эдуарда Сергеевича Аветисова, 21-22 октября, Москва

Второй год подряд Международный симпозиум «Осенние рефракционные чтения» проводится под эгидой НИИ ГБ РАМН, Московского научного общества офтальмологов и НОЧУ ДПО «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии». Программу симпозиума «Астигматизм: проблемы диагностики и коррекции» организаторы конференции разделили на три основных блока:

утреннее заседание первого дня конференции было посвящено обсуждению вопросов, имеющих практическую направленность; второй блок был ориентирован в основном на научные исследования, результаты которых были представлены на вечернем заседании, где были обсуждены проблемы кератоконуса. И третий блок вопросов – информационно-образовательный, представляющий многоплановые исследования по

проблеме астигматизма. Эти вопросы были обсуждены во второй день симпозиума.

Работу симпозиума открыл заместитель директора по научной работе НИИ ГБ РАМН, профессор В.П. Еричев. В частности, он сказал: «Сегодняшняя конференция посвящена 90-летию со дня рождения Эдуарда Сергеевича Аветисова, одного из крупнейших офтальмологов Советского Союза. Он был заслуженным деятелем науки трех

республик, входивших в состав той большой страны: Узбекской ССР, Армянской ССР и заслуженный деятель науки Российской Федерации. При жизни признанный классиком Эдуард Сергеевич был непререкаемым авторитетом для офтальмологов не только нашей страны, он был признан в мире. И сегодня наш симпозиум посвящен памяти этого великого человека».

> стр. 7

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА



Назрела необходимость разработать государственную программу по глаукоме

Интервью с профессором В.В. Нероновым > стр. 3

КОНФЕРЕНЦИИ

Московская офтальмологическая клиническая больница. 185 лет на страже здоровья москвичей > стр. 12

ЖИЗНЬ РЕГИОНОВ

Новейшие технологии должны работать в регионах

Интервью с д.м.н. Л.Ш. Рамазановой > стр. 14

ЛЕКЦИЯ

Эволюция методов диагностики астигматизма > стр. 16

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Сюрпризы гидростатики после фактозмюльсификации катаракты: причины и решения > стр. 22

ИСТОРИЯ БРЕНДА



Carl Zeiss, или История самого уважаемого имени в мире оптики

> стр. 28

Также в номере:

Оптометрия > стр. 26

К незримому солнцу > стр. 31

Записки американской медсестры > стр. 34



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Поздравляем!

**Глубокоуважаемый
Сергей Эдуардович!**

**Московское научное общество
офтальмологов искренне
поздравляет Вас с избранием
действительным
членом Российской академии
медицинских наук!
Это вполне закономерное
и заслуженное признание Вашего
научного вклада в отечественную
офтальмологию.
Новых творческих побед
и благополучия!**

Андрей Юрин: «В России снизится количество страховых медицинских организаций»

В рамках нового закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» снизится количество медицинских организаций. Об этом рассказал председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Андрей Юрин.

«Сокращение страховых медицинских организаций мы считаем позитивным явлением. В 2009 было 107 медицинских организаций, в 2010 – 95 и в 2011 – 89 организаций. И эта тенденция будет продолжаться, и будет продолжаться укрупнение компаний», – отметил Юрин.

По его словам, лучше меньшее количество крупных игроков, чем большое количество небольших страховых компаний. «70% россиян застрахованы в 11 крупнейших компаниях. Понятно, что компании с несколькими тысячами застрахованных не могут предоставить весь комплекс защиты и услуг так же, как крупные компании», – отметил Андрей Юрин.

В этом году началась выдача полиса обязательного медицинского страхования нового образца. «С 2011 года началась выдача полиса нового образца, но нет необходимости его менять. В первую очередь он выдаётся новорожденным, людям, которые сменили фамилию, имя, отчество или страховую медицинскую организацию. Полис старого образца остается действующим до 1 января 2014 года. На данный момент выдано 11 млн полисов», – заметил председатель ФОМС.

Также принимаются меры по уточнению базы застрахованных. «В 2009 году количество застрахованных граждан в ОМС на 700 тыс. человек превосходило количество населения России, и это приводило не только к неточности в учёте, но и к потере средств: на каждого



застрахованного идут деньги», – отметил Юрин.

Позитивным моментом председатель назвал увеличение медицинских организаций, которые вступят в конкурентную борьбу. «В 2010 году было 8162 медицинских организаций – и поликлиник, и стационаров. В 2011 – 8252 и в 2012 году планируется 8543. Это тоже позитивный процесс: чем больше организаций участвует, тем больше конкуренция и возможность выбора той организации, которая наиболее отвечает требованиям гражданина.

Уменьшилось число граждан в стационарах: 13 604 человека против 13 772 в прошлом году, но увеличилось количество посещений в поликлиниках с 559 000 до 578 000 в этом году. Эксперты отмечают, что акцент должен перемещаться на первичную помощь и важно, чтобы наиболее затратная часть медпомощи, которая осуществляется в стационаре, перемещалась на первичное звено и на раннее выявление», – резюмировал Юрин.

Напомним, что новый закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сменил предыдущий, действующий с 1993 года. ▶

РААС обратилась к Дмитрию Медведеву с просьбой поддержать аптеки

Государственная Дума приняла закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам установления тарифов страховых взносов в государственные внебюджетные фонды». Совет Федерации также поддержал данный документ, который предполагает снижение тарифов страховых взносов в государственные внебюджетные фонды до 20% для аптечных организаций, признаваемых таковыми в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и уплачивающих единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (ЕНВД), а также индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность и уплачивающих ЕНВД. Таким образом, льготную ставку страховых взносов получит 70% аптечного рынка, тогда как основной его флагман ГУПы, МУПы и публичные компании остаются на ставке 30%.

Российская ассоциация аптечных сетей читает, что принятие данного закона повлечет дестабилизацию на рынке лекарственного обеспечения, поскольку создаются неравные конкурентные условия для организаций, абсолютно идентичных по своей величине, выручке, численности персонала, площади и обороту. Различие между ними лишь в том, что все аптеки, применяющие режим ЕНВД, относятся к частному бизнесу, а аптеки, применяющие ОСН – к публичному и государственному. Таким образом, право применения ЕНВД не является критерием определения сферы малого, среднего и крупного бизнеса.

Российские аптеки с 2011 г. находятся в крайне сложном финансовом положении, вызванном отменой Единого налога на вмененный доход для 70% рынка и



одновременным ростом тарифов страховых взносов, что повлекло увеличение суммы отчислений по страховому взносам на фоне увеличения налогового бремени для 70% аптечных организаций страны более чем в два раза, вызвав отрицательные показатели деятельности.

Это подтверждают и официальные данные Росстата. По первому полугодю 2011 г. аптечные организации демонстрируют многократное падение рентабельности до отрицательных значений с 0,1% до -2,4%.

В обращении РААС говорится, что данный закон неминуемо вызовет количественное сокращение рынка фармацевтической розницы, его контролируемой и прозрачной части, поскольку аптеки уже не в состоянии обеспечивать свою рентабельность. В риске к закрытию аптечные организации, расположенные в селах и иных населенных пунктах, где нет других аптек. Неизбежен рост числа трудно контролируемых аптек, аптечных пунктов и киосков, вызывающих вопросы к

происхождению и качеству реализуемых лекарственных препаратов.

Также возможность применения 20% совокупной ставки обеспечит дробление крупных фармацевтических организаций на более мелкие с целью обеспечения себя пониженной ставкой страховых взносов.

Многочисленные обращения РААС в адрес Президента, правительства, министерств, Госдумы, Совета Федерации по обеспечению пониженной ставки страховых взносов для всех аптечных организаций были отчасти услышаны. Аптеки, применяющие ЕНВД, выделены в отдельную категорию плательщиков страховых взносов со ставкой в 20%. По нелогичным причинам без поддержки осталась наиболее ответственная и значимая часть аптечного рынка с долей в 25%.

РААС обратилась к Президенту России Дмитрию Медведеву с просьбой оказать поддержку всем аптечным организациям и установить в них равноправные условия, снизив ставку страховых взносов до 20%. ■

22 ноября 2011 года приказом Минздравсоцразвития РФ генеральным директором ФБГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова назначен профессор, доктор медицинских наук Чухраев Александр Михайлович. А.М. Чухраев был представлен руководителям всех структурных подразделений МНТК «Микрохирургия глаза» заместителями министра здравоохранения и социального развития РФ А.Л. Сафоновым, В.И. Скворцовой и директором департамента инновационной политики и науки Минздрава Н.С. Семеновым.

Александр Михайлович Чухраев родился в 1952 году в Курской области. Он из рабочей семьи. В 1971 году с отличием закончил Рыльское медицинское училище и начал работать фельдшером. В этом же году он поступил в Курский

государственный медицинский институт и оставался в его стенах до 1982 года – сначала в качестве студента, затем клинического ординатора кафедры факультетской хирургии и, наконец, аспиранта той же кафедры.

С 1982 по 2003 год Александр Михайлович занимал должность главного врача Курской областной клинической больницы. В этот период он защитил кандидатскую диссертацию по хирургии (1987 г.) и докторскую диссертацию на тему «Управление многопрофильной больницей как социально-экономической системой в условиях реформирования здравоохранения» (2001 г.). В 1995 году возглавил кафедру сестринского дела Курского



государственного медицинского университета. Закончил бизнес-школу в Японии по вопросам управления экономикой.

В 2003 году был избран депутатом Государственной Думы ФС РФ четвертого созыва от избирательного округа № 97 (Курский округ, Курская область).

В 2007 году был избран депутатом Государственной Думы ФС РФ пятого созыва в составе федерального списка кандидатов, выдвинутого Всероссийской политической партией «Единая Россия». Работал заместителем председателя Комитета ГД по охране здоровья.

Является автором более 160 научных работ, монографий, рационализаторских предложений. ■

«Чиновники определились, сколько готовы дать на страховку неработающим гражданам. Государство установило размер платежей для системы ОМС на неработающего население. По словам Андрея Юрина, принятие положения о постепенном переходе к 2015 году на единый платеж увеличит доходы системы до 1,406 триллиона рублей.

Еще до недавнего времени размер платежа на неработающих граждан каждый субъект определял самостоятельно, в зависимости от приоритета политики региона. В итоге – и качество услуг тоже было разным. Чиновники надеются, что за счет новых правил

(самостоятельного выбора медицинской организации) удастся провести выравнивание платежей для неработающего населения по сравнению с выплатами работодателей.

«Сегодня доходы ОМС на неработающих граждан составляют 547 миллиардов рублей, таким образом, вместо 3000 рублей, приходящихся на каждого неработающего гражданина, к 2015 будет выделено 10000 рублей. В прежней редакции закона страхователями работающих граждан выступали работодатели. Теперь компаниям необходимо выстраивать работу с конкретным человеком, благодаря

этому создаются основы для развития конкуренции на страховом рынке», – подчеркивает Юрин.

Часть полученных средств будет выделена на техническое переоснащение и ремонт медицинских учреждений. Всего ремонт ожидает 3654 учреждения (половина всех участвующих в системе ОМС), а закупка нового оборудования – для 5222 учреждений. Также изменения коснутся 240000 врачей и средних медработников. Им обещают выплатить надбавки. По прогнозам Юрина, размер доплаты в среднем составит 5000-6000 рублей. ■

«Назрела необходимость разработать государственную программу по глаукоме»



Владимир Владимирович Нероев – доктор медицинских наук, профессор, директор Московского НИИ глазных болезней имени Гельмгольца. Главный специалист офтальмолог Минздравсоцразвития РФ, председатель Профильной комиссии по офтальмологии Экспертного Совета Минздравсоцразвития РФ, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, лауреат премии Ленинского комсомола, член Экспертного совета Высшей аттестационной комиссии РФ по медицине, научный эксперт конкурса грантов Президента РФ для государственной поддержки ученых и ведущих научных школ РФ.

1 декабря 2011 г. профессор В.В. Нероев избран Президентом Межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов (МАВО).

Редакция газеты «Поле зрения» от души поздравляет В.В. Нероева с избранием на должность Президента МАВО и желает ему крепкого здоровья и успешной работы на новом поприще!

В канун Нового года профессор любезно согласился ответить на вопросы газеты.

– Владимир Владимирович! В апреле 2011 года в Москве прошел Всероссийский форум медицинских работников, который собрал более 1000 делегатов из всех субъектов Российской Федерации. Особое внимание было уделено вопросу реализации региональных программ модернизации здравоохранения. На пленарном заседании Председатель Правительства РФ Владимир Путин сказал, что сбережение нации остается важнейшим приоритетом государства. Последовательно увеличиваются инвестиции в социальную сферу, образование, здравоохранение.

Владимир Владимирович, расскажите, пожалуйста, как программа модернизации отразилась на нашей отрасли? Увеличивается ли финансирование клиник, повышается ли заработная плата врачей?

– За последние годы, пожалуй, впервые появилась реальная возможность в рамках Программы модернизации здравоохранения регионов получить не только современное оборудование, но и провести необходимые ремонтно-строительные работы, подготовить квалифицированные кадры, ввести элементы информатизации в медицинский документооборот. И самое важное заключается в том, что каждый регион может самостоятельно определить свои приоритеты развития здравоохранения в регионе.

– Заработал ли в полном объеме новый закон «О медицинском страховании» в этом году, как может повлиять на государственные клиники реформа ОМС?

– На сегодняшний день закон об обязательном медицинском страховании не может заработать в полной мере, так как его реализация станет возможной только после принятия и реализации закона «Об основах здоровья граждан Российской Федерации», введения в полном объеме стандартизации в медицинской отрасли и принятия Минздравсоцразвития России регламентирующих нормативно-правовых актов, которые будут способствовать реализации данного закона на практике, не создавая хаоса, перегруженности востребованных ЛПУ.

– На протяжении многих лет во всем мире глаукома занимает лидирующие позиции среди причин необратимой слепоты. Ежегодно в стране проводится Всемирный день борьбы с глаукомой. Как координатор Российского национального комитета по предупреждению слепоты могли бы Вы рассказать, какие социальные программы выполняются в России? Как ведется просветительская работа с больными, страдающими глаукомой?

– Действительно, глаукома занимает первое место среди причин необратимой слепоты и слепоты

как во всем мире, так и в нашей стране. При этом заболевании шанс на сохранение зрения дает как можно более раннее выявление патологии и своевременно начатое лечение, поэтому социально-экономические аспекты помощи больным глаукомой приоритетно включают меры, направленные на ее диагностику и лечение.

В настоящее время назрела необходимость разработки государственной программы по глаукоме, в рамках которой требуется предусмотреть решение вопросов обязательной скрининговой диагностики лиц, составляющих группы риска по развитию глаукомы, и государственного обеспечения дорогостоящими препаратами пациентов, нуждающихся в лечении. Например, реализация подобной программы в Самарской области позволила повысить эффективность лечения глаукомы в 4 раза. Другим примером может служить региональный опыт республики Татарстан, где раннее выявление заболевания и наблюдение за больными позволило значительно уменьшить число пациентов с терминальными стадиями и снизить выход на инвалидность по глаукоме с 4,6 до 3,8%.

По всей стране активно действуют школы глаукомного больного, целью которых является разъяснение пациентам особенностей их заболевания, необходимости лечения, а также социальная адаптация. Доказано, что при глаукоме

требуется не только лечение глаз, значительно меняется психосоциальный статус больного человека, поэтому к работе необходимо активно привлекать не только офтальмологов, но и психологов.

Планируется создание Федерального глаукомного центра, способного на государственном уровне координировать усилия специалистов в борьбе с этим заболеванием, обеспечивать масштабную образовательную и санитарно-просветительскую работу, социализацию и правовую защищенность пациентов.

Реализация мероприятий, направленных на помощь людям с ограниченными возможностями в Москве, я думаю, заметна всем – Вы наверняка обратили внимание на то, что большинство пешеходных переходов оборудовано специальными плитками ярко-желтого цвета с ребристой поверхностью, указывающей слабовидящему пешеходу направление движения, предупреждающей его о близости проезжей части. С этой же целью активно применяется звуковая сигнализация светофоров.

– В МНИИ им. Гельмгольца ведется большая организационная и научная работа, направленная на помощь недоношенным детям. Можно ли говорить, что в исследованиях последних лет в области патологии РН наметились новые подходы к выявлению, мониторингу и лечению этого заболевания?

– В настоящее время ретинопатия недоношенных (РН) становится актуальнейшей проблемой детской офтальмологии, что связано с переходом Российской Федерации на международные критерии выхаживания плодов от 22 недель гестации и массы тела при рождении от 500 граммов. Это, в свою очередь, приводит к возрастанию числа выживших недоношенных детей и росту частоты развития у них ретинопатии.

Учитывая возрастающую медицинскую и социальную значимость этой проблемы на современном этапе, Минздравсоцразвитием РФ при согласовании с ведущими специалистами страны в области ретинопатии недоношенных подготовлен и утвержден Приказ № 791н от 22.07.11 «Порядок оказания медицинской помощи детям при заболевании глаза, его придаточного аппарата и орбиты», предусматривающий порядок оказания офтальмологической помощи недоношенным детям.

Исследования последних лет в области патогенеза РН позволили выявить ряд интересных фактов и наметить новые подходы к лечению.

В первую очередь, это связано с выяснением роли различных факторов роста сосудов (VEGF, IGF) как в нормальном, так и в патологическом васкулогенезе при РН. Но именно двойственная роль этих факторов, разнонаправленность действия и совершенно разная роль в различные временные периоды внутриутробного и постнатального развития не позволяет на сегодняшний день вплотную заняться практической реализацией полученных новых знаний.

Помимо новых данных о патогенезе РН, основанных как на экспериментальных, так и на клинических исследованиях, к настоящему времени накоплен большой материал о вариациях клинического течения РН (сроках манифестации в различных группах, прогностических факторах и др.), что необходимо для улучшения диагностики и своевременного лечения пациентов.

Внедрение в широкую практику ретинальных педиатрических камер позволяет расширить возможности офтальмологов в плане

Комплекс iLASIK для рефракционных и кератопластических операций



Abbott Medical Optics

- © Фемтосекундный лазер IntraLase iFS
- © Эксимерлазерная система VISX Star S4 IR
- © Абберометр WaveScan WaveFront

Stormoff®
group of companies

г. Москва, ул. Расковой 11А
тел.: (495) 780-07-92, 780-76-91
oko@stormoff.com; www.stormoff.com

скрининговых осмотров недоношенных младенцев, выявления и мониторинга течения ретинопатии, отбора детей для лазерного лечения в активной фазе РН и объективного контроля за результатами лечения, а также дистанционного консультирования.

По-прежнему лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки в пороговых стадиях заболевания остается единственным доказанным эффективным способом лечения, позволяющим в 70-98% случаев предупредить прогрессирование процесса. Технологическое оборудование продолжает совершенствоваться, расширился спектр предлагаемых лазерных устройств для проведения коагуляции сетчатки, доступнее стали транспортабельные лазерные устройства.

Одним из важнейших достижений последнего десятилетия является развитие витреальной хирургии, техническое обеспечение микроинвазивных, малотравматичных вмешательств, что существенно расширяет возможности ранней хирургии РН, проведение лентсберегающих витреальных вмешательств. Ведутся разработки по использованию анти-VEGF препаратов во время операций, что позволяет проводить вмешательство в стадии остаточной сосудистой активности, снижает риск репролиферации.

– По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2011 году количество больных сахарным диабетом превысило 220 миллионов. В России на сегодняшний день насчитывается более 8 миллионов таких больных. Диабетическая ретинопатия и эндокринная офтальмопатия находятся на стыке офтальмологии и эндокринологии. Какие современные подходы используются при обследовании и лечении пациентов этих глазных заболеваний?

– Вследствие огромного числа больных сахарным диабетом, непрерывного его увеличения, а также тяжести осложнений, сахарный диабет объявлен ВОЗ пандемией XX века и является одной из главных медико-социальных проблем во всем мире.

Проявления сахарного диабета на глазном дне включают диабетическую ретинопатию и диабетическую макулопатию, последняя в абсолютном большинстве случаев представлена диабетическим макулярным отеком.

При прогрессировании диабетической ретинопатии в сетчатке появляются ишемические зоны. Компенсаторным ответом организма в данном случае будет появление новообразованных сосудов в соответствующих областях. Снижение

зрения при диабетической ретинопатии может быть связано с осложнениями пролиферативной диабетической ретинопатии, такими как рецидивирующие кровоизлияния в стекловидное тело, вторичная неоваскулярная глаукома, тракционная отслойка сетчатки, а также возникновением макулярного отека, который может появиться на любой стадии диабетической ретинопатии. Развитие пролиферативных осложнений можно предотвратить своевременным проведением панретинальной лазерной коагуляции. Панретинальная лазерная коагуляция позволяет в два раза снизить риск значительного падения зрения у пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией и в 70-90% случаев приводит к регрессии новообразованных сосудов. Успешный и стабильный результат может достигаться при сочетании усилий офтальмологов и эндокринологов с обязательной нормализацией гликемии и артериального давления, коррекцией дислипидемии.

Ведение пациентов с сахарным диабетом должно включать осмотр офтальмолога с обязательным бинокулярным осмотром и семипольным фотографированием глазного дна, для оценки макулярного отека предпочтение отдается оптической когерентной томографии.

Современный подход к лечению диабетического макулярного отека и тяжелой осложненной диабетической ретинопатии включает: использование ингибиторов сосудистого эндотелиального фактора роста (препарат Луцентис, специально разработанный для офтальмологии), лазерную коагуляцию и хирургическое лечение (субтотальная витреэктомия с пилингом внутренней пограничной мембраны). Благодаря применению интравитреальных инъекций Луцентиса удается в значительной степени улучшить функциональный результат лечения больных диабетической ретинопатией. Это касается пациентов с диабетическим макулярным отеком, у которых применение Луцентиса повышает остроту зрения на 1-2 строчки в сравнении со стандартной лазерной коагуляцией, а также пациентов с рубцом радужки и неоваскулярной глаукомой, у которых применение Луцентиса позволяет добиться временной регрессии новообразованных сосудов и получить возможность проведения в адекватном объеме необходимых вмешательств (панретинальная лазерная коагуляция, антиглаукомные операции) для остановки пролиферативного процесса на глазном дне и стабилизации зрительных функций.

И, наконец, применение препарата Луцентис в качестве подготовительного этапа к проведению хирургического вмешательства при тяжелой пролиферативной диабетической ретинопатии, осложненной тракционной отслойкой сетчатки и рецидивирующими кровоизлияниями в стекловидное тело, позволяет значительно снизить риск геморрагических осложнений в ходе операции и послеоперационном периоде. Это открывает новые возможности для витреоретинальных хирургов, которые благодаря применению Луцентиса стали добиваться не только анатомического, но и функционального результата в ситуациях, которые раньше считались безнадежными.

– Спасибо, Владимир Владимирович, за исчерпывающие ответы. В канун Нового года и Рождества, что бы Вы хотели пожелать офтальмологам России?

– От души поздравляю вас, дорогие коллеги, с Новым годом! Пусть 2012 год принесет с собой счастье и радость. Желаю всем нам интересной, творческой работы на благо пациентов!

– Благодарю Вас.

Беседа велла Лариса Тумар

EYEWORLD РОССИЯ

По законам статистики. Острота зрения после ЛАСИК



Matt Young,
редактор EyeWorld

«Острота зрения в предоперационном периоде служит прогностическим фактором остроты зрения после ЛАСИК с управляемой коррекцией волнового фронта – и это вовсе не выдумка», – заявляет д-р наук Michelle T. Aaron из Школы аэрокосмической медицины ВВС США (Брукс-Сити-Бейз, США). Впрочем, этому есть объяснение с точки зрения статистики, и оно не имеет никакого отношения к хирургии. Результаты проведенного им и его коллегами исследования были опубликованы в онлайн-версии журнала Optometry & Vision Science в сентябре 2010 г. «Мы распределили выборку пациентов, которым делали ЛАСИК, на две когорты в зависимости от остроты зрения до

операции. В итоге нам удалось подтвердить общеизвестное клиническое наблюдение: при дооперационной остроте зрения с коррекцией выше средней острота зрения без коррекции после операции остается такой же или даже незначительно снижается, а если до операции острота зрения была ниже средней, то в послеоперационном периоде происходит ее прибавка. Но если определение остроты зрения осуществляется в единственной временной точке, а рандомизация когорты отсутствует, то этот феномен рассматривается как статистический артефакт (регрессия к среднему) и не ассоциируется с лазерной коррекцией.

Оцениваем результаты

В группе из 79 человек была проанализирована острота зрения с максимальной коррекцией в высококонтрастных условиях. Проверка осуществлялась перед выполнением персонализированного ЛАСИК и через 3 месяца после операции. В предоперационном

периоде сферический эквивалент варьировал в пределах от -1,0 D до -10,38 D. Эту группу разделили на две когорты: в первую когорту включили лиц с остротой зрения выше средней (<0,11 по шкале logMAR), а во вторую – с остротой зрения ниже средней (≥0,11 по шкале logMAR). Помимо определения остроты зрения, в предоперационном периоде производили ретинальную магнификацию и анализировали статистический феномен регрессии к среднему.

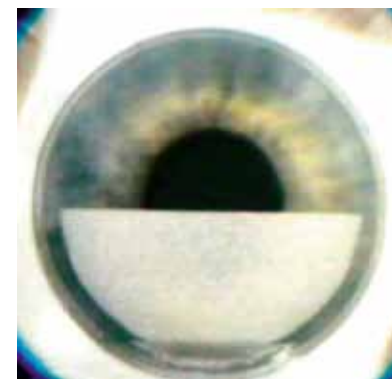
Д-р Aaron отметил, что при более низкой остроте зрения до операции в послеоперационном периоде оно оказывалось выше (по сравнению с более высокой остротой зрения до лазерной коррекции), однако это не было связано с особенностями хирургии. «Мы установили, что в большинстве случаев наблюдаемый эффект был ассоциирован со статистическим феноменом регрессии к среднему, который обычно возникает в отсутствие рандомизации. Примером такой выборки является формирование

когорты пациентов с остротой зрения ниже средней из обширной группы лиц, в которой выполняются рефракционные операции на роговице. Даже если хирургия не меняет остроту зрения, среднее значение показателя в этой группе все равно возрастет из-за случайных флуктуаций остроты зрения у конкретных индивидуумов. Один из способов избежать регрессии к среднему – многократно проверять остроту зрения у каждого пациента, но в реальной клинической практике это происходит редко», – рассказывает д-р Aaron.

Объясняя свои выводы, он ссылается на законы статистики. Если выборку хирургических больных распределить на две когорты, принимая за основу остроту зрения выше или ниже средней в общей популяции, то можно с большой долей вероятности прогнозировать, что при повторной проверке остроты зрения в первом случае окажется несколько ниже, а во втором – несколько выше. Это и называется регрессией к среднему. Данный феномен не связан с каким бы то ни было эффектом лечения. Он также характерен для популяции испытуемых в целом.

Ретинальная магнификация также влияет на изменение остроты зрения с максимальной коррекцией вследствие сдвига рефракционной коррекции с плоскости очков в плоскость роговицы. Этот эффект наблюдается, например, и при переходе с пользования очками на контактные линзы. При этом меняется размер изображения на сетчатке (это происходит на фоне сдвига миопической коррекции с плоскости очков в плоскость роговицы), что в какой-то степени объясняет вариации остроты зрения после лазерной коррекции как в клинических, так и экспериментальных условиях. Таким образом, определение остроты зрения в очках до операции и без очков после операции эквивалентно приближению сферической коррекции к глазу.

Полученные данные имеют большое значение для проведения будущих клинических испытаний под эгидой FDA, которые



Острота зрения в предоперационном периоде – прогностический фактор остроты зрения после операции, но это никак не связано с хирургическим вмешательством. На фотографии – лоскут ЛАСИК

подразумевают оценку безопасности и эффективности. Если селекцию пациентов производить на основании предоперационной остроты зрения с максимальной коррекцией, то может произойти смещение результатов. Поэтому в группе с однократно определенной остротой зрения ниже средней безопасность и эффективность могут оказаться завышенными по сравнению с той ситуацией, в которой в исследование включают полную выборку (т.е. с различной остротой зрения до операции).

Многие клиницисты поддерживают мнение о том, что ЛАСИК может повысить остроту зрения с максимальной коррекцией. Так, медицинский директор Глазной больницы Раджан д-р Mohan Rajan (Ченнай, Индия) считает это справедливым в случае коррекции зрения на лазере Allegretto Wave (Alcon, Форт-Уорт, США). По его наблюдениям, острота зрения повышается даже на амблиопичных глазах; например, стандартным является улучшение с 0,25 до 0,3. В целом после ЛАСИК улучшается острота зрения как без коррекции, так и с максимальной коррекцией.

EyeWorld Россия, декабрь 2011, том 4, номер 4



Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов

Научно-практическая конференция офтальмологов
Южного Федерального округа

30 сентября – 1 октября 2011 года, Астрахань

Организаторы мероприятия – Министерство здравоохранения Астраханской области, ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Астраханское региональное отделение Общества офтальмологов России.



Второй год Волжская Венеция принимает офтальмологов, представляющих Южный Федеральный округ, а также специалистов из других регионов России. Цель конференции «Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов» – реализация государственной политики в сфере здравоохранения, повышение роли научных, образовательных медицинских учреждений в области охраны и укрепления здоровья населения, усиление их ответственности за состояние и развитие системы здравоохранения, а также привлечение наукоемких медицинских технологий на территорию Астраханской области.

В работе конференции приняли участие около 300 офтальмологов из 18 регионов Южного Федерального округа и России: главные специалисты-офтальмологи и руководители офтальмологических клиник регионов Южного Федерального округа и РФ, врачи офтальмологических отделений стационаров и поликлиник городов и областей ЮФО.

Со словами приветствия к участникам и гостям конференции обратился министр здравоохранения Астраханской области И.Е. Квятковский. «Астрахань – это динамично развивающийся город, где за последние годы происходит значительный подъем медицинских технологий, фармацевтики, – отметил министр. – Мы должны найти такие решения технологических и организационных вопросов, которые поднимут уровень оказания медицинской помощи наших граждан на новый уровень».

Председатель Государственной Думы Астраханской области А.Б. Клыканов поздравил участников с открытием конференции и пожелал интересной и плодотворной научной работы.

Утреннее заседание первого дня конференции было посвящено теме «Организация офтальмологической помощи. Социальные вопросы офтальмологии». О применении клинко-экономического анализа в офтальмологии рассказал главный врач Самарской клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского, профессор А.В. Золотарев. По его словам, решение о применении той или иной медицинской технологии должно основываться не на личных предпочтениях доктора, а на данных клинко-экономического анализа. В отличие от западных стран, где существуют многочисленные агентства по «оценке технологии здоровья»,

в Российской Федерации эта область пока не развита. В лаборатории медико-социальных исследований Самарской клинической офтальмологической больницы им. Т.И. Ерошевского пришли к выводу о том, что клинко-экономический анализ в офтальмологии позволяет выявить заболевания, которые наносят максимальный социально-экономический ущерб, и найти технологии, эффективно возмещающие эти потери.

От имени главного врача Республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань), главного офтальмолога РТ, к.м.н. А.Н. Амирова с докладом «Организация офтальмологической помощи больным с глаукомой в Республике Татарстан» выступил к.м.н. С.Ю. Голубев. Он обратил внимание слушателей на то, что в республике идет активное внедрение прогрессивных медицинских технологий, в постоянном диалоге с региональными властями найдены организационные решения проблемы, уже сегодня приносящие ощутимые результаты в виде снижения инвалидности и уменьшения удельного веса запущенных стадий глаукомы среди населения республики. Большое внимание в регионе уделяется профессионально-образовательной деятельности, а также просветительской работе среди пациентов.

О путях совершенствования службы охраны зрения детей с врожденно-наследственной патологией органа зрения рассказала заведующая отделением ГУ НПО «Дагестанский центр микрохирургии глаза» И.Г. Эфендиева. Изучение генетически обусловленной врожденной патологии органа зрения для Дагестана приобретает особую значимость с учетом исторических, религиозных и этногеографических особенностей народностей этой республики, с традициями компактного проживания. «Высокий показатель инвалидности по зрению у детей диктует необходимость разработки мер профилактики и ранней диагностики и лечения врожденной патологии органа зрения в виде Республиканской целевой программы по охране зрения детей и подростков», – подчеркнула И.Г. Эфендиева.

Оценить профессиональный риск изменений органа зрения работников, подвергающихся воздействию различных неблагоприятных факторов производственной среды – цель исследования, которое было представлено ассистентом кафедры офтальмологии Волгоградского государственного медицинского университета, к.м.н. Л.В. Хлюстовой в докладе «Современные методические подходы к оценке факторов риска развития профессиональной патологии». По словам Л.В. Хлюстовой, только ранняя донозологическая диагностика с использованием современных методов обследования органа зрения позволит предотвратить риск развития офтальмопатологии, ведущей к инвалидации работников трудоспособного возраста.

Научную часть первого дня конференции продолжила демонстрация «живой хирургии» посредством телемостов «non-stop» из Италии и 4 регионов России. Ранее в России на офтальмологических форумах не удавалось соединить в единой трансляции несколько точек связи с различными протоколами передачи. Суперсовременную аппаратуру и приемы хирургической техники показали в режиме «он-лайн» авторитетные хирурги из Милана, Ростова-на-Дону, Краснодар, Казани, Москвы.

Профессор, д.м.н. М.Д. Пожарицкий во время прямой связи с клиникой Vita Vision (Милан) продемонстрировал возможности фемтосекундного лазера Intralase при выполненной им сквозной кератопластике, а также во время второй операции поделился своими разработками процедуры FemtoSecond Lasik.

Д.м.н. О.Б. Кочмала (Центр микрохирургии глаза дорожной клинической больницы СКУД, Ростов-на-Дону) показал технологические приемы с использованием рукоятки Ozil в хирургии осложненной диабетической катаракты.

В случае высокой близорукости с осложненным прогнозом для рефракционных вмешательств на роговице доктор А.Ю. Расческов во включении из Казани (ООО «Глазная хирургия Расческов», Казань) продемонстрировал безукоризненную технику имплантации AcrySof SACHET Phakic Lens.

Во время трансляции из Краснодар участники конференции была представлена технология микроинвазивной витрэктомии 27G при диабетической ретинопатии, выполненная к.м.н. А.В. Малафеевым (Краснодарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза»).



Открытие конференции



Во время работы конференции

Прямое включение из Москвы позволило участникам конференции наблюдать безупречную в техническом отношении имплантацию ИОЛ премиум класса Crystalens HD™, показанную д.м.н. Ю.А. Гусевым (офтальмологическое

отделение Центра офтальмологии ФМБА России).

Модератор «живой хирургии», профессор В.Н. Трубилин отметил высочайший профессионализм хирургов и изщество проделанных операций.

НОВИНКА
ГОТОВИТСЯ К ВЫПУСКУ В 2012 ГОДУ

AMTO-01 ПОРТАТИВНЫЙ МАГНИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АППАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

- Максимальный терапевтический эффект
- Безопасность физиотерапии
- Оптимальное расположение индукторов
- Щадящее магнитное поле

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- Дистрофические заболевания сетчатки
- Дегенеративные сосудистые заболевания

ПОУТ

ПОДТВЕРЖДЕНО КЛИНИЧЕСКИМИ ИСПЫТАНИЯМИ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЯЗАНСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД
WWW.GRPZ.RU

390000, Россия,
г. Рязань, ул. Семинская, 32
тел.: (4912) 29-84-53 (многоканальный)
факс: (4912) 29-85-16
e-mail: info@grpz.ru



Группа участников перед отлетом в Москву

Вечернее заседание конференции было посвящено вопросу «Инновационные технологии в хирургии патологии оптических сред глаза». Доклад «Инновации в интраокулярной коррекции» был представлен заведующим кафедрой офтальмологии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития РФ», к.м.н., доцентом С.Л. Кузнецовым. Докладчик познакомил аудиторию с разработками, выполненными совместно с НЭП «Микрохирургия глаза» (Москва) и нижегородским предприятием «Репер-НН». По мнению С.Л. Кузнецова, перспективы дальнейшего развития российской офтальмологической науки в немалой степени зависят от уровня сотрудничества научных школ с отечественными предприятиями.

Технологию MICS в хирургии осложненной катаракты представил в своем докладе заместитель главного врача по хирургии Офтальмологического центра Коновалова, д.м.н., профессор А.А. Кожухов (Москва). Участникам конференции были продемонстрированы преимущества технологии MICS 1,8 мм для работы на узком зрачке, на подвижных хрусталиках, которые заключаются в безопасности, эффективности и относительной простоте в использовании.

С докладом на тему «Комбинированный метод лечения пациентов с миопической анизометропией» выступил заведующий WET-лабораторией Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», к.м.н. М.Ю. Тяжев. Результаты исследований показали, что

двухсторонняя хирургическая коррекция миопической анизометропии с помощью имплантации факичной ИОЛ на одном глазу и Lasik на другом глазу позволяет повысить аккомодационную способность, улучшить показатели центрального зрения и механизмы бинокулярного взаимодействия, увеличить фuzioniнные резервы глаза, достигнуть способности к глубинному зрению и стереозрению.

Об опыте применения гибких акриловых ИОЛ Rayner в Волгоградском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» рассказала ведущий офтальмохирург клиники Т.Г. Ефремова. С 2008 по 2011 годы было выполнено 4500 имплантаций ИОЛ Rayner. Во время операций хирурги отмечали легкость имплантации ИОЛ, хорошую гибкость линз, быстрое расправление в капсульном мешке, точную центрацию ИОЛ. Заместитель директора НПО «Дагестанский центр микрохирургии глаза», к.м.н. А.Г. Алиев дал функциональную оценку эффективности интраокулярной коррекции с использованием мультифокальных ИОЛ Rayner M-flex и отметил, что линзы отличаются высокой биосовместимостью к тканям глаза и не вызывают отторжения.

Врач-ординатор Астраханской государственной медицинской академии А.И. Галушкина представила интересный клинический случай имплантации дополнительной ИОЛ Sulcoflex у пациента с оперированной открытоугольной глаукомой.

О применении фторхинолонов III поколения при проведении антибактериальной терапии в офтальмологии доложил профессор А.В. Золотарев.

Врач-офтальмолог лазерного отдела Краснодарского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» П.А. Карагодина рассказала присутствующим об опыте лазерного лечения субгидалоидных кровоизлияний.

Особый интерес участников конференции вызвало заседание на тему «Глаукома: патогенез, ранняя диагностика, лечение и мониторинг», которое также состоялось в первый день конференции. Его открыл к.м.н., доцент С.Л. Кузнецов, выступивший с докладом «К вопросу о возможностях «Новой переводной линейки истинного ВГД (Р₀) по А.П. Нестерову и Е.А. Егорову» для тонометра Маклакова 10 г».

Заседание продолжили выступления заместителя генерального директора по научной работе Волгоградского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» С.В. Балалина, профессора кафедры офтальмологии ИПО ФМБА России, д.м.н. Н.И. Курышевой, заместителя директора НПО «Дагестанский центр микрохирургии глаза» И.Б. Ярахмедовой.

С докладами также выступили доцент кафедры офтальмологии ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова», к.м.н. С.Ю. Голубев, зав. офтальмологическим отделением клиники ФГУ ФБМСЭ, к.м.н. П.Ю. Чеглаков, врач-офтальмолог отделения хирургии катаракты и глаукомы Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» Е.В. Афонина.

Второй день работы конференции был посвящен темам «Инновационные технологии в хирургии роговицы» и «Инновационные технологии диагностики и лечения офтальмопатологии».

Первое заседание открыл старший научный сотрудник отдела травм органа зрения, реконструктивно-пластической хирургии и глазного протезирования МНИИ ГБ им. Гельмгольца, к.м.н. О.Г. Оганесян. Он представил аудитории доклад «Отдаленные результаты трансплантации десцеметовой мембраны (DMEK) и эндокератопластики (DSEK)». По мнению докладчика, в офтальмологическую практику в России внедрены все современные методы эндотелиальной трансплантации и разработаны собственные высокоэффективные методы и модификации.

Заведующий отделением Волгоградского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» И.А. Ремесников выступил с докладом «Критерии и методология оценки результатов коррекции миопии методом ЛАЗИК».

На заседании были также представлены доклады «Коррекция рефракционных нарушений после сквозной кератопластики» (автор – аспирант отдела эксимерлазерной хирургии МНТК «Микрохирургия глаза» А.Н. Каримова, Москва), «Методологический подход к лечению синдрома «сухого глаза» после операций на роговице», с которым выступил заведующий кафедрой офтальмологии, проректор по международным связям Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии, д.м.н. В.В. Бржеский.

Главный офтальмолог Вологодской области, главный врач Вологодской областной офтальмологической больницы С.Н. Зеленцов представил доклад «Оценка состояния роговицы при контузии глаза методом оптической когерентной томографии». Врач-офтальмолог Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» А.В. Пискунов рассказал о персонализированной технологии T-CAT на эксимерлазерной установке ALLEGRETTO WAVE Eye-Q при коррекции индуцированной аметропии после

сквозной пересадки роговицы. А.Г. Ахмедов поделился опытом лечения птеригиума новым способом, который был разработан в Дагестанском центре микрохирургии глаза.

Заседание на тему «Инновационные технологии диагностики и лечения офтальмопатологии» открыла руководитель отдела ультразвука МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, д.м.н., профессор Т.Н. Киселева. Она представила аудитории доклад на тему «Современные методы ультразвуковых исследований в диагностике офтальмопатологии».

Ведущий офтальмохирург Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» В.А. Зайка выступил с докладом «Влияние ретинального кровотока на структурно-функциональное изменение зрительной системы при хирургическом лечении регматогенной отслойки сетчатки». Заведующий Центром микрохирургии глаза Дорожной больницы им. Н.А. Семашко, д.м.н. И.А. Лоскутов (Москва) представил доклад «Инновационные технологии в диагностике и лечении возрастной макулярной дегенерации».

Об опыте Самарской области в применении современных принципов лечения диабетического макулярного отека рассказал профессор А.В. Золотарев. Сотрудник Дагестанского центра микрохирургии, доктор А.Б. Абдулаев доложил аудитории о комплексной методике профилактики рецидивов при дакриоцистириномии.

Завершили научную программу конференции доклад руководителя отдела восстановительной хирургии глаз у детей Уфимского НИИ глазных болезней Г.Х. Зайнутдиновой на тему «Иммуно-эндокринные взаимодействия в клинике передних эндогенных увеитов» и доклад «Щадящая дакриоцистириномия с применением модифицированного дренажа», с которым выступил врач-офтальмолог офтальмологического отделения ГУЗ Александро-Марининской ОКБ А.Х. Исаков (Астрахань).

В рамках конференции были организованы видеосессия «Инновационная офтальмохирургия» и демонстрация стендовых докладов в виде электронных постеров.

Во время работы конференции прошла презентация Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов (RSCRS) на территории Южного Федерального округа, которое было официально зарегистрировано в октябре 2010 года. Президент RSCRS, руководитель Центра офтальмологии ФМБА России, д.м.н., профессор В.Н. Трубилин рассказал о целях и задачах, стоящих перед Обществом, об образовательных программах, которые RSCRS планирует проводить совместно с ASCRS, с Европейской школой усовершенствования по офтальмологии (ESASO). В.Н. Трубилин проинформировал участников заседания о том, что 27 мая 2012 года в Санкт-Петербурге пройдет первая конференция Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов.

В заключение хотелось бы отметить высокий научный уровень докладов и дискуссий, а также четкую работу оргкомитета конференции. Форум прошел в духе единения и добросердечного сотрудничества. Для гостей, пожелавших поближе познакомиться с достопримечательностями Астрахани, были организованы экскурсии по городу. О многом удалось поговорить в неформальной обстановке, нашлось время даже для рыбалки, но главное, конечно, это новый импульс, который получили все участники конференции в осмыслении перспектив развития современных технологий в офтальмологии. ■

Фотографии Юрия Легкова

Сила одного решения

Косопт™
(дorzолемид гидрохлорид-тимолол малейт, глазные капли, MSD)

- Снижает ВГД на 40% у пациентов* с первичной открытоугольной глаукомой¹
- Надежно контролирует ВГД на протяжении 24 часов²
- Улучшает кровоснабжение глаза³
- Хорошо переносится большинством пациентов⁴

1. Henderson JJ, Wilson RF, Moller MB et al. Timolol/dorzolamide combination therapy as initial treatment for intraocular pressure over 30 mm Hg. J Glaucoma. 2005; 14(6): 267-276. 2. Feldman RM, Stewart RM, Stewart WC, et al. 24-hour control of intraocular pressure with 2% dorzolamide/0.5% timolol fixed-combination ophthalmic solution in open-angle glaucoma. Clin Med Resop. 2008; 24: 2403-2412. 3. Ruller T, Stefan F, Bragulat B, Grunhaus FM. The effects of dorzolamide 2% and dorzolamide/timolol fixed combination on retinal and optic nerve head blood flow in primary open-angle glaucoma patients. Eye. Advance online publication 18 July 2008; doi: 10.1038/eye.2008.071. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Косопт.

* У пациентов не получавших антиглаукоматозную терапию с ВГД более 30 мм рт.ст.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

Косопт™ — торговая марка компании Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Уайтхаус Стейшн, Нью-Джерси, США.
Copyright © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Уайтхаус Стейшн, Нью-Джерси, США. Все права защищены.

121059, г. Москва, пл. Европы 2, гостиница "Славянская - Радиссон", Южное крыло, 2-й этаж.
Тел.: 8 (495) 941-8275, факс: 8 (495) 941-8276 www.msd.ru

02-11-CST-08-RUCA-005-1A (Rusub 0)

ОСЕННИЕ РЕФРАКЦИОННЫЕ ЧТЕНИЯ

Астигматизм: проблемы диагностики и коррекции

II Международный симпозиум, посвященный 90-летию со дня рождения профессора Эдуарда Сергеевича Аветисова

21-22 октября, Москва

< стр. 1

С мемориальной лекцией «Э.С. Аветисов – ученый и педагог» выступила профессор Т.П. Кашенко, которая долгие годы проработала под руководством этого выдающегося человека в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца.

Эдуард Сергеевич Аветисов, ученый мирового масштаба, человек беспредельно преданный науке, имя которого известно каждому офтальмологу в России и за рубежом. В Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Эдуард Сергеевич прошел большой научный путь от младшего научного сотрудника до заместителя директора института по научной работе, бесменно возглавляя это ответственное направление работы в течение 35 лет. Почти 20 лет – до распада Советского Союза – Э.С. Аветисов был председателем Правления Всесоюзного научного общества офтальмологов. Он был членом Международной Академии офтальмологии, членом Международной и Европейских страбологических ассоциаций, Международного Офтальмоэргонического общества. Осуществлял тесное научное сотрудничество с офтальмологами многих стран мира, в частности с немецкими, французскими, американскими, югославскими и болгарскими коллегами. В течение 40 лет Эдуард Сергеевич возглавлял отдел охраны зрения детей и подростков, практически создав его.

В своем выступлении профессор Т.П. Кашенко эмоционально, с большой теплотой рассказала об основных этапах деятельности ученого, подробно остановилась на основных направлениях научных исследований Эдуарда Сергеевича, рассказала об организационной и педагогической деятельности профессора Аветисова, перечислив труды, изданные при жизни ученого, и монографии, посвященные его памяти.

Рабочая часть утреннего заседания конференции началась с доклада члена-корреспондента РАМН, профессора С.Э. Аветисова «Эволюция методов диагностики астигматизма». В своем выступлении докладчик дал общие сведения о проблеме, определил терминологию, рассказал об основных тенденциях

развития диагностики астигматизма, рассмотрел основные методы диагностики заболевания.

Доктор медицинских наук Г.Б. Егорова (НИИ ГБ РАМН) представила сообщение на тему «Контактная коррекция астигматизма». Определив основной принцип контактной коррекции, автор предложила варианты коррекции рефракционных нарушений в зависимости от оптической структуры астигматизма с помощью различных видов жестких и мягких контактных линз.

В своем докладе профессор В.М. Шелудченко (НИИ ГБ РАМН) представил современные возможности хирургической коррекции астигматизма, сформулировав основные достоинства и недостатки широко применяемых в офтальмологической практике методов.

Г.М. Мусаева (в соавторстве с С.Э. Аветисовым и Н.В. Бородинной, НИИ ГБ РАМН) представила доклад, посвященный индуцированному астигматизму при ортокератологической коррекции (ОК) миопии. Проведя собственные исследования и представив данные aberрометрии, визометрии, а также авторефрактометрии и топокератометрии, автор пришла к заключению, что ортокератологическая коррекция миопии не исключает возникновения индуцированного астигматизма. Степень астигматизма зависит от уровня уменьшения исходной близорукости и центровки при подборе ОК-линзы.

Кандидат медицинских наук Т.Ю. Вержанская (в соавторстве с Е.П. Таруттой и О.О. Долженко, МНИИ ГБ им. Гельмгольца) в сообщении «Ортокератология и астигматизм» сформулировала цель исследования следующим образом: «Изучение динамики роговичного и общего астигматизма до и после ортокератологической коррекции». После проведенных исследований авторы пришли к выводу: ношение ОК-линз вызывает астигматизм. Частота встречаемости индуцированного астигматизма составляет после ОК-коррекции, по данным проведенных исследований, 21%. При ношении ОК-линз данные авторефрактометрии недостаточны, в этих случаях уточняющую информацию можно получить с помощью aberрометрии



Работу симпозиума, посвященного 90-летию со дня рождения Э.С. Аветисова, открыл зам. директора по научной работе НИИ ГБ РАМН, профессор В.П. Еричев



Рабочая часть утреннего заседания конференции началась с доклада члена-корреспондента РАМН, профессора С.Э. Аветисова



С мемориальной лекцией «Э.С. Аветисов – ученый и педагог» выступила профессор Т.П. Кашенко



Профессор В.М. Шелудченко, профессор В.В. Страхов



Профессор А.В. Мягков, НОЧУ ДПО «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии»

и видеокератотопографии. Индуцированный астигматизм не снижает некорригированную остроту зрения. Индуцированный астигматизм способствует повышению эргонимических показателей (аккомодационного ответа, зрительной работоспособности).

В своем докладе профессор В.В. Страхов (Ярославская государственная медицинская академия) таким образом сформулировал побудительный мотив исследования индуцированного роговичного астигматизма при пресбиопии:

«Временное ухудшение зрения у пресбиопов при переводе взгляда вдаль тотчас после длительного чтения или любой другой работы вблизи в условиях недостаточного освещения или неадекватной оптической коррекции, например, в чужих очках или вообще без очков в безвыходных ситуациях. Астенопические жалобы». Снижение остроты зрения в среднем на 2 строчки вследствие появления дополнительного контура по вертикали. Продолжительность зрительного дискомфорта в среднем

20-22 минуты. После проведенных исследований автор заключил: «Индукция прямого роговичного астигматизма обязана своим происхождением в большей степени усилению преломления по вертикали, нежели ослаблению по горизонтали. Вероятнее всего, это связано не только с влиянием тонуса внутренней прямой мышцы при конвергенции, но и с придавливающим эффектом на роговицу верхнего века при прищуривании. Медленное (более 20 минут) восстановление остроты зрения после нагрузки чтением у пресбиопов связано с инволюционной потерей эластичности роговицы».

Д.С. Мирсаяфов, управляющий клиникой «Доктор Линз», представил доклад «Ортокератология как способ коррекции правильного астигматизма». Представив клинические случаи, докладчик пришел к следующему заключению: «регулярный роговичный астигматизм типа «галстука-бабочки» – относительное противопоказание для ношения осесимметричных ОК-линз; при значительном лимбо-лимбальном астигматизме, скорее всего, не обойтись без торических ОК-линз – осесимметричные будут децентрироваться; есть возможность





Президиум заседания «Кератоконус: инновационные подходы к изучению патогенеза, диагностике, коррекции и лечению»



В кулуарах конгресса: член-корреспондент РАМН, профессор С.Э. Аветисов, профессор А.В. Мягков и профессор В.В. Страхов

подбора ОК-линз даже в сомнительных ситуациях – эффект обратим».

Доктор медицинских наук О.В. Проскурина (соавторы – Е.П. Тарутта, Н.В. Ходжабекян, О.Б. Филинова, Т.С. Смирнова, МНИИ им. Гельмгольца) в работе «Стратегия и отдаленные результаты коррекции астигматизма у детей» пришла к заключению, что астигматическая коррекция не обладает аметропизирующим действием, а напротив, оказывает безусловное положительное влияние на зрение и рефрактогенез у детей: способствует уменьшению степени астигматизма и миопизации, повышает остроту зрения. Назначение астигматической коррекции, близкой к полной, позволяет добиваться наилучших сенсорных и рефракционных результатов. Частичную коррекцию астигматизма нельзя признать целесообразной (за исключением случаев дезадаптации), и это

доказано в случае отказа от астигматической коррекции. Предпочтение следует отдавать режиму постоянного ношения астигматической коррекции.

Кандидат медицинских наук Н.В. Ходжабекян (в соавторстве с В.В. Нероевым, А.Т. Ханджян, МНИИ ГБ им. Гельмгольца) представили клинико-функциональные результаты при использовании Z-ЛАСИК в коррекции сложного миопического астигматизма. Фемтосекундный лазер LDV формирует тонкий равномерный роговичный лоскут заданной толщины, гладкую поверхность стромального ложа, гладкие края лоскута. Это позволяет уменьшить риск возникновения ятрогенных кератэктазий; возможность визуального контроля вакуума и индивидуального подбора параметров роговичного клапана значительно снижает риск интраоперационных осложнений.

Р.В. Ибрагимова, сотрудник компании «Луис оптика», представила вниманию участников конференции прогрессивную очковую оптику для коррекции астигматизма.

Кандидат медицинских наук М.В. Абрамов, глава службы профессиональной поддержки CIBA VISION по России и СНГ, представил слушателям доклад «Контактные линзы air optix for astigmatism b focus dailies topically day comfort для коррекции астигматизма».

Завершил утреннее заседание доклад доктора медицинских наук А.В. Мягкова «Особенности подбора и посадки торических контактных линз». Автор доклада особо подчеркнул, что важным моментом является тщательное предварительное обследование пациента с целью выявления особенностей строения глаза. Основной причиной осложнений является нарушение подвижности торической контактной

линзы (плотная посадка). Случайная ротация может быть связана с отложениями на поверхности МКЛ и их «прилипанием» к верхнему веку. При крутой посадке рекомендуется использовать линзы, имеющие меньший модуль упругости, например, гидрогелевые. Определяющим при выборе торических контактных линз является комфорт, правильность посадки и безопасность при их использовании.

Вечернее заседание «Кератоконус: инновационные подходы к изучению патогенеза, диагностике, коррекции и лечению» открыл член-корреспондент РАМН, профессор С.Э. Аветисов. Он указал на перспективы изучения патогенеза кератоконуса (практическое значение: ранняя диагностика и, возможно, профилактика прогрессирования), на необходимость обоснования подходов к комбинированному применению методов коррекции и лечения кератоконуса, на дальнейшее изучение эффективности и совершенствование т.н. универсальных методов. В заключение были перечислены условия для проведения комплексных научных исследований по проблеме кератоконуса: наличие современных диагностических технологий (существенное расширение возможностей в последние годы); возможность индивидуального изготовления контактных линз из различных материалов; высокий уровень «роговичной» хирургии (как пластической, так и рефракционной).

Все доклады по проблеме кератоконуса были представлены сотрудниками НИИ ГБ РАМН.

В сообщении «Новая гипотеза патогенеза кератоконуса» И.А. Новиков привел доказательства, что смещение кислотности слезы происходит в щелочную сторону у больных кератоконусом. Была предложена модель нахождения и поведения микроэлементов в роговице человека и была доказана связь аномальной щелочности слезы, накопления меди в кольце Флейшера, обеднения центральной зоны роговицы и развития кератоконуса.

Доктор медицинских наук Г.Б. Егорова провела сравнительный анализ функциональных результатов контактной коррекции и операции сквозной кератопластики при кератоконусе в работе «Современные возможности контактной коррекции кератоконуса».

Профессор А.А. Караман (соавтор – Махмуд Мадар) в сообщении «Имплантация интракорнеальных сегментов (ИКС) при кератоконусе» сформулировал показания и противопоказания, ожидаемый прогноз эффективности ИКС, перечислил их преимущества, условия выполнения операций, параметры, необходимые для расчетов, и указал на возможные проблемы.

Доктор медицинских наук И.А. Бунова (соавтор – А.В. Кузнецов) изучила воздействие на ткань роговицы процедуры перекрестной шивки коллагена (corneal cross-linking) с применением различных фотосенсибилизаторов и доложила о своих результатах в работе «Перекрестная шивка коллагена роговицы (corneal cross-linking)».

Профессор В.Р. Мамиконян (соавтор – Г.А. Осибян) в докладе «Современные технологии кератопластики в лечении кератоконуса» привел преимущества новой модификации полной стромопластики. В частности, он сказал: «Операция не требует предварительного расслоения и удаления передних слоев стромы роговицы; сформированный доступ непосредственно к обнаженной десцеметовой мембране существенно облегчает ее последующее отслаивание и отслоение; сохранность прозрачности роговицы обеспечивает возможность регулируемого и визуального контролируемого отслоения десцеметовой мембраны. Преимущества полной стромопластики в альтернативе СКП: неполостной характер вмешательства, сохранность собственного эндотелия, меньшая вероятность тканевой реакции, умеренность требований, предъявляемых к состоянию пересаживаемой донорской роговицы».

Итог заседания подвел профессор С.Э. Аветисов, который сказал следующее: «Если нам удалось убедить вас в серьезности наших попыток решить проблему коррекции и лечения кератоконуса, то мы считаем свою задачу выполненной».

Второй день заседания проходил в формате образовательного форума. Заседание открыл доклад медицинского консультанта отдела профессионального развития Alcon Vision Care (Россия), кандидат медицинских наук А.Г. Маркосян (М.В. Абрамов, Н.Н. Жукова) «Показания к коррекции астигматизма слабой степени». Докладчик перечислила основные показания, в частности: астигматические жалобы; снижение остроты зрения за счет цилиндрического компонента; рефракционная амблиопия; снижение объема аккомодации, запаса относительной аккомодации и ослабленный и неравномерный аккомодационный ответ; профессиональные показания.

Авторы доклада «Астигматизм как проявление аберраций наклонных (внеосевых) пучков», кандидаты технических наук Т.Н. Хацевич и Е.А. Терешин считают, что корректировка осевого астигматизма не обеспечивает исправление полевого астигматизма, присущего любому глазу; отклонение расстояния между линзой и зрачком от номинального положения влияет на аберрации системы «глаз-линза»,

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Окомистин: чтобы Ваши глаза сияли здоровьем!

Окомистин – новый оригинальный высокоэффективный препарат в офтальмологии, созданный российской компанией «ИНФАМЕД». Окомистин – это глазные капли для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний глаз (конъюнктивиты, блефариты, кератиты, керато-увеиты и др.), а также для лечения травм и ожогов глаза и для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в предоперационном и послеоперационном периодах.

В основе антимикробной активности препарата Окомистин лежит прямое взаимодействие молекулы препарата с белково-липидными комплексами мембран микроорганизмов, при этом часть молекулы Окомистина погружается в липофильный слой мембраны, разрушает ее и повышает проницаемость для крупномолекулярных веществ. Окомистин изменяет энзиматическую активность микробной клетки, ингибируя ферментные системы, что приводит к угнетению жизнедеятельности микроорганизмов и их разрушению. Окомистин обладает высокой избирательностью действия в отношении микроорганизмов и не повреждает клеточные мембраны тканей человека. Данный эффект связан с различием в структуре клеточных мембран человека и микроорганизмов.

Окомистин обладает широким спектром действия в отношении бактерий, грибов, вирусов и простейших,



включая устойчивые госпитальные штаммы. Препарат оказывает противовоспалительное действие (активизирует процессы фибринолиза в тканях конъюнктивы), повышает местный иммунитет, ускоряет процессы регенерации и эпителизации, что делает Окомистин препаратом первого выбора как при монотерапии, так и при комплексном лечении воспалительных заболеваний глаз.

Под действием препарата повышается эффективность антибиотиков в отношении бактерий, грибов и простейших.

Окомистин не всасывается через слизистую оболочку глаз, слезных путей и носа, не оказывает раздражающего действия и не вызывает аллергии.

С лечебной целью закапывают по 1-2 капли 4-6 раз в сутки до клинического выздоровления. С профилактической целью закапывают по 1-2 капли 3 раза в сутки за 2-3 дня до операции, а также после операции до клинического выздоровления.

Окомистин сокращает сроки лечения, уменьшает число рецидивов, вызывает пролонгацию ремиссий при хронических процессах.

Окомистин – однокомпонентный препарат, не содержащий консервантов.

Широкий спектр антимикробной активности (грамположительные, грамотрицательные бактерии, грибы, сложные вирусы – герпеса, гриппа и др.), доказанный иммуномодулирующий эффект (стимуляция фагоцитов), отсутствие аллергизирующего и раздражающего действия на кожу и слизистые позволяют рекомендовать Окомистин к широкому применению в офтальмологической практике.



Производитель – российская фармацевтическая компания «ИНФАМЕД».

Тел.: (495) 775-83-21; 775-83-22; 775-83-23.

Адрес для переписки: 123056, Москва, а/я 46.

E-mail: infamed@infamed.ru; www.okomistin.ru

в частности на величину астигматизма; наиболее качественное и стабильное исправление астигматизма и других аберраций глаза должно достигаться при использовании контактных линз; необходимо корректировать астигматизм по полю, с учетом особенностей конкретного глаза.

Кандидат медицинских наук А.Р. Хурай (Москва) в докладе «Применение корнеосклеральных RGP-линз при кератоконусе» перечислил их достоинства, особо подчеркнув, что линзы хорошо корректируют даже астигматизм высокой степени, под них не попадают инородные тела (пыль, пух и т.д.), циркуляция слезы сохраняется благодаря специальному отверстию, они обеспечивают очень стабильное зрение (подвижность линз не более 0,25 мм, большая оптическая зона – 9 мм), острота зрения – максимальная среди всех вариантов коррекции зрения, корнеосклеральные линзы комфортны почти так же, как мягкие линзы.

Особый интерес вызвал доклад кандидата медицинских наук Н.Ю. Кушнаревич (МНИИ ГБ им. Гельмгольца) «Астигматизм и генез зрительного восприятия». Автор считает, что генез зрительного восприятия, в отличие от рефрактогенеза, не ограничен известным возрастом, а оставляет возможности для успешного приятия взрослым пациентом коррекции астигматизма; корригировать астигматизм предпочтительно в критический период, учитывая нейропластичность и динамику генеза зрительного восприятия. Представляется полезным более тесное сотрудничество специалистов различных специализаций: оптометристов, офтальмологов, физиологов, психофизиологов, психологов, а также специалистов в области оптики и технического зрения – с целью более полного и углубленного понимания процессов обработки зрительной информации и уточнения связей «оптический образ – кортикальный образ».

По мнению кандидата медицинских наук А.В. Колесникова (ГОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, ГУЗ РКБ им. Н.А. Семашко, Рязанская офтальмологическая клиника «ОКО»), интраокулярная коррекция роговичного астигматизма – высокоэффективный инструмент одномоментной реабилитации пациента; для эффективно использования торических ИОЛ необходима качественная предоперационная подготовка и определенный хирургический подход; внедрение в клинику торических псевдоаккомодирующих ИОЛ – новый уровень качества восстановления зрения, в том числе при цилиндрической анизометропии.

А.В. Демидов (клиника «Кузляр», Казань) в своем выступлении привел подробную таблицу стратегии отбора пациентов для хирургической коррекции астигматизма, указав клинические признаки и виды хирургической коррекции.

Продолжением заседания стало выступление Е.Н. Углевой (соавторы – А.В. Тихов, А.В. Курис, А.Ю. Суслова, С.И. Суслов, Межрегиональная клиника лазерной коррекции зрения, Ярославль). Она рассказала об опыте коррекции астигматизма высокой степени на отечественной лазерной установке «Олимп 2000» и привела клинические примеры.

Кандидат медицинских наук М.В. Абрамов, глава службы профессиональной поддержки CIBA VISION по России и СНГ, указал на ряд исследований, которые устанавливают связь некорригированного астигматизма с прогрессированием миопии, меридиональной амблиопией и патологическими изменениями глазного дна у миопов.

Доктор медицинских наук О.В. Проскурина (МНИИ ГБ им. Гельмгольца) в докладе «Влияние полноты коррекции астигматизма на рефракцию у детей» пришла к выводу, что для реализации тактической задачи коррекции – повышения зрительных функций – необходимо стремиться к полной коррекции астигматизма любого вида; при астигматизме любого вида близкая к полной коррекция астигматизма оказывает стабилизирующее влияние на астигматизм, которое следует расценивать как позитивный фактор; при астигматизме полнота коррекции сферического компонента влияет на динамику рефракции: индуцированный коррекцией гиперметропический дефокус способствует сдвигу рефракции в сторону ее усиления при всех видах астигматизма, за исключением простого и сложного миопического со сферэквивалентом более – 3,0 дптр; при сложном гиперметропическом астигматизме усиление рефракции, индуцированное гиперметропическим дефокусом, имеет положительное значение; связанное с усилением рефракции формирование смешанного и простого миопического астигматизма, вероятно, стоит считать положительным исходом гиперметропического астигматизма; сложный миопический астигматизм со сферэквивалентом рефракции до 3,0 дптр более других видов астигматизма подвержен влиянию остаточного дефокуса; при сложном миопическом астигматизме со сферэквивалентом рефракции более 3,0 дптр этого влияния практически нет – имеют определяющее значение другие факторы рефрактогенеза.

Е.А. Слабцова (магистр клинической оптометрии, преподаватель оптометрии Латвийского Университета) рассказала о методах диагностики и целесообразности коррекции астигматизма слабой степени.

Завершил работу конференции доклад А.А. Оздербаевой (соавторы – И.Э. Иошин, Г.Т. Хачатрян, Ю.Ю. Калинин, ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва) «Особенности технологии биоптических операций при астигматизме». Авторы доклада провели анализ собственных результатов биоптического подхода и дали оценку биоптической методике по следующим критериям: эффективность: острота зрения без коррекции $0,5 \leq$ – 94,34% (50 глаз); предсказуемость: кол-во глаз п/опер., рефракция которых находилась в пределах 1,0 дптр от запланированной – 51; безопасность: кол-во глаз со снижением максимально корригированной остроты зрения более чем на 1 строчку – не наблюдалось; стабильность: снижение рефракционного результата более чем на 0,5 дптр в отдаленном послеоперационном периоде (более 1 месяца) – 2 глаза.

На конференции были представлены оптические и офтальмологические компании, занимающиеся разработкой и продажей оптического и офтальмологического оборудования, а также фармпрепаратов.

Симпозиум «Осенние рефракционные чтения» в этом году собрал 463 участника.

Судя по отзывам участников мероприятия, многим понравился формат форума, его непринужденная обстановка и приятная дружеская атмосфера. Форум предоставил специалистам прекрасную возможность познакомиться с результатами научных изысканий и практической работы коллег.

Тема симпозиума «Осенние рефракционные чтения-2012» – «Миопия: болезнь или нарушение рефракции?» ■

Лазервиз® – оптимальный раствор для эффективной микрохирургии глаза

Известно, что в ходе операции нарушаются стабильность слезной пленки. Недостаток влаги снижает прозрачность роговицы, ухудшается визуализация операционного поля. Дополнительно в ходе фактоэмульсификации возникает складчатость на роговице, индуцированная воздействием хирургических инструментов и перепадами внутриглазного давления.

Традиционно для орошения роговицы во время операций используют сбалансированные солевые растворы. Для более пролонгированной гидратации – различные полимеры искусственного и природного происхождения. Вязкоэластичные и гидрофильные свойства природного полимера гиалуроновой кислоты (ГК) широко используются в офтальмохирургии.

В покое ГК в состоянии удерживать воду внутри своего домена. При этом повышается ее вязкость и удержание на поверхности за счет утолщения и сцепления с поверхностью в виде гибкой сети молекул. Как результат, гиалуронат натрия (ГН) проявляет хорошие смазочные свойства и помогает задержать испарение воды. Однако увеличение концентрации и молекулярной массы ГН ($\geq 1\%$) приводит к преобладанию когезивных свойств над адгезивными. Поэтому для создания устойчивого сцепления ГН со слезной пленкой применяют растворы более низкой концентрации. Выраженные адгезивные свойства таких растворов позволяют эффективно и длительно

покрывать роговицу, обеспечивая пролонгированную гидратацию, что может успешно использоваться для орошения роговицы в ходе операции.

Laservis® – это 0,25% раствор гиалуроната натрия (ГН), производства TRB Chemedica (Швейцария), рекомендуется для использования как вязко-маскирующий агент в эксимер-лазерной хирургии и как вязко-увлажняющий раствор при других операциях на глазном яблоке (фактоэмульсификация катаракты, хирургия заднего сегмента глаза и т.д.).

ГН в растворе Laservis® бактериальной ферментации, очищен от белка, не содержит консервантов. В составе Laservis® запатентованная ионная формула (K, Na, Ca, Mg, Cl) и глюкоза, что сближает его с естественной слезой. Одинаковый со слезой рефракционный индекс и pH – 7,4 обеспечивает хорошую оптическую прозрачность и переносимость для проведения хирургии. Благодаря оптимальному соотношению молекулярной массы и концентрации ГН, раствор Laservis® имеет небольшой угол смачивания, что позволяет ему равномерно растекаться тонким слоем, полностью покрывая поверхность глаза. ГН обладает высокими регенеративными свойствами и антиоксидантной активностью, соответственно защищает от повреждений, вызванных свободными радикалами.

Важным критерием выбора раствора для орошения роговицы в ходе операции является количество



инстилляций и интервал между ними. Как правило, эту процедуру осуществляет операционная сестра. Однако частые закапывания отвлекают ее от подачи инструментов, материалов, и пр., а хирурга – от хода операции.

Проведенные исследования за рубежом и в центре офтальмологии ФМБА России показали, что количество закапываний Laservis® в ходе операции фактоэмульсификации $5,1 \pm 0,48$, что достоверно меньше по сравнению с BSS $15,7 \pm 1,35$. Таким образом, хирург может больше сконцентрироваться на операции, не отвлекаясь на дополнительные инстилляции. Субъективно, лучше визуализация операционного поля и контрастность. Раствор покрывал роговицу однородным тонким слоем и хорошо маскировал складки роговицы, создавая дополнительный оптический комфорт хирургу. Laservis® выпускается в стерильных одноразовых контейнерах-монодозах по 2 мл. По 5 монодоз в упаковке.



Тел.: 8 (916) 503 82 88. E-mail: efeja@mail.ru

TRADOMED INVEST



Лазерная система

NAVILAS

Автоматизированное проведение лазеркоагуляции по предварительно составленной программе на основе изображений, полученных при помощи встроенной фундус-камеры (цветное фото/ангиография)



- Возможность паттерн-лазеркоагуляции
- Гарантированная точность нанесения лазерных коагулятов повышает эффективность и безопасность вмешательства
- Проведение коагуляции без использования контактной линзы
- Возможность уменьшения времени операции в 5-10 раз
- Отсутствие засветки глаза пациента во время лазеркоагуляции (контроль глазного дна с помощью ИК-камеры)



Автоматизированная коагуляция микроаневризм



Эксклюзивный дистрибьютор компании «OD-OS» (Германия) в России и странах СНГ – фирма «Трейдомед Инвест»
109147 Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412
Тел./факс: (495) 662-78-66. E-mail: info@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru

Эдуард Сергеевич Аветисов — УЧЕНЫЙ, УЧИТЕЛЬ, ЧЕЛОВЕК

< стр. 1

отличались сочетанием фундаментальной глубины и практической направленности, он стремился к самому высокому уровню их выполнения. Эдуард Сергеевич был талантливым организатором научных исследований, не замыкался рамками отдела или института. Как правило, это были масштабные разработки, проводимые в контакте с другими научными учреждениями, кафедрами, клиниками, зарубежными коллегами, объединенные общей идеей и нацеленные на отдельные тактические направления.

Эдуард Сергеевич Аветисов участвовал в многолетнем общесоюзном и общесоюзном планировании НИР, формировании целевых программ по офтальмологии. Почти 20 лет (1972-1991 гг.) — до распада Советского Союза — Э.С. Аветисов был председателем Правления Всесоюзного научного общества офтальмологов. Он готовил и проводил III (Киев, 1973), IV (Ташкент, 1979), V (Ашхабад, 1985) Всесоюзные съезды офтальмологов, каждый из которых был значительным событием в профессиональном офтальмологическом сообществе.

Высок был международный авторитет профессора Э.С. Аветисова. Он был членом Международной Академии офтальмологии (куда входят 50 ведущих офтальмологов мира), членом Международной и Европейских страбологических ассоциаций, Международного Офтальмоэргонического общества. Осуществлял тесное научное сотрудничество с офтальмологами многих стран мира, в частности, с немецкими, французскими, американскими и болгарскими коллегами.

В течение 40 лет Эдуард Сергеевич возглавлял отдел охраны зрения детей и подростков, практически создав его. Основными направлениями его научных интересов и исследований были:

- глазовидительная и бинокулярная патология (именно 50-60-е годы XX столетия отмечались бурным развитием страбологии в мире);
- оптический нистагм (вместе с д.м.н. И.Л. Смольяниновой и проф. С.Л. Шаповаловым разработана комплексная система восстановления бинокулярных функций у больных с этой тяжелой, считавшейся неизлечимой патологией, включающая хирургические подходы, функциональные методы и средства оптической коррекции);
- рефрактогенез и учение о динамической рефракции глаза;
- близорукость как одна из основных причин инвалидности по зрению;
- офтальмоэргоника зрительно-напряженного труда, промышленная офтальмоэргоника (создание и развитие этого направления в офтальмологии особенно актуально в век новых промышленных технологий и повсеместной компьютеризации трудовой деятельности человека);
- слабовидение, разработка средств спецкоррекции для слабовидящих;
- разработка и внедрение лазеров (диагностических и лечебных) в офтальмологии, создание лазерплеоптики.



Эдуард Сергеевич Аветисов фактически заложил основы учения об оптической коррекции зрения: он одним из первых указал, что коррекция имеет две цели: 1) максимальное улучшение зрения; 2) способствование правильному развитию оптической системы глаза («тактическая» и «стратегическая» задачи коррекции). Их различие особенно следует учитывать в детском и подростковом возрасте. Созданная им лаборатория офтальмоэргоники и оптометрии (руководитель — проф. Ю.З. Розенблюм) продолжает и развивает теоретические и практические направления оптической коррекции зрения.

В рамках проблемы глазовидительной и бинокулярной патологии Э.С. Аветисовым создана клиническая классификация амблиопии, монокулярной зрительной фиксации, комплексная система плеоптики, оригинальный метод локального «засвета» по Аветисову, изучены механизмы бинокулярной адаптации и корреспонденции сетчаток при косоглазии, впервые записано поле бификсации на основе бинокулярной регистрации движений глаз. Создана система методов диплоптии (восстановление зрительных функций повысилось с 30 до 70%), эффективная схема и тактика предварительного дозирования операции при косоглазии (85-90% успеха). Налажены связи с оптическим производством (ГОИ им. Вавилова, ЗОМЗ и др.) и внедрение новой техники. Эдуарду Сергеевичу удалось организовать и провести Международный симпозиум в Москве (1979) по проблеме нарушений бинокулярного зрения и методам его восстановления, в котором участвовали ведущие страбологи мира: Кюпперс (Германия), Заксенвегер (Германия), Ланг (Швейцария), Паркс (США), Баголини (Италия), Шамон (Франция). Последний продолжал тесно сотрудничать с отделом в течение 10 лет. Труды симпозиума были изданы на русском и английском языках.

Идеи Эдуарда Сергеевича по проблеме глазовидительной и бинокулярной патологии нашли свое продолжение в работе сотрудников

отдела. Под руководством проф. Т.П. Кашенко изучена клиника и разработана тактика комплексного лечения циклотропии и торзионной диплопии, разработана клиническая классификация и тактика лечения сочетанных сложных форм косоглазия и блефароптоза, созданы новые аппаратно-программные комплексы на основе жидкокристаллической техники, апробируется новый метод лечения нистагма на основе световых воздействий, разработанный в тесном контакте с Саратовским университетом им. Чернышевского. Результаты использования данного метода позволяют надеяться на существенное расширение возможностей восстановления зрительных функций у больных с этой тяжелой патологией.

По проблеме близорукости, острой медико-социальной проблеме, под руководством Эдуарда Сергеевича был выполнен целый комплекс работ. Трехфакторная теория патогенеза близорукости Э.С. Аветисова находит все больше последователей, в том числе и среди зарубежных ученых. Наследственное предрасположение, нарушение аккомодации (несоответствие зрительной нагрузки и аккомодационной способности), слабость склеры, — по каждому из этих направлений Эдуард Сергеевич разрабатывает глубокие исследования с привлечением специалистов фундаментальной науки — генетиков, физиков, химиков, морфологов. Эти исследования открыли новые пути профилактики миопии и предотвращения ее осложнений. Особенно широкий аспект исследований проведен по склеральной оболочке глаза, патология которой является основной причиной высокой осложненной близорукости, приводящей к инвалидности по зрению. Комплекс биохимических, биомеханических и морфологических исследований позволил обосновать и предложить различные виды склероукрепляющих вмешательств, принципиально новых операций, позволяющих остановить или задержать прогрессирование миопии и развитие ее осложнений у большинства больных.

В настоящее время в лаборатории по изучению миопии у детей и взрослых разработана комплексная система повторных склероукрепляющих воздействий в комбинации с профилактической периферической лазеркоагуляцией сетчатки, позволяющая снизить темп прогрессирования миопии и предотвратить развитие дистрофических изменений глазного дна и отслойки сетчатки у детей с быстро прогрессирующей миопией. Разработаны и внедрены в практику различные виды биологических, синтетических и комбинированных трансплантатов для склеропластики, в том числе содержащих лекарственные препараты, стимулирующие метаболические процессы в патологически измененных оболочках глаза, а также трансплантаты с памятью формы для склероукрепляющего лечения прогрессирующей близорукости, существенно снижающие градиент прогрессирования миопии и развитие ее осложнений. Разработаны средства консервативного лечения прогрессирующей и осложненной миопии на основе глазных лекарственных пленок, предусматривающие коррекцию микроэлементного состава и антиоксидантного статуса сред и тканей глаза; методы и приборы для восстановления аккомодации (тренировки цилиарной мышцы по Аветисову-Мац, трансклеральная лазерстимуляция на аппарате МАКДЭЛ-09 и др.). В содружестве с профессором С.Л. Шаповаловым Э.С. Аветисов фактически первым поставил вопрос о разработке и внедрении в офтальмологию диагностических и лечебных лазеров, являлся создателем лазерплеоптики.

По проблеме слабовидения, активно развивавшейся Эдуардом Сергеевичем, разработаны приборы, средства спецкоррекции и система комплексной реабилитации слабовидящих, включающая применение средств, повышающих качество изображения на сетчатке и изменяющих его величину; разработана методика подбора неоптических средств помощи инвалидам по зрению: набор спектральных фильтров и полидиафрагмирующих средств моно- и бинокулярного применения.

По каждому из перечисленных направлений исследования Эдуард Сергеевич оставил свои монографии и руководства, а книга «Близорукость» переиздавалась два раза в России и была переведена и издана за рубежом (на сербском языке). Связь руководимых Э.С. Аветисовым научных работ с фундаментальными исследованиями, направленными на изучение биомеханических свойств корneosклеральной оболочки глаза, способствовали появлению нового направления в офтальмологии — биомеханики глаза. Начатые при Эдуарде Сергеевиче семинары по данной тематике благодаря лидеру этого направления, доктору биологических наук Е.Н. Иомдиной превратились в традиционно проводимые в МНИИ ГБ им. Гельмгольца межрегиональные научно-практические конференции с участием иностранных специалистов. Материалы конференций «Биомеханика глаза» издаются на русском и английском языках.

Э.С. Аветисов был одним из создателей службы охраны зрения детей в нашей стране, в тесном контакте с главным детским офтальмологом, профессором А.В. Хватовой и профессором Е.И. Ковалевским создавал систему специализированных кабинетов охраны зрения (краевых, областных, городских, районных), детских садов, санаториев для лечения детей с рефракционной, глазовидительной патологией, оснащенных специально разработанным комплектом отечественной аппаратуры, подготовленным медицинским персоналом.

Сегодня, в нелегкие годы социально-экономических преобразований в стране, детские офтальмологи мужественно отстаивают лучшие традиции детской офтальмологии и службы охраны зрения детей и подростков.

Э.С. Аветисов — замечательный педагог, создатель ведущей научной школы. Под его руководством выполнено более 120 докторских и кандидатских диссертаций. Он никогда не подавлял творческую инициативу сотрудников, мог найти каждому дело по душе, создавая атмосферу научного поиска. Его ученики возглавляют кафедры, научные центры и клиники в различных городах России, Армении, Белоруссии, Узбекистана и других регионах.

В память о заслуженном деятеле науки, профессоре Э.С. Аветисове в издательстве «Медицина» в 2005 году опубликовано руководство «Зрительные функции и их коррекция у детей» под редакцией профессоров С.Э. Аветисова, Т.П. Кашенко, А.М. Шамшиновой. В книге представлены работы учеников и последователей Эдуарда Сергеевича по основным вопросам охраны зрения детей и детской офтальмологии, научному развитию которых он посвятил свою жизнь. Под редакцией акад. М.А. Островского, проф. Ю.З. Розенблюма и д.м.н. Т.С. Егоровой издана монография «Спектральная коррекция зрения» (2006), основы которой заложил проф. Э.С. Аветисов.

Научные, клинические и организационные идеи профессора Э.С. Аветисова продолжают жить и развиваться, они являются руководством к действию для офтальмологов — научных работников и практикующих врачей.



Первые сотрудники отдела охраны зрения детей

Слово об Учителе – Эдуарде Сергеевиче Аветисове

Е.П. Тарутта, Е.Н. Иомдина

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца»
Минздравсоцразвития России

Эдуард Сергеевич Аветисов был прирожденным педагогом, Учителем с большой буквы. Всем нам – многочисленным ученикам профессора Эдуарда Сергеевича Аветисова – очень повезло в жизни. Мы любим свою профессию, мы не мыслим себя без офтальмологии, для нас работа – это далеко не только долг, но наша душевная потребность. Такими мы стали во многом благодаря Эдуарду Сергеевичу.

Секрет его благотворного педагогического воздействия на окружающих: аспирантов, докторантов, молодых и зрелых сотрудников Института глазных болезней им. Гельмгольца, врачей из самых разных регионов страны, обучавшихся на курсах повышения квалификации в Институте им. Гельмгольца, и всех других, кто оказывался рядом с ним на длительное или короткое время, невозможно открыть до конца.

Конечно, он учил нас на своих консультациях, где всегда собиралось много врачей, как начинающих – ординаторов, молодых докторов, так и вполне сложившихся профессионалов, которые старались не пропустить возможности услышать его мнение, проследить ход его мыслей, сопоставить его диагноз и предложенный им алгоритм лечения с собственным представлением. Эти консультации были настоящей школой врачебного мастерства, которые в том числе учили общаться с пациентами, в основном с детьми – совсем маленькими и постарше, с подростками, которые не всегда вначале были настроены на контакт с докторами. Но Эдуард Сергеевич со всеми очень быстро находил общий язык, умел найти подход к каждому, ребенок чувствовал его доброе, почти родительское отношение к себе и охотно вступал в контакт. Любви к детям, нашим маленьким и большим пациентам, мы тоже учились у него.

Эдуард Сергеевич учил нас думать и разбираться в новых, сложных для нас клинических и научных

вопросах. Он умел и любил объяснять. Ему очень важно было наше понимание и совпадение во взглядах. При этом мы были свободны высказывать свою точку зрения, дискутировать, но он отстаивал свое видение проблемы и в большинстве случаев убеждал нас в своей правоте. Хотя бывало и наоборот: после горячей дискуссии (например, с проф. Ю.З. Розенблюмом или с кем-то из нас), когда спорящие расходились, так и не придя к единому мнению, он наутро или даже по прошествии нескольких дней приглашал к себе, возвращался к этой теме и признавал правоту оппонента, находя более точные и ясные формулировки.

Эдуард Сергеевич восхищал нас своей способностью не только «ясно мыслить, но и ясно излагать» свои соображения. Как бы ни были новы, оригинальны, подчас до ниспровержения основ, его идеи, он всегда излагал их в максимально доступной форме. Стремился быть понятным, не усложнял, не запутывал словесными вывертами и наукообразием, напротив, тщательно продумывал и формулировал простыми, понятными, но грамотными, точными и умными словами. Простота, свойственная таланту – но не упрощенность... Такому научиться трудно, но можно и нужно к этому стремиться!

Недаром проф. Э.С. Аветисов был очень востребованным лектором широко известного в то время общества «Знание». Его популярные лекции собирали огромные аудитории в Политехническом музее. Слушатели ценили способность известного ученого рассказать просто и увлекательно о сложном, доверяли его рекомендациям, основанным на личном опыте высокопрофессионального специалиста-медика.

Эдуарда Сергеевича всегда отличали идеи. Он генерировал совершенно оригинальные, собственные, не навеянные зарубежными разработками идеи, иногда идущие вразрез с общепринятыми (в том числе за рубежом) установками.

Не только сотрудники отдела охраны зрения детей, которым руководил проф. Э.С. Аветисов, но и многие офтальмологи страны помнят, очевидно, какие баталии разгорелись на проходившем в 1979 г. в МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца международном симпозиуме по бинокулярному зрению, когда Э.С. Аветисов выдвинул тезис: «Аномальная корреспонденция сетчаток – устойчивее заблуждение!?».

Одной из нас довелось быть свидетелем горячей дискуссии о новом методе лечения косоглазия – диплоптии, которая разгорелась в Югославии, где Эдуард Сергеевич читал лекцию врачам клиники глазных болезней. Как он парировал острые вопросы и даже нападки! Как «держал удар» и отстаивал свою точку зрения! Неподготовленная аудитория поначалу не могла уразуметь принципиально нового подхода, заложенного в самом методе, и все сбивалась на назначение призм при косоглазии. Но профессор Аветисов все-таки объяснил суть дела, отстоял обоснованность и преимущества диплоптии, победив в нелегком споре.

Профессор Э.С. Аветисов всегда умел видеть суть проблемы, не вникая в детали, мог уловить главное и четко сформулировать основной смысл даже в тех случаях, когда речь шла о вопросах, не совсем близких к его непосредственной деятельности. Зачастую к нему обращались с просьбой дать название диссертационной работе, которая не имела к нему прямого отношения, и это название всегда было четким и точно отражало суть работы. Когда же речь шла о его диссертантах (а всего их было более 120!), то тут Эдуард Сергеевич формулировал не только название, но зачастую диктовал своему ученику целиком текст аннотации будущей диссертации, а в некоторых случаях (нерадивым ученикам!) набело надиктовывал и весь текст диссертационной работы! Его правки написанных нами текстов учили нас грамотно и логично



формулировать свои мысли и четко представлять полученные результаты. А форма подачи материала в его собственных многочисленных статьях и книгах – образец для подражания для всех нас!

Влияние личности профессора Э.С. Аветисова на окружавших его молодых и зрелых коллег не замыкалось только в профессиональных рамках. Мы чувствовали его доброе и заинтересованное отношение к нам, к нашим семейным проблемам, которые он принимал близко к сердцу и всегда старался идти навстречу нашим просьбам личного характера. Его доброжелательное и позитивное восприятие окружающего мира невольно передавалось нам.

В этом большую роль сыграли подробные рассказы Эдуарда Сергеевича о зарубежных поездках,

в которых он как член международной академии офтальмологии довольно часто бывал. В «невыездные» годы он был нашим «окном в мир», и мы видели этот мир его глазами. Каждый раз Эдуард Сергеевич тщательно записывал все свои впечатления, детали поездки, фотографировал, обрабатывал и эти законченные художественные «путевые заметки» зачитывал на конференциях отдела – наших традиционных «средах», которые мы проводим и в настоящее время.

Эдуард Сергеевич очень любил свое дело, его неугасающий интерес к науке «заражал» его учеников и последователей. Этот огонь мы чувствуем и в себе, надеемся передать его дальше – ученикам учеников профессора Аветисова.

Окончание следует

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

185 лет на страже здоровья москвичей

Поздравляем!

28 октября 2011 года Московская офтальмологическая клиническая больница отметила юбилей – 185 лет со дня основания. Газета «Поле зрения» уже писала об истории глазной больницы и ее сегодняшнем дне («Поле зрения» № 2, 2011). Каждый день главного врача МОКБ, каждый день работающих здесь именитых академиков, врачей, медсестер и санитарок – это борьба за самое ценное в нашей жизни, за возможность видеть мир.

Московская офтальмологическая клиническая больница широко известна в России – это крупнейшее лечебное учреждение (поликлиника, лечебный стационар, высокотехнологичная операционная), в стенах которого оказывается бесплатная помощь всем нуждающимся с различными заболеваниями и тяжелыми глазными травмами. Ключевыми специализациями больницы являются: оказание неотложной офтальмологической помощи населению, офтальмоонкология, глаукома. Коллектив больницы – дружный и давно сложившийся. Случайные люди здесь не задерживаются, остаются только те, чье призвание – лечить людей. Высокие технологии, высокий профессионализм, высокие принципы – все это Московская офтальмологическая клиническая больница, которая возвращает пациентам надежду на полноценную жизнь.

27 октября в Москве прошла Московская городская офтальмологическая научно-практическая конференция «Офтальмологическая клиническая больница. 185 лет на страже здоровья москвичей»*. Возглавили работу конференции академик РАМН, д.м.н., профессор А.Ф. Бровкина и главный врач МОКБ, д.м.н., профессор Е.Е. Гришина.

В программу конференции были включены три направления, которыми славится больница в течение практически всех лет своего существования: организация неотложной помощи; вопросы оказания помощи и ранней диагностики при глаукоме; вопросы офтальмоонкологии. Доклады были подготовлены врачами больницы в соавторстве с сотрудниками кафедр офтальмологии РМАПО. Уже 80 лет больница является клинической базой кафедры офтальмологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО, ректор – академик РАМН, д.м.н., профессор Л.К. Мошетова). Тесное сотрудничество с кафедрой, использование ее научного потенциала позволяет внедрять в практическую работу больницы новейшие достижения медицинской науки.

*Техническая поддержка в организации конференции и выставки медицинского оборудования в честь 185-летия МОКБ осуществлялась ООО «ТРИТОН», специализированной компанией в области организации мероприятий.

Работа конференции началась со вступительного слова главного офтальмолога Департамента здравоохранения города Москвы, академика РАМН, д.м.н., профессора Л.К. Мошетовой, которая поздравила всех участников конференции с праздником. В частности, она сказала: «Как здорово, что все мы здесь сегодня собрались! Собрались через 185 лет с того момента, как организовалась самая старая офтальмологическая больница мира, построенная на средства москвичей, купцов, добрых людей, оставивших о себе добрую память. Практически все, кто присутствуют в зале, – выходцы из этих стен. Это наш родной дом, здесь мы получили путевку в жизнь, в этих стенах мы ежедневно совершенствуем свои знания. Это больница, которую мы все любим и хотим, чтобы она после ремонта стала еще красивее, наряднее, чтобы она привлекала москвичей, как всегда, своим высоким профессионализмом и, самое главное, своим добрым отношением к пожилому человеку, который нуждается в такой помощи».

По первому вопросу конференции «Организация неотложной помощи в Офтальмологической клинической больнице Департамента здравоохранения города Москвы» выступила заведующая отделом неотложной помощи В.Г. Бондарева (соавторы доклада – к.м.н. И.Ф. Борисенко; д.м.н., профессор Кочергин; д.м.н., профессор А.Ю. Слонимский). Свое выступление В.Г. Бондарева начала с отчета

Попечительского совета от 8 августа 1826 года: «Со дня открытия больницы более шестисот человек всякого звания, пола и состояния, здешних жителей и прибывших из других губерний искали пособия в глазной больнице и безвозмездно получали нужные и приличнейшие в положении их средства к исцелению».

Есть основание считать, что именно с этого времени начинается история отделения неотложной помощи (ОНП) глазной больницы. За 185 лет существования больницы неизменными оставались и остаются принципы работы ОНП: больные принимаются безотказно, круглосуточно, бесплатно, независимо от места жительства, наличия документов, вида и сроков поражения. В последнее время в ОНП ежегодно обращается до 43 тысяч пациентов с самой разнообразной патологией органа зрения, что составляет 63% острых заболеваний и до 80% офтальмотравм по Москве. При МОКБ создана и постоянно функционирует выездная бригада специализированной помощи. В условиях крупных чрезвычайных ситуаций работают 3 бригады. В состав входят: офтальмохирург, врач-ординатор, операционная медсестра. Время готовности бригады – 15 минут. В обязанности специализированной выездной бригады входит: осмотр пострадавших, диагностика, сортировка по тяжести поражения, неотложная хирургическая помощь, неотложная терапевтическая помощь, рекомендации по



ИЗ ИСТОРИИ

Офтальмологическая клиническая больница является старейшей глазной клиникой в мире. Ее история насчитывает 185 лет. 26 января 1826 года генерал-губернатор города Москвы князь Дмитрий Владимирович Голицын поддержал пожелания общественных деятелей о необходимости создания в Москве специализированной глазной больницы. Задумана была больница для оказания амбулаторной и стационарной глазной помощи, прежде всего, нуждающимся, неимущим людям и создана была на пожертвования горожан. Князь Голицын организовал и возглавил комитет по сбору пожертвований. Цели, которые поставил перед собой комитет, выражены в следующих словах: «В общепользующее сие заведение предложено принимать больного всякого возраста, пола и звания, преимущественно неимущих, безо всякой платы за содержание и пользование». Глазная больница открылась 11 июля 1826 года в доме Ланге у Никитских ворот и имела в своем составе 20 коек и комнату для приема больных. Пропускная способность амбулатории была 30 больных в день. Первым главным врачом был Петр Федорович Броссе. Он проработал в этой должности 31 год, оставляя в пользу больницы все свое жалование. На пожертвования горожан 8 мая 1830 года у графини Дмитриевой-Мамоновой был куплен каменный дом с мебелью и надворными постройками на углу Тверской улицы и Мамонковского переулка, и 15 ноября 1830 года глазная больница разместилась в этом здании, где и располагается до сих пор. В 1845 году в здании глазной больницы была устроена домовая церковь Христа Спасителя, которую освятил митрополит Московский Филарет. Во время Первой мировой войны в здании глазной больницы был открыт лазарет для раненых бойцов. Много сил, таланта, труда, каждый на своем этапе развития больницы, вкладывали главные врачи больницы: П.Ф. Броссе (1826-1857), В.Ф. Броссе (1857-1864), профессор Г.И. Браун (1864-1897), д.м.н. С.Н. Лансечников (1897-1911), профессор С.С. Головин (1911-1917), Н.Н. Дислер (1917-1930), А.Е. Наджаров (1930-1938), Б.М. Лапук (1938-1944), Е.Б. Рабкин (1944-1946), Эйдельман (1946-1947), профессор М.Л. Краснов (1947-1951), И.А. Любченко (1951-1979), заслуженный врач РФ В.В. Перламутрова (1979-1987), заслуженный врач РФ В.М. Житенев (1987-2009). В настоящее время Московской офтальмологической клинической больницей (МОКБ) руководит д.м.н., профессор Е.Е. Гришина.

дальнейшей курации. Сотрудники больницы и кафедры оказывали неотложную помощь пострадавшим при взрыве на Манежной и Пушкинской площадях, при трагедии «Норд-Ост», взрыве на Павелецкой, пожаре в общежитии РУДН, взрывах у метро Рижская и на Каширском шоссе, при пожаре в клубе «Хромая лошадь», терактах в метро в 2010 году и при взрыве в аэропорту Домодедово в 2011 году. Специалистами осмотрено 1000 пострадавших, оказана неотложная офтальмологическая помощь более 800 раненым, прооперировано 168

человек. Уменьшение числа обращений, связанных с производственной травмой, объясняется ликвидацией промышленных предприятий, вывод части их за город. К резкому снижению обращений привел и приказ Минздравсоцразвития, по которому о каждом случае производственной травмы должны передавать сообщение в Государственную инспекцию труда. Число обращений с бытовой травмой остается практически неизменным – 9 тысяч ежегодно. Далее докладчиком были приведены случаи поражений глаз вследствие внутривенного введения



Во время работы конференции



На трибуне – академик РАМН, профессор Л.К. Мошетова, в президиуме – академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина, профессор Е.Е. Гришина

таблетированного препарата коаксил, контузии шариками для игры в пейнтбол, а также поражений глаз в виде массивных ретинальных и преретинальных кровоизлияний у молодых людей после посещения дискотек (лучевое, звуковое, токсическое воздействие на сосудистые стенки глаза). В последнее десятилетие увеличилось число обращений пациентов в молодом возрасте с тяжелой сосудистой патологией, дистрофическими поражениями сетчатки, с осложнениями общих хронических заболеваний, появились больные с рецидивирующими, вялотекущими увеитами на фоне ВИЧ-инфекции и гепатитов «В» и «С». Обращает на себя внимание число обращений выявленной при первом обращении глаукомы в терминальной стадии.

Врачами МОКБ постоянно ведется большая педагогическая работа с интернами, ординаторами и городскими врачами, направленная на обучение специфике работы с urgentными больными.

С докладом «От ранней диагностики глаукомы до хирургии высоких технологий» выступил д.м.н., профессор И.Б. Алексеев (соавтор – к.м.н. С.А. Игнатьев). Свое сообщение докладчик начал с поздравления сотрудников больницы с юбилеем. Далее профессор И.Б. Алексеев отметил, что глаукома занимает одно из лидирующих мест в структуре глазной патологии, ведущей к значительной или полной утрате зрительных функций. Профессор И.Б. Алексеев констатировал, что на сегодняшний день никто не обладает технологией, которая могла бы вернуть утраченное от этой болезни зрение.

Больные глаукомой составляют практически 40% всех посещений лечебно-консультативного приема ОКБ и медленно, но верно приближаются к половине всего контингента пациентов.

Автор доклада подробно остановился на технологиях, которые используются для диагностики глаукомы сегодня. Диагностика глаукомы – это один из самых важных и наиболее сложных моментов. Особенно при самых начальных стадиях развития болезни, когда очень трудно дифференцировать варианты анатомической нормы функционального состояния от начальных проявлений патологии. Но есть формы глаукомы, при которых диагностика сложна в принципе.

Профессор И.Б. Алексеев обратил внимание слушателей на существование такого современного инструмента диагностики, как биореинометрия, которая дает возможность фактически на гистологическом уровне оценивать состояние сетчатки и зрительного нерва. В МОКБ благодаря стараниям к.м.н. С.А. Игнатьева разработана компьютерная программа, которая позволяет исследовать более тонкие функции, пространственные характеристики зрения. При исследовании биомеханических свойств фиброзной капсулы определяются: истинное ВГД, роговично-компенсированное ВГД, фактор резистентности роговицы, корнеальный гистерезис, центральная толщина роговицы. Объективная оценка динамики глаукомного процесса – ОКТ. Далее автор перечислил основные правила медикаментозного лечения глаукомы: лечение должно быть патогенетически ориентировано и начинаться с максимально эффективного препарата; снижение ВГД в дебюте лечения должно быть на уровне 30% от исходного; необходимо помнить о противопоказаниях для назначения препаратов и строго соблюдать их; нельзя назначать несколько препаратов из одной группы одновременно; достаточного гипотензивного эффекта целесообразно добиваться минимальным количеством препаратов; фиксированные комбинации



Торжественное заседание, посвященное 185-летию МОКБ. Поздравления директора МНИИ ГБ им. Гельмгольца профессора В.В. Нероева



От имени директора НИИ ГБ РАМН юбиляра поздравил заместитель директора по научной работе, профессор В.П. Еричев

предпочтительнее сочетаний препаратов; помнить правила назначения фиксированных комбинаций; важен контроль ВГД, особенно при начале лечения или изменении гипотензивного режима. В своем выступлении профессор И.Б. Алексеев рассмотрел вопросы хирургического лечения глаукомы. Сотрудники МОКБ совместно с сотрудниками кафедры офтальмологии РМАПО эффективно занимаются разработкой новых методов комбинированного лечения глаукомы и катаракты: ФЭК с трабекулэктомией, ФЭК при ПЗУГ, экстернализация склерального синуса с аллодренированием, ревизия внутренней фистулы ab interno. Говоря о нейропротекции, профессор И.Б. Алексеев упомянул биорегуляторы – кортексин и ретиналамин – широко используемые в больнице. Особое внимание заслуживает вопрос немедикаментозной нейропротекции при глаукоме. В МОКБ совместно РМАПО разработан и внедрен в практику новый способ лечения глаукомной оптической нейропатии с использованием инфракрасной лазерной термотерапии (ТТ). Предложена методика инфракрасной лазерной ТТТ ДЗН, в 3 раза превосходящая по эффективности курс консервативного медикаментозного лечения глаукомной оптической нейропатии. Транспупиллярная термотерапия ДЗН является эффективным и безопасным методом лечения глаукомной оптической нейропатии. Проведение ее не требует госпитализации больных в стационар.

Доклад «Московский городской офтальмоонкологический центр. Реалии и перспективы» представила д.м.н., профессор Е.Е. Гришина (соавтор – академик РАМН, д.м.н., профессор А.Ф. Бровкина).

История офтальмоонкологии в мире имеет почти 60-летнюю историю. В нашей стране первый офтальмоонкологический кабинет был открыт в Московской

клинической больнице в конце 50-х годов прошедшего столетия по инициативе Г.Г. Зиянгировой и при непосредственной поддержке главного врача И.А. Любченко. Основными задачами офтальмоонкологического кабинета являлись: консультативная работа по городу, уточнение характера опухолей органа зрения, амбулаторное лечение, медицинская и социальная реабилитация офтальмоонкологических больных; заложена основа диспансеризации с опухолями органа зрения. У истоков офтальмоонкологической службы больницы стояли врачи: Г.Г. Зиянгирова, Т.Д. Костюкова, З.Л. Стенько, П.А. Вейн, О.Ф. Федотова. В Московской глазной больнице начала свою трудовую деятельность в качестве врача рентгенологического и рентгенотерапевтического кабинетов выдающийся офтальмоонколог, ученый с мировым именем, академик РАМН А.Ф. Бровкина.

В 60-е годы XX века сотрудники патоморфологической лаборатории В.М. Шепкалова, А.А. Хорасанян-Тадэ и О.Н. Дислер подготовили и издали атлас «Внутриглазные опухоли», ставший академическим изданием. С 70-х годов прошлого века в ЦОЛИУВ начата программа по подготовке врачей офтальмологов поликлинического звена. Получен положительный эффект: значительно уменьшилось число больных с запущенными формами злокачественных опухолей органа зрения. В 2003 году на базе ОКБ создан городской офтальмоонкологический центр (ГООЦ), который стал субъектом городского онкологического регистра. С момента создания ГООЦ принято более 30 тысяч больных с новообразованиями органа зрения. Поставлено на учет 3 тысячи больных. В своем докладе профессор Е.Е. Гришина перечислила причины «запущенных случаев». Это, прежде всего: многообразие клинических форм опухолей органа зрения, небольшая



С поздравлениями сотрудникам больницы выступил член Совета Федерации Федерального Собрания РФ Н.Ф. Пожитков



Главный врач МОКБ с 1979 по 1987 гг., заслуженный врач РФ В.В. Перламутрова и главный врач МОКБ, профессор Е.Е. Гришина

частота встречаемости, сложности дифференциальной диагностики, недостаточно высокая онкологическая настороженность врачей.

Такое сотрудничество с кафедрой офтальмологии РМАПО дало свои результаты. В настоящее время в ГООЦ используются практически все современные высокотехнологичные методы диагностики и лечения. Органосохранное лечение проведено у 80% пациентов, в том числе микрохирургическое лечение с одновременным восстановлением утраченных тканей. Несмотря на очевидные успехи у офтальмоонкологов больницы существуют проблемы и сложности в работе. В конце выступления были перечислены вопросы, требующие срочного решения. Это необходимость просветительской работы с населением, решение вопросов ранней диагностики опухолей органа зрения в поликлиниках (именно этим больным можно и нужно проводить успешную медицинскую и социальную реабилитацию), необходимость диспансеризации «групп риска» по злокачественным опухолям. Характеристика таких групп уже имеется. Безусловно, грамотный больной будет ответственно относиться к лечению и диспансерному наблюдению. В ближайшее время планируется дооснастить онкологическое отделение больницы современной диагностической и лечебной аппаратурой.

28 октября в великодушных интерьерах памятника московского зодчества, в «Центральном Доме архитектора», прошел праздничный вечер, посвященный 185-летию юбилею МОКБ. Ведущий вечера зачитал поздравительные телеграммы от известных офтальмологов России. Торжественное заседание началось с короткого выступления главного врача больницы, д.м.н., профессора Елены Евгеньевны Гришиной. Она рассказала об успехах, которых добилась старейшая московская клиника.

Сотрудникам и гостям торжества был показан видеофильм об истории и трудовых буднях больницы. Так хочется, чтобы этот фильм увидели те, кому небезразлична судьба нашей страны, города и такой старой и одновременно такой молодой глазной больницы! Фильм трогательный, добрый, сделан с большой любовью. Авторы фильма никого не забыли: ни основателей больницы, ни врачей с медсестрами, ни сотрудников вспомогательных служб, без которых невозможна жизнь такого сложного организма, как Московская офтальмологическая клиническая больница.

По окончании фильма с поздравлениями сотрудникам больницы выступили: член Совета Федерации Федерального Собрания РФ Николай Федорович Пожитков; директор МНИИ ГБ им. Гельмгольца, главный специалист офтальмолог Минздравсоцразвития РФ, профессор Владимир Владимирович Нероев; заместитель директора по науке ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», профессор Борис Эдуардович Малюгин; заместитель директора по науке Учреждения Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН, профессор Валерий Петрович Еричев; генеральный директор клиники «Доктор Визус», к.м.н. Таир Баратович Джафарли. От имени компании Santen, генерального спонсора конференции, поздравила присутствующих гостей с юбилеем Наталья Викторовна Муратова (медицинский директор компании Santen). Представитель Московской организации профсоюза работников здравоохранения РФ вручила лучшим сотрудникам больницы цветы и дипломы за многолетний и добросовестный труд.

Торжественный вечер завершился праздничным концертом и банкетом. ■

Фото Екатерины Пономаревой и Наталии Киреевой



Новейшие технологии должны работать в регионах

После завершения научно-практической конференции офтальмологов Южного Федерального округа «Инновационные технологии в офтальмологической практике регионов» редакция газеты «Поле зрения» обратилась к Главному внештатному специалисту-офтальмологу Астраханской области, доктору медицинских наук Лие Шамильевне Рамазановой с просьбой рассказать об уровне оказания офтальмологической помощи в Астраханской области и о тех проблемах, которые существуют в регионах.

– Лия Шамильевна, тема конференции, вероятно, выбрана не случайно. Несмотря на определенные проблемы, связанные с оказанием медицинской помощи в большинстве регионов, Вы предлагаете участникам конференции тему «Инновационные технологии». Чем это продиктовано?

– Тема «Инновационные технологии» как с точки зрения организации, так и с точки зрения специальности особенно актуальна на настоящий момент и не только для регионов Южного Федерального округа. Уровень офтальмологии как специальности в России в целом соответствует мировому: мы используем те же технологии, работаем на той же аппаратуре, применяем те же медикаменты и участвуем в научных разработках.

Специалисты отмечают, что российская офтальмология с каждым днем все больше интегрируется в мировую науку. Наши ученые и врачи участвуют в международных конференциях и съездах, посещают зарубежные клиники, выступают с докладами на зарубежных форумах, участвуют в «живой хирургии». Глобализация, которая наблюдается в мире, имеет место и в офтальмологии. Новейшие разработки становятся достоянием широкого круга офтальмологов во всем мире, в том числе и в нашем регионе. Технологии, разработанные в прошлом, совершенствуются и оптимизируются. Операции,

которые в недавнем прошлом выполнялись лишь опытными хирургами, становятся доступными и безопасными. Достаточно активны общественные организации офтальмологов, прежде всего, Общество офтальмологов России, стремительно развивающееся Российское общество катарактальных и рефракционных хирургов. Эти организации несомненно способствуют распространению передовых технологий, повышают заинтересованность специалистов в профессиональном росте, решают проблемы «живого общения» офтальмологов России между собой на конференциях, подобной нашей, а также с зарубежными коллегами. Благодаря авторитетной Ассоциации региональных руководителей офтальмологических клиник России решаются многие, в том числе административные, проблемы регионов. Кроме того, все медицинское сообщество принимает участие в реализации на территории России Программы модернизации здравоохранения, основная задача которой заключается в значительном улучшении материально-технической базы субъектов. Таким образом, решение задач по освоению инновационных технологий превратилось в повседневную работу. Насыщенная программа нашей конференции, интереснейшие доклады, разнообразие поднятых вопросов диагностики и лечения самой различной офтальмопатологии являются подтверждением потребности регионов в инновациях.

– Можно ли говорить о каком-то положительном опыте внедрения новых технологий в Южном Федеральном округе?

– В ряде субъектов Южного Федерального округа уже существует положительная практика функционирования крупных офтальмологических центров, созданных и осуществляющих свою деятельность при поддержке местных органов управления на самом высоком уровне (Ростов-на-Дону, Краснодар, Республика Дагестан). Основной задачей офтальмологической службы РФ является ее дальнейшее развитие на основании комплексного подхода, предусматривающего оптимизацию функционирования всех звеньев отечественной офтальмологической науки и практики при приоритетном совершенствовании амбулаторно-поликлинической службы.

При этом доступность современных технологий на местах напрямую связана с проблемами финансирования, зависящего от возможностей регионов. Именно неоднородность финансовых возможностей региональных бюджетов и территориальных ФОМС определяет возможность (или невозможность) медиков вообще и офтальмологов в частности применить высокотехнологичные инновационные разработки на практике. Нас, главных специалистов-офтальмологов регионов, отвечающих за организацию офтальмологической помощи на местах, очень волнует эта неоднородность уровня

оказания медицинской помощи в различных регионах страны, сохраняющаяся до последнего времени. Регионы остро нуждаются не только в инновационных технологиях, но и в механизме их реализации в практическом здравоохранении.

Не секрет, что в далеких от центра регионах из-за «традиционных» организационно-финансовых проблем уровень оказания медицинской помощи оставался крайне низким. Скучное материально-техническое обеспечение приводило к тому, что у офтальмолога отсутствовала мотивация совершенствовать профессиональные навыки и приобретать новые знания. Что называется, было не до инноваций. Как было отмечено в докладе главного специалиста офтальмолога Минздрава России, профессора В.В. Нероева на IX съезде офтальмологов России, заболеваемость патологией органа зрения на территории РФ в 2010 году составила около 11 тыс. на 100 тыс. населения. За офтальмологической помощью ежегодно обращался каждый второй гражданин, уровень слепоты и слабовидения составил 19,08 на 10 тыс. населения. До сих пор имеется общая тенденция к дефициту специалистов-офтальмологов в амбулаторно-поликлинической сети. Численность офтальмологов амбулаторно-поликлинического звена на 10 тыс. населения составляет в среднем 0,55 при числе штатных должностей 0,78 на 10 тыс. населения.

Практически все регионы, в том числе и ЮФО, испытывают недостаток специализированных кабинетов (диспансеров, центров) офтальмологической помощи больным с диабетической ретинопатией, глаукомой, ретинопатией недоношенных, охраны зрения детей.

Ряд проблем существует и в стационарном звене офтальмологической службы. На 100 тыс. населения приходится в среднем 16,7 офтальмологических коек. Число офтальмологов, работающих в стационаре, составляет в среднем 0,25 на 10 тыс. населения, при среднем числе штатных единиц – 0,31.

В ряде субъектов на сегодняшний день крайне недостаточны или вовсе отсутствуют лазерные технологии лечения офтальмопатологий, высокотехнологичные методики хирургии катаракты.

Существуют эти проблемы и в Астраханской области.

Такое положение дел определило необходимость комплексного подхода к улучшению качества и повышению доступности офтальмологической помощи населению. Плановая работа Правительства РФ по внедрению социально значимых проектов привела к перелому и в сфере здравоохранения. Обозначились основные этапы и меры по решению существующих проблем.

Это связано также с принятием в последнее время нескольких документов, важнейшими из которых являются Федеральные законы «Об охране здоровья граждан...» и «Об обязательном медицинском страховании». В документах определена стратегия государства, законодательно закрепляющая равенство регионов РФ в части объемов и качества медицинской помощи за счет системы одноканального финансирования с оплатой по полному случаю, с переходным периодом на 2011-2013 гг. Принята и началась реализация на территории РФ Программы модернизации здравоохранения. Таким образом, у региональных органов управления здравоохранением появляется долгожданная, и теперь законодательно закреплённая, возможность реализовать высокотехнологичные проекты, в том числе в сфере офтальмологии.

– В каких положениях закона «Об обязательном медицинском страховании» Вы видите гарантии выравнивания существующей неоднородности финансовых возможностей региональных бюджетов и территориальных ФОМС, гарантии обеспечения равноценно высококачественной медицинской, в том числе офтальмологической, помощью населения различных субъектов?

– Возьмем основную причину проблемы равноценности медицинской помощи – существующая неоднородность финансовых возможностей бюджетов и территориальных ФОМС различных регионов.

Согласно новому Закону «Об обязательном медицинском страховании», организация медицинской помощи будет вестись по единым стандартам, единым критериям и из единого центра на уровне региона. В новом законе устанавливается базовая программа оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Она была и в предыдущем законе, но не обеспечивалась финансовыми средствами, необходимыми для ее реализации во всех регионах страны. Поэтому теперь в соответствии с законом на всей территории РФ определяется базовый набор медицинских услуг, предоставляемых бесплатно, куда входят практически все заболевания, связанные с жизненными показателями.

В соответствии с новым законом все средства ОМС аккумулируются в Федеральном фонде, и это позволит обеспечить равные возможности для всех субъектов Российской Федерации в реализации базовой программы. С другой стороны, не уменьшаются и возможности экономически развитых регионов, которые вносили в систему ОМС большой объем средств: эти

ХИЛОМАКС-КОМОД®

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

Максимальное увлажнение для Ваших глаз!

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



URSAPHARM
Arzneimittel GmbH

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

средства изыматься из территориальных фондов не будут. Согласно комментариям председателя фонда ОМС А.В. Юрина, в течение 2011-2012 гг. за счет повышения страховых взносов на ОМС в здравоохранение будет направлено более 460 миллиардов рублей дополнительно. Эти деньги будут инвестированы в 3 направления: материально-техническая база, информатизация и совершенствование стандартов медицинской помощи.

Именно в совершенствовании стандартов медицинской помощи, на мой взгляд, открывается еще одна возможность обеспечить нашим пациентам современный уровень медицинской офтальмологической помощи.

На протяжении нескольких лет экспертный совет и члены профильной комиссии по офтальмологии под руководством главного специалиста офтальмолога Минздравсоцразвития России В.В. Нероева занимаются разработкой медицинских стандартов по офтальмологии. Работа эта чрезвычайно важна, значительна и трудоемка, ведутся постоянные изменения и дополнения, учитываются предложения, поступающие в комиссию. Работа над разработкой стандартов открыта, и мне хотелось бы особо отметить, что степень нашего участия в ней будет определять удовлетворенность результатами. Не хотелось бы видеть, что российские офтальмологи выступают лишь в роли сторонних критиков, заинтересованность специалистов очевидна, и мы все должны разделить ответственность за создаваемые в настоящее время правовые основы нашей специальности. Я бы даже сказала, что вижу в единых медико-экономических стандартах тот механизм реализации инновационных технологий в практическом здравоохранении, механизм совершенствования регионального здравоохранения, о котором говорила в начале! Как только медицинские стандарты обретут свою экономическую составляющую, мы сможем говорить о равенстве возможностей всех субъектов в части освоения медицинских технологий.

– Насколько я знаю, в некоторых западных странах существуют единые стандарты в медицинском обслуживании населения. Как Вам кажется, должны ли мы стремиться к этой модели?

– Мне трудно об этом говорить, но мне кажется, что эта модель правильная. Я всегда хотела знать, как работает система здравоохранения в других странах. И с зарубежными коллегами я обсуждаю не только специальные вопросы, но и организационные.

Стандарты включают определенный перечень диагностических, лечебных мероприятий, определенные лекарственные препараты, медикаменты, расходные материалы, медицинские изделия. Перечень должен быть единым, с единым материальным обеспечением на всей территории регионов. Также единообразна и экономически обоснована должна быть и медицинская технология. Я совершенно согласна с мнением наших российских авторитетных офтальмологов, что в этом случае и специалист, и, что очень важно, пациент обретают правовую защищенность, кроме того, пациенту гарантирована безопасность отработанных, научно подтвержденных медицинских вмешательств.

В идеале, куда бы ни пришел пациент: в частную клинику, в государственную клинику, в «сиротский приют» – он везде получит одинаковый перечень базовых медицинских услуг, и за эти

услуги медицинские учреждения получат одинаковое финансовое обеспечение.

Что же касается инновационных технологий, по моему мнению и мнению коллег, с кем мы обсуждали этот вопрос, должен существовать перечень учреждений, которые бы датировались сверх этих экономических стандартов. Дополнительное финансирование должно быть направлено именно на разработку новых технологических приемов, на научно обоснованное внедрение новых лекарственных препаратов или расходных материалов. Это должны быть серьезные, экспертно оцененные научно-исследовательские учреждения, располагающие клинической базой. Они разрабатывают инновационные технологии, которые затем экономически обсчитываются, внедряются в медицинский стандарт и распространяются по всей территории страны. Пациент абсолютно безопасно получает лечебную процедуру, выверенную и обсчитанную, за которую лечебное учреждение получает деньги. Тогда у клиники появляется возможность внедрить инновационную технологию. Еще раз повторю: научная база, экспертная оценка, законодательная защищенность. Тогда никакие вопросы уже не возникают. Это мое видение на настоящий момент, возможно, жизнь будет вносить свои коррективы...

– А как обстоят дела в частных клиниках?

– Полностью в этом вопросе не ориентируюсь, отвечу, лишь исходя из своего видения. В Астраханской области пока небольшой стаж работы единственной частной клиники. В Москве, в частных клиниках, которые я знаю, прекрасный опыт работы. Этот опыт они нарабатывали, что называется «потом и кровью». Например, клиника «Восток-Прозрение» Светланы Юрьевны и Сергея Юрьевича Анисимовых проводит блестящие научные исследования, но они для этого сами зарабатывали деньги. Или клиника «Экспер» Кирилла Борисовича Першина, офтальмологический центр Коновалова Михаила Егоровича. Люди работают днями и ночами не для того, чтобы съездить на Мальдивы, а для того, чтобы идти вперед. Бюджетного финансирования они не имеют. Частная клиника наиболее остро чувствует, что без развития она погибнет. Не будет развития – не будет пациентов. Возможно, если финансирование будет везде одинаково, будет и здоровая конкуренция между госучреждениями и частными клиниками, «борьба» за пациента. Тогда финансовая составляющая тех же стандартов становится хорошим стимулом к развитию медучреждений с различной формой собственности.

– Что же, Ваша позиция достаточно ясная...

– Вы, конечно, понимаете, что мои рассуждения субъективны, и я лишь хотела обозначить проблемы, волнующие специалистов на местах, нисколько не претендуя на абсолютную истину. Буду признательна, если меня поправят коллеги, возможно, с приобретением опыта и сама приду к другим выводам. Однако считаю, что в деятельности любого специалиста должно присутствовать неравнодушие и определенная степень ответственности, в связи с чем не участвовать в жизни сообщества мы не имеем права.

– Благодарю Вас за интервью.

Беседу вел Сергей Тумар

Самарский государственный медицинский университет
НИИ глазных болезней СамГМУ
Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области
Самарская клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе научно-практической конференции

«Ерошевские чтения – 2012»,

посвящённой 110-му юбилею Тихона Ивановича Ерошевского!

«Ерошевские чтения» – политематическая офтальмологическая конференция общероссийского масштаба, которая проводится каждые пять лет в г. Самаре.

«Ерошевские чтения – 2012» пройдут с 29 июня по 1 июля 2012 г. Программа конференции включает в себя торжественную часть, видео-трансляции хирургических операций, международную офтальмологическую выставку, дискуссионные клубы и секционные заседания.

По традиции часть мероприятий будет проходить на теплоходе «Федор Шаляпин».

Основные направления работы научно-практической конференции:

1. Фундаментальные исследования в офтальмологии. Аккомодационные теории. Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики глаукомы.
2. Организация офтальмологической помощи и медико-социальные проблемы.
 - Профилактика слепоты и слабовидения.
 - Реабилитация больных с заболеваниями органа зрения.
3. Глаукома: безопасная терапия, хирургия.
4. Рефракционная хирургия.
 - Рефракционная хирургия роговицы
 - Рефракционная хирургия хрусталика
5. Заболевания переднего отдела глаза и новые подходы к их лечению.
6. Актуальные вопросы трансплантации и хирургии роговицы.
7. Травмы глаза.
8. Окулопластика. Глазное протезирование.
9. Офтальмоонкология.
10. Патология сетчатки и зрительного нерва.
 - Современные методы диагностики и лечения заболеваний сетчатки и зрительного нерва.
 - Новые технологии и фармакологические препараты для лечения диабетической ретинопатии.
 - Витреоретинальная патология.
11. Оптометрия. Современные направления развития очковой оптики и контактной коррекции.
12. Патология глазодвигательной системы и бинокулярного зрения.

Ждем Вас 29.06-01.07 2012 г. в Самаре!



Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению
ООО «Аллерган СНГ САРЛ»: 109004 Москваул. Станиславского, д. 21, стр. 2, тел.: +7 (495) 974 0353

Эволюция методов диагностики астигматизма

Материалы выступления на ежегодной конференции «Осенние рефракционные чтения», посвященной профессору Э.С. Аветисову, Москва, 21 октября 2011 года.

С.Э. Аветисов

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН

За последние несколько десятилетий (а это совсем незначительный срок в плане развития медицинских наук) методы диагностики астигматизма претерпели существенные изменения. Анализ этих изменений и станет предметом данного обобщающего сообщения. При этом в качестве основных позиций были выделены вопросы терминологии и основных тенденций развития диагностики астигматизма, а также анализ непосредственно методов диагностики.

Астигматизм определяют как дефект оптической системы глаза, который приводит к неравномерной дефокусировке лучей света относительно сетчатки и является следствием определенного сочетания или различных видов клинической рефракции, или разных степеней одного вида клинической рефракции. Чаще всего в клинической практике приходится сталкиваться с так называемым врожденным астигматизмом, основными

компонентами которого являются роговичный и хрусталиковый астигматизм. Причем в ряде случаев хрусталиковый астигматизм в какой-то степени может компенсировать роговичный. В последние годы увеличивается частота так называемого индуцированного астигматизма, который характеризуется, прежде всего, роговичным генезом и высокой вероятностью анизометропического компонента и иррегулярности. Причинами индуцированного астигматизма могут быть различные заболевания и травмы роговицы, а также хирургические вмешательства, которые проводят на роговице или вблизи нее.

Каковы основные характеристики астигматизма? С клинической точки зрения важны три основных показателя: величина, ось и регулярность астигматизма. Величина астигматизма соответствует абсолютной разнице рефракции главных меридианов, то есть меридианов с максимальной и минимальной оптической силой. Ось астигматизма характеризуют положением этих меридианов, а регулярность зависит от взаиморасположения главных меридианов и характера изменения рефракции в пределах одного меридиана или от одного меридиана к другому. При регулярном (или правильном)

астигматизме эти меридианы располагаются под прямым углом, при этом рефракция от одного меридиана к другому изменяется постепенно. Также плавно изменяется рефракция в пределах одного меридиана, уменьшаясь в направлении от центра к периферии роговицы. При нарушении хотя бы одного из этих условий, следует говорить об иррегулярном (или неправильном) астигматизме.

На рис. 1. представлена упрощенная классификация методов диагностики астигматизма, предполагающая деление этих методов на субъективные и объективные. Основным критерием указанного деления является степень участия в оценке результатов исследования пациента. При оценке результатов субъективных методов, как правило, ориентируются именно на ответы пациента. Таким образом, эти методы являются примером так называемых психофизических исследований. Что же касается объективных исследований, то их результаты оценивает или трактует непосредственно исследователь, и в ряде случаев точность и информативность этих методов зависит уже от его опыта и квалификации, что в известной степени может снижать объективность исследования.

В зависимости от задачи исследования субъективные методы предполагают применение различных осевых и силовых проб. К объективным методам относят скиаскопию, ручную рефракто- и офтальмометрию (по английской терминологии – кератометрию), автоматическую рефракто- и кератометрию и, наконец, так называемую топографическую кератометрию или топокератометрию.

Каковы основные подходы к диагностике астигматизма и его составляющих? (рис. 2). Для определения общего или клинического астигматизма возможно применение следующих методов: рефрактометрии, субъективных способов, основанных на определении максимальной остроты зрения с коррекцией и скиаскопии. Для оценки роговичного астигматизма применяют офтальмометрию и топографическую кератометрию. Что же касается хрусталикового астигматизма, то прямых методов, применение которых возможно в клинической практике, на сегодняшний день не существует. Факоофтальмометрия – одна из разновидностей таких методик, которую в научных целях применяли в 30-е годы прошлого столетия, очень сложна и требует специального оборудования. Поэтому в клинической

практике используют так называемый косвенный метод, который предполагает вычисление хрусталикового астигматизма по разнице между общим или клиническим астигматизмом и роговичным.

На рис. 3 представлены временные этапы развития методов диагностики астигматизма, при этом условно выделено четыре основных этапа. Так, в прошлом столетии, до 60-х годов, в клинической практике доминировали субъективные методы, а в качестве уточняющего метода использовали скиаскопию. Революционные изменения в диагностике астигматизма связаны с внедрением ручных офтальмо- и рефрактометрии (60-70-е годы). В следующем десятилетии ручная рефрактометрия начала постепенно вытесняться широко применяемой в настоящее время автоматической рефрактометрией. В конце прошлого и начале нынешнего столетия была автоматизирована и кератометрия, а также внедрены в практику различные варианты топографической кератометрии.

К чему же привели такие изменения? Прежде всего, это радикальное изменение последовательности применения методов диагностики. В настоящее время ни один офтальмолог или оптометрист не представляет исследования клинической рефракции без данных автоматической рефрактометрии. Между тем всего 20-30 лет назад объективным методам исследования рефракции, как правило, предшествовали субъективные тесты. Все это привело к тому, что на сегодняшний день автоматическая рефрактокератометрия стала базисным (то есть обязательным) исследованием при оценке рефракции, в том числе (а скорее в первую очередь) и при астигматизме. Кроме этого, методика доступна для среднего медицинского персонала – условно ее можно назвать сестринской процедурой. Все это в совокупности привело к необоснованному снижению практического значения субъективных тестов. А ведь до сих пор при сравнительной оценке точности методов исследования рефракции эталоном служат именно субъективные методы.

Чтобы подтвердить обоснованность сделанных заключений, приведем цитату известного офтальмолога, профессора Б.Л. Радзиховского, монография которого «Астигматизм человеческого глаза» до сих пор не утратила своего значения, хотя вышла в 60-е годы прошлого столетия: «Объективные методы исследования (скиаскопия, офтальмометрия и др.) незаменимы при проведении экспертизы у взрослых и определении рефракции у малолетних детей. В обычной же... практике эти способы, дающие представление о характере астигматизма, могут иметь только ориентировочное значение. Окончательное заключение... должно делаться на основании результатов исследования субъективными методами».

Теперь перейдем непосредственно к методам диагностики астигматизма и вполне логично и ожидаемо начнем с субъективных методов. Основным критерий, по которому оценивают результаты этих тестов, – изменения (улучшение

Методы диагностики астигматизма

Упрощенная классификация методов диагностики астигматизма.

Субъективные методы: различные осевые и силовые пробы

Объективные методы:

- скиаскопия,
- «ручная» рефракто- и офтальмометрия (англ. кератометрия),
- автоматическая рефракто- и кератометрия,
- топографическая кератометрия (топокератометрия)



Рис. 1.

Методы диагностики астигматизма

Подходы к диагностике астигматизма и его составляющих.

«Клинический» или общий астигматизм – рефрактометрия, субъективные методы, основанные на определении максимальной остроты зрения с коррекцией, скиаскопия;

«роговичный» астигматизм – офтальмометрия, топокератометрия;

«хрусталиковый» астигматизм – прямой (офтальмофакометрия) ??? и косвенный (разница общего и «роговичного» астигматизма) методы.



Рис. 2.

Основные тенденции развития методов диагностики астигматизма

Условные временные этапы развития:

- субъективные методы, скиаскопия (до 60-х гг);
- субъективные методы, скиаскопия, «ручная» офтальмо- и рефрактометрия (60 – 70-е гг);
- автоматическая рефрактометрия, субъективные методы, ручная офтальмометрия (70 – 80-е гг);
- автоматическая рефрактокератометрия, субъективные методы, топографическая кератометрия (90-е гг – наст. время).



Рис. 3.

Объективные методы диагностики астигматизма

«Ручная» рефрактометрия – объективный метод определения клинической рефракции глаза за счет проецирования на сетчатку специальной тест-марки и анализа ее отраженного изображения (наиболее распространенная модель – рефрактометр Хартингера)

«+» – возможность точного определения величины астигматизма и положения главных меридианов

«-» – сложность исследования и влияние на результаты т. н. приборной аккомодации



Картина тест-марки при эмметропической рефракции и отсутствии астигматизма



Картина тест-марки при астигматизме с косыми осями

Рис. 4.

или ухудшение) остроты зрения, определяемой по оптотипам со стопроцентной контрастностью. Цель исследования – определение или уточнение основных показателей астигматического глаза, конкретно положения главных осей и величины астигматизма с помощью соответственно осевых и силовых проб (именно в такой последовательности применяют эти тесты). На сегодняшний день с учетом внедрения автоматической рефрактокератометрии субъективные тесты, как правило, применяют с уточняющей целью.

Каково клиническое значение субъективных тестов? В первую очередь, их результаты важны в дифференциальной диагностике зрительных расстройств – в частности, выявлении степени влияния астигматизма на остроту зрения. Второй существенный момент – оценка переносимости коррекции.

Существовало и существует довольно большое количество субъективных тестов, которые рекомендуют применять для диагностики астигматизма. На сегодняшний день с практической точки зрения количество этих тестов можно сузить до двух основных групп. Во-первых, это осевая и силовая проба с цилиндрическими линзами или, иными словами, подбор сферических и цилиндрических линз на основе определения максимальной остроты зрения с коррекцией. Именно с этого исследования начинают офтальмологическое обследование независимо от жалоб пациента и анамнеза заболевания. Недостаток методики обусловлен ее недостаточной чувствительностью, обусловленной использованием оптотипов со стопроцентной контрастностью: так острота зрения может быть неизменной не только при правильном подборе цилиндра, но и при определенных гипо- и гиперкоррекции. Более чувствительными являются осевая и силовая проба с крестцилиндром (бицилиндром, перекрещенным цилиндром), который представляет собой линзу с двумя оптически деятельными сечениями противоположного знака. Разница между этими цилиндрами может быть или в полдиоптрии, или в одну диоптрию. Применение этого теста требует определенной квалификации и времени.

Перейдем к объективным методам диагностики астигматизма. Начнем со скиаскопии – метода, который был предложен французским врачом Кюинье еще в позапрошлом столетии. Оговоримся, что именно это обозначение методики (*skia* – тень, *scopio* – наблюдаю), а не употребляемый в англоязычных источниках термин «ретиноскопия» точнее отражает суть этого диагностического исследования. Ведь в ходе проведения теста наблюдают не сетчатку, а движение теней на фоне рефлекса от сетчатки. Основное правило скиаскопии может быть сформулировано следующим образом: при скиаскопии плоским зеркалом с расстояния в один метр и миопической рефракции пациента в одну диоптрию движения тени на фоне рефлекса не будет. Таким образом, с помощью скиаскопических линеек необходимо трансформировать рефракцию исследуемого глаза в миопическую величиной в одну диоптрию и с учетом оптической силы линзы скиаскопической линейки рассчитать величину клинической рефракции. При астигматизме этот расчет производят отдельно для каждого из главных меридианов. Преимущества метода – простота и доступность, а также возможность применения в офтальмопедиатрической практике (в частности, у детей первых лет жизни), поскольку в отличие от других объективных методов рефрактометрии исследование не требует четкой фиксации

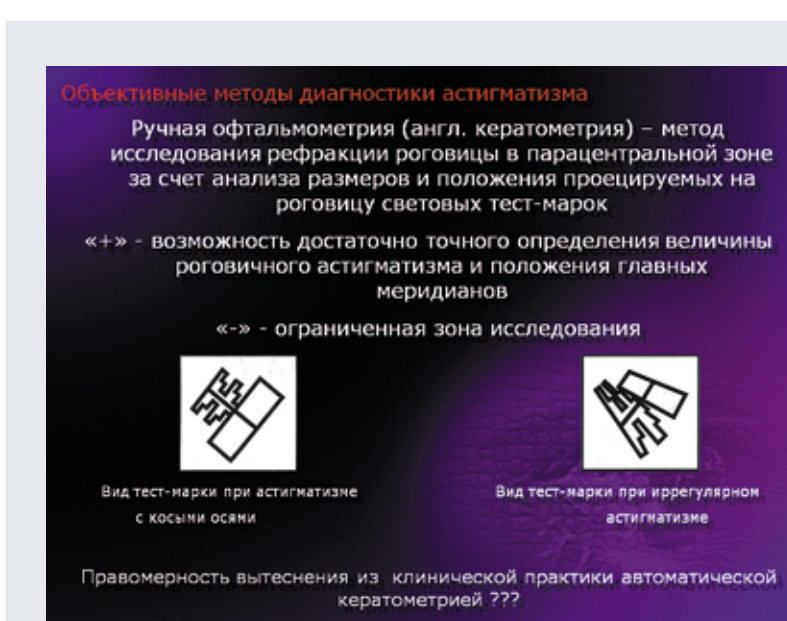


Рис. 5.



Рис. 7.



Рис. 9.

тест-объекта пациентом. Однако существенные недостатки (сложности соблюдения расстояния от пациента, расстояния скиаскопических линз от глаза, точного определения положения осей и, наконец, оптической силы самого цилиндра) ограничивают применение метода при астигматизме. Модификации скиаскопии, предложенные для использования при астигматизме (цилиндроскиаскопия и штрихскиаскопия), достаточного распространения в клинической практике не получили.

Существенное повышение эффективности диагностики астигматизма связано с внедрением в клиническую практику ручной рефракто- и офтальмометрии (рис. 4 и 5). В процессе ручной рефрактометрии на сетчатку проецируют тест-марку, и ее отраженное изображение анализирует исследователь. Таким образом, прибор обеспечивает возможность достаточно точного определения величины общего астигматизма и положения

его главных меридианов. На рис. 4 представлена картина тест-марок наиболее распространенного в 70-е годы прошлого столетия рефрактометра Хартингера при эмметропической рефракции и астигматизме с косыми осями. Недостаток методики связан с так называемой приборной аккомодацией – основной причиной сдвига определяемой рефракции в сторону миопии. Этот феномен обусловлен, во-первых, близким расположением прибора от глаза пациента, а во-вторых, необходимостью фиксации пациентом светящейся тест-марки.

Ручная офтальмометрия – метод исследования рефракции роговицы в парацентральной зоне за счет анализа размеров и положения проецируемых на роговицу светящихся тест-марок. Ошибочно считать, что ручная офтальмометрия позволяет исследовать рефракцию роговицы именно в центральной зоне. Основное преимущество метода – возможность довольно точного определения

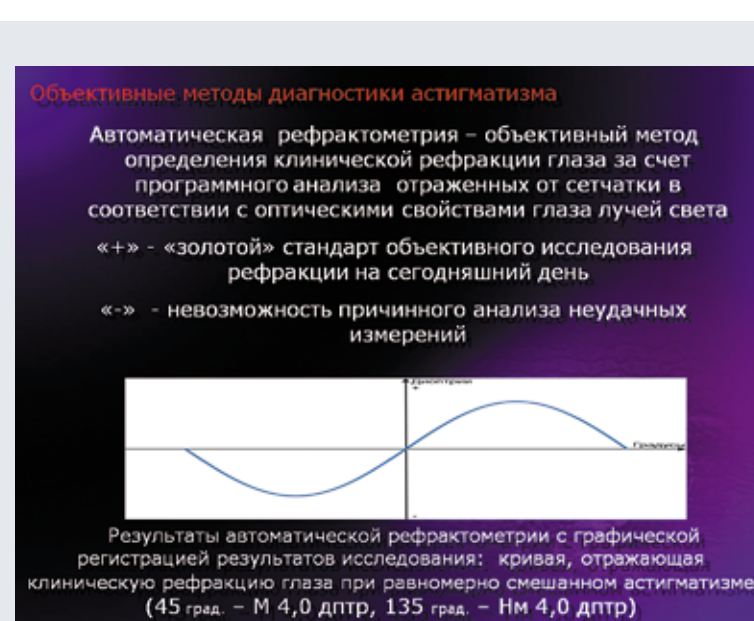


Рис. 6.



Рис. 8.



Рис. 10.

величины и положения осей роговичного астигматизма, а недостаток – ограниченная зона исследования. На рис. 5 представлена картина тест-марок от офтальмометра Жавалья при регулярном астигматизме с косыми осями и иррегулярном астигматизме.

На сегодняшний день ручная офтальмометрия практически полностью вытеснена автоматической. Более того, сейчас ручные офтальмометры практически не выпускают. Правильно это или нет? При очевидных преимуществах в плане непосредственного проведения теста автоматическое исследование не позволяет идентифицировать причину ошибки измерения (например, при иррегулярном астигматизме). В то время как ручная офтальмометрия позволяет сразу, по картине тест-марки отметить иррегулярность рефракции.

Автоматическая рефрактометрия – объективный метод определения клинической рефракции, при котором программно анали-

зируется отраженный от сетчатки в соответствии с оптическими свойствами глаза пучок света (рис. 6). Существенный недостаток методики связан с невозможностью причинного анализа неудачных измерений (недостаточная прозрачность преломляющих сред или иррегулярность поверхности роговицы?).

Первый прибор для автоматической рефрактометрии выдавал результаты исследования не в цифровом, а в графическом виде. Именно с помощью этой методики впервые было получено подтверждение того, что при регулярном астигматизме рефракция от одного меридиана к другому изменяется плавно, что графически отображается синусоидой. На рис. 6. представлен график рефракции при регулярном, равномерно смешанном астигматизме величиной 8,0 дптр.

Известно, что «нормальная» роговица геометрически является параблоидом вращения и ее радиус кривизны постепенно увели-

чивается в направлении от центра к периферии. Иными словами, рефракция роговицы в ее различных участках неоднородна. Кроме этого, нужно иметь в виду, что при ранней диагностике кератокератических заболеваний необходимо исследовать рефракцию не только в парацентральной зоне (что обеспечивается методиками ручной и автоматической офтальмометрии), но и на периферии роговицы. Возможность одновременного исследования рефракции всей поверхности роговицы появилась с внедрением в клиническую практику так называемой топографической кератометрии (рис. 7).

Первые попытки такого подхода к оценке рефракции роговицы связаны с применением так называемой фиксационной топографии, при проведении которой тест-марки офтальмометра проецируют на различные участки роговицы за счет изменения визора пациента. Для этого были предложены различные насадки на офтальмометр. Достоинство методики: принципиальная возможность исследования рефракции периферических отделов роговицы. Недостаток – искажение тест-марок при удалении измерений от центра роговицы и, как следствие, невозможность оценки рефракции на крайней периферии, временная затратность исследования.

На сегодняшний день для топографической оценки рефракции роговицы применяют два подхода: технологию колец Платидо и

принцип Шаймпфлюга (рис. 8). В первом случае на роговицу проецируют светящиеся концентрические окружности, и их отображение на роговице (конкретно, взаиморасположение и форма) зависит от конфигурации ее передней поверхности. Во втором – применяют фоторегистрацию оптических срезов роговицы под определенным углом. Последняя методика дает возможность исследовать рефракцию не только передней, но и задней поверхности роговицы. Клиническое значение последнего показателя пока до конца не выяснено.

В большинстве приборов для топографической кератометрии используют технологию колец Платидо. Следует отметить, что впервые такая методика была применена в отечественной офтальмологической практике (рис. 9). Отечественный фотокератометр ФК-3 обеспечивал принципиальную возможность топографического исследования рефракции по всей ее поверхности за счет вычисления коаксиального радиуса с помощью 15 окружностей. Основным недостатком методики был обусловлен трудоемкостью обработки полученных результатов.

В настоящее время в клинической практике широко используют методики топографической кератометрии, основанной на технологии колец Платидо, с автоматической обработкой (рис. 10). При этом количество окружностей в некоторых приборах достигает 22. ■

Офтальмохирургические тупферы (микротупферы) «Фармасорб»

Даже самый опытный микрохирург, оперируя по самым современным инновационным технологиям, не сможет обойтись без маленьких ромбиков или треугольников – промокашек из пористого поливинилформала (ППВФ).

У истоков производства тупферов (микротупферов) из пористого поливинилформала (ППВФ) медицинского назначения стоял великий российский офтальмолог Святослав Николаевич Федоров. По его инициативе были составлены и им утверждены Медико-технические требования ГХЛ.1301.00.00 от 11.11.1987 г. на «Микротупфер атравматический однократного применения».

В настоящее время Научно-исследовательский и производственный центр структурных материалов (ООО «НИ и ПЦСМ», г. Владимир) освоил современное производство перевязочных безворсовых сорбционных средств на основе ППВФ (PVA) «Фармасорб» в виде тупферов (микротупферов), салфеток и турунд. Изделия предназначены для



осушения операционного поля и контролируемого поглощения жидкости при внутриглазных операциях.

Тупферы (микротупферы) «Фармасорб» из ППВФ (PVA) выпускаются в виде ромбиков (25x8 мм) и равнобедренных треугольников (8x17 мм), в том числе копьевидные. ППВФ и изделия медицинского назначения производятся по оригинальной, инновационной технологии, благодаря чему тупферы (микротупферы) «Фармасорб» отличаются от тупферов из PVA ведущих зарубежных фирм более высокой величиной сорбции и пористости.

На 49-й международной выставке BRUSSELS EUREKA 2000 (BRUSSELS, 20/11/2000) безворсовые перевязочные средства «Фармасорб» из ППВФ в виде тупферов, салфеток и турунд награждены серебряной медалью.

Генеральный директор
ООО «НИ и ПЦСМ»,
кандидат химических наук
Владимир Зиновьев

НИ
и
ПЦСМ

Научно-исследовательский
и производственный центр
структурных материалов

600901, г. Владимир, мкр. Юрьевец,
ул. Неповторимая, д. 6А
тел.: 8(903) 831-22-55
тел./факс: 8(4922) 38-93-36
ooo.niipcsm@yandex.ru
niipcsm@mail.ru niipcsm@rambler.ru
www.niipcsm.ru

EYE WORLD РОССИЯ

Передние перибульбарные инъекции при диабетическом макулярном отеке



Maxine Lipner,
старший редактор EyeWorld

Согласно данным заместителя директора отделения эпидемиологии и клинических исследований Национального института глаза д-ра Emily Y. Chew (Бетезда, США), передние перибульбарные инъекции триамцинолона ацетонида по поводу диабетического макулярного отека увеличивают

риск развития катаракты и подъема ВГД по сравнению с задними перибульбарными инъекциями и лазеркоагуляцией. В октябре 2010 г. в онлайн-версии журнала Retina были опубликованы 2-летние результаты исследования, проводившегося под ее руководством.

«Мы решили выяснить, можно ли еще каким-то способом доставить стероиды внутрь глаза с целью лечения макулярного отека. Известно, что его эффективно купирует триамцинолон, но побочные эффекты этого препарата при интравитреальном введении весьма ощутимы. Поэтому весьма актуальной представляется

задача устранить побочные эффекты стероидов и одновременно осуществить эффективное лечение. С этой целью мы запустили пилотное проспективное рандомизированное исследование, в которое включили 96 глаз с диабетическим макулярным отеком. В соответствии с рандомизацией проводилась лазеркоагуляция сетчатки, передняя инъекция 20 мг триамцинолона ацетонида, передняя инъекция + лазеркоагуляция, задняя инъекция 40 мг триамцинолона ацетонида или задняя инъекция + лазеркоагуляция», – рассказывает д-р Chew.

Безопасные допущения

Первоначально ученые предположили, что все три разновидности лечения окажутся достаточно эффективными и безопасными, поскольку они осуществляются и при многих других глазных заболеваниях. Вряд ли можно было ожидать, что субконъюнктивальные или субтеноновые инъекции могут нанести какой-либо существенный вред.

Впрочем, по прошествии 2 лет исследователи с удивлением обнаружили, что у 17% лиц, которым делали передние перибульбарные инъекции, развилась катаракта, в то время как в группе задних инъекций аналогичный показатель составил 3%, а в группе лазеркоагуляции этого осложнения вообще не зафиксировано. ВГД повысилось не минимум на 10 мм рт.ст. в 31% случаев после передних перибульбарных инъекций, в 17% случаев – после задних перибульбарных

инъекций и только в 8% случаев – после лазеркоагуляции.

Д-р Chew была поражена не меньше, когда выяснилось, что через 2 года после передних перибульбарных инъекций триамцинолона происходит столь выраженный подъем ВГД. Побочные эффекты оказались выражены гораздо больше, чем ожидалось – хотя лекарство уже должно было полностью элиминироваться, проблемы еще сохранялись.

Она выдвигает несколько предположений, почему после задних инъекций ситуация обстоит лучше. Первая гипотеза – в переднем отрезке создается обширное депо препарата, где он аккумулируется в течение длительного времени. Еще один возможный фактор – место инъекции препарата, а именно, в непосредственной близости от хрусталика. Триамцинолон медленно диффундирует по направлению к хрусталику и трабекулярной сети, где образуются депозиты этого стероида.

Практическое приложение

Для д-ра Chew клиническая значимость этого наблюдения очевидна – такая инъекция вовсе не безопасна, как традиционно считалось. Поэтому после этих инъекций требуется длительное наблюдение за состоянием глаза больного, срок должен составлять как минимум 2 года, потому что некоторые побочные явления манифестируют только через 2 года.

«При незначительном макулярном отеке передние интравитреальные инъекции обходятся пациенту слишком дорого в плане



Альтернативные возможности доставки стероидов в глаз для лечения макулярного отека, помимо интравитреальных инъекций, которые сопряжены с осложнениями

побочных эффектов, они перекрывают всю их пользу (во всяком случае, если речь идет о диабетическом макулярном отеке). Поэтому при слабо выраженном макулярном отеке от таких инъекций следует отказаться», – считает д-р Chew.

По его мнению, то же самое может быть справедливо и для других заболеваний глаза (uveитов и пр.). С другой стороны, в случае того же увеита у офтальмолога просто может не оказаться другого, альтернативного лечения, а вернее, способа доставки лекарственного препарата, следовательно, польза будет перевешивать риск. Придется смириться с возможным побочным действием, тем более что и сам увеит может спровоцировать катаракту.

EyeWorld Россия, декабрь 2011,
том 4, номер 4

УНИВЕРСАЛЬНАЯ
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ
СИСТЕМА ДЛЯ МИКРОХИРУРГИИ
ПЕРЕДНЕГО И ЗАДНЕГО СЕГМЕНТА ГЛАЗА

OPTIMED Profi

БОЛЬШИЕ
ВОЗМОЖНОСТИ
ПО ДОСТУПНОЙ
ЦЕНЕ

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

ГАРАНТИЯ 2 ГОДА

Нарушения, вызванные лекарственной терапией

КЕРАТОПАТИЯ

Кератопатия vortex
Хлорпромазин
Аргироз
Хризиаз

КАТАРАКТА

Стероиды
Другие препараты

УВЕИТЫ

Рифабутин
Сидофовир

РЕТИНОПАТИЯ

Противомалерийные препараты
Фенотиазиды
Кристаллическая макулопатия
Другие препараты

ОПТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ

Этамбутол
Амиодарон
Вигабатрин

КЕРАТОПАТИЯ

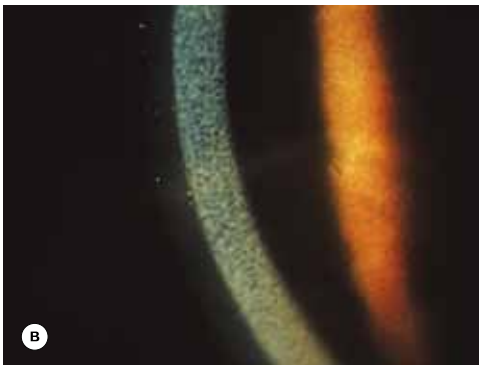
Кератопатия vortex

Кератопатия vortex (мутовчатая роговица) характеризуется наличием вихреобразных отложений в эпителии роговицы.

1. Признаки (в порядке появления)

- Двухсторонние, нежно-серые или золотисто-коричневые помутнения в нижней части эпителия роговицы.
- Ветвистые горизонтальные линии, по расположению напоминающие кошачьи усы и похожие на более часто встречающиеся линии Hudson–Stahli.
- Вихреобразный рисунок, начинающийся чуть ниже зрачка и распространяющийся завитками кнаружи до лимба (рис. 22.1а).

NB Депозиты могут располагаться на зрительной оси, однако острота зрения не снижается; некоторые пациенты могут наблюдать ореол вокруг источников света.



2. Причины

а) *противомалерийные препараты* (хлорохин и гидроксихлорохин) являются частой причиной. В отличие от ретинопатии (см. далее) кератопатия не зависит от дозировки или продолжительности лечения. Как правило, изменения исчезают после прекращения терапии или сами собой фоне продолжающегося лечения;
б) *амиодарон*. Развивающаяся практически у всех пациентов кератопатия обратима при прекращении приема препарата. Чем больше доза и длительнее срок приема препарата, тем более выражены отложения в роговице. К другим токсическим проявлениям относятся отложения под передней капсулой хрусталика и оптическая нейропатия (см. далее).

Хлорпромазин

Хлорпромазин (ларгактил) используют в качестве седативного средства в лечении психических расстройств. У ряда пациентов, проходящих длительный курс лечения, могут развиваться безопасные, нежные, диффузные, желто-коричневые гранулярные отложения в эндотелии и глубоких слоях стромы (рис. 22.1б). Другие токсические проявления включают отложения под передней капсулой хрусталика и ретинопатию (см. далее).

Аргироз

Аргироз — вторичное обесцвечивание тканей глаза, связанное с отложением серебра по ятрогенным причинам или в силу причин, связанных с профессией пациента. Кератопатия характеризуется наличием серовато-коричневых гранулярных отложений в десцеметовой мембране (рис. 22.1в). При аргирозе может поражаться конъюнктива.

Хризиаз

Хризиаз — отложение золота в живых тканях, наблюдаемое после длительного его применения в качестве препаратов при лечении ревматоидных артритов. При продолжительной терапии препаратами золота практически у всех пациентов, получивших общую дозу золота более 1000 мг, имеются отложения в роговице. Роговичный хризиаз характеризуется наличием пылевидных или поблескивающих пурпурных гранул по всей строме, сконцентрированных в глубоких слоях и по периферии

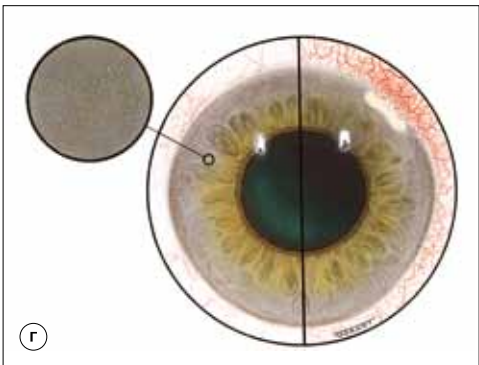


Рис. 22.1 Лекарственные кератопатии: (а) кератопатия vortex; (б) хлорпромазин; (в) аргироз; (г) хризиаз (слева), краевой кератит (справа) (предоставлено L. Zografos — рис. в)

(рис. 22.1г, слева). Эти отложения безопасны, поэтому не являются показанием для прекращения терапии. Другие токсические проявления включают также безопасные отложения в хрусталике, иногда — краевой кератит (рис. 22.1г, справа).

КАТАРАКТА

Стероиды

Как общее, так и местное применение стероидов катарактогенно. Сначала наблюдают помутнение хрусталика под задней капсулой (рис. 22.2а), затем вовлекается передняя субкапсулярная зона. Взаимосвязь между недельной системной дозой, продолжительностью курса, общей дозой и образованием катаракты не ясна. Существует мнение, что у пациентов, получивших менее 10 мг преднизолона (или его эквивалента) либо прошедших курс лечения в течение менее 4 лет, может сохраниться иммунитет. Считается, что дети более восприимчивы к катарактогенному влиянию системных стероидов, однако следует учитывать индивидуальную (генетическую) чувствительность. В связи с этим, вероятно, следует отказаться от идеи о безопасной дозировке. Пациентам с развивающимися изменениями в хрусталике показано снижение дозировки до минимума, необходимого для терапии основного заболевания. При прекращении лечения начальные помутнения могут исчезнуть, но, несмотря на прекращение приема, возможно прогрессирование заболевания, требующее хирургического вмешательства.

Другие препараты

1. **Хлорпромазин** вызывает отложение безопасных нежных звездообразных желто-коричневых гранул на передней поверхности капсулы хрусталика в области зрачка (рис. 22.2б).
2. **Бисульфан** (милеран) используют для лечения хронической миелоидной лейкемии; иногда он вызывает помутнение хрусталика.
3. **Золото**, назначаемое для лечения РА, при применении более 3 лет приблизительно в 50% случаев ведет к формированию безопасных депозитов на передней поверхности капсулы хрусталика.
4. **Аллопуринол**, применяемый для лечения гиперурикемии и хронической подагры, повышает риск развития катаракты у пожилых пациентов, если общая доза превышает 400 г или продолжительность лечения составляет более 3 лет.

УВЕИТЫ

Рифабутин

Рифабутин назначают в основном для лечения и профилактики инфекций, вызванных *Mycobacterium avium*, а также ВИЧ-инфицированным пациентам с малым числом CD4. Этот препарат используют для лечения туберкулеза в комбинации с другими препаратами у иммунокомпетентных пациентов.

1. **Острый передний увеит**, как правило, односторонний, часто сочетается с гипопионом; сопутствующий витреит можно ошибочно принять за эндофтальмит.
2. **Лечение**. Отмена препарата или снижение дозировки.

NB Препараты, ингибирующие метаболизм рифабутина по пути цитохрома р-450, такие как кларитромицин и флуконазол, повышают риск развития увеита.



ISBN: 9788376090344

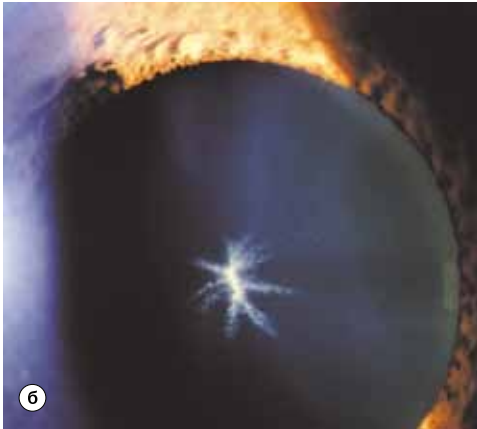


Рис. 22.2 (а) задняя субкапсулярная катаракта, индуцированная стероидами; (б) отложения на передней капсуле при приеме хлорпромазина

Сидофовир

Сидофовир используют для лечения CMV-ретинитов у пациентов со СПИДом.
1. Острый передний увеит с небольшим количеством клеток, но выраженной фибринозной экссудацией может развиваться после нескольких интравитреальных инъекций. Как правило, наблюдается витреит; при длительном применении возможно появление гипопиона.
2. Лечение местное стероидами и мидриатиками в большинстве случаев успешно и позволяет продолжить терапию.

NB Интравитреальные инъекции сидофовира следует выполнять осторожно, т.к. с ними связан повышенный риск развития гипотонии.

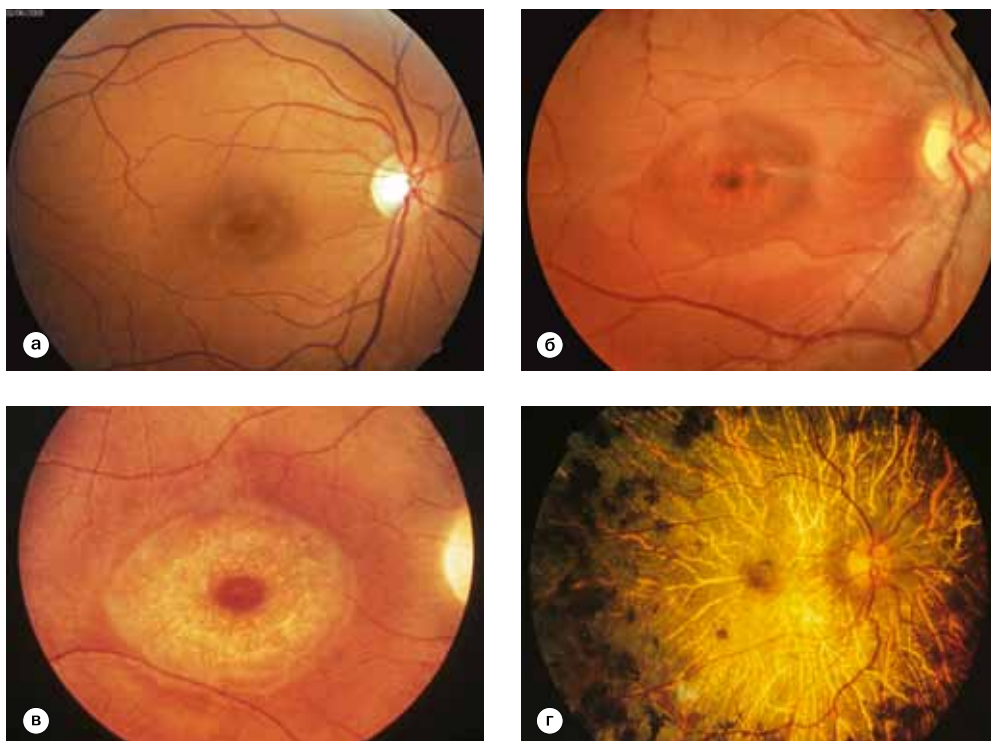


Рис. 22.3 Прогрессирование хлорохиновой ретинопатии (предоставлено S. Milenkovic — рис. а; Moorfields Eye Hospital — рис. б)

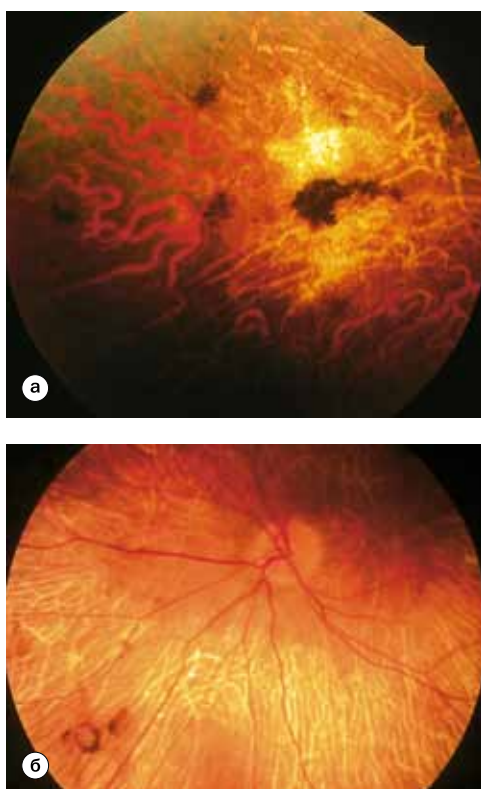


Рис. 22.4 Тиоридазиновая ретинопатия: (а) пигментные бляшки и фокальная потеря ПЭС и хориокапилляров; (б) диффузная атрофия ПЭС и хориокапилляров (предоставлено K. Jordan)

РЕТИНОПАТИЯ

Противомалярийные препараты

Препараты

Хлорохин (нивахин, авлоклор) и гидроксихлорохин (плаквенил) — противомалярийные препараты хинолона, используемые для профилактики и лечения малярии, а также некоторых ревматологических расстройств (например, ревматоидного артрита, ювенильного идиопатического артрита, системной красной волчанки). Хлорохин также применяют для коррекции патологии кальциевого обмена при саркоидозе. Противомалярийные препараты очень медленно выводятся из организма и, являясь меланотропными веществами, концентрируются в богатых меланином структурах глаза, таких как пигментный эпителий сетчатки и хориоидея.

1. Токсичность хлорохина в отношении сетчатки зависит от общей кумулятивной дозы. Нормальная суточная доза составляет 250 мг; кумулятивная доза менее 100 г или длительность лечения менее 1 года редко приводят к повреждению сетчатки. Риск токсического воздействия резко возрастает при кумулятивной дозе более 300 г (т.е. 250 мг/сут в течение 3 лет). Есть сообщения о пациентах, у

которых не было токсического поражения сетчатки даже при получении кумулятивных доз более 1000 г. Желательно ограничить применение хлорохина лишь теми случаями, когда остальные препараты неэффективны.

2. Гидроксихлорохин гораздо безопаснее хлорохина. Если суточная доза не превышает 400 мг, риск ретинотоксичности незначителен, поэтому врачам следует по возможности назначать гидроксихлорохин вместо хлорохина. Риск токсического поражения возрастает при суточной дозе более 6,5 мг/кг и применении более 5 лет, хотя и в этом случае он невелик.

Хлорохиновая ретинопатия

Хлорохиновую ретинопатию можно разделить на следующие стадии.

- 1. Премакулопатия** характеризуется нормальной остротой зрения и скотомой на красный цвет между 4° и 9° от точки фиксации. Также дефекты можно выявить с помощью сетки Amsler. При отмене препарата зрительные функции, как правило, нормализуются.
- 2. Начальная макулопатия** — следующая стадия, наступающая при продолжении лечения. Она характеризуется незначительным снижением остроты зрения (6/9 — 6/12). На глазном дне видно едва различимое повреждение в макулярной зоне — «бычий глаз», представляющее собой центральный фовеолярный островок пигмента, окруженный депигментированной зоной атрофии ПЭС, находящейся в гиперпигментированном кольце (рис. 22.3а). Оно может быть более заметно при ФАГ, чем при офтальмоскопии, поскольку атрофия ПЭС приводит к появлению «окончатых» дефектов. Данная стадия может прогрессировать, несмотря на отмену препарата.
- 3. Умеренная макулопатия** характеризуется небольшим снижением остроты зрения (6/18 — 6/24) и явным поражением макулы по типу «бычий глаз» (рис. 22.3б).
- 4. Тяжелая макулопатия** характеризуется значительным снижением остроты зрения (6/36 — 6/60) и распространенной атрофией ПЭС вокруг фовеа (рис. 22.3в).
- 5. Терминальная макулопатия** характеризуется катастрофическим снижением остроты зрения и выраженной атрофией ПЭС с обнаружением более крупных кровеносных сосудов хориоидеи. Возможно сужение артериол сетчатки и образование пигментных глыбок на периферии (рис. 22.3г).

Скрининг

Скрининг пациентов, принимающих гидроксихлорохин, необязателен, хотя некоторые исследователи рекомендуют проведение ежегодных осмотров пациентов, находящихся на лечении более 6 лет. В клинической практике хлорохин можно назначать уверенно, без необходимости повторных рутинных офтальмологических исследований или применения сложных тестов. Определения остроты зрения и офтальмоскопии вполне достаточно. Раз в неделю можно проводить тест Amsler. При появлении симптомов

или обнаружении отклонений необходима дополнительная консультация. При необходимости офтальмолог может провести более сложные тесты, например, определение поля зрения, пороговый тест макулы, проверку цветового зрения, контрастной чувствительности, ФАГ и электроокулографию. Данные последних исследований указывают на возможность применения мультифокальной электроретинографии (см. главу 1) для раннего выявления токсичности.

Фенотиазиды

Тиоридазин

Тиоридазин (меллерил) используют для лечения шизофрении и сопутствующих психозов. Нормальная суточная доза составляет 150–160 мг. Дозировка, превышающая 800 мг/сут, уже через несколько недель может стать причиной снижения остроты зрения и нарушения темновой адаптации. Клинические признаки нарастающей токсической ретинопатии следующие.

- Пигментное перераспределение по типу «соль с перцем» на средней периферии и заднем полюсе.
- Бляшковидная пигментация, а также фокальная потеря ПЭС и хориокапилляров (рис. 22.4а).
- Диффузная потеря ПЭС и хориокапилляров (рис. 22.4б).

Хлорпромазин

Нормальная суточная доза составляет 75–300 мг. Ретинотоксичность проявляется при длительном применении очень больших доз и характеризуется образованием неспецифических пигментных грануляций и глыбок пигмента.

Кристаллическая макулопатия

Тамоксифен

Тамоксифен (нолвадекс, эмблон, нолтан и тамофен) — антиэстроген, используемый для лечения пациентов с раком молочной железы. Препарат имеет несколько системных побочных эффектов; осложнения со стороны глаз нехарактерны. Нормальная суточная доза составляет 20–40 мг. Токсическое действие на сетчатку и снижение зрения наблюдают у некоторых пациентов в результате приема больших дозировок и редко — при нормальных дозах. Ретинопатия характеризуется наличием двухсторонних нежных поверхностных кристаллических депозитов желтого цвета во внутренних слоях сетчатки и точечных серых дефектов в поверхностных слоях сетчатки и ПЭС (рис. 22.5а). Считается, что снижение зрения связано с макулопатией, вызванной образованием фовеолярной кисты. К другим редким побочным эффектам можно отнести обратимый при отмене основного лечения неврит зрительного нерва.

Кантаксантин

Кантаксантин является каротиноидом, используемым для усиления загара. При длительном применении может приводить к отложению очень маленьких безвредных блестящих депозитов желтого цвета во внутренних слоях сетчатки, симметрично расположенных в форме пончика в области заднего полюса (рис. 22.5б). Эти отложения могут постепенно исчезать.

Метоксифлуран

Метоксифлуран (пентран) является ингаляционным общим анестетиком. Он метаболизируется в щавелевую кислоту, которая в сочетании с кальцием образует нерастворимые соли, откладывающиеся в тканях, в том числе и в ПЭС. Длительное применение может привести к почечной недостаточности и вторичному гипероксалозу. Возможно также умеренное снижение зрения, связанное с отложением кристаллов оксалатов кальция в ПЭС, сенсорной сетчатке и по ходу ретинальных сосудов (рис. 22.5в).

Нитрофурантоин

Нитрофурантоин — антибиотик, применяемый для лечения инфекций мочевого тракта. Длительное использование может привести к незначительному снижению зрения, связанному с появлением поверхностных и глубоких блестящих интратетинальных депозитов, циркулярно расположенных в области заднего полюса.

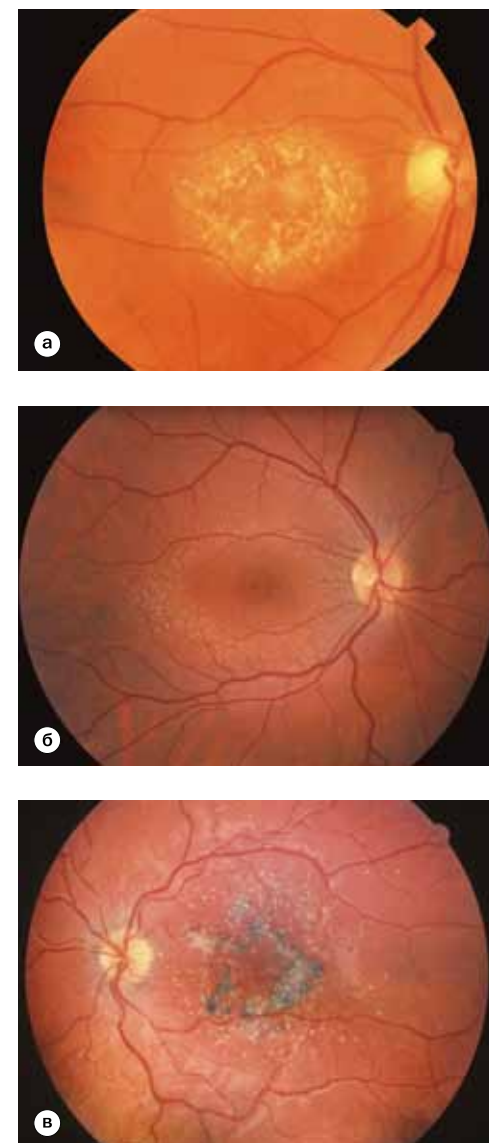


Рис. 22.5 Токсические кристаллические ретинопатии при лечении: (а) тамоксифеном; (б) кантаксантином; (в) метоксифлураном (предоставлено L. Merin — рис. б, в)



Рис. 22.6 Интерфероновая ретинопатия (предоставлено P. Gilli)

NB К другим причинам отложения кристаллов в макулярной области относят первичную гипероксалорию, кристаллиновую дистрофию Bietti, цистиноз, синдром Sjögren-Larsson, спиралевидную атрофию, приобретенную парафовеолярную телеангиэктазию, эмболию и западноафриканскую кристаллическую макулопатию.

Другие препараты

Интерферон альфа

Интерферон α используют при различных системных заболеваниях, включая саркому Кароси, гемангиому в младенчестве, меланому кожи, метастатическую почечно-клеточную карциному, лейкомию, лимфому и хронический гепатит С. К системным побочным эффектам относят конституционные симптомы, нейтропению и тромбоцитопению. Ретинопатия, характеризующаяся образованием ватообразных очагов и интратетинальных кровоизлияний, может развиваться у ряда пациентов, особенно у принимающих большие дозы препарата (рис. 22.6). С прекращением терапии, как правило, наблюдают спонтанное исчезновение признаков заболевания. В большинстве случаев прогноз хороший. К менее частым побочным проявлениям относят КМО, паралич глазодвигательного нерва, отек ДЗН и окклюзию ЦВС.

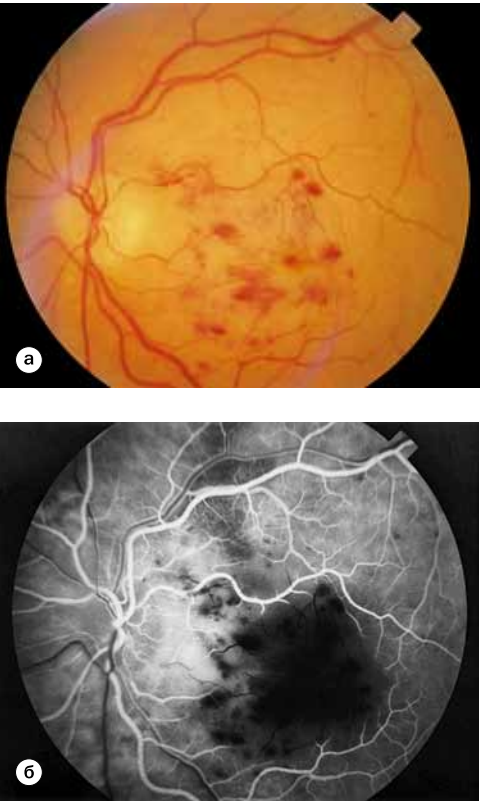


Рис. 22.7 Гентамициновая ретинопатия: (а) ретинальное поблдение и геморрагии; (б) ФАГ: соответствующее место гиперфлюоресценции из-за ишемии (предоставлено S. Milweski)

Мезилат десферриоксамина

Этот железистый комплексон используют для лечения хронических перегрузок железом и предотвращения гемосидероза у пациентов с гематологическими патологиями, требующими регулярных переливаний. Как правило, препарат медленно вводят подкожно. Ретинопатия характеризуется перемещением пигмента в макуле и/или на экваторе, сочетающимся с низкой амплитудой электроретинограммы и снижением темновой адаптации.

Никотиновая кислота

Никотиновая кислота (ниацин), представляющая собой холестерин-снижающий

препарат, обладает рядом побочных действий, включая гиперемию кожи, зуд, тошноту и боли в животе. У небольшого числа пациентов развивается кистозная макулопатия, похожая на КМО, но без просачивания на ФАГ. При дозировке более 1,5 г/сут наблюдают макулярные изменения, которые приводят к умеренному снижению остроты зрения и исчезают после отмены препарата.

Гентамицин

Интравитреальная инъекция гентамицина при лечении бактериального эндофтальмита может вызвать сильную ишемию сетчатки (рис. 22.7). Иногда токсическое действие на сетчатку наблюдают при периокулярных инъекциях.

ОПТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ

Этамбутол

Этамбутол (миамбутол) назначают в сочетании с изониазидом и рифампицином для лечения туберкулеза. Токсические воздействия на глаза включают неврит ЗН, аномалии цветового зрения и дефекты поля зрения. Токсичность зависит от дозы и продолжительности лечения. Оптическая нейропатия развивается часто (6%) при суточной дозе 25 мг/кг и достаточно редко — при дозе не более 15 мг/кг. Как правило, токсическое действие наблюдают между 3 и 6 мес. после начала лечения.

НВ Изониазид также иногда вызывает токсическую нейропатию зрительного нерва, особенно в сочетании с этамбутолом.

- 1. **Проявляется** резким ухудшением зрения.
- 2. **Признаки.** Нормальный или слегка отечный диск со штрихообразными кровоизлияниями.
- 3. **Дефекты поля зрения** обычно в виде центральной или центроцекальной скотомы, хотя возможно битемпоральное или периферическое сужение.

- 4. **Прогноз** хороший после отмены основного лечения, хотя процесс восстановления может продлиться до 12 мес. В ряде случаев может развиваться необратимая потеря зрения в результате атрофии ЗН.
- 5. **Скрининг** следует проводить каждые 4 нед. при дозе более 15 мг/кг и каждые 3–6 мес. — при меньших дозах. При развитии симптоматики необходимо немедленно прекратить прием препарата.

Амиодарон

Амиодарон — антиаритмический препарат, используемый для лечения желудочковых тахикардий и фибрилляций, восстановления синусового ритма при фибрилляции предсердий. К обычным системным побочным действиям относятся дисфункция щитовидной железы, токсичное влияние на легкие, периферическая нейропатия и гастроинтестинальные нарушения. Практически у всех развивается безопасная кератопатия *vortex* (см. рис. 22.1а). Другие редкие побочные воздействия на глаза включают отложения под передней поверхностью капсулы хрусталика и оптическую нейропатию. Последние наблюдаются лишь в 1–2% случаев и не зависят от дозы.

- 1. **Проявляется** незаметным одно- или двухсторонним снижением остроты зрения.
- 2. **Признаки.** Двухсторонний отек ДЗН, который может сохраняться в течение нескольких месяцев после отмены препарата.
- 3. **Дефекты поля зрения** могут быть умеренными и обратимыми или выраженными и необратимыми.
- 4. **Прогноз** вариабелен, поскольку отмена препарата не всегда приводит к улучшению.
- 5. **Скрининг** не показан, т.к. нет возможности выявить лиц, относящихся к группе риска. Тем не менее следует предупредить пациентов о небольшом риске токсического влияния и попросить сообщать о любых подозрительных симптомах.
- 6. **Дифференциальную диагностику** проводят с неартеритной передней ишемической нейропатией (НПИН), также поражающей пациентов с системными сосудистыми заболеваниями. Вызываемая амиодароном оптическая нейропатия имеет, как правило,

более стертые первичные проявления, менее выраженную потерю зрения, дольше сохраняющийся отек диска и по сравнению с НПИН чаще бывает двухсторонней.

Вигабатрин

Вигабатрин используют в качестве противоэpileптического препарата второй линии для лечения неконтролируемых генерализованных частичных приступов и как монотерапию первой линии при младенческих судорогах (синдром West). У некоторых пациентов развиваются двухсторонние концентрические или биназальные дефекты поля зрения через несколько месяцев или лет после начала терапии. При отмене препарата дефекты сохраняются, но при продолжении лечения они не прогрессируют. Следовательно, токсическое влияние имеет избирательный характер и не зависит от дозы. При офтальмоскопии, как правило, наблюдают нормальную картину, хотя у незначительного числа пациентов возможны различные изменения, например, назальная (обратимая) атрофия ДЗН, сужение артериол, аномальные макулярные рефлексы и складчатость. До начала лечения рекомендуется проведение первичного обследования. Повторные осмотры следует проводить каждые 6 мес. в течение 3 лет, а затем ежегодно (при отсутствии патологии).

По вопросам приобретения издания
«Клиническая офтальмология: систематизированный подход»

ЛОГОСФЕРА
интернет-магазин
(495) 748 51 16
для оптовых клиентов
тел.: (495) 689 62 64; 771 34 58
e-mail: salesdep@logobook.ru
factor@logobook.ru
www.logobook.ru

ИЗДАТЕЛЬСТВО
«ЛОГОСФЕРА»

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ в офтальмологии

СЕРИЯ ИЗ 6 КНИГ + DVD

Научные редакторы перевода
Аветисов С.Э., академик РАМН,
заслуженный деятель науки,
доктор медицинских наук, профессор
Еричев В.П., доктор медицинских наук, профессор

Выход изданий: 2012 год

Телефон издательства
(495) 748-50-57

Series Editors: F. Hampton Roy and Larry Benjamin

SURGICAL TECHNIQUES IN OPHTHALMOLOGY

Strabismus Surgery

JOHN D. FERRIS PETER E.J. DAVIES

SAUNDERS ELSEVIER

Cataract Surgery

LARRY BENJAMIN

SAUNDERS ELSEVIER

Glaucoma Surgery

EDITED BY TERESA C. CHEN

SAUNDERS ELSEVIER

Retina and Vitreous Surgery

EDITED BY ABDHISH R. BHAVSAR

SAUNDERS ELSEVIER

Refractive Surgery

EDITED BY F. HAMPTON ROY

SAUNDERS ELSEVIER

Oculoplastic Surgery

JOHN A. LONG

SAUNDERS ELSEVIER

Сюрпризы гидростатики после факоэмульсификации катаракты: причины и решения



В.П. Еричев

д.м.н., профессор (НИИ ГБ РАМН).
Модератор дискуссии

Профессор В.П. Еричев:

«Уважаемые коллеги! Великий пролетарский писатель Алексей Максимович Горький однажды писал: «Нет ничего страшнее, как потерять зрение. Это – необъяснимая обида, которая отнимает у человека 9/10 всего мира». И как раз сегодня мы обсудим, возможно, частные, но представляющие особый интерес вопросы, относящиеся к двум очень важным медико-социальным проблемам – глаукоме и катаракте. Именно эти заболевания могут привести и нередко приводят к снижению или потере зрения, с той лишь разницей, что только одна из них – глаукома – приводит к необратимому распаду зрительных функций. Хирургической задачей лечения глаукомы является снижение и нормализация ВГД, т.е. создание условий для сохранения зрительных функций. Задача хирургии катаракты – это восстановление зрения. За последнее десятилетие хирургия катаракты достигла высочайших успехов. Сейчас возможно через порты в 1,6-2 мм удалять помутневший хрусталик, имплантировать ИОЛ, не накладывая швов. Известно и другое: после успешного удаления хрусталика методом факоэмульсификации (ФЭ) иногда возникает нарушение регуляции ВГД. Что это? В одном случае это может быть не диагностированная до операции глаукома, в другом – это не совсем корректная терапия послеоперационного периода. В случаях, когда ФЭ выполняют на глазах с глаукомой, ситуация становится еще менее понятной. И тогда причинами повышения ВГД могут быть недостаточная гипотензивная терапия накануне операции или некорректная гипотензивная терапия с точки зрения комплайнса и т.д. Выяснение и изучение природы этих факторов, их влияние на гидродинамику или гидростатику очень важно и необходимо для того, чтобы вовремя принять меры для предотвращения повышения ВГД после операции по поводу удаления катаракты. Повышение и значительное колебание ВГД приводит к гибели ганглиозных клеток со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Леонид Иосифович! С Вашей точки зрения, о каких проблемах, возникающих после факоэмульсификации и приводящих к повышению ВГД или нарушению его регуляции, можно говорить?»

Профессор Л.И. Балашевич:

«Уважаемые коллеги! Прежде всего, я хочу поблагодарить организаторов конференции за предоставленную возможность вновь встретиться с коллегами из Москвы и обсудить проблемы, которые волнуют нас всех. После выступления Сергея Эдуардовича, по-моему, не так уж много остается места для дискуссии: основные проблемы уже обозначены, и по многим пунктам предложены решения. Надо сказать, что подходы, которые были озвучены, у нас тоже не вызывают сомнений.

Проблема, поставленная сегодня, очень актуальна, а для нашей клиники особенно. Каждый год мы делаем примерно 9 тысяч факоэмульсификаций. Из этого огромного числа от 40 до 60% – это так называемая «осложненная» катаракта. Сюда входят разные варианты, но, наверное, сочетание глаукомы и катаракты занимает одно из первых мест. Многие постулаты были озвучены Сергеем Эдуардовичем, и в принципе мы их придерживаемся. Что касается ФЭ и проблем послеоперационной гидродинамики и гидростатики, то здесь, мне кажется, надо рассмотреть варианты, с которыми мы можем столкнуться.

Первый вариант, самый тревожный, всегда нас волнует. Это повышение ВГД после операции. Насколько это сегодня опасно, как часто возникает такая ситуация, требует ли это каких-то дополнительных решений, – все это важные с практической точки зрения вопросы.

В первую очередь, причиной повышения ВГД может быть оставленный вискоэластик, элементы крови, хрусталиковых масс, фибринозная реакция, особенно у больных диабетом. У пациентов без каких-либо системных заболеваний это практически не встречается. В послеоперационный период возможно набухание хрусталиковых масс, могут возникнуть проблемы с положением



Л.И. Балашевич

Директор Санкт-Петербургского филиала ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»,
д.м.н., профессор

ИОЛ. Я должен сказать, что в практической работе за последние примерно пять лет мы крайне редко сталкиваемся с этими проблемами.

Я вспоминаю 1995 год, когда мы активно занимались факоэмульсификацией, когда не было ни нормальных вискоэластиков, ни гибких ИОЛ, и я даже делал доклад на конгрессе ESCRS на тему «Адаптация факоэмульсификации к российским условиям». Мы вынуждены были использовать при выполнении ФЭ метилцеллюлозу и линзы Т-26. Нами была проведена работа с целью определения критической длины разреза, которая еще позволяет не накладывать швы.

И пришли к выводу, что 5 мм при «rocket incision» – это еще допустимо. Отсюда – возможность имплантировать Т-26. Теперь все эти проблемы ушли, а тогда у нас было большое количество гипертензий послеоперационного периода, и это было предметом обсуждения на внутренних конференциях. Почему? Потому что у метилцеллюлозы, которой мы пользовались, к сожалению, нет никаких ферментативных механизмов для ее самостоятельного рассасывания, она может набухать, особенно если она попадает в стекловидное тело и, естественно, происходит неуправляемое повышение ВГД. Поэтому тщательное вымывание вискоэластика было критичным. Сейчас этому тоже уделяется большое внимание, но современные вискоэластики на основе гиалуроновой кислоты такой угрозы не несут, поэтому сегодня проблема индуцированного вискоэластиком повышения ВГД так остро не стоит.

Когда мы имели дело с разрезом в 5 мм и даже в 3 мм, была опасность снижения давления за счет послеоперационной фильтрации. В таком случае приходилось накладывать швы. Другие варианты достаточно редки. Наконец, цилиохориоидальная отслойка у больных глаукомой. Надо отметить, что факоэмульсификация – это методика, главным достоинством которой является не столько малый разрез, отсутствие швов, сколько быстрая реабилитация. По сути, вы можете регулировать процесс, вследствие чего для больных глаукомой – это очень хорошее решение. На (рис. 1) представлен обзор литературы «Гипертензия в первые сутки после ФЭ: роль вискоэластиков». Обычно это резорбция длительная, максимальные пики наблюдаются в основном при использовании метилцеллюлозы и отмечаются уже в первые два часа после операции.

Проблема изменения ВГД после ФЭ. Сегодня появляется очень большое количество работ, в которых говорится о том, что у пациентов ВГД может снижаться после ФЭ.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.



В.Р. Мамиконян
Заместитель директора по научной работе
НИИ ГБ РАМН, д.м.н., профессор

Неравнозначные работы, разное число наблюдений, но в целом было показано, что ВГД в большинстве случаев снижается. Цифры очень разные, но отмечена сама тенденция. Одна очень интересная работа, на которую мы обратили внимание, это Susan A. Strenk с соавторами (рис. 2). Автор, используя современные методы исследования, показал, что с возрастом хрусталик увеличивается, и это известно очень хорошо. По этому поводу в США было выполнено очень много работ. Известно, что хрусталик всю жизнь растет, примерно до 80 лет он увеличивается, потом начинает постепенно уменьшаться. Это приводит к изменениям анатомо-топографических взаимоотношений внутри глаза, поэтому эти смещения, по данным Джонсона, могут приводить к изменениям архитектоники трабекулы и, соответственно, повышать ВГД. Отсюда – закономерный вывод о том, что ФЭ сама по себе может быть хорошим средством для снижения ВГД.

Факоэмульсификация у пациентов с офтальмогипертензией, насколько она может быть полезной с точки зрения нормализации ВГД? Некоторые многоцентровые исследования показали, что наблюдения за такими пациентами, как правило, в большом проценте случаев приводит к отрицательным изменениям поля зрения. Если присоединяется гипотензивная терапия, то эти изменения в два раза меньше, но если проводится ФЭ с интраокулярной коррекцией, то эти изменения встречаются в очень малом проценте случаев, и поэтому ФЭ здесь очень полезна (рис. 3). Мы обратили внимание на высказывание Brooks Poley о том, что «выбирая факоэмульсификацию в качестве первого вмешательства у пациентов с офтальмогипертензией и у части пациентов с глаукомой, мы выбираем гарантированное улучшение зрения, и как максимум, длительно стабилизированное ВГД». Нельзя не разделять их позицию по этому вопросу. Наконец, ФЭ у пациентов после гипотензивной операции. Есть данные о том, что выполнение ФЭ может привести к ухудшению фильтрации, к изменению фильтрационной подушки. Но данных, которые бы четко подтверждали эту позицию, мы не нашли (рис. 4). Поэтому в целом можно сказать, что одно из преимуществ ФЭ с использованием современных вискоэластиков – это хорошее решение, и это не дает нам сюрпризов с ВГД после факоэмульсификации. Эта та позиция, к которой мы пришли на основании собственного опыта и на основе анализа существующей литературы. Спасибо!»

Профессор В.П. Еричев: «Большое спасибо, Леонид Иосифович. И все-таки нельзя назвать бесспорным утверждение о том, что «...выбирая факоэмульсификацию мы выбираем ...как максимум – длительно стабилизированное давление». Особенно этот тезис сомнителен в случаях сочетания глаукомы и катаракты. Конечно, техническое совершенство факоэмульсификации во многом позволяет сгладить вопросы нарушения регуляции офтальмотонуса, но такая проблема, тем не менее, существует. Свою точку зрения по вопросам изменения гидродинамики у больных глаукомой после факоэмульсификации мы попросим высказать профессора Мамиконяна Вардана Рафаеловича».

Профессор В.Р. Мамиконян:

«По задумке организаторов я должен оппонировать предыдущему докладчику. Думаю, что на самом деле речь пойдет просто о некоторой разнице в собственных исследованиях, но после выступления Леонида Иосифовича, я понял, что разногласия более серьезные.

Итак, избегая ненужных повторений того, что уже было уже сказано и Сергеем Эдуардовичем, и Леонидом Иосифовичем, в сегодняшней литературе превалирует мнение о том, что хирургия катаракты, а более конкретно – ФЭ, почти всегда приводит к снижению ВГД. Тем не менее, по данным

отдельных авторов и по своему собственному опыту, мы нередко сталкиваемся с противоположным. После неосложненной операции, имеем, как минимум, транзиторную гипертензию, переходящую в ряде случаев в настоящее, стойкое повышение офтальмотонуса.

На (рис. 1) указаны авторы, придерживающиеся этой точки зрения. Но в литературе может быть в десять раз больше тех, которые считают, что ФЭ должна приводить к снижению ВГД. Исходя из сказанного, мне кажется, что дискуссия могла быть сформулирована в виде следующего вопроса: «Какие факторы определяют возможное повышение ВГД после удаления катаракты,

и можно ли его предвидеть до операции?» Потому что все-таки отрицать возможность повышения ВГД после операции нельзя.

Опираясь на данные литературы и на собственный опыт, следует сказать, что повышение ВГД после операции может быть спровоцировано тремя причинами, которые либо изолированно или в комплексе могут приводить к повышению ВГД. Итак, повышение может быть спровоцировано остатками вискоматериала и реактивным воспалением. И в первом, и во втором случаях мы имеем дело с изменением консистенции влаги передней камеры. Попросту говоря, воспалительные процессы вызывают увеличение белковых фракций внутриглазной



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.

Далее, назначение или усиление гипотензивного режима, которое потребовалось нашим пациентам (рис. 8). В основном такая тактика потребовалось в ситуациях с некомпенсированным ВГД: 25% – усиление гипотензивного режима в связи с повышением давления на глазах с глаукомой и назначение лечения у 36,4% пациентов, у которых глаукомы вовсе не было до операции. У части из них мы были вынуждены поставить диагноз «глаукома». Почему я говорю «у части»? Потому что диагноз «глаукома» мы имеем право ставить только, когда имеем признаки оптической нейропатии – изменения по морфометрическим и морфофункциональным данным. В противном случае мы можем пока говорить только о повышении давления. Все эти больные оказались под дальнейшим наблюдением. На сегодняшний день примерно у половины из этих случаев уже выставлен диагноз. То есть мы имели дело с тем, о чем было сказано Валерием Петровичем, это была недиагностированная до операции глаукома. Поэтому мы имели повышение ВГД. И, наконец, самые критические случаи во второй группе с некомпенсированным давлением, с имевшейся глаукомой – у 8,3% больных, которым потребовалась даже антиглаукоматозная операция, иначе давление было неконтролируемо.

В заключение я бы хотел сказать:

- среднестатистический стандарт нормы ВГД не может служить критерием оценки риска возможного послеоперационного повышения офтальмотонуса при хирургии катаракты;
- при планировании хирургии катаракты на глазах с глаукомой, показателем реальной компенсации ВГД является уровень офтальмотонуса, не превышающий индивидуальную норму;
- ВГД, превышающее индивидуальную норму как на глазах с глаукомой, так и без диагноза «глаукома», указывает на высокую вероятность стойкого повышения давления в результате удаления катаракты.

Я сознательно не говорю о каких-либо рекомендациях, отдавая полный отчет в том, что индивидуальную норму никто не определяет и пока, к сожалению, определять не собирается. В нашей практике перед операцией мы добиваемся снижения давления до пределов индивидуальной нормы, независимо от того, есть глаукома или нет глаукомы. Благодарю за внимание». ■

Стенографическая запись сделана во время проведения научно-теоретической конференции «Дискуссионные вопросы офтальмологии». 9 сентября 2011 года

«макула» 2012

18-20 мая 2012 г.

ИНТЕР ЮНА

V ВСЕРОССИЙСКИЙ СЕМИНАР - «КРУГЛЫЙ СТОЛ» РОСТОВ-НА-ДОНУ

35 лет ростовской школе лазерной микрохирургии глаза
30 лет со дня создания Сев.-Кавказского лазерного офтальмоцентра Минздрава СССР
20 лет Ростовской глазной клинике «ИнтерЮНА»

НАУЧНАЯ ТЕМАТИКА:

- Избранные фрагменты фундаментальных работ по морфологии, биофизике, физиологии и патофизиологии фовеа.
- Макулярная патология (систематизация, патогенез, клиника, лечение).
- Макулопатии: миопические, диабетические, возрастные, постокклюзионные.
- Роль, место и перспективы “классической” лазеркоагуляции.
- Другие методики лазерного лечения.
- Фармакотерапия (антиVEGF- и др.): методики, эффективность, стабильность результатов, проблемы, осложнения. АнтиVEGF: перспективна ли монотерапия? Альтернативы?
- Хирургическое лечение макулярной патологии (методики, эффективность, видеофестиваль “Фовеа-на-Дону-2012”)
- Макулопатии (или их рецидивы), индуцированные хирургическими вмешательствами - после рефракционной, катарактальной, витреальной и иной хирургии.
- Методы оценки макулярных функций.
- Проблемы организации достоверных исследований.
- Отдельные клинические наблюдения (демонстрация, парад мнений) - по типу “релакс-разминок ретинолога” на наших “МАКУЛАХ” 2008, 2010.

В рамках “Круглого стола” предполагается обсудить более 30 докладов ведущих ученых. Из них более трети - доклады и микролекции от коллег из Западной Европы.

Все вопросы участия на сайте: www.interyuna.ru/macula; e-mail: macula@interyuna.ru
Неясности на сайте – тел. оргкомитета: +7(863) 2-01-01-01; тел./факс: +7(863) 295-03-86.

ОБЗОР

Фемтосекундные лазеры – обзор рынка

А.Л. Юшинский

Abbott Medical Optics

В 1999 году компания IntraLase Corp. (США) получила сертификат FDA на первый в мире фемтосекундный лазер для создания роговичных клапанов. С тех пор IntraLase Corp. разработала уже 5 поколений лазеров. Другие производители также не отстают и предлагают аналогичные модели. Мы надеемся, что этот краткий обзор поможет врачам и менеджерам офтальмологических клиник в подборе фемтосекундной лазерной системы.

Итак, в настоящее время (по состоянию на ноябрь 2011 г.) на рынке РФ предлагают следующие модели фемтосекундных лазерных систем:

- Femtec (производство 20/10 Perfect Vision AG, Германия);
- Femto LDV (производство ZIEMER Ophthalmic Systems Group, Швейцария);

- IntraLase FS–60 (производство Abbott Medical Optic, США);
- IntraLase iFS (производство Abbott Medical Optic, США);
- VisuMax (производство Carl Zeiss Meditec, Германия);
- WaveLight FS200 (производство Alcon, США).

Все эти фемтосекундные системы позволяют выполнять заявленные в спецификациях функции, их стоимость и стоимость расходных материалов сопоставимы. Тем не менее имеется ряд отличий, существенных и не очень, на которые следует обратить внимание (табл. 1).

Всем известно, что в большинстве случаев фемтосекундные лазеры используются для формирования роговичного клапана при операции LASIK. Поэтому ключевым параметром является время полного среза клапана, которое для диаметра 9 мм у различных систем различается от 9 до 40 секунд. Необходимо заметить, что скорость работы не всегда прямо пропорциональна частоте

следования фемтосекундных импульсов. Это связано с технологическими различиями между лазерами, в первую очередь, с уровнем энергии в импульсе и размерами образующегося газового пузырька.

Следующим немаловажным критерием выбора является функциональная насыщенность системы. Нужны ли вам кератопластические приложения? Вы будете имплантировать интрастромальные кольца? Хотите ли вы экспериментировать, используя малоизученные и ограниченные рефракционные возможности, имеющиеся у некоторых лазерных систем? Ответы на эти и другие подобные вопросы далеко не так однозначны, как это кажется при первом взгляде.

Интересно также подумать над удобством работы с системой и наличием возможности оперативного (без участия сервисной службы) изменения ее настроек. Вот неполный перечень полезных опций, предлагаемых далеко не всеми производителями:

- регулировка толщины клапана с шагом 1 мкм;

- установка расположения ножки клапана и регулировка ее размера;
- регулировка параметров краевого среза (угла, энергии импульса, шага по глубине);
- регулировка шага между соседними импульсами и энергии импульса;
- овальный клапан;
- коррекция центровки с помощью видеокамеры и компьютера;
- «открытое» программное обеспечение.

Нельзя упускать из виду того, как система помогает вам справляться с осложнениями, которые, хотим мы того или нет, иногда возникают в процессе реза. Это, в первую очередь, срыв вакуума и вертикальный прорыв газа. Отследить момент аварийной остановки можно, если только лазерная система предоставляет реальное видео процесса, а не компьютерную анимацию.

Мы постарались отразить основные параметры фемтосекундных лазерных систем в таблице и надеемся, что эти данные помогут в подборе платформы, отвечающей вашим надеждам.

Таблица 1.

	Femtec	IntraLase iFS	IntraLase FS-60	VisuMax	WaveLight FS200	Ziemer LDV
Длина волны излучения	1053 нм	1053 нм	1053 нм	1043 нм	1045 нм	1045 нм
Длительность импульса	500-700 фс	600-800 фс	600-800 фс	220-580 фс	200-250 фс	200-350 фс
Энергия импульса	4,6 мкДж	0,6-2,2 мкДж	0,8-2,2 мкДж	0,05-0,42 мкДж	0,6-0,7 мкДж	0,01-0,02 мкДж
Размер пятна фокусировки	1 мкм	< 1,8 мкм	< 1,8 мкм	1 мкм	< 1,9 мкм	1 мкм
Регулировка энергии	Нет	Да	Да	Да	Нет	Нет
Частота импульсов	40 кГц	150 кГц	60 кГц	200 кГц	200 кГц	20,8 МГц
Время формирования клапана 9,0 мм	25-36 сек	9-20 сек	18-35 сек	20-40 сек	20-30 сек	29-40 сек
Способ формирования клапана	спиральный	растровый	растровый, спиральный	спиральный	растровый	сегментальный с перекрытием
Толщина клапана	100-200	90-400	90-400	90-220	50-1000	90-450
Регулировка толщины клапана	Программная с шагом 1 мкм	Программная с шагом 1 мкм	Программная с шагом 1 мкм	Программная с шагом 1 мкм	Программная с шагом 1 мкм	90, 110, 135 мкм
Центровка	механическая	компьютерная	компьютерная	механическая	компьютерная	механическая
Угол среза	30-90	30-150	90	90	30-150	28
Овальный клапан	–	+	–	–	–	–
Аппланационная поверхность	сферическая, 2 размера	плоская	плоская	сферическая, 3 размера	плоская	плоская
Увеличение ВГД	> 26 мм рт.ст	30-60 мм рт.ст	30-60 мм рт.ст	> 26 мм рт.ст	30-60 мм рт.ст	> 25 мм рт.ст
Программы кератопластики	+	+	+	-	–	–
Программа тоннелей для интрастромальных колец	+	+	+	+	+	–
Программа лентикулярной кератопластики	–	+	+	+	–	–
Повтор процедуры при потере вакуума	Возможен в тот же день	Возможен в тот же день	Возможен в тот же день	Возможен в тот же день	Возможен в тот же день	Требуется пауза 3-6 недель
Совместимость с эксимерными лазерами	B&L TechnoLas	Кроме NIDEK	Кроме NIDEK	Carl Zeiss Mel-80	Alegretto-WaveLight	Кроме VISX
Количество систем в России	2	0	3	2	0	6

В ОДНОЙ СВЯЗКЕ С ОФТАЛЬМОЛОГАМИ

Илья Бруштейн

Дилетантам в салонах оптики не место!

«Мы рады, что выпускники питерского колледжа являются востребованными специалистами. Они практически не сталкиваются с проблемами трудоустройства. Но мне хотелось бы обратить внимание на другой аспект: медицинских оптиков и оптиков-оптометристов катастрофически не хватает в российском здравоохранении», – рассказала директор колледжа М.М. Власова. Во время нашей беседы Марина Михайловна привела немало конкретных примеров, иллюстрирующих нехватку оптиков и оптометристов.

– В Санкт-Петербурге ситуация более или менее благополучная, в первую очередь, благодаря существованию нашего колледжа. Но в большинстве других регионов России дела обстоят не лучшим образом: в салонах оптики работают дилетанты, в медицинских учреждениях обязанности оптометристов выполняют глазные врачи (это, разумеется, самый приемлемый вариант!) или медицинские сестры, не имеющие специального образования.

Марина Михайловна обратила внимание, что пациенты не всегда осознают, чем опасны дилетанты, работающие в магазинах-салонах оптики. «Эти заведения нельзя сравнивать с обычными торговыми точками, где торгуют овощами-фруктами, одеждой или косметикой. Магазин-салон оптики – это не просто торговое, а медицинское учреждение», – отмечает профессор Власова.

Пациенты приходят в салоны оптики с рецептами на изготовление очков. Задача продавца-консультанта салона состоит не только в том, чтобы принять заказ и через определенное время выдать готовую продукцию. В первую очередь, он должен провести подробную консультацию. Недаром эта должность называется продавец-консультант(!), а не просто продавец.

Часто пациенты плохо представляют себе правила ношения очков. Например, им трудно понять, что очки, предназначенные только для чтения, нельзя носить целый день. Не всегда легко объяснить, что не любая оправа подходит к любым очкам. Необходимо учитывать и

«Офтальмологи и оптометристы должны работать «в одной связке, в одной упряжке», – убеждена директор Санкт-Петербургского медико-технического колледжа Федерального медико-биологического агентства России, доктор медицинских наук, профессор М.М. Власова. Учреждение среднего специального образования в Северной столице – ведущее и старейшее учебное заведение нашей страны, осуществляющее подготовку медицинских оптиков и оптиков-оптометристов.



Занятия студентов третьего курса в мастерской по изготовлению очков

оптические характеристики изделия, и анатомические особенности головы.

Впрочем, работа продавца-консультанта салона оптики не завершается после беседы с клиентом и приема заказа. Он также проверяет качество работы мастера по изготовлению и сборке очков.

Как известно, в медицине и футболе все считают себя знатоками. Но медицинская оптика – специфическая область. Человек без специального образования не способен оценить качество очков, изготовленных по его заказу. В очках порой чувствуешь себя комфортно, вроде бы хорошо видишь – и всё равно они могут оказывать негативные, не соответствующими параметрам рецепта. И самое главное – «бракованные» очки негативно влияют на зрение, это «мина замедленного действия».

Разумеется, для продавца-консультанта с профильным образованием тщательная проверка качества продукции – это вопрос чести, гордости и профессиональной репутации. Также как и для руководителей и владельцев солидных салонов оптики. От людей без специального образования такого же подхода ожидать бессмысленно. Даже при самых благих побуждениях они не способны оценить качество товара, который продают.

«Сотрудники магазинов-салонов оптики без специального образования или окончившие какие-либо краткосрочные курсы – это реальная угроза для здоровья российских граждан, – подчёркивает директор колледжа. – В человеческом организме всё взаимосвязано. Можно носить «бракованные» очки и не понимать этого. Из-за неправильных очков начинает болеть голова.

Человек начинает принимать лекарства от головной боли. В свою очередь, эти лекарства оказывают негативное влияние на сердечно-сосудистую деятельность. Этот ряд можно продолжать долго... Обеспечение квалифицированными кадрами всех российских магазинов-салонов оптики – это задача общенационального масштаба. Причём принципиально важна квалификация и продавцов-консультантов, и мастеров по изготовлению и сборке очков».

Три ступени на пути к мастерству

С 1971 года в Санкт-Петербургском медико-техническом колледже осуществляется подготовка кадров по специальности «медицинская оптика». В 1983 году введена заочная форма обучения. Очное

отделение каждый год выпускает более пятидесяти медицинских оптиков и оптиков-оптометристов. Заочное – более ста.

«Потребности российского здравоохранения – 2500 выпускников по специальности «медицинская оптика» ежегодно, а реально выпускается по всей стране не более 500 специалистов, – отмечает М.М. Власова. – Эта проблема постепенно начинает решаться, её осознают и во властных структурах. В различных регионах России создаются профильные учебные заведения... Но пока сделаны только первые шаги. При соответствующей государственной поддержке наш колледж мог бы увеличить выпуск специалистов и на очном, и на заочном отделении».

Сотрудники колледжа являются авторами федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности «медицинская оптика». Об особенностях этого стандарта зашёл разговор с заведующим учебным отделом, преподавателем «физиологической оптики» и «принципов оптической коррекции» Натальей Евгеньевной Разумовой.

– Государственный образовательный стандарт предусматривает формирование вертикально интегрированного образовательного комплекса, включающего три ступени. Уже после первого года обучения студенты приобретают квалификацию по рабочей специальности «изготовление и сборка очков». Данный уровень образования позволяет устроиться на работу в салон оптики на должность мастера. Правда, сложные виды очков студенты начинают изготавливать только на втором и третьем курсе.

После трёх лет обучения (базовый уровень среднего профессионального образования) выпускник становится «медицинским оптиком». Можно стать продавцом-консультантом в салоне оптики. И самое главное – качественно справляться с этой работой! Наконец, после четырёх лет обучения (повышенный уровень среднего специального образования) студенты приобретают квалификацию «оптик-оптометрист», позволяющую работать как в оптических салонах, так и в лечебно-диагностических учреждениях.

Чем же наполнено образование на всех трёх ступенях? Начнём с первого этапа. Что должен знать и уметь мастер по изготовлению и сборке очков? «Мастер



Заведующая учебным отделом Н.Е. Разумова и студентка четвертого курса Ольга Григорьева у рабочего места оптометриста



Преподаватель оптических дисциплин В.Б. Батракова объясняет студентке третьего курса Екатерине Яковлевой принципы работы автоматического фороптера



Заведующая учебным салоном оптики «Профессионал» В.Д. Белополова

в соответствии с данными рецепта занимается изготовлением очков. Он фрезерует, шлифует и полирует линзы, досконально контролируя все геометрические размеры, а также вставляет линзы в оправы. Эта работа требует большой тщательности, собранности и аккуратности. Отклонение от заданных параметров даже на полмиллиметра уже является браком, хотя пациент этого, скорее всего, и не заметит», – рассказывает Н.Е. Разумова.

Будущие мастера изучают физическую и геометрическую оптику, основы метрологии и стандартизации, теорию и расчёт оптических систем и целый ряд других специальных предметов. Поступить в колледж на специальность «медицинская оптика» можно только после успешного окончания одиннадцатого класса, т.е. после получения полного среднего образования.

Это требование не является случайным. Для мастеров по изготовлению очков, также как и для других специалистов-оптиков, необходим достаточно высокий уровень общеобразовательной подготовки. Учащиеся, которые не смогли справиться со школьным курсом математики, вряд ли смогут успешно осваивать специальные дисциплины в колледже. «В этом и состоит особенность нашей профессии. Мастер-оптик должен работать и руками, и головой», – поясняет Н.Е. Разумова.

Возможность уже после окончания первого курса пойти работать мастером в салон оптики – очень привлекательна для студентов. Не секрет, что в средние специальные учебные заведения поступают много юношей и девушек из малообеспеченных семей. Они стремятся совмещать работу и учёбу.

А что означают две следующие ступени: «медицинский оптик» и «оптик-оптометрист»? Оптик-оптометрист является специалистом более высокой квалификации, потому что, в отличие от медицинского оптика, он занимается не только расчётом и изготовлением очков и контактных линз, но и исследованием функций зрения. Оптометрист проверяет остроту зрения, периметрию, рефрактометрию, офтальмометрию, биомикроскопию, тонометрию.

Он исследует бинокулярное зрение, определяет вид и степень аметропии, наличие астигматизма. По сути дела, оптометрист, также как и врач-офтальмолог, способен поставить пациенту диагноз. Именно поэтому оптометристы могут работать и в медицинских клиниках, и в оптических салонах.

Медицинский оптик не занимается диагностикой глазных патологий. То есть он не выписывает рецепты, а занимается их исполнением. Это тоже очень важная и нужная работа! Именно медицинский оптик, как уже было сказано выше, призван в качестве продавца-консультанта осуществлять контроль работы мастеров по изготовлению очков.

С другой стороны, медицинские оптики, как, впрочем, и оптики-оптометристы, нередко сами устраиваются в оптические салоны на должности мастеров. Они изготавливают самые сложные очки: с астигматическими линзами, с призматической коррекцией, с анизометропией и т.д.

Чёткое взаимодействие в интересах пациентов

«Вы видите, что оптик-оптометрист – это специалист очень широкой квалификации, – подытоживает свой рассказ директор колледжа М.М. Власова. – Он способен и обследовать пациента, и самостоятельно изготовить для него очки, и продать эти очки в специализированном салоне. Многие оптометристы сами становятся владельцами

салонов. Они обладают подготовкой в области менеджмента и маркетинга. Эти знания мы тоже даём нашим студентам».

Марина Михайловна использует яркие образы, чтобы представить сферу своей профессиональной деятельности: «Я бы сравнила совместную работу оптометриста и врача-офтальмолога со «связкой» хирурга и операционной медицинской сестры. В обоих случаях необходимо обеспечить чёткое взаимодействие в интересах пациента».

Профессор Власова считает неправильной ситуацию, когда врачи-офтальмологи в лечебно-диагностических учреждениях выполняют функции оптометристов: «Наши коллеги-офтальмологи способны быть успешными оптометристами. Но это неразумное и нерациональное использование рабочего времени врача. Офтальмологу необходимо сконцентрироваться на лечении глазных болезней. А проведение необходимых исследований и обработка их результатов – дело оптометриста».

Я не мог не спросить у директора о получении оптометристами высшего образования. Есть ли такая перспектива у выпускников колледжа?

– У нас ведётся обучение не только по специальности «медицинская оптика». Также можно получить специальности фельдшера, медицинской сестры и медицинского брата. Совершенно естественно, что немало медицинских сестёр и фельдшеров хотят учиться дальше и поступают в медицинские вузы. У оптометристов – ситуация другая. Профильного высшего образования по этой специальности в нашей стране не существует. Некоторые оптометристы, в том числе преподаватели нашего колледжа, получили вузовский диплом по специальности «оптическое приборостроение». Для преподавательской работы высшее образование действительно очень важно. Но для практической работы оптометриста в нём нет необходимости. С другой стороны, необходимо постоянно повышать свою квалификацию. В этом помогают и курсы, которые организуются у нас в колледже.

«Я так хорошо вижу в ваших очках!»

Важная часть учебного процесса – производственная практика. Часть учащихся проходит её в магазине-салоне оптики «Профессионал», который действует в стенах колледжа и является его структурным подразделением. Руководит салоном В.Д. Белополова.

Валентина Давыдовна познакомила меня с содержанием витрин. Салон известен среди жителей Санкт-Петербурга. Он вполне оправдывает своё гордое название «Профессионал». Сюда может прийти любой желающий и получить профессиональную консультацию.

– Обратите внимание, в этих оправках вставлены шаблоны, т.е. самое обычное стекло, без всякой оптической коррекции, – поясняет руководитель учебного отдела Н.Е. Разумова. – Когда мы предлагаем клиентам примерить эти «шаблонные очки», то речь идёт только о знакомстве с оправками. Но не все это понимают. Нередко человек надевает очки (с самым обычным стеклом!) и восклицает: «Я так хорошо стал видеть в ваших очках! Большое спасибо! Именно эти очки я и куплю!» Это кажется забавным. Но с психологической точки зрения эффект совершенно понятен: если клиент верит, что ему подберут правильные очки, то даже самая обычная стекляшка кажется ему спасительной линзой.

Разумеется, в «Профессионале» доверием клиентов не злоупотребляют. Домой люди уносят не

«шаблонные очки», а изготовленные по индивидуальному заказу студентами колледжа под наблюдением их преподавателей. Во время моего посещения учебного заведения в «Профессионале» проходила практику студентка четвёртого курса Ольга Григорьева. Какие впечатления вынесла она от прохождения практики?

– У меня возникло ощущение, что я правильно выбрала профессию. Эта работа мне нравится, она доставляет удовольствие. И, конечно же, она нужна людям.

– Ольга, что было самое сложное во время прохождения практики?

– Нелегко проводить консультации, когда речь идёт о сложной коррекции зрения, например об очках с анизометропией. По моим наблюдениям, проведение консультаций – не менее трудоёмкий и ответственный процесс, чем само изготовление очков. В своих консультациях оптометрист затрагивает самый широкий круг тем, связанных с коррекцией и сохранением зрения: от правильного ношения очков до режима дня.

Ольга считает, что за время обучения в колледже она приобрела необходимые знания и навыки, чтобы стать надёжным помощником офтальмолога: «В 2012 году мне предстоит защита диплома. Думается, что именно сейчас вступить в профессиональную жизнь наиболее интересно. За последние годы в Санкт-Петербурге произошло радикальное техническое переоснащение специализированных офтальмологических клиник, кабинетов глазных врачей

в многопрофильных медицинских центрах и т.д. Требуются специалисты, которые с этой техникой на «ты»».

Сотрудничество с ведущими клиниками и оптическими фирмами

Руководитель отдела последипломного образования А.З. Васильева обратила внимание в нашей беседе на активное сотрудничество колледжа с авторитетными медицинскими центрами и оптическими фирмами. Партнёрами учебного заведения являются Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Фёдорова и Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца. Студенты колледжа проходят практику в Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. академика И.П. Павлова, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Педиатрической медицинской академии, Северо-западном центре контактной коррекции зрения «Контакор», глазном диагностическом центре № 7, клинике «Эксимер» и в других ведущих лечебных учреждениях Северной столицы.

Во время экскурсии по колледжу Антонина Зосимовна обратила внимание на учебные аудитории, оснащённые и реконструированные всемирно известными оптическими фирмами «Carl Zeiss», «Essilor», «Seiko», «Transitions». «Это не просто спонсорская помощь,

а долговременная и продуктивная совместная работа, – подчёркивает А.З. Васильева. – Мы организуем совместные семинары, во время которых можно не только услышать интересные доклады о развитии отрасли, но и за чашкой чая пообщаться с известными учёными, руководителями клиник и топ-менеджерами оптического бизнеса».

В 2007 году образовательное учреждение приняло участие в конкурсе Министерства образования и науки Российской Федерации для государственной поддержки образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования, внедряющих инновационные образовательные программы. Петербургский колледж стал победителем по программе «Инновационная система подготовки специалистов нового поколения по медицинской оптике». В результате реализации этой программы колледж был оснащён высокотехнологичным офтальмодиагностическим и производственным оборудованием.

Завершая встречу с корреспондентом газеты «Поле зрения», директор колледжа М.М. Власова сказала коротко и ёмко: «Мы не смотрим на мир через «розовые» очки. Мы не смотрим на мир через «чёрные» очки. Мы просто можем подобрать правильные очки для каждого человека!». Наверное, эти слова могли бы стать девизом колледжа. ■

*Фотографии автора
из архива Санкт-Петербургского
медико-технического колледжа*

Ничто не может прикоснуться к AcrySof® IQ

в системе имплантации AcrySert®

Alcon

Устройство для имплантации интраокулярной линзы в комплекте с интраокулярной линзой «Акрисерт® Сп» AcrySert SA. Регистрационное удостоверение № ФСЗ 2010/07516 от 30.08.2010. Информация предназначена для медицинских работников.

Carl Zeiss,

или История самого уважаемого имени в мире оптики

11 сентября 1816 года в городе Веймар...

...в семье токаря-краснодеревщика по фамилии Цейс родился мальчик, которого родители называли Карлом Фридрихом. Его детство прошло в мастерской отца, в окружении станков и инструментов, что, очевидно, и предопределило будущее Карла. Больше всего в жизни мальчика интересовала техника.

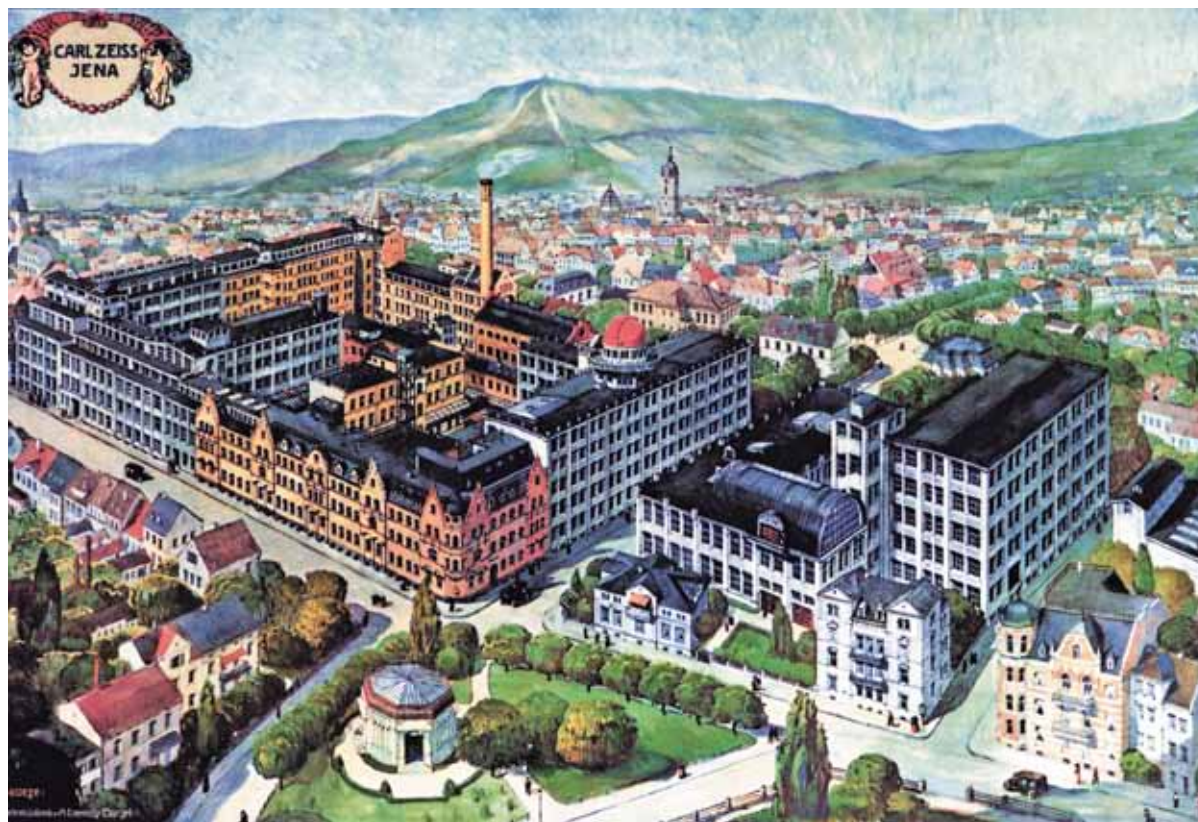
В 16 лет юноша, досрочно окончив полный курс гимназии, переезжает в небольшой городок Йена, расположенный в Восточной Тюрингии. В те годы в Йене проживало всего 7 тысяч человек, но, несмотря на это, был собственный университет. Карл устроился на работу в мастерскую доктора Фридриха Кернера, доцента Йенского университета. Мастерская Кернера поставляла микроскопы и прочие точные приборы германскому двору.

В 1835 году Карла Цейса зачислили в университет, где юноша слушал лекции по математике, физике, антропологии, минералогии и оптике. Несколько лет в качестве коммивояжера он ездил по стране, посетил несколько заводов по изготовлению оптики и стекла в таких городах, как Штутгарт, Дармштадт и Берлин. Карл сделал много записей по различным темам, например, о методах плавления стекла, материалах, необходимой температуре печей для обжига. Его интересовало все, что было связано с производством стекла, линз, микроскопов и других оптических инструментов. В Вене он посещал лекции по механике и с отличием сдал выпускной экзамен. В 1845 году Карл возвратился в Йену и продолжил обучение в университете, отдавая предпочтение высшей математике и химии.

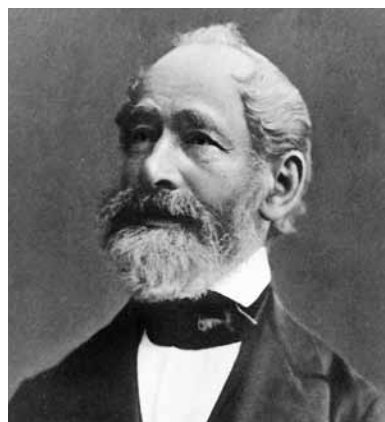
«Одни из самых превосходных приборов, сделанных в Германии»

10 мая 1846 года Карл Цейс отнес в муниципалитет города Веймар заявление с просьбой разрешить открыть собственное производство, а 17 ноября того же года в городе Йене, в Тюрингии, на Ноегассе № 7, заработало механическое ателье по изготовлению простых микроскопов, измерительных приборов и других точных оптических и механических инструментов. В первый год работы мастерской Карлу удалось продать 23 микроскопа, совсем неплохое начало для новичка. Это были простые микроскопы с одной линзой, которая устанавливалась прямо на футляре с помощью специальных салазок. В предлагаемый комплект входили 3-4 сменные линзы для получения различной степени увеличения.

В сентябре 1847 года Цейс переехал в большее по площади помещение на Вагнерштрассе, 32 и нанял своего первого ученика. Среди его клиентов был Йенский университет, для которого мастерская Карла делала и ремонтировала различное научное оборудование и приборы. В 1850 году в ней трудились уже 10 человек, которые



Фабрика Carl Zeiss в г. Йена, 1910 г.



Карл Цейс



Эрнст Аббе



Отто Шотт

едва успевали справляться с заказами.

Со времени выпуска своего первого простого микроскопа Карл Цейс продолжал работать над созданием принципиально нового микроскопа. В 1858 году появился Stand 1, который состоял из двухлинзового объектива, коллективной линзы и двухлинзового окуляра. В нем была применена осветительная система, изобретенная самим Цейсом. Через три года мастерская выпускает уже шесть типов сложных микроскопов.

В 1861 году комбинированные микроскопы Zeiss признаны одними «из самых превосходных приборов, сделанных в Германии», а их создатель был награжден Золотой медалью на Тюрингской промышленной выставке. К этому моменту на фабрике Карла Цейса уже работало около 200 человек, новые станки и оборудование с трудом помещались в цехе, и в 1864 году предприятие уже в третий раз поменяло свое местоположение. Новый адрес фирмы – Йоханнисплатц № 10. Через 2 года компания выпустила 1000-й микроскоп, а предприятие Карла Цейса



Микроскоп Zeiss, 1867 г.

стало хорошо известно в европейских научных кругах за безупречное качество микроскопов.

«Abbe Sine Condition»

...В то время оптическая наука развивалась довольно медленно, исследования часто шли по ошибочным направлениям. Цейс

отдавал себе отчет в том, что совершенствование конструкции и материалов оптических приборов должно основываться, прежде всего, на развитии оптической теории. Карл привлекает к работе Эрнста Аббе, 26-летнего внештатного преподавателя физики и математики Йенского университета. Это был тот самый Аббе, не без участия которого имя Zeiss взлетело на астрономическую высоту в оптическом мире. Многие инженеры, которые впоследствии развивали оптическую науку, учились в Йенском университете, а затем становились сотрудниками компании. Эрнст Аббе, вне всякого сомнения, среди них был самым одаренным человеком, благодаря которому быстро развивались различные оптические теории и появлялись на свет новейшие приборы.

...Аббе рос в нищете, его отец работал по 16 часов сутки, чтобы хоть как-то поддержать семью. Эрнст сам зарабатывал себе на жизнь, получая стипендию в школе, небольшую сумму денег регулярно ему давал отцовский работодатель. Поступив в Йенский университет, Аббе изучал физику и математику. Докторскую степень по

термодинамике он получил в университете Геттинген. В 1863 году Аббе поступил на работу в Йенский университет, где читал лекции по физике. Через 3 года его всерьез заинтересовали исследования в области оптики, и в конце 1866 года Цейс и Аббе организовали партнерство, в котором Аббе стал директором исследовательского отдела Оптического завода Zeiss. Эрнст Аббе заложил основы современной вычислительной оптики. В 1869 году совместная работа Карла Цейса и Эрнста Аббе привела к созданию запатентованного осветительного устройства, которое обеспечивало подсветку изучаемых под микроскопом предметов. На тот момент из всех существующих это была самая совершенная система подсветки.

В 1872 году Аббе формулирует знаменитую «Abbe Sine Condition» («Условие синусов Аббе») – принципы разработки объективов на основе оптической теории и законов физики. Ее решение позволяло убрать искажения, возникающие в системах со многими линзами, – так называемую сферическую аберрацию. Этот дефект обусловлен тем, что лучи, прошедшие через линзу, не собираются в одной точке, а распределяются по оси. Мастерская Цейса получила уникальную технологию, в результате чего был создан сложный микроскоп, не имевший аналогов по качеству. Этот прибор является прародителем всех современных микроскопов.

Компания получила международное признание как предприятие, выпускающее оптические приборы высочайшего качества.

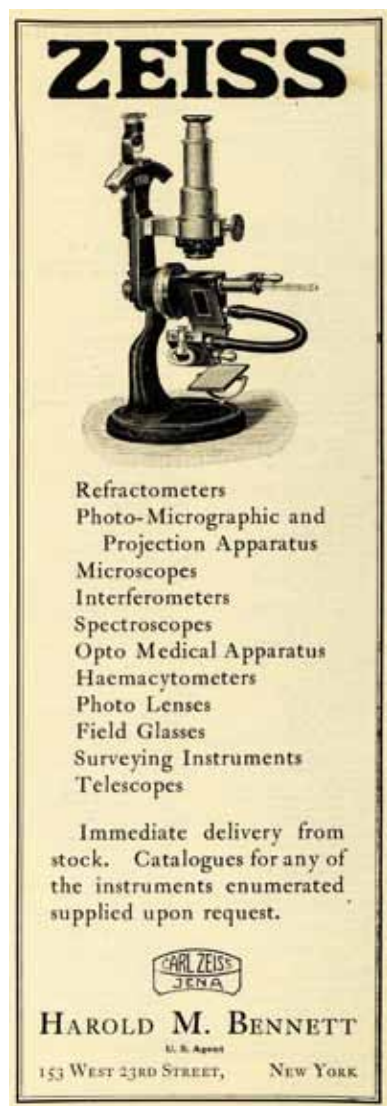
В 1881 году сын Карла Цейса, Родерик, вошел в состав правления компании.

Отто Шотт (1851-1935) рос в семье стекольных дел мастера. Его отец был совладельцем фабрики по производству оконного стекла в Вестфалии. Отто изучал тонкости химических технологий сначала в техническом колледже в Аахене, затем в университетах Вирджбура и Лейпцига. Докторскую диссертацию на тему «Дефекты, возникающие в процессе производства оконного стекла» Шотт защитил в Йенском университете. В конце 1879 года Отто написал письмо Эрнсту Аббе, в котором представил изобретенную им технологию производства стекла, содержащего исландский монокристалл. Позже Шотт отправил Аббе образец новой продукции. Работы молодого инженера привели к тому, что в 1881 году появилось стекло, которое по своим оптическим свойствам, степени прозрачности и монолитности не имело себе равных.

4 января 1881 года произошла встреча Отто Шотта с доктором Аббе, которая вдохновила Шотта на использование научного подхода в выборе сырьевых ингредиентов для включения в состав стекла и в развитии новейших производственных технологий. Результат не заставил себя долго ждать: на рынке появилось более 100 новых типов оптического и промышленного стекла. В 1882 году Шотт переехал в новую лабораторию, созданную специально для него в Йене, а 2 года спустя совместно с Карлом и Родериком Цейсом и Эрнстом Аббе Шотт



Логотип компании, существовавший до конца Второй мировой войны



Газетная реклама продукции Carl Zeiss, США, начало XX века

создал в Майнце фирму, известную под названием «Стекольный завод «Шотт и товарищи» (Schott & Genossen Glaswerke). На заводе производились новые виды оптического и термостойкого стекла. Некоторые виды, например, боросиликатное стекло, известное как BK, до сих пор находят широкое применение во всем мире. В 1886 году на свет появилась первая апохроматическая (безаберрационная) линза. Микроскоп с новым объективом стал настоящим прорывом в оптике.

В компании Цейса в тот момент работало 250 человек, ими был собран уже 10 000-й микроскоп. Высочайшее качество приборов вызывало уважение пользователей во всем мире. Однако настоящего триумфа своего нового детища Карл Цейс не увидел: он умер 3 декабря 1888 года. Ему было 72 года.

Кавалер ордена «Белого Сокола»

Фактическим хозяином фирмы стал Эрнст Аббе, совладелец предприятия. Он был крайне заинтересован в повышении уровня академических исследований, результаты которых могли быть использованы в производстве. При Йенском университете заработали физическая и химическая прикладные лаборатории. Самое серьезное внимание Аббе уделял социальным реформам на предприятии. Главной задачей вновь образованного «Фонда Карла Цейса» стало управление предприятиями, входящими в компанию, а также проведение социальных преобразований.

К 1900 году «социальный пакет» рабочих и служащих фирмы не имел равных. Он включал 8-часовой рабочий день, оплачиваемый отпуск, бесплатное лечение и пенсионное обеспечение. Каждый служащий, от директора до рабочего, кроме заработной платы, получал процент от прибыли компании, пропорциональный окладу. При этом самые высокие оклады не могли превышать более чем в 10 раз среднюю зарплату по предприятию. Прибыль также шла на научные и просветительские цели. Открывались народные библиотеки, школы, приюты для детей. Вместе с тем Аббе был прагматиком: определенная доля прибыли оседала в стабилизационном фонде на «черный день». Подобная забота о служащих была в то время крайне редким явлением. Однако работники компании платили преданностью, к тому же при приеме на работу предпочтение отдавалось более квалифицированным кандидатам.

Заслуги Эрнста Аббе были признаны многими университетами: он стал членом-корреспондентом Академии наук в Берлине и Австрийской Академии наук, почетным членом Саксонской Академии наук (1901). Был награжден прусским орденом «Белого Сокола» 1-й степени. Наконец, именем Аббе назвали кратер на Луне. Аббе так много сделал в области оптики, что его фамилия и теория оптических микроскопов стали синонимами.

В 1897 году первый в мире стереомикроскоп, обеспечивающий полноценное трехмерное изображение, был собран в компании Zeiss. Это стало возможным благодаря совместным исследованиям Аббе и американского биолога Горацио Грино.

К 1900 году в Zeiss трудилось 1070 человек. В 1903 году из-за болезни Аббе отошел от активного руководства компанией. 14 января 1905 года Эрнст Аббе умер, не дожив 9 дней до своего 65-летия. Его пост занял профессор Зигфрид Чапски.

Объектив, переживший века

Компания Carl Zeiss нанимала на работу людей, чьи имена впоследствии становились широко известными среди специалистов в области оптики. Среди них — Альберт Кениг (1871-1946). Он учился на физико-математических факультетах в Йенском и Берлинском университетах. В компанию его пригласил Эрнст Аббе, когда Альберту едва исполнилось 23 года. Очень скоро Кениг стал руководителем конструкторского отдела, который разрабатывал многочисленные оптические системы, включая окуляры, призмы, бинокли, микроскопы, телескопы и объективы для телескопов.

Замечным достижением Кенига в проектировании астрономических телескопов стал «В-Objektiv». Тип В стал первым рефракционным объективом, который обеспечивал настолько высокий уровень цветокоррекции и сферической аберрации, что ему не было равных вплоть до начала Второй мировой войны. Его карьера в Zeiss — одна из самых выдающихся в области оптики. Альберт Кениг отдал компании 52 года своей жизни.

В 1886 году сотрудником компании стал Пауль Рудольф, специалист по тригонометрическим расчетам оптических систем. Аббе поставил перед ним задачу: спроектировать объектив-триплет, в котором крайние линзы были бы простыми, а средняя — склеенная из трех частей. Таким образом предполагалось убрать сферическую и хроматическую аберрации. Для расчета Аббе вывел ряд новых формул, и в конце 80-х годов XIX века такой объектив был создан.



Артиллерийский бинокль Carl Zeiss Jena, конец XIX века

В 1888-1889 годах Рудольф по поручению Аббе занялся расчетом объективов, в которых должен был быть исправлен астигматизм — главный недостаток фотографических объективов того времени. Работа двигалась медленно, но в 1902 году мир увидел четырехлинзовый объектив «Тессар», которому было суждено пережить века. За четкость и качество изображения новый объектив получил название «Орлиный глаз». Производство легенды продолжается до сих пор. За все время было выпущено астрономическое число объективов данного типа — свыше 100 миллионов экземпляров...

...Если верить архивным документам, в 1894 году Zeiss выпустила 205 биноклей двух моделей: 4x11 мм и 6x15 мм. А к началу Первой мировой войны продуктовая линейка компании насчитывала 59 моделей ручных биноклей гражданского и военного назначения. Продажи росли поистине гигантскими темпами: с 30 000 штук в 1900 году до 200 000 штук к 1910 году, а к 1914 году было продано около полумиллиона биноклей.

В 1917 году были выпущены первые бинокли с широкоугольными окулярами. Они имели ширину поля зрения 7,3 м на 100-метровой дистанции и благодаря повышенной светосиле позволяли вести наблюдение в сумерках.

...Все изделия компании имели маркировку «Zeiss» или «Carl Zeiss», выполненную курсивом, но 24 июня 1904 года появилась новая торговая марка компании, представляющая собой надпись «Carl Zeiss», вписанную в контур ахроматического двухлинзового объектива. Автором нового логотипа стал художник Эрик Куитан (1875-1917). Знаменитый логотип использовался до конца Второй мировой войны. После войны логотип оставался корпоративной торговой маркой предприятия Carl Zeiss Jena, расположенного на территории Восточной Германии, до момента объединения с западногерманскими заводами компании Zeiss в 1991 году. Carl Zeiss в Оберкохене, ФРГ, также использовала этот логотип до 1972 года только без слова «Jena».

Вена — Лондон — Санкт-Петербург — Нью-Йорк — Рио-де-Жанейро...

В 1913 году в компанию обратился Германский национальный музей в Мюнхене с предложением участвовать в проектировании и строительстве планетария. Концепция была разработана совместно с доктором Максом Вольфом, директором Гейдельбергской обсерватории. В результате Zeiss построила фактически два планетария: первый представлял собой физическую модель солнечной системы, второй



Рекламный плакат, начало XX века



Ящичная камера Zeiss Ikon, 20-е годы XX века



Легендарный объектив Tessar



Портативный фотоаппарат Zeiss Ikon, 30-е годы XX века

— ночное небо над Мюнхеном. Изображение небесных тел проецировалось с помощью уникального аппарата (проектора), запатентованного в 1922 году. Для широкой публики планетарий был открыт в новом Мюнхенском музее 21 октября 1923 года.

Проектор произвел настоящую сенсацию. Посмотреть его в действии приезжали бесчисленные делегации военного ведомства, компаний, производящих океанское навигационное оборудование и т.д. Крупнейшие города земного шара захотели иметь у себя такие же планетарии. Zeiss разработала оригинальное устройство, позволяющее проецировать звездное небо над любым городом мира. Где бы ни открывался планетарий, он мгновенно становился национальной гордостью.

К началу Первой мировой войны филиалы компании уже работали в Берлине, Франкфурте, Вене, Лондоне и Гамбурге. Один из первых филиалов был открыт в Санкт-Петербурге в 1903 году. В иллюстрированном прейскуранте

фотографических принадлежностей торгового дома «Ф. Иохимъ и Ко.», выпущенном в Санкт-Петербурге в 1908 году (объем справочника — около 700 стр.), приводится описание большого количества объективов фирмы Carl Zeiss, включая объективы для общей фотографии Tessar, Protar и Planar, а также телеобъективы с насадками с фокусным расстоянием до 1500 мм! Это убедительное свидетельство того, сколь высок был уже в те годы, в начале XX века, научный и технический потенциал фирмы.

Первым дистрибьютором продукции Zeiss в США стала нью-йоркская компания Bennett & Co. Его управляющим стал сотрудник Carl Zeiss Jena. В декабре 1925 года Bennett & Co. была преобразована в Carl Zeiss, Inc. с офисом на 5-й Авеню. Позже региональные отделения были открыты в Чикаго и Лос-Анджелесе.

К середине 20-х годов объективы для фотоаппаратов Tessar, Biotar and Sonnar пользовались заслуженным уважением у профессионалов



Проектор звездного неба для планетария производства Carl Zeiss Jena, середина 20-х годов XX века

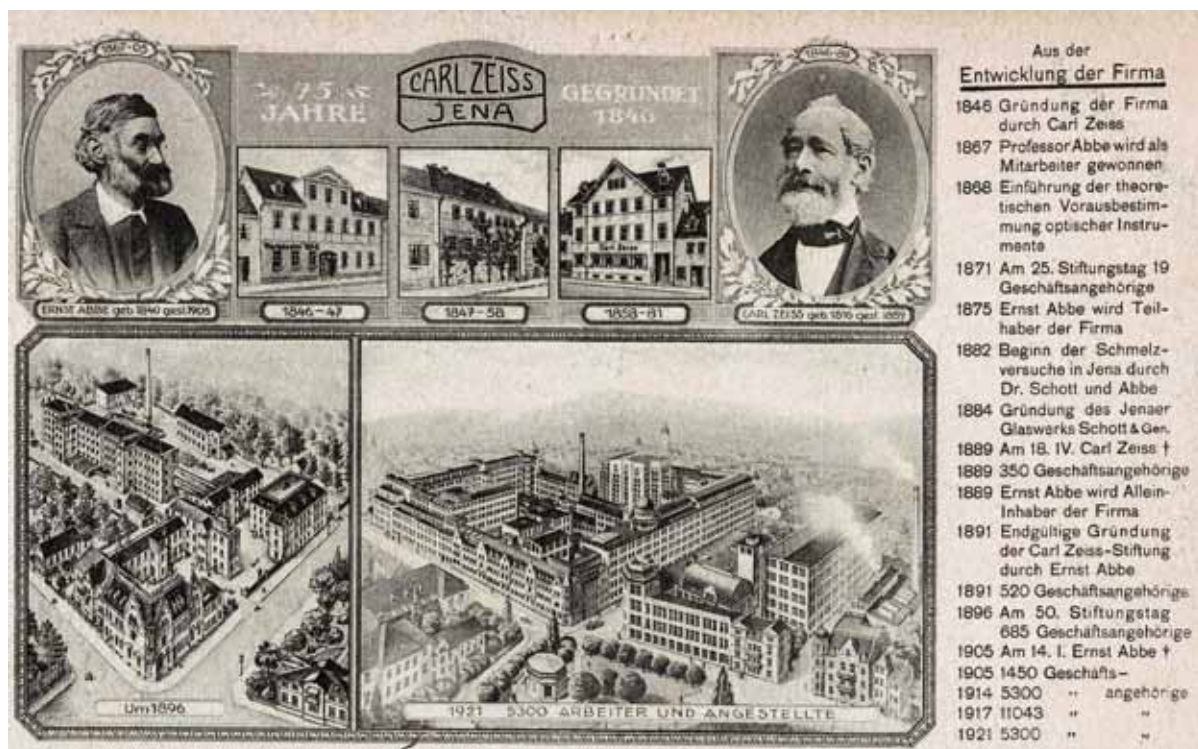
и любителей во всем мире. В 1926 году Carl Zeiss Jena под маркой Zeiss Ikon, AG объединила пять предприятий. В новую группу компаний вошли две дрезденские фирмы – Ernemann AG, Ica AG, одна берлинская – Optische Anstalt C.P. Goerz и одна фирма из Штутгарта – Contessa Nettel AG, производящие фотокамеры и объективы. В том же году расположенная в Дрездене Zeiss Ikon, AG выпустила первые ящичные фотокамеры, а в 1932 году на рынке появились портативные фотоаппараты Carl Zeiss под 35-мм пленку. Как известно, пионером в производстве портативных фотоаппаратов была компания Leica, которая представляла собой более чем серьезного конкурента. Первой 35-мм фотокамерой Carl Zeiss стала дальномерная Contax. Объектив для камеры

разработал молодой инженер Людвиг Бертеле, чье имя также вошло в историю мировой оптики. Производство фотоаппарата было налажено в Дрездене.

В 1936 году появились камеры Contax II и Contax III. Обе камеры имели совмещенный дальномер и видоискатель, а модель III была оснащена встроенным экспонометром. Успех среди профессиональных фотографов и фотожурналистов был обеспечен.

После Второй мировой войны компания Zeiss Ikon была разделена на две части: западногерманскую и восточногерманскую. Производство камер было перемещено в Дрезден (ГДР). Восточно-германская Zeiss Ikon была национализирована, ее активы переданы в компанию VEB Zeiss Ikon. Часть сборки фотоаппаратов Contax осуществлялась на Оптическом заводе Zeiss в Йене. Кроме того, вывезенное в счет репараций в СССР оборудование, оснастка, документация и промышленный завод послужили основой для производства фотоаппаратов «Киев».

Еще во время войны предпринимались попытки создать зеркальный фотоаппарат Contax. После войны появилась SLR-камера Contax S, созданная новым главным конструктором Вильгельмом Винзенбергом практически с нуля. Фотоаппарат имел резьбовое крепление объектива M42, горизонтальный фокальный затвор и видоискатель – пентапризму на уровне глаз. С 1949 года был выпущен целый ряд зеркальных камер, включая модели D, E, F, FB, FM, FB и FBM.



Плакат, посвященный 75-летию образования компании Carl Zeiss Jena, 1921 г.

После раздела Zeiss Ikon восточногерманская VEB Zeiss Ikon утратила права на торговую марку Contax. Фотоаппараты, выпускавшиеся в ФРГ, имели название Contax, а аналогичные камеры производства ГДР – Pentacon.

...К 1937 году филиалы Zeiss были открыты в крупнейших городах Европы и мира: Берлине, Вене, Кельне, Гамбурге, Брюсселе, Нью-Йорке, Лос-Анджелесе, Буэнос-Айресе, Рио-

де-Жанейро, Сан-Паулу и Токио, торговые агентства компании работали в Монреале, Калькутте, Бомбее, Мадрасе, Сингапуре, Мельбурне, Бангкоке, Каире, Хайфе, Йоханнесбурге, Стокгольме, Амстердаме, Париже, Милане, Мадриде, Шанхае.

Список изделий компании включал около 20 типов высококачественных монокулярных, биноклярных и стереомикроскопов, 33 типа объективов от 2X до 120X,

среди них 6 флюоритовых моделей, и около 20 видов окуляров, в том числе окуляры Гюйгенса, ортоскопические и компенсирующие от 3X до 30X. Продукция компании стала символом высочайшего качества немецкой оптики на мировом рынке.

Окончание следует

Материал подготовил
Сергей Тумар

EYEWORLD РОССИЯ

Коррекция астигматизма. Торические ИОЛ или LRI?



Enette Ngoei,
редактор EyeWorld

EyeWorld проводит опрос среди ведущих экспертов по поводу коррекции астигматизма посредством одномоментной фактоэмульсификации и LRI

Если определять возможности коррекции астигматизма посредством хирургии катаракты, то можно говорить о двух основных вариантах: послабляющие лимбальные разрезы (LRI) или имплантация торической ИОЛ.

По мнению медицинского директора Глазной клиники Лаурель д-ра Louis D. «Skip» Nichamin (Бруквилль, США), в настоящее время большинство хирургов предпочитает имплантировать торическую линзу, а LRI стоят на втором месте. «LRI менее предсказуемы и эффективны по сравнению с торическими линзами, поскольку нельзя предугадать, как именно прореагирует ткань на хирургическую травму. Из-за этого даже при правильно выполненных LRI возможна недостаточная коррекция. Кроме того, после выполнения LRI возможна регрессия астигматизма. Наконец, эпителиальные дефекты с большей долей вероятности провоцируют развитие синдрома «сухого глаза» в послеоперационном периоде. Именно торические ИОЛ с их высокой эффективностью и минимальным риском осложнений доминируют при рассмотрении вариантов коррекции астигматизма», – объясняет директор службы патологии Института глаза Цинциннати профессор Ed Holland (Университет Цинциннати, США).

Впрочем, в отличие от большинства офтальмологов, д-р Nichamin предпочитает LRI, а не торические ИОЛ. Выполняя кератотомию с 1980-х гг. и астигматическую кератотомию (или АК2) с начала 1990-х гг., он вполне комфортно ощущает себя и при проведении LRI. По его словам, многие хирурги не доверяют LRI, поскольку думают о возможности регрессии астигматизма и непредсказуемости разрезов, но это вовсе не так. Еще 10-15 лет назад было показано, насколько эффективна эта методика, хотя она непростая в исполнении и весьма специфична. Кроме того, в США выбор торических ИОЛ премиум-класса или для коррекции пресбиопии ограничен единственной моделью, поэтому д-р Nichamin продолжает активно делать LRI, практически полностью устраняя таким образом астигматизм. При наличии остаточной рефракционной ошибки он прибегает к эксимерлазерной хирургии.

Хотя большинство офтальмологов в качестве способа коррекции астигматизма предпочитают торические ИОЛ, а не LRI, нельзя сказать, что техника разрезов полностью вытеснена из практики. Например, LRI могут понадобиться, если пациенту имплантируется мультифокальная линза. При астигматизме высокой степени его величина может превышать оптическую силу торической ИОЛ, и тогда приходится комбинировать имплантацию наиболее близкой по диоптрийности ИОЛ с LRI.

Техника

«Фактоэмульсификация с выполнением LRI представляет собой стандартный отработанный алгоритм. LRI обычно выполняются в начале хирургического вмешательства перед проведением

фактоэмульсификации и имплантации ИОЛ, за исключением тех случаев, когда чисто роговичный разрез накладывается на LRI. В этой ситуации не нужно делать большой LRI, лучше удлинить его уже по завершении операции, чтобы избежать зияния операционной раны. Та методика, которой пользуюсь я, имеет больше особенностей по сравнению с прочими, которые могут показаться упрощенными. Я делаю разметку по лимбу, беру регулируемое алмазное лезвие высокого качества и делаю разрез в зависимости от толщины ткани в данной зоне. Все обследования, касающиеся величины астигматизма, локализации и длины LRI, толщины роговицы, должны быть сделаны со скрупулезной точностью», – рассказывает д-р Nichamin.

По его словам, фактически разрезы располагаются не по лимбу, а по периферии роговицы. Основное, чему он учит, – четкое позиционирование и расположение разреза и тщательные измерения, чтобы разрез был сделан на нужную глубину. Если все сделано правильно, то результат будет прекрасным.

Технике выполнения LRI может обучиться каждый хирург. Один из секретов мастерства проф. Holland заключается в использовании алмазного лезвия 550 мкм. Он также рекомендует получить номограмму, поскольку длина и количество разрезов (1 или 2) зависят от возраста пациента, оси астигматизма и его величины. Существует множество номограмм, которые подскажут хирургу, как поступить в той или иной ситуации.

Осуществляя обследование на aberрометре ORange (WaveTec Vision Systems, Ализон-Вьеджо, США) перед выполнением LRI для коррекции роговичного астигматизма до 2,5 D, адъюнкт-профессор Mark Packer из Института глаза



При выполнении LRI основное внимание необходимо уделять их четкому позиционированию и правильному расположению, тщательным расчетам

Кейси Университета науки и здоровья Орегона (Портленд, США) получает такие же результаты, как и при имплантации торической ИОЛ. Впрочем, он признает, что с помощью LRI полностью устранить астигматизм крайне трудно.

Противопоказания

Для проведения LRI, как и многих других процедур, существуют противопоказания. К ним относятся патология роговицы, затрагивающая ее периферию или лимбальную зону, синдром «сухого глаза»

тяжелого течения (особенно на фоне ревматических заболеваний), радиальная или астигматическая кератотомия в анамнезе. В последнем случае такое хирургическое вмешательство, как LRI, становится крайне опасным, поэтому д-р Nichamin настоятельно советует имплантировать таким больным торические ИОЛ. Проф. Holland не рекомендует LRI пациентам с асимметричным астигматизмом, который характерен, в частности, для скрытого кератоконуса.

EyeWorld Россия, декабрь 2011,
том 4, номер 4

**20-21 апреля 2012 г. в г. Казани состоится
Всероссийская научно-практическая конференция
«Новые технологии в офтальмологии»**

Место проведения: Отель «Ривьера» (г. Казань, пр. Ф. Амирхана, д.1, 2 этаж)

Основные направления работы конференции:

- Фундаментальные вопросы рефракции, аккомодации и аберраций
- Актуальные вопросы рефракционной хирургии
- Аномалии рефракции у детей
- Оптометрия и коррекция аметропий
- Патология передней поверхности глазного яблока
- Аномалии рефракции: социально-психологические аспекты

Регистрация участников конференции по эл. почте до 5 апреля 2012 г.

E-mail: venera1910@mail.ru

Оргкомитет: (843) 2-655-115, 236-00-61

Подробности на сайте: www.rkob.ru



ПЕТЕРБУРГ ПОГРУЖАЕТСЯ В ТЕМНОТУ

В конце октября в Санкт-Петербурге состоялись два примечательных события, связанных с реабилитацией незрячих и слабовидящих людей. В Северной столице открылся ресторан «Дан Ле Нуар?» («В темноте?»), где в полной темноте гостей обслуживают незрячие официанты. Идеей приёма пищи в кромешной тьме заинтересовалась и благотворительная организация «Звёзды Санкт-Петербурга». Правда, в отличие от «стационарного» ресторана трапезы в темноте общественники намерены устраивать только четыре раза в год, одновременно проводя аукционы работ незрячих художников и собирая деньги на благие цели.

Илья Бруштейн

А что мы, собственно говоря, едим?

Петербургский ресторан возник в результате франчайзинга (лицензионного соглашения) с парижским рестораном с одноимённым названием «Dans Le Noir?» («Дан Ле Нуар?»). Именно в Париже в 2004 году Эдуард де Бролье создал первый в мире ресторан в темноте и запатентовал эту идею. С его участием были открыты и успешно работают аналогичные рестораны в Москве и Барселоне, Лондоне и Гамбурге, Нью-Йорке и Монреале.

Эдуард де Бролье и менеджеры парижского ресторана Мари Ле Руж и Флоранс Аулерт провели несколько недель в Санкт-Петербурге, чтобы «поставить на ноги» питерский проект, лично набрать российский персонал и провести его обучение. Эдуард де Бролье и Мари Ле Руж – зрячие, Флоранс Аулерт – слепая. Именно она отвечает за работу незрячих официантов в парижском ресторане.

«Инвалиды по зрению работают в парижском ресторане не только официантами, но и управленцами, – поясняет менеджер питерского ресторана Раиса Гореева. – В питерской команде у наших незрячих сотрудников также есть возможности карьерного роста. Собственно говоря, ради этого и был организован ресторан «Дан Ле Нуар?» («В темноте?»). Мы хотим создать рабочие места для незрячих людей и одновременно подарить зрячим согражданам новые чувства и ощущения».

В чём же состоят эти новые ощущения? В первую очередь – в смене ролей. В темноте зрячие посетители ресторана чувствуют себя слепыми. Причём речь идёт именно о полной и абсолютной темноте. В обычной жизни люди с нормальным зрением обычно не сталкиваются с кромешной тьмой: хотя бы какие-то отблески и еле заметные световые ориентиры можно различить. Здесь же темнота действительно является Темнотой.

В полной темноте «глазами» посетителей являются незрячие официанты. Эдуард де Бролье подчёркивает, что в созданной им ресторанной концепции «незрячих официантов правильнее называть не официантами, а проводырями или проводниками». Слепые сотрудники становятся «сталкерами», экскурсоводами по миру темноты.

Посещение ресторана интересно не только необычным опытом «погружения в темноту». Он примечателен и с кулинарной точки зрения. Во всяком случае, во время ужина автор этих строк вместе с соседями по столу не переставал искать ответа на вопрос: «А что же мы, собственно говоря, едим?» Официантам не разрешено отвечать на этот вопрос. Загадка должна оставаться до окончания трапезы.

Когда ужин завершён и гости покинули помещение «тёмного зала», им показывают фотографии «поглощённых» блюд с точным описанием ингредиентов. Оказывается, на закуску мы съели ветчину с дыней, горячий язык в холодце, сыр бри, королевские креветки



в мятно-йогуртовом маринаде. В качестве основного блюда гостям презентовали лягушачьи лапки с чесноком и розмарином, стейк из говядины с соусом из инжира, картофельный гратен и хрустящую картофельную корзиночку. На десерт подали желе из красного вина со свежими ягодами и сорбет из маракуйи.

«Все блюда, которые у нас подаются, довольно сложные. Они как бы состоят из множества частей, – рассказал в беседе с корреспондентом газеты «Поле зрения» шеф-повар петербургского ресторана, уроженец Венгрии, Жюль Пэсингер. – Мы придерживаемся нескольких принципов. Во-первых, всё должно быть удобно есть руками. Во-вторых, повар старается приготовить исходные продукты так, чтобы в темноте гостю было сложно догадаться, что же он ест. То есть мы специально «усложняем задачу» для наших посетителей, создаём интригу. И самое главное: всё должно быть вкусно. Несмотря на необычную обстановку, а вернее – благодаря ней!».

В ресторане невозможно заказать отдельное блюдо. Это одна из «фишек» заведения. Предлагается только выбор из четырёх сетов, причём «конкретное» наполнение сета держится в секрете до конца ужина: «красный сет» – для знатоков мяса, «синий сет» – для ценителей рыбы и морепродуктов, «зелёный сет» – для вегетарианцев. Существует ещё и «белый сет». Практика показывает, что именно его заказывают чаще всего. «Белый сет» предназначен для любителей удивляться. Он предполагает самые неожиданные сочетания мяса, рыбы, морепродуктов, овощей и фруктов.

Для зрячих людей именно зрение является главным и доминирующим из всех чувств. При этом остальные чувства – вкус, обоняние, осязание, слух – обычно дремлют. В темноте всё меняется. Отсутствие привычного сенсорного набора вызывает бурю доселе неизведанных переживаний и ощущений.

Это касается и общения. В питерском ресторане 60 посадочных мест. Только три столика предназначены для двоих. Практика показывает, что именно они быстрее всего бронируются. Тогда гостям предлагают сесть за большие столы, вместе с другими посетителями: четырёхместный, шестиместный, десятиместный и даже четырнадцатиместный. Такие «совместные трапезы» с незнакомыми



людьми могут показаться необычными и даже странными. Некоторые гости отказываются садиться за «общий стол»... Но опыт показывает, что именно в темноте часто завязываются интереснейшие беседы между людьми, которые ещё несколько минут назад не знали друг друга.

Незрячие люди дорожат рабочим местом!

После окончания ужина мне довелось пообщаться с официантом, который обслуживал наш столик. Леониду Слуцкеру 39 лет. Коренной петербуржец. С детства страдал сильной близорукостью. В 16 лет началась отслойка сетчатки. В 25 лет полностью потерял зрение.

– В 1990 году, сразу же после окончания школы-интерната для слабовидящих детей, я пошёл работать слесарем-сборщиком на Ленинградское учебно-производственное предприятие (УПП) № 3 Всероссийского общества слепых (ВОС). В 2004 году перешёл работать на УПП № 5. В 2009 году ушёл с работы и стал жить на одну пенсию.

Леонид рассказывает, что причиной его ухода с работы стали низкие зарплаты. «Конечно, предприятия ВОС очень нужны для инвалидов по зрению. Но количество работающих там сокращается. В советское время в Ленинграде в структурах ВОС трудилось более пяти тысяч инвалидов по зрению. В настоящее время – менее тысячи. Поэтому очень важно появление каких-то новых идей, новых возможностей для трудоустройства... Я очень рад, что меня взяли на работу в новый ресторан. Незрячие люди дорожат рабочим местом! Возможностей для трудоустройства у нас не много. Тем более что у меня нет специального образования».

Леонид заметил, что ему приятно вновь почувствовать себя «кормильцем семьи». Он женат, отец двух дочек. АLINE 12 лет. Даше 3 года. Жена Оля – тоже инвалид по зрению, домохозяйка. «Честно говоря, за два года сидеть дома мне надоело. Сейчас наступает новая жизнь».

Какие ощущения вынес Леонид из первых дней работы? «Я нужен нашим гостям, находящимся в темноте. Мне кажется, в этом ресторане возникают совершенно особые, очень тёплые и дружественные отношения между посетителями и официантами. Вероятно, этому способствует и тактильный контакт между всеми нами... Я встречаю

гостей в освещённом лобби, они образуют цепочку, кладя друг другу руку на плечо. И я веду их в мир темноты».

Ещё одна официантка ресторана – Татьяна Семёнова. По профессии она – учитель русского языка и литературы, работала в средних школах. В 2006 году из-за поздно обнаруженной опухоли головного мозга потеряла зрение. Преодолевая тяжёлый недуг, Татьяна Петровна открыла в себе новый талант – она стала создавать «вязанные картины». С помощью шерстяных ниток, крючка и спиц возникают сказочные персонажи, дикие животные и растения, литературные герои...

«Это интересный, необычный проект, – рассказывает Т.П. Семёнова. – Гости радуются не только приятному ужину и новым ощущениям, но и возможности после окончания трапезы вновь выйти на свет, вновь стать зрячими (всё познаётся в сравнении!). После посещения нашего ресторана люди начинают по-другому видеть мир, наслаждаться дарованным им зрением и ...лучше понимать тех, кто этого счастья лишён».

Татьяна Петровна считает, что на новой работе ей помогает педагогический опыт: «Здесь нужны люди с коммуникативными способностями, готовые к неожиданностям. Некоторые гости иногда нарушают правила: начинают самостоятельно ходить по залу, мешая незрячим официантам и т.д. Но в нашей команде – люди с крепкими нервами. Мы способны быстро уладить возникшие недоразумения».

В настоящее время в питерском ресторане на постоянной основе работают десять инвалидов первой группы по зрению. Только у одного сотрудника имеется небольшой остаток зрения. Остальные – тотально незрячие люди. В подборе персонала участвовала сотрудник Санкт-Петербургской региональной организации Всероссийского общества слепых Нина Константиновна Балан. Она обратила внимание на открытость ВОС для любых контактов с предпринимателями: «Мы очень рады, когда деловые люди обращаются к нам с предложением о трудоустройстве инвалидов по зрению. Всегда стараемся помочь также чётко и эффективно, как и в случае с рестораном «Дан Ле Нуар?» («В темноте?»).

Почему в названии ресторана присутствует вопросительный знак? В комедии Вильяма Шекспира «Двенадцатая ночь» шут Фесте

утверждает: «Нет темноты, кроме невежества». Эти строки стали официальным лозунгом ресторана. Вопросительный знак в названии – призыв задуматься о темноте и свете, зрении и слепоте.

Ещё один аспект «ресторанной жизни» не может остаться без упоминания: темнота является удивительно искромётно-чувственной, по-особому эротичной. На это обратили внимание практически все посетители. «Дан Ле Нуар?» («В темноте?») – это то место, куда хочется прийти вместе с любимым и единственным человеком, где каждое прикосновение воспринимается по-иному...

Понять, почувствовать, помочь

Открытие необычного петербургского ресторана как бы «затмило» в глазах общественности ещё одно важное событие: благотворительная организация «Звёзды Санкт-Петербурга» провела первый «Ужин в темноте». Такие мероприятия должны стать регулярными. Общественная организация намерена проводить их ежеквартально.

«Мы ни в коей мере не собираемся конкурировать с рестораном «Дан Ле Нуар?», – пояснила президент организации Татьяна Юрьевна Масленникова. – Речь идёт совсем о другом: собраться вместе в полной темноте и обсудить за ужином, чем мы можем помочь нашим незрячим соотечественникам».

Принцип работы своих единомышленников Татьяна Масленникова обозначает триадой: понять, почувствовать, помочь. Она и её коллеги не только говорят, но и действуют. «Звёзды Петербурга» установили контакты с питерским Медицинским колледжем № 2, где незрячие и слабовидящие люди могут получить профессию массажиста. Для учащихся были приобретены диктофоны, удобные белые трости, лупы.

Во время первого ужина президент клуба озвучила конкретную просьбу руководства колледжа: учебное заведение нуждается в новых столах для массажа. Сразу же нашлись спонсоры, готовые взять на себя необходимые расходы.

Ужин завершился. Зажёгся свет. Но гости не расходились. Начался аукцион вязанных картин Татьяны Семёновой. Эта красивая, обаятельная женщина успевает везде и всё: учится в Медицинском колледже № 2, работает официанткой в ресторане «Дан Ле Нуар?», создаёт новые вязанные картины, регулярно плавает в бассейне, читает художественную литературу рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом.

Все пять картин нашли своих покупателей. Аукционы художественных работ незрячих и слабовидящих людей планируется сделать регулярными. А потом, уже при свете, начались танцы. Под музыку незрячего музыканта Ильи Богданова танцевали все, вне зависимости от наличия или отсутствия зрения.

«Рубрика «К незримому солнцу» учит эмпатии, умению поставить себя на место другого, на место инвалидов по зрению. Мне думается, что наши «Ужины в темноте» служат той же цели», – поделилась своими мыслями Татьяна Масленникова. ■



МАРБУРГ – «СТОЛИЦА НЕМЕЦКИХ СЛЕПЫХ»

Илья Бруштейн

Окончание. Начало см. в № 5, 2011 г.

Здесь незрячих не обижают

Учатся в школе и ученики, чей родной язык – русский. Родители Кирилла Чепурнова в 2002 году переехали из Одессы в Дортмунд. Сейчас Кириллу 20 лет. В 2012 году он завершил курс обучения в гимназии. Молодому человеку повезло. В результате лечения и хирургического вмешательства его зрение за последние годы существенно улучшилось. При рождении Кирилл обладал 10% зрения. А сейчас у него уже 30%.

В Одессе Кирилл тоже учился в специализированной школе для слепых и слабовидящих. Заметил ли он различия между системой обучения у себя дома и в Германии? «Я думаю, что в Марбурге поступили совершенно правильно, создав смешанные классы для незрячих и слабовидящих. Во всяком случае, в Одессе обучение проходило раздельно. Над незрячими детьми слабовидящие ребята часто смеялись, зло подшучивали над ними... А здесь слепых учеников никто не обижает. Более того, между одноклассниками возникают приятельские, дружеские отношения».

В отличие от Ларисы, Кирилл считает, что незрячие и слабовидящие ровесники всё-таки немного отличаются друг от друга: «Ребята, у которых полностью отсутствует остаточное зрение, обычно являются более спокойными, тихими, уравновешенными, осторожными. У них нет возможности резко вскочить и куда-то побежать, поэтому они тщательно обдумывают и свои движения, и свои поступки».

Кирилл обратил внимание и на другую особенность: «У незрячих соучеников можно научиться философскому отношению к жизни, стойкости, мужеству. Эти ребята принимают свою судьбу такой, как она есть. И они довольны жизнью. У кого-то из одноклассников всего один процент зрения. А кто-то полностью слепой – и он всё-равно никогда не станет жаловаться».

Но несмотря на эти различия, Кирилл видит в ровесниках гораздо больше общего: «Почти все учащиеся школы, вне зависимости от национального происхождения, наличия или отсутствия остаточного зрения, очень любят спорт. Практически все виды спорта здесь активно развиваются: плавание, лёгкая атлетика, футбол, дзюдо, акробатика, верховая езда, гребля, скалолазание... У школы есть и свой бассейн, и своя конюшня с лошадьми, и специальная стена для скалолазания. Кроме того, здесь очень ценят музыку, театр, литературу, декоративно-прикладное искусство. Всё большую роль в обучении начинают играть компьютерная техника».

Свои среди своих

Кристина Лауфенберг – одна из двадцати незрячих сотрудников в Немецком институте слепых. Она преподаёт в школе им. Карла Штреля немецкий и французский языки, а также проводит индивидуальные и групповые занятия по рельефно-точечному (брайлевскому) шрифту.



К радости незрячих детей на Рыночной площади Марбурга установлен бронзовый макет архитектурного ансамбля

– Я родилась слепой в Штуттгарте, столице земли Баден-Вюртемберг, в 1966 году. В шесть лет пошла в начальную школу для незрячих и слабовидящих детей. А потом меня приняли в самую обычную гимназию по месту жительства, и я училась вместе со зрячими детьми. В 1984 году, когда до окончания гимназии оставался всего один год, мне захотелось почувствовать себя самостоятельной, уехать из родительского дома... Стала ученицей школы имени Карла Штреля, поселилась в жилой группе. Я очень рада, что диплом об окончании гимназии довелось получить уже в Марбурге.

– Вам понравилось в Марбурге?

– Да, очень понравилось. Сразу возникла мысль, что хочу здесь не только учиться, но и впоследствии работать. Я поняла, что в эта школа – моя судьба. Высшее образование тоже получила в Марбурге, в здешнем университете, также как и великий русский учёный Михаил Ломоносов. Кроме того, училась в университете франкоязычной канадской провинции Квебек. В 1995 году меня приняли на работу в школу. Три года была учителем-практикантом. По-немецки это называется словом «Referendariat». В 1998 году стала полноправным учителем. Такая многолетняя практика перед приёмом на постоянную работу обязательна в Германии для всех учителей гимназий.

– Что именно Вас привлекло в Марбурге?

– Я сразу ощутила огромные, принципиальные различия по сравнению с моей прежней школой...

Несмотря на все усилия учителей, одноклассников и надзорных инстанций незрячим детям часто не удаётся почувствовать себя полноправными учащимися обычной школы, влиться в школьный коллектив. Приведу только один пример: в массовых школах детей с особыми потребностями порой даже не допускают к урокам физкультуры, они не могут принять участие в спортивных соревнованиях. Взрослые опасаются за их безопасность и не способны объективно оценить состояние здоровья. Конечно, ситуация постепенно меняется, но она ещё очень далека от идеала.

Кристина Лауфенберг подчёркивает, что в специализированной школе дети могут получить гораздо большую помощь и поддержку, чем в массовых заведениях. Кроме того, они здесь «свои среди своих». Школу по месту жительства обычно посещает всего один-два незрячих ребёнка, которым автоматически присваивается «особый статус». А в специализированной школе они становятся органичной частью детского коллектива.

Моя собеседница уверена в том, что «инклюзивное образование» – при всей его нужности и полезности! – необходимо внедрять осторожно, постепенно и строго на добровольной основе. У незрячих и слабовидящих детей в любом случае должно остаться право на обучение в специальных школах. И этим школам необходима государственная поддержка! Желание некоторых немецких политиков распределить всех детей с особыми

потребностями по обычным школам вызывает у Кристины Лауфенберг и многих других немецких незрячих серьёзные опасения.

Придя работать в Немецкий институт слепых Кристина познакомилась со своим будущим мужем Вильфредом, возглавляющим здешнюю медиотеку. Её супруг – зрячий. У них общее увлечение – гребля на каноэ.

На Вас надо заявить в полицию!

Во время пребывания в Немецком Институте слепых автору этих строк хотелось побольше узнать не только о деятельности этой организации, но и, вообще, о жизни незрячих и слабовидящих людей в Германии. Среди множества встреч врезалась в память беседа с Моникой Хойзлер. Она работает редактором по Брайлю в медиотеке и занимается подготовкой публикаций рельефно-точечным (брайлевским) шрифтом. Эти материалы необходимы и для учащихся школы имени Карла Штреля, и для других подразделений Института.

Также как и Кристина Лауфенберг, моя собеседница – незрячая с рождения. С 1971 по 1978 год она была ученицей школы имени Карла Штреля. Потом три года проработала в специализированной ремесленной мастерской для незрячих (Blindenwerkstatt). Эти мастерские являются немецким аналогом предприятий ВОС. С 1981 по 1986 год изучала историю искусств и тифлопедагогику в Высшей педагогической школе города Гейдельберг, в земле Баден-Вюртемберг.

– В 1986 году, сразу же после окончания Высшей педагогической школы, мне предложили это место работы. Большое везение! Кстати, только 30% немецких незрячих трудоспособного возраста имеют постоянное место работы или собственный бизнес. Остальные – безработные. Большинство из них хотят работать, но не могут найти применение на рынке труда.

– Госпожа Хойзлер, позвольте задать Вам личный вопрос. Отсутствие зрения как-то повлияло на Вашу судьбу, на Вашу жизнь, на Ваше мироощущение?

– Я незрячая с рождения, считаю себя активным, оптимистичным и позитивно мыслящим человеком. Слепота – естественная, нормальная часть моей жизни. И я практически не задумывалась о том, как бы сложилась жизнь, родись я зрячей... Но так мыслят не все слепые люди. Например, у меня есть одна знакомая, тоже незрячая с рождения. Она с ранних лет мечтала изучать медицину и стать врачом.

Совершенно естественно, что этой мечте не суждено было осуществиться. Ну нигде в мире не принимают незрячих людей на медицинские факультеты... Прошло уже несколько десятилетий, она получила другую специальность, вполне нормально устроила свою жизнь. Но и сейчас эта дама регулярно начинает крутить ту же шарманку: вот, мол, родись я зрячей, стала бы врачом и была бы счастлива... Как будто все зрячие и все врачи по определению являются счастливыми людьми?!

Мне кажется, к таким вещам надо относиться проще. Если ты родился незрячим или потерял зрение – значит это твоя жизнь, твоя судьба. Её надо принять такой, какая она есть.

– В детстве Вы когда-нибудь чувствовали себя ущемлённой из-за отсутствия зрения?

– Почти никогда. Я родилась в посёлке Келькхайм, недалеко от города Франкфурта-на-Майне. У меня было счастливое детство и любящие родители. Единственное, что меня по-настоящему огорчало в детстве – это необходимость в шесть лет отправиться учиться в интернат, в город Фридрихсберг. У меня не было возможности пойти в обычную школу. Кстати, сейчас у незрячих детей другая ситуация: по желанию их принимают и обычные, и специализированные школы.

Были ещё некоторые ограничения. Мне так и не удалось освоить двухколёсный велосипед. Но зато я научилась ловко передвигаться на ходулях. Я благодарна своим родителям за то, что они давали мне большую свободу: я могла свободно играть и бегать с другими детьми. Родители даже позволяли мне лазить по деревьям. Однажды соседка заметила, что я залезла на дерево, а мама в это время как ни в чём не бывало занимается своими делами. И тогда она возмущённо ей заявила: «На Вас надо заявить в полицию за то, что Вы совершенно не смотрите за своим слепым ребёнком!»

Существовали некоторые вещи, которые мне удавались лучше своих зрячих ровесников. Например, я с раннего детства безошибочно различала голоса птиц. И сейчас в любом птичьем хоре могу легко назвать всех его участников.

– Как Вы оцениваете жизнь незрячих людей в Германии? С какими проблемами они сталкиваются?

– Мне думается, что в последние годы отношения большинства граждан к инвалидам, в том числе к инвалидам по зрению, стало более вежливым и внимательным. В этом есть и большая заслуга средств массовой информации. Когда газеты, радио и телевидение часто рассказывают о проблемах людей с ограниченными возможностями, то общество начинает меняться.

Социальное обеспечение незрячих людей в Германии можно считать вполне благополучным. Все слепые вне зависимости от уровня личных доходов имеют право на получение ежемесячных денежных выплат, составляющих в различных федеральных землях от 332 до 567 евро. Незрячим в Германии считается человек, зрительная сила которого составляет 2% или меньше. Если остаточное зрение составляет от 5% до 2%, то можно рассчитывать на выплаты от 100 до 150 евро в месяц.

– Кроме этих денег незрячие и слабовидящие люди могут рассчитывать ещё на какую-то помощь?

– Если незрячий или слабовидящий человек не работает, не имеет дополнительных доходов или каких-то накоплений, то, помимо «слепецкой пенсии», он может претендовать на получение социальной помощи. Это около 300 евро в месяц. Кроме того, получателям

социальной помощи при необходимости оплачивается аренда скромного жилья. Незрячим людям, обременённым и другими видами инвалидности (прикованным к инвалидному креслу, слепоглухим и т.д.) предоставляется бесплатная сиделка. Они могут также переехать в специализированные дома инвалидов.

– Это особые дома инвалидов для незрячих?

– Конечно. В Германии существует множество домов инвалидов, рассчитанных на различные группы людей с ограниченными возможностями. Для незрячих подбирают заведение, учитывающее их особые потребности, обладающее соответствующим штатом специалистов и тифлотехническим оборудованием.

– Почему немецким слепым трудно найти работу?

– Вопрос неоднозначный. С одной стороны, государство поощряет частный бизнес создавать рабочие места для инвалидов. Крупные фирмы, не задействующие «особых» сотрудников, платят налог. Существует закон, по которому все инвалиды имеют право на услуги ассистента, если это необходимо для осуществления профессиональной деятельности. Причём услуги ассистента оплачивает государство, а не работодатель. Например, ко мне зрячий ассистент приходит на 3 часа в день. Государство готово платить за услуги помощника до 1100 евро в месяц.

Но с другой стороны, и в обществе, и в бизнесе существует ещё много предрассудков против трудоустройства инвалидов. Часто ставится под сомнение даже не их профессиональная квалификация, а человеческие качества, способность «ужиться» в коллективе, быть достойными коллегами... Но на самом деле инвалидам обычно не нужны какие-то привилегии. Мы ценим свои рабочие места и стараемся оправдать оказанное доверие.

– Всегда ли Вам удаётся понять своих зрячих коллег и знакомых?

– Обычно недоразумений не возникает. Но, признаться, меня раздражает, когда некоторые зрячие люди слишком часто напоминают слепым об их физическом недостатке. Всё-таки это невежливо. Одна моя знакомая постоянно любила говорить: «Ах, если бы ты могла это видеть!», «Как жаль, что ты это не можешь увидеть!»...

Всё было даже слишком хорошо...

Чтобы представление о Немецком Институте слепых и школе имени Карла Штреля было более полным, мне захотелось пообщаться с выпускниками этого учебного заведения. Таде Розенфельду 20 лет. Он учился в гимназии с 2001 по 2010 год. В настоящее время – студент факультета психологии Марбургского университета.

– Я родился и всю жизнь провёл в Марбурге, поэтому не жил в интернате, а приходил на занятия из дома. В раннем детстве у меня было хорошее зрение. Процесс потери зрения занял десять лет, с семи до семнадцати лет. Вот уже три года, как я совсем слепой. Можно сказать, уже привык к этой ситуации.

– Какие впечатления у Вас остались от школы?

– Воспоминания самые тёплые. Гимназия действительно даёт возможность незрячим и слабовидящим подросткам раскрыть свой потенциал, получить необходимую помощь и содействие. Но я бы сказал, всё было даже слишком хорошо...

– Что Вы имеете ввиду?

– Всё-таки обращение с детьми слишком мягкое. Мы здесь, честно говоря, немного все избаловались. Мне кажется, школе нужно обратить большее внимание на обучение практическим жизненным навыкам: убирать квартиру, готовить, стирать, гладить бельё, мыть посуду и т.д. Все эти навыки незрячим и слабовидящим детям и сейчас преподаются. Но «прозы жизни» в школьной программе могло быть и побольше. Тогда будет легче в последующей жизни.

Хотелось бы, чтобы гимназия больше внимания уделяла контактам с обычными школами региона, чтобы было больше общения со зрячими детьми. Учителям и воспитателям также необходимо активнее бороться с так называемыми «блиндизмами», специфическими особенностями поведения незрячих людей. Некоторые учащиеся гимназии, к сожалению, приобретают типичные слепецкие привычки: качать головой, раскачивать туловище, ковырять в глазах...

Наблюдая за «блиндизмами», зрячие люди нередко начинают считать всех слепых умственно отсталыми... А учителя и воспитатели из деликатности не спешат делать замечания своим воспитанникам. Некоторые незрячие подростки, вообще, считают «блиндизмы» проявлением своей индивидуальности, и сознательно не желают с ними расставаться. Но мне кажется, что это неправильно. Мы – тоже часть зрячего мира и должны делать всё от нас зависящее, чтобы зрячие воспринимали нас адекватно.

Клиент станет человеком-невидимкой

В беседе с 26-летней студенткой Марбургского университета Анной Дингес речь зашла профессиональных перспективах незрячих и слабовидящих людей. Также как и Таде Розенфельд, Анна является выпускницей школы имени Карла Штреля. В вузе она выбрала для себя сложную и экзотическую специальность «синология» (китайский язык и культура). У Анны имеется крошечный остаток зрения – всего два процента. По улицам города она передвигается с собакой-поводырьём. Псу разрешается присутствовать и на университетских занятиях.

– Вашего остатка зрения хватает, чтобы разглядеть китайские иероглифы?

– Да, современные вспомогательные технические средства позволяют обеспечивать практически любое увеличение, поэтому слабовидящие люди даже с небольшим остатком зрения вполне могут работать с иероглифами. Кроме того, я читаю китайские тексты по Брайлю.

Но не надо забывать и об устной речи. Восточные языки, в том числе и китайский, невозможно успешно изучать без хорошего слуха и музыкальности. Речь идёт о совершенно другом произношении, чем в европейских языках. И здесь незрячие и слабовидящие люди вполне могут дать фору своим зрячим коллегам. Слух у нас часто развит очень хорошо.

– Анна, Вам скоро предстоит получение университетского диплома. Ожидаете ли Вы от будущих работодателей объективного отношения? Или всё-таки присутствует страх перед неясными профессиональными перспективами?

– Синология – редкая и востребованная профессия. Поэтому, думаю, что меня ожидают неплохие перспективы. Но незрячие и слабовидящие люди при поиске работы, даже временной, часто сталкиваются с различными недоразумениями. Одна моя незрячая знакомая

изучает в университете психологию и хотела пройти практику у детского психолога. Она тоже мечтает стать детским психологом. Но этот деятель отнёсся к просьбе девушки очень иронично и сказал ей: «Как же Вы собираетесь работать с детьми, если даже их не видите?»

Конечно, такие замечания – очень обидны и несправедливы. Незрячие могут успешно работать практически на всех должностях, связанных с общением с людьми, обслуживанием клиентов и т.д. Отсутствие зрения можно рассматривать не только как недостаток, но даже как определённое преимущество. При общении с незрячим сотрудником клиент как бы сам становится невидимым, превращается в человека-невидимку. Он может видеть своего собеседника, а противоположная сторона лишена этой возможности. С психологической точки зрения такая ситуация очень приятна для зрячих людей. Она помогает им расслабиться, раскрыться, чувствовать себя увереннее...

Услуги предоставляются бесплатно

Во время короткого пребывания в Марбурге мне хотелось разобратся в источниках финансирования и статусе Немецкого института слепых и его подразделений. Является ли Институт государственным учреждением? Частным? Региональным? Муниципальным?

Первоначальные предположения оказались неверными. На самом деле учредителем и собственником является общественная организация с одноимённым названием. Т.е. речь идёт об общественном институте. Его можно сравнить со аналогичными образовательными и реабилитационными структурами Всероссийского общества слепых, например, с Центром реабилитации слепых в городе Волоколамске Московской области.

Общественная организация осуществляет финансирование Института слепых и его подразделений, в том числе и школы имени Карла Штреля. Среди наиболее известных членов организации – бывший президент Германии Хорст Кёллер. Его дочь Ульрика – незрячая с рождения. Поэтому проблемы инвалидов по зрению немецкий политик знает не понаслышке.

Кроме того, дотации на осуществление конкретных программ поступают из федерального и регионального бюджетов. Важную роль играет поддержка земли Гессен, на территории которой расположен Институт. Для учащихся школы и реабилитантов все услуги: обучение, проживание, питание, дополнительные занятия (в том числе индивидуальные), организация отдыха и т.д. предоставляются бесплатно.

Правда, это положение касается только граждан и постоянных жителей Германии. Если в школе захочет учиться иностранец, то родителям придётся заплатить от 60 000 до 70 000 евро в год. Кроме того, ко времени поступления в школу ребёнок уже должен хорошо овладеть немецким языком.

А есть ли у Вас детский дом?

Существует ли при гимназии имени Карла Штреля детский дом (Kinderheim) для детей, оставшихся без попечения родителей? Есть ли в Германии, вообще, детские дома для слепых и слабовидящих детей?

Этот вопрос поставил моих собеседников в недоумение. Оказывается в Германии слово «детский дом» считается обидным. И употреблять его не принято... Дети, оставшиеся без попечения родителей, в стране есть, хотя эта проблема не столь актуальна, как в России. Также



Читать пальцами также интересно, как и глазами!

как и у нас, лишение родительских прав непутёвых пап и мам (алкоголиков, наркоманов, хронических драчунов и т.д.) происходит по решению суда. Ходатайства обычно представляют местные отделы по делам детей и молодёжи.

Если для несовершеннолетних не могут найти ответственных приёмных родителей, то детям предлагают поселиться в специальных жилых группах, где воспитатели, работающие посменно, стараются создать для них семейную, приближённую к домашней атмосферу. Такая группа создана и в школе имени Карла Штреля. Она называется «группа круглогодичного пребывания» (Ganzjahresgruppe). От других групп она отличается тем, что дети не покидают её на выходные дни или каникулы.

«В группе круглогодичного пребывания у нас сейчас живёт пятеро подростков, – рассказал Руди Ульрих. – Мне кажется, что журналистам не нужно писать об этой «проблемной группе» по одной веской причине: дети имеют право на сохранение анонимности. Они и так обделены судьбой. Было бы очень горько и несправедливо, если после выхода публикации одноклассники станут выяснять, у кого есть свой дом, а кто является сиротой...»

Так похоже на Россию

В каждой стране существуют свои национальные отличия. Конечно, можно рассуждать о том, что Германия во многом обогнала Россию в сфере социального обеспечения, в том числе и реабилитации инвалидов по зрению... На эту тему в последнее время появлялось немало публикаций в российских средствах массовой информации.

И всё-таки наиболее сильное впечатление, которое у меня осталось после посещения Марбурга: как же всё-таки похоже на Россию! В средневековом немецком городе чувствуется та же родная «слепецкая атмосфера», что и в Санкт-Петербурге или Москве, в других наших городах.

Также как и в России, большинство сотрудников марбургского Института – энтузиасты своего дела. Многие приходят сюда работать совсем молодыми и остаются на двадцать-тридцать-сорок лет. У нас на предприятиях и в организациях Всероссийского общества слепых, в реабилитационных центрах для инвалидов можно наблюдать такую же картину! И в России, и в Германии люди работают, не считаясь со своим личным временем, не думая о какой-то личной выгоде.

И в России, и в Германии очень много полезных, добрых дел совершается на общественных началах. Например, по всей Германии работают сотни общественных учителей рельефно-точечного шрифта, которые вместе со штатными сотрудниками помогают недавно ослепшим людям овладеть премудростями брайлевской системы. Спортивные достижения инвалидов по зрению тоже были бы немыслимы без общественных тренеров и помощников-волонтеров.

Можно привести множество примеров, когда сотрудники Института слепых, помимо добросовестного и тщательного выполнения своих прямых обязанностей, берут на себя значительную общественную нагрузку. Например, сотрудник отдела по связям с общественностью Манфред Дюнзинг в свободное время тренирует футбольную команду незрячих игроков.

В немецком языке существует популярная среди незрячих притча «Ich bin blind, na und?» (Я слепой, ну и что?). В этом коротком, но ёмком высказывании отразилось отношение к жизни немецких инвалидов по зрению: мужество, нестигаемость перед обстоятельствами, оптимизм, чувство юмора. В Марбурге чувствуешь себя как дома, среди друзей, среди своих. Хочется надеяться, что первая встреча с этим замечательным городом не окажется последней. ■

Фотографии: Бруно Аксхаузен

Registered Nurse, или Записки американской медсестры



Елена Филатова

«Наших в городе много?»

Остап Бендер

Для начала позвольте рассказать вам анекдот в тему.

Умирает Папа Римский. Кругом стоят кардиналы, ловят каждое слово. Вдруг слышат:

– Есть у меня заветное желание... Хочу перед смертью встретиться с Фантомасом...

Натурально, поднялась суета, все забегали... наконец, нашли Фантомаса. Папа всем велел выйти и говорит:

– Фантомас, сними маску!

Тот, естественно, ни в какую, а Папа настаивает: всё равно, говорит, я в буквальном смысле на ладан дышу, никому не успею рассказать, кто ты такой. Фантомас в конце концов плюнул и стянул с себя маску:

– На, смотри!

Папа пригляделся, откинулся на подушки и шепчет:

– Эх, Петька, как нас жизнь-то разбросала, а?

Давно меня занимает мысль о том, какими извилинами или прямыми путями попадают наши соотечественники в Америку, как и где устраиваются, кем работают, где учат детей, что готовят и – как когда-то говорили старушки у подъезда – «в чём ходят». Что удивляться – сама такая. Надо сказать, что «наших» в моём уютном уголке Калифорнии на удивление много; чаще всего они отлично замаскированы и выдают себя только тем, когда в магазине выхватывают из сумки трезвонящий мобильный и «алёкают». Ну и акцент, конечно – его, как говорится, не купишь и не пропьёшь.

В моей больнице бывший Советский Союз тоже представлен весьма достойно, причём по обе стороны баррикад: и пациенты попадают довольно часто, и медработники. Смотришь иногда на внутреннем сайте больницы: тут Ирина мелькнёт, там Николай... И пришло мне в голову (на свою же голову), что интересно было бы поспрашивать народ, каким путём они пришли не столько в Америку, сколько в американскую медицину. Была у меня изначально сверхзадача – начать с врачей и спуститься вниз по административной лестнице, но ничего из этого не вышло. Русских врачей у нас в больнице всего два: один занимается в основном русскими больными и не делает секрета из своей национальной принадлежности. А второй накрепко законспирирован,

Дорогие читатели, сегодня я хочу вам предложить новое литературное блюдо из меню, для меня совсем незнакомого – интервью. Если я что-то переперчила, недосолила или не прожарила как следует, не взыщите: как выражается один из моих респондентов, о котором вы прочитаете ниже, учиться искусству интервью мне пришлось прямо «на полигоне». И, как всегда, жду ваших замечаний и вопросов по адресу comradelua@yahoo.com.



имя и фамилия у него совершенно не «наши», акцент, если и есть, то какой-то невнятный, и я признала в нём своего, только случайно увидев в его послужном списке Карагандинский мединститут.

Короче, врачи мне на интервью не дали, да я и не настаивала – люди они занятые и нервные. Зато я подробно и с удовольствием расспросила своих старых и новых знакомых, и вот результат.



Татьяна, или «Непокобелая женщина»

На первый взгляд Татьяна похожа на обычную состоятельную американскую даму средних лет: элегантная худощавая блондинка, причёска волосок к волоску, свежий маникюр, в ушах и на пальцах – неслабые бриллианты, скромный, но явно дорогой костюм. Приехала на мерседесе – он, под стать хозяйке, тоже не совсем новый, но очень ухоженный. Правда, это впечатление скучноватой и стандартной солидности мгновенно исчезает, как только она заодно приветствует меня цитатой из приключений Глеба Жеглова и Володи Шарапова: «Ну что, посидим, покалякаем о делах наших скорбных?». Сразу становится ясно, что она «наш человек».

«Калякаем» мы в кафе на пешеходной улице в центре Сан-Хозе, этаким Старом Арбате Силиконовой долины. Сидим, наслаждаемся нежарким осенним солнышком и пьём кофе, причём я мучаю свою единственную чашку, а она работает над третьей. На второй чашке мы переходим на «ты».

– Татьяна, прости за прямоту, как ты оказалась в Америке?

– Ой, да как все – невестой. Помнишь начало девяностых?

– Как не помнить... как говорила тогда моя подруга: «Настало время, когда цвет, размер и фасон значения не имеют», а наша уборщица – украинка тётя Наташа – зловеще вещала: «Хапайтэ шчо е – шче гирше будэ!».

– Правильно, зарплату задерживали, отца отправили на пенсию, которую тоже не платили, алиментов я не видела, потому что бывший муж тоже врач, и ему тоже не платили зарплату. А сыну пятнадцать лет, и угроза армии не то что маячит на горизонте, а уже в дверь ломится. Пошла сдалась в брачное агентство, и повезло – встретила очень хорошего человека, живём душа в душу уже пятнадцать лет. Как я говорю, уже над второй собакой работаем.

– Очень за тебя рада, а то ведь всякое случается. Где ты работаешь в России?

– Анестезиологом в областной детской больнице. Наладила там плазмозерез, готовила службу гемодиализа. Тяжело, но нравилось. Всё время чему-то училась, крутилась, какие-то курсы повышения квалификации.

– И приехала в Америку...

– Да уж... Привезла с собой кожаное пальто, воротник из черной бурки, а также диплом и печать, и

ничего из этих сокровищ мне не пригодилось (смеётся). Даже не знаю, на что я рассчитывала. Муж очень хотел, чтобы я выучилась на врача, но языка у меня не было никакого. А ведь училась в английской спецшколе, стыдно вспомнить. Я даже удивляюсь, что Кен (так зовут Татьянинаго мужа – прим. авт.) на мне женился: ведь приходил с работы – а дома немтырь сидит! Если бы был язык, то пошла бы учиться, денег и терпения хватило бы.

– И чем ты занималась, пока муж работал?

– Мыла, стирала, гладила и готовила, естественно. Ремонт в доме сделала, какой-никакой цветник посадила. Но через год такой жизни я совершенно очумела. Одно хорошо: всё время смотрела телевизор и худо-бедно заговорила на вражеском языке. Пошла учиться на санитарку, чтобы хоть каким-то боком прислуживаться к медицине.

– Тяжело было учиться?

– Страшно вспомнить! Смотрю в книгу – вижу фигу, и так четыре месяца. Всё-таки выучилась и получила лицензию, но уже в процессе учёбы стало ясно, что к медицине это не имеет никакого отношения. Там главное – не уронить больно-го. Скучно.

И пошла я работать продавцом в «Мэйсиз» (большой универсальный магазин из разряда «приличных» – прим. авт.), там как раз всех подряд брали к новогодним праздникам. Даже не продавцом сначала, а так, не пойми кем: покупатели кофточки примерят, разбросают, а я должна была всё прибирать и аккуратно складывать. Как дома, в общем, только за деньги!

Проработала четыре года и доработалась до начальника отдела. Разговорным английским более-менее овладела, и опять стало скучно. Тогда банки нанимали всех подряд,

потому что все, как сумасшедшие, покупали недвижимость, я и подавала заявление в большой банк поближе к дому. Взяли меня клерком временно на три месяца для обработки документов для займов, потом предложили постоянную работу, и проработала я там восемь лет. Начальник был замечательный, всё время меня посылал на курсы, продвигал, и, в конце концов, я дотянула до андеррайтера и стала получать хорошую зарплату.

– Это же очень серьёзная должность! Ты должна собой гордиться. Гордишься?

– Ну, горжусь, а что толку? Грянул кризис, экономика стала экономной, и банк закрылся. Правда, мне назначили пособие по безработице в размере оклада сроком на год – гуманно, да? И выяснилось, что если переучиться на профессию, которая пользуется спросом, то это самое пособие будут платить два года. Поэтому я срочно стала опять искать, на кого бы выучиться. Искала такую специальность, чтобы не надо было сдавать английский, потому что сочинения мне не написать. Нашла частный университет, который даёт специальность ультразвукового технолога. Муж проверил – они везде требуются, так что я снова на старости лет стала студенткой.

– Таня, ну ты просто птица Феникс! И не побоялась начать сначала в который уже раз?

(Смеётся) – Мы, русские бабы, на самом деле совершенно непотопляемые. Главное – поставить цель, а если на пути к цели лежит груда навоза – значит, будем разгребать навоз, и пожаловаться на судьбу нам просто в голову не придёт.

– И как тебе училось?

– Ну что такое американский колледж? Это когда русский профессор учит китайского студента на английском языке. Иногда такую тарбарщину услышишь... Хорошо, что я анатомию и физиологию знаю, а остальным студентам приходилось трудно. Но у меня к старости руки стали крюки, а ультразвуковисту как раз нужна ловкость рук.

Училась три года, плотно. В конце ещё надо было сдавать два государственных экзамена – по ультразвуковой физике и на лицензию. Работу нашла очень быстро, в клинике недалеко от дома и буквально через две недели после выпуска, только успела с мужем съездить в Россию отца проведать, и впряглась.

– С точки зрения русского врача, «что такое хорошо и что такое плохо» в американском здравоохранении?

– В Америке всё организовано так, чтобы сократить время, когда задействован врач, потому что врачи здесь очень дорогие. Поэтому вся предварительная работа делается технологом, то есть мною. На каждый орган есть протоколы: я должна сделать определённое количество снимков в определённой же последовательности, а врач потом смотрит и ставит диагноз. Никаких отклонений влево или вправо, делаем только то, что заказано. С одной стороны, это экономит время, а с другой – придумано довольно глупо, потому что исследование получается ограниченным.

У нас в России ультразвук делает врач, и надо ему – посмотрит всё, что хочет, и никто над ним не стоит с секундомером. Я сначала всё пыталась расширить поле исследования, но у меня жёсткая норма по времени, да и больные в очереди сидят, возмущаются. И ещё мне приходилось всё время себя одёргивать и воздерживаться от диагноза. Я поначалу всё рвалась помочь радиологу, подсказать, но мне нежно, но твёрдо дали понять, что это лишнее. Теперь сканирую себе и помалкиваю. Платят отлично: от 45 до 55 долларов в час.

– Спасибо большое, Таня. В заключение традиционный вопрос: что тебе нравится в США и что не нравится?

– В Америке чем не жизнь? Солнышко светит, снег не идёт, детей в армию не забирают. Собака гуляет по чистой улице, даже лапы можно не мыть. Всё мне здесь нравится, в общем.

Но в самом начале у меня был настоящий шок от осознания, что я здесь никто, и никого мои прошлые заслуги не интересуют. В общем, в России я была Татьяна Николаевна и доктор, а в Америке стала просто Таня. Но ничего, и Таней здесь жить очень даже неплохо.



Арсений, или «Авантюра не удалась»

С Арсением я познакомилась совершенно случайно, во время круиза по Аляске. На ловца, как говорится, и зверь бежит. Поговорив с ним буквально минуту, я, как в своё время архивариус Коробейников из «Двенадцати стульев», пришла к выводу, что он – «прыткий молодой человек». От интервью он отказался, но дал разрешение на то, чтобы я рассказала его историю своими словами. История, на мой взгляд, того заслуживает, так что слушайте.

Арсению всего 24 года. Он из семьи врачей, и в прошлом году сам закончил Первый Мед в Москве. В Америку приехал в гости к тётке ещё будучи студентом, предусмотрительно взяв в институте академический отпуск на год. Осмотрелся, и всё ему понравилось. Английский у него изначально был вполне на уровне – учился в спецшколе, и этого хватило, да и вообще молодёжь хватает всё на лету. Тёткин американский муж – бывает же такое – взял его под крылышко и стал меценатствовать. Купил парню машину, компьютер, снял квартиру и стал искать пути оставить его в США. Быстро выяснилось, что это можно сделать только через брак.

И что бы вы думали? Эти предприимчивые люди через знакомых друзей знакомых нашли левое брачное агентство, где Арсению подобрали подходящую по возрасту невесту и быстренько женили молодца. Для эмиграционной службы создали легенду, достойную Штирлица, сделали все необходимые фотографии для приобщения к делу и подали документы на временную грин-карту. Невесту, естественно, взяли на содержание, отсылали ей ежемесячное пособие куда-то в Айову или в Индиану: её присутствие требовалось только на интервью.

Получив временную грин-карту, наш герой вернулся в Россию, закончил институт и снова приехал в Америку, где стал готовиться к сдаче трёхэтапного квалификационного экзамена USMLE (United States Medical Licensing Examination). Пошёл на специализированные курсы – они готовят к экзамену, причём натаскивают здорово, но деньги только успевай отстёгивать. Работал в магазине электронных товаров и подрабатывал официантом на свадьбах и прочих торжествах.

Выяснилось, что для того, чтобы стать врачом в Америке, нужно пройти буквально все круги Дантова ада.

Для начала требуется сдать первый этап USMLE, куда входят 350 вопросов из области теоретической медицины, включая анатомию, патологическую анатомию, физиологию, психологию, микробиологию, фармакологию и ещё много чего. С первого раза его успешно сдают около 65-70% соискателей.

Затем вы должны сдать второй этап по клинической медицине, включая терапию, педиатрию, геронтологию, хирургию и психиатрию. Здесь уже 400 вопросов, и с первого раза сдают 80%.

Теперь приходит очередь экзамена CSA (Certified Senior Advisor), где тестируются навыки общения с больным, техника осмотра и диагностики, а также «медицинский английский».

И, наконец, вы должны сдать TOEFL с результатом 550-600 очков (нормы почти каждый год меняют).

В самом лучшем случае всё это занимает год-полтора, после чего надо найти резидентуру по интересующей вас специальности и пройти ее. На это уходит от трёх (педиатры, терапевты, семейные врачи) до восьми лет (нейрохирурги). Проще всего найти резидентуру по терапии, педиатрии, анестезиологии и семейной медицине. Сложнее всего получить место в области ЛОР, офтальмологии и хирургии всех видов. Резиденты вкалывают по восемьдесят часов в неделю и раз в году могут рассчитывать на двухнедельный отпуск. В среднем по стране зарплата резидента составляет 30 тысяч долларов – короче, каторга.

Арсений экзамен с первого раза провалил, хотя готовился на совесть. Говорит, что было очень трудно: впечатление такое, что тебя спрашивают, какой сегодня день недели, а ответы даются типа январь, февраль, март.

Не обескураженный неудачей, он снова пошёл на курсы и уже записался на повторный экзамен. Тем временем подошло время интервью в эмиграционной службе для получения постоянной грин-карты. «Супруге» выслали деньги на билет, которые она исправно взяла, но почему-то не приехала. Томимый нехорошим предчувствием, наш герой побрёл на интервью в одиночестве. И там его, по его собственному выражению, «взяли за задницу»: оказывается, брачное агентство уже давно арестовали и теперь потихоньку отлавливают всех клиентов. Работник эмиграционной службы неожиданно попался хороший – говорит, я бы вас с радостью оставил, нам такие эмигранты очень нужны, но ничего не могу поделать. Уезжайте домой, пока вам не пришла повестка в суд. Кошмар!

Арсений перед окончательным отъездом на родину отправился в круиз – так сказать, лебедина песня. Теперь ему закрыт доступ на весь американский континент: и в Канаду не просочиться. Жаль парня, конечно, но зато теперь в Москве появится молодой врач, прекрасно говорящий по-английски.



Светлана, или «Лягушка-путешественница»

Несколько раз замечала: почему-то, как правило, все Гали – блондинки, а Светы – тёмненькие. И наша Света не исключение. Правда, называет она себя почему-то Эллен – говорит, что её русское имя никто не может правильно произнести. Она относится к особой породе медсестёр-«путешественников». Их так и называют по-английски: traveler nurses. Насколько я знаю, в России такого эквивалента нет, поэтому я в момент краткого загибания в отделении припёрла Свету, то бишь Эллен, к стенке и допросила её с пристастием.

– Ну давай. Как, когда, зачем и почему?

(Смеётся) – Жила до 15 лет на Украине, потом с родителями и младшими сёстрами уехали в Америку по рангу беженцев по религиозным соображениям. Поселились в Огайо, там погода, как дома: тепло, сыро, холодно. Закончила школу, английский уже был как родной, и пошла в университет учиться на медсестру. Поработала в больнице пару лет, как-то всё надоело. Сёстры повыходили замуж, родили детей, а у меня как-то ничего не складывается в семейном плане. Что делать? Решила стать «лягушкой-путешественницей». А что мне терять? Хочется мир посмотреть.

– Здорово, конечно. Что тебе больше всего в такой жизни нравится?

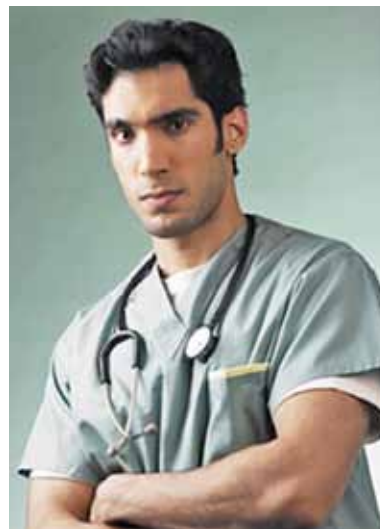
– Очень много плюсов: едешь, куда хочешь и знаешь, что если не понравится, то это не навсегда. Я жила на Гавайях, на Аляске, в Колорадо, Луизиане, Флориде, Калифорнии, Вермонте, Северной Каролине, Монтане и Вайоминге. В общем, как турист, но ещё и деньги платят. Контракт заключается обычно на три или шесть месяцев. Если хочешь – можешь ещё продлить, но обычно уже овладевает «охота к перемене мест», и едешь куда-нибудь ещё. Квартира с мебелью оплачивается агентством. Если что-то не нравится – агентство подберёт другое жильё. Все бенефиты, кроме оплачиваемого больничного. Болееешь за свой счёт.

– А минусы есть?

– Самый главный минус это ощущение временности, и при этом у тебя нет почти ничего своего. Хорошо, что есть родительский дом, куда время от времени можно приехать и отдохнуть. Все мои вещи должны умещаться в пару чемоданов. Проблема с друзьями, вернее с их отсутствием. Можно, конечно, стараться брать новые контракты вместе с подругами, но не всегда получается. Зато в выходные не сидишь дома у телевизора, а активно шаришь по окрестностям. Спасибо Интернету: в любом городе всегда найдётся что-то интересное. Я часто успеваю побывать в тех местах, куда местные жители всё собираются, но никак не попадут.

Если какое-то место очень понравится, можно «соскочить с поезда» и стать штатным работником.

Но пока ничего не взяло за душу. Это работа для молодых и бездетных или для активных пенсионеров. Правда, есть женатые пары без детей, которые путешествуют вместе.



Феликс, или «Я из Одессы, здарсьте!»

С Феликсом мы работаем в одном отделении. Он очень опытный медбрат, спокойный, надёжный. Глаза у него, как зелёные оливки, в окружении совершенно несправедливо доставшихся мужику длинных и густых чёрных ресниц. Роста он небольшого, но очень складный, мускулистый, ну прямо по Твардовскому: «ладно скроен, крепко шит». Застыренная хирургическая пижама, часто выглядящая на других по-сиротски, сидит на нём, как на модели от Ральфа Лорена. От интервью он долго отговаривается, стесняется, но потом всё-таки сдаётся, взяв с меня условие, что не буду писать про него «ничего такого». Про его уникальные глаза я ему и в глаза, pardon за каламбур, говорила, так что считай, что условие я выполнила.

– Ну что, начнём с самого начала? Где родился и почему там не пригодился?

– Родился в Одессе в довольно типичной для русского юга семье. Какой только крови у нас не было намешано: евреи, поляки, немцы, турки, русские и украинцы. В 1990 году семья из соображений самосохранения повернулась к миру еврейской стороной, и я уехал вместе с родителями в Израиль. Едва успел окончить медучилище с дипломом фельдшера. План у меня был такой – если заберут в армию, пойти туда фельдшером, отслужить и поступить в медицинский на льготных условиях. И, правда, в армию я попал, но только уже в израильскую.

– И как в Израиле, понравилось?

– После Украины в Израиле мне понравилось абсолютно всё. Люди весёлые, приветливые, улыбаются, никто не хамит. Языкового шока как-то не случилось, потому что кругом было полно русских, и въезжал я в иврит постепенно. Полтора года не работал, только учил язык, потом ещё три месяца ходил на курсы переподготовки, и в конце концов начал работать медбратом в кардиохирургии.

– А как же армия?

В израильской армии можно быть, как говорится, не отходя от кассы: прошёл курс молодого бойца и отправился работать в свою же больницу, но даром. Ну, почти даром. Для сравнения: обычный медбрат получает в месяц 4-5 тысяч шекелей, а мобилизованный – 360 шекелей. И так два года. Потом, правда, разрешили одну смену в неделю работать для себя, чтобы не помер с голоду (смеётся). И проработал я там пятнадцать лет: в терапии, а потом в кардиореанимации. Русских у меня в отделении было семь человек, так что не скучал. Вообще, здорово было.

– И зачем тебя понесло в Америку от такой хорошей жизни?

– Понимаешь, в Израиле все хотят как-то улучшить свою жизнь, всё время суетятся, ищут, где лучше. И многие отождествляют это самое «лучше» с Америкой. Вот я возьми и выиграй грин-карту. Пять лет ездил туда-сюда всей семьёй – я уже женился, и старшая дочка родилась – отмечался в США, как они требует, и обратно домой, в Израиль. В конце концов эмиграционные службы мне сказали, что грин-карта – это не проездной билет и давайте-ка решайте, где вы всё-таки хотите жить. Так что пришлось решать. Переехали во Флориду, потом в Калифорнию. И там и там тепло и яблоки (смеётся).

– И ты сразу пошёл работать медбратом? А язык?

– Сначала работал санитаром. Выяснилось, что с советским фельдшерским дипломом – одна головная боль. Медбратом работать нельзя, потому что американцы смотрят на диплом, а не на опыт работы. Украинские учебные часы с американскими никак не совпадают. Сюрприз получился. Не хватало мне часов по педиатрии, психиатрии и акушерству. Поехал на Украину досдавать, потом вернулся и сдал NCLEX. С английским, конечно, были проблемы. Выучился только хорошо читать и отвечать на вопросы, а большего для квалификационного экзамена и не нужно. А разговорный язык учил уже прямо на полигоне.

Начал работать в кардиореанимации. Очень было трудно: русских нет, от усилий объясняться на английском голова пухла, и я всё время на иврит сбивался. Если бы я раньше знал, как будет тяжело, ни за что не ввязался в эту авантюру. В общем, поставил цель и добился её на свою голову. Правда, жена и дети обожают Калифорнию.

– А что тебе самому нравится и не нравится в Америке?

– В Америке нравится то, что она предоставляет неограниченные возможности для хорошей жизни. В Израиле нужно больше напрягаться, все постоянно нервничают, что не хватает денег, нужно больше работать. В Америке можно работать на одной работе не убиваясь, и жить вполне достойно.

На Украине жить было просто невозможно, в Израиле – нужно было постоянно крутиться, а в Америке можно на зарплату медбрата спокойно иметь большой дом, несколько машин на семью, бесплатно учить детей в хороших школах, да ещё ездить отдыхать всей семьёй на Гавайи или в Мексику.

Правда, есть один большой минус – скучно. Тихий город, с соседями не общаемся, даже не знаем, кто они и как зовут. Тошно. Если бы я был холостой и без детей, то пошёл бы в traveler nurse. Можно было бы ещё получить международную сертификацию и ехать работать в Англию, Австралию, Южную Африку. Но это уже в другой реинкарнации. ■



Surgix
ophthalmic surgical products

«Начну неоригинально: с итогов года.
2011-й был одним из самых непростых в моей профессиональной жизни, и в то же время чрезвычайно интересным.
Непросто – это, прежде всего, решение развивать собственный бизнес после 14 лет работы в крупной международной компании. Далее разработка стратегии и тактики компании на уже насыщенном продукцией рынке.
Затем последовательная работа с известными производителями, не представленными ранее в России.
А просто и чрезвычайно интересно – это общение со специалистами, настоящими профессионалами.
Новый год открывает новые горизонты. Будем двигаться дальше, вместе развивать индустрию и технологии.
И все получится. А друг другу пожелаем много здоровья. И еще немного удачи. В воплощении всех идей, планов и начинаний. С Наступающим Новым Годом! Ура!»

Марк Мышалов



Генералов
офтальмологическое оборудование

Год прошел успешно. Одно из запоминающихся событий – визит в Германию в город Хершинг на встречу с немецкими партнерами. Компания HEINE представила новинки, такие как биноклярные лупы и осветители с большим увеличением и ярким и четким изображением с мощным светодиодным освещением.
В дальнейшем это перспективное развитие для офтальмологии в целом!

*Пусть год дракона принесет удачу,
Доходов рост большой в придачу,
Проектов всех осуществление,
Пользных связей укрепление!
Пусть все исполнятся желания!
Успехов, Счастья, Процветания!*



2012

С Н О В Ы М
Г О Д О М !

Коллектив компании МД Вижен поздравляет коллег с Новым годом!
Желаем здоровья, профессиональных и личных успехов,
хорошего настроения!



group of companies

*Дорогие офтальмологи,
С Новым годом!
Нам по пути!*

2012

*Дорогие партнеры и друзья!
Поздравляем Вас с Новым годом и Рождеством!
Пусть наступающий год оправдает Ваши самые добрые надежды,
приумножит Ваши достижения, принесет Вам
благополучие, счастье и удачу!*



Мы всегда рады сотрудничать с Вами!

TRADOMED INVEST



Уходящий год для нашей компании был насыщенным, интересным и успешным. Мы расширили дистрибьюторский список, подписав соглашения с фирмами OD-OS, Dual Laser, i-Optics, и с фирмой VSY Biotechnology – производителем интраокулярных линз. В этом году мы вывели на рынок суперсовременные и высокотехнологичные автоматизированные лазерные системы «NAVILAS» и «VALON». Сохранив и преумножив партнерские отношения с нашими постоянными клиентами, мы приобрели много новых. Для нас этот год особо знаменателен тем, что мы отметили юбилей нашего дорогого и любимого директора – Сутягина Сергея Андреевича!



ИЗДАТЕЛЬСТВО

2011 год для нашего издательства был успешным и плодотворным. Мы с надеждой смотрим в будущее. Дорогие друзья! Будьте мудрыми, будьте смелыми, ничего не бойтесь....Совсем ничего не бойтесь. Летайте, пойте, танцуйте, ищите свою любовь, дарите цветы. Обнимайтесь, целуйтесь. И не важно, сколько вам лет. Помогите другим. Отдавайте больше. Помните, что вы сами создаете свою жизнь. И сами делаете ее черно-белой... или цветной. Улыбайтесь миру, и мир обязательно улыбнется вам. Чаще смотрите в небо. И вы обязательно увидите там что-то удивительное. Даже, если идет снег. Особенно, когда идет снег. И в Новом году у вас все будет хорошо. С Новым 2012 годом!

Генеральный директор
ООО «Издательство «Апрель»
Лариса Тумар

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

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».