ОБЩЕСТВО ОФТАЛЬМОЛОГОВ РОССИИ • ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ И ОПТОМЕТРИСТОВ

МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ

№ 1 (63)
МАРТ 2023

РОССИЙСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ ОНЛАЙН - WWW.EYEPRESS.RU

ГЕНЕРАЛЬНЫМ ДИРЕКТОРОМ МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» НАЗНАЧЕН ДМИТРИЙ ГЕННАДЬЕВИЧ АРСЮТОВ

13 февраля 2023 г. приказом Минздрава России №28пк от 09.02.2023 г. на должность генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России назначен **Дмитрий Геннадьевич Арсютов**.

Нового руководителя коллективу Комплекса представил лично министр здравоохранения России **Михаил Альбертович Мурашко**. Он отметил, что Дмитрий Геннадьевич прошел «все этапы медицинской школы, медицинского пути», обладает всеми необходимыми компетенциями, чтобы возглавить Комплекс, и «является человеком, который в силу своего опыта и в то же время молодости способен привнести новые знания и начинания».

Министр здравоохранения подчеркнул, что МНТК «Микрохирургия глаза» сейчас – это высокотехнологичный центр, который является разработчиком многих новых прогрессивных методов и технологий лечения. Но, по словам Михаила Альбертовича, нельзя останавливаться на достигнутом, необходимо продолжать развиваться.

«МНТК является лидером в стране в своей отрасли, поэтому принципиально важно, чтобы дух лидерства и инноваций продолжал жить в коллективе. Мне очень хотелось бы, чтобы в сложной конкурентной ситуации сегодня Центр нашел новые ниши, новые направления в рамках оказания медицинской помощи на уровне мировых стандартов. Необходимо продолжать удерживать позиции лидера в науке, производстве и в медицинской помощи. Тем более что эти достоинства и возможности уже заложены «в генах» МНТК «Микрохирургия глаза» ее основателем – академиком Святославом Николаевичем Федоровым. Главное, не упустить вектор инновационного развития. Это большой шанс для прорыва в медицине», – подытожил Михаил Альбертович.

Дмитрий Геннадьевич Арсютов поблагодарил министра за «огромный кредит доверия» и заверил, что приложит максимум усилий для совершенствования института. *«Необходимо, чтобы величайший, не побоюсь этого слова, Комплекс с мировым именем не только находился на самом высоком уровне в стране и в мире, но и продолжал свое неуклонное, прогрессивное развитие... Это работа для большой команды единомышленников, вдохновленных еще начинаниями и стараниями академика Святослава Николаевича Федорова. Это особая команда людей, которая с первых дней в Центре, принимая, впитывая в себя его дух, всегда стремилась к лучшему, к самому совершенному. Постараемся этот дух сохранить, усилить и привнести современные тренды и инновации. Именно совместными усилиями наше движение вперед будет обязательно сохранено»,* – отметил Дмитрий Геннадьевич.

31 МАРТА –1 АПРЕЛЯ 2023, КАЗАНЬ retina-congress.ru
Конгресс-центр Korston

20-я ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ»

В ЭТОМ НОМЕРЕ:

➡ 2

➡ 4

➡ 6

➡ 7

➡ 11

➡ 12

➡ 14

➡ 16

➡ 22

➡ 22

РКОБ
➡ 24

➡ 27

Уважаемые читатели!

Редакция газеты «МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ» благодарит вас за внимание к нашему изданию.

Напоминаем вам, что вы можете не только читать наши материалы, но и стать их автором.

Мы всегда открыты для творческого общения и сотрудничества с вами.

Присылайте, пожалуйста, ваши материалы на адрес электронной почты редакции: *publish_mntk@mail.ru*

ПОДАРОК ПАЦИЕНТАМ

В центре Екатеринбурга открылась современная офтальмологическая консультативно-диагностическая поликлиника с приоритетом приема больных с глаукомой. Ежедневно здесь принимают более 200 пациентов, проводят до 30 лазерных операций и лечебных курсов.

Консультативно-диагностическая поликлиника является новым подразделением Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза». Прием здесь ведут десять врачей-офтальмологов (в перспективе их станет шестнадцать). Все они подготовлены в Екатеринбургском центре.

В новую поликлинику перевели отделение диагностики и лечения глаукомы, которое работает в Екатеринбурге уже более 15 лет. Созданное Екатеринбургским центром МНТК «Микрохирургия глаза» с целью раннего выявления заболевания и диспансеризации пациентов, сегодня оно является единственным в регионе специализированным глаукомным центром, на учете в котором состоят более 25 тыс. пациентов из Екатеринбурга.

«Наша главная задача – снизить инвалидность вследствие глаукомы. Большая часть пациентов поликлиники будет обследоваться по программе государственных гарантий. Это особенно важно для глаукомных больных, ведь им необходима исключительная доступность, иначе они могут ослепнуть. В этой поликлинике мы будем применять новые подходы, например, каждому пациенту через мессенджеры будут приходить напоминания о дате обследования и режиме приема. Как раз сейчас мы разрабатываем специальную программу по информированию», – сказал на торжественном открытии поликлиники генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Свердловской области, Заслуженный врач России **Олег Шиловских**.

Пациенту с диагнозом глаукома требуется безотлагательная постановка на диспансерный учет, пожизненное регулярное наблюдение у врача-офтальмолога и строгое соблюдение всех его рекомендаций. В новой поликлинике реализуются все эти правила. Здесь будет создана единая городская база пациентов, стоящих на диспансерном учете по глаукоме, продолжит работу «Школа глаукомного больного». Уже функционирует кабинет доврачебной тонометрии, где бесплатно и без записи любой желающий может проверить свое внутриглазное давление. При необходимости хирургического вмешательства (ежегодно в Центре выполняются более 4000 операций по глаукоме) пациента направят на основную базу, на ул. Бардина, 4а, и затем он вернется под наблюдение в поликлинику.

Глазная поликлиника разместилась в центре Екатеринбурга на трех этажах общей площадью 1500 м^2. «Атомстройкомплекс», давний партнер Екатеринбургского центра, построил здание за счет собственных средств и передал его на 25 лет клинике в аренду. Проектирование и оснащение медицинским оборудованием осуществил Центр «Микрохирургия глаза». Торжественное открытие поликлиники состоялось осенью прошлого года. В нем принимали участие первые лица Свердловской области.

«Я хочу поблагодарить руководство центра «Микрохирургия глаза» за реализацию очень важных идей. Благодаря работе центра, благодаря расширению возможностей обследований, профилактики в значительной степени усиливается борьба с последствиями заболевания, снижаются риски инвалидности по глаукоме у людей. Самое главное, выгоду от создания центра получают наши земляки, жители Свердловской области, и гости нашего региона», – сказал на церемонии открытия губернатор Свердловской области **Евгений Куйвашев**.

В ФОКУСЕ – КАЧЕСТВО

I НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ 360

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
МАРКЕТИНГ
ЦИФРОВИЗАЦИЯ
ПРАВО

21 АПРЕЛЯ 2023
МОСКВА | ЦЕНТР СОБЫТИЙ РБК

ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ

- Актуальные регламенты. Клинические рекомендации и стандарты в здравоохранении
- Эффективное управление в новых условиях, лучшие практики и ценностное ориентирование в здравоохранении
- Организационные вопросы офтальмологической деятельности государственных и частных учреждений
- Качество управления в здравоохранении
- Цифровизация здравоохранения: тренды и перспективы
- Медицина и право в XXI веке
- Эффективный медицинский маркетинг

«Программа конференции – это наиболее удачный, на мой взгляд, симбиоз науки, права и маркетинга. Мероприятие призвано познакомить с новейшими разработками в области офтальмологии, в том числе с применением цифровых технологий. Участники получат новые знания в отношении деятельности частных и государственных клиник, продвижения медицинских услуг в условиях действующего правового поля, проверенные инструменты маркетинга и стратегии управления лечебными учреждениями».

МАЛЮГИН БОРИС ЭДУАРДОВИЧ
Председатель Общества офтальмологов России, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ

РАБОТА С УЧАСТНИКАМИ:
ТИМОШКИНА ТАТЬЯНА
+7 (925) 202-90-52 | INFO@OOR.RU

WWW.360.OOR.RU

Единственная в мире

уникальная платформа, которая совмещает три вида исследований, проводимых одновременно, в одном приборе

GALILEI G6
ziemer

- Оптический томограф переднего отдела глаза высокого разрешения на основе двух-канальной шаймпфлюг-камеры
- Топограф с кольцами Пласидо
- Оптический биометр (оптический А-скан)

Данное решение позволяет существенно экономить время, средства и используемое пространство.

Революционные возможности прибора выводят диагностику переднего отдела глаза на новый уровень.
Прибор позволяет получать следующие высокоточные результаты:

- Кератометрия
- Пахиметрия центральной и периферической зон
- Топография передней и задней поверхностей роговицы
- Аберрометрия структур переднего отдела глаза
- Измерение размера зрачка и диаметра роговицы (WTW)
- Оптическая томография и 2D-денситометрия структур переднего отдела глаза
- Измерение параметров передней камеры, цифровая гониометрия
- Оптическая биометрия: ПЗО, толщина хрусталика
- Высокоточный расчет ИОЛ, в т.ч. у пациентов после рефракционных вмешательств

FEMTOMED
+7 (499) 653 77 67
+7 (915) 352 66 88
office@femtomed.ru
www.femtomed.ru

ООО «ФЕМТОМЕД»
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

ziemer OPHTHALMOLOGY

117335, Россия, Москва, ул. Вавилова, дом 69/75, этаж 9, офис 906

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НОВОЙ МОНОФОКАЛЬНОЙ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ РАСШИРЕННОГО ДИАПАЗОНА ЗРЕНИЯ НА СРЕДНЕМ РАССТОЯНИИ У ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ

Auffarth, Gerd U. MD, FEBO[1]; Gerl, Matthias MD[2]; Tsai, Linda[3]; Janakiraman, Priya OD[3]; Jackson, Beth PhD[3]; Alarcon, Aixa PhD[4]; Dick, H. Burkhard MD, PhD, группа квантовых исследований FEBOS-CR5. Journal of Cataract & Refractive Surgery: 3 сентября 2020 г. — Публикация до выхода в печать — Выпуск — doi: 10.1097/j.jcrs.0000000000000399

ЦЕЛИ

ИОЛ **TECNIS Eyhance®** (модель ICB00) сравнивали со стандартной монофокальной ИОЛ (монофокальная ИОЛ **TECNIS®**, модель ZCB00) для оценки эффективности и безопасности двух монофокальных интраокулярных линз

ДИЗАЙН

Многоцентровое исследование, проведенное в Европе.

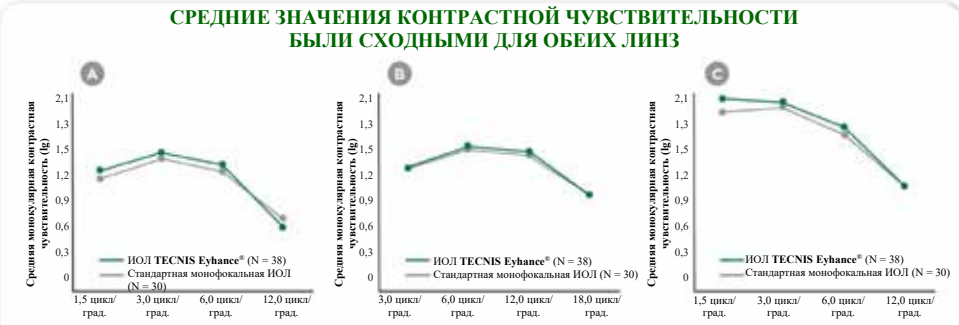
Проспективное рандомизированное сравнительное маскированное для оценивающего эксперта контролируемое исследование билатеральной имплантации.

Конечные точки для одного глаза через 6 месяцев:

- корригированная для дали острота зрения на среднем расстоянии (КдОЗс),
- фотопическая корригированная острота зрения вдаль (КОЗд),
- некорригированная острота зрения на среднем расстоянии (НКОЗс).
- острота бинокулярного зрения, монокулярная контрастная чувствительность при коррекции вдаль (на первом глазе), результаты, сообщаемые пациентами, и безопасность оценивались через 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ИОЛ **TECNIS Eyhance®** обеспечивает значимое улучшение зрения на среднем расстоянии при сохранении остроты зрения вдаль на уровне стандартной монофокальной ИОЛ.



Средняя, максимальная корригированная контрастная чувствительность при зрении вдаль в мезопических условиях с бликами (A), фотопических условиях освещения с бликами (B) и мезопических условиях без бликов (C) только для первого глаза через 6 месяцев

ВЫВОДЫ

Модель ИОЛ **TECNIS Eyhance®** ICB00 по сравнению со стандартной монофокальной ИОЛ обеспечивала:

- улучшенное зрение на среднем расстоянии;
- аналогичное зрение вдаль;
- аналогичный профиль световых явлений;
- аналогичные значения контрастной чувствительности;
- улучшение функциональных показателей в повседневной жизни.

РАНЕЕ ИЗВЕСТНЫЕ ДАННЫЕ

Восстановление зрения на среднем расстоянии является важным результатом для многих людей, перенесших хирургическое лечение катаракты, учитывая, что это необходимо для выполнения обычных повседневных задач, таких как ходьба по лестнице, а также использование компьютеров или электронных устройств.

Стандартные монофокальные ИОЛ эффективно восстанавливают зрение вдаль, но не обеспечивают функционального зрения на другие расстояния.

НОВЫЕ ДАННЫЕ, ПРИВОДИМЫЕ В ЭТОЙ СТАТЬЕ

ИОЛ **TECNIS Eyhance®**, модель ICB00, была безопасной и эффективной альтернативой стандартным монофокальным ИОЛ у пациентов, которым было выполнено хирургическое лечение катаракты, и первой монофокальной ИОЛ, которая обеспечила улучшение зрения на среднем расстоянии с показателями зрения вдаль и световыми явлениями, сопоставимыми со стандартной монофокальной ИОЛ.

ИСТОЧНИКИ: 1. Auffarth GU, et al. Clinical evaluation of a new monofocal intraocular lens with enhanced intermediate function in cataract patients. J Cataract Refract Surg 2020;e-pub. REF2020CT4281.

Информация для медицинских специалистов. Полный список показаний и важная информация по технике безопасности указаны в инструкции по применению.

©Johnson & Johnson Surgical Vision, Inc. 2023 | PP2023CT4109

Регистрационное удостоверение № РЗН 2023/19336 от 13.01.2023

ДВА КАПИТАНА!

Юбилейный XX ежегодный Конгресс Российского глаукомного общества (РГО) с международным участием в 2022 г. прошел под названием «Два капитана», что является литературной аллюзией, и это стало данью глубочайшего уважения главным корифеям современной российской глаукоматологии – профессорам Евгению Алексеевичу Егорову (президенту РГО) и Валерию Петровичу Еричеву (вице-президенту РГО). Врачи, ученые, лучшие эксперты отрасли со всех уголков нашей страны – от Калининграда до Владивостока, а также из зарубежных государств – Белоруссии, Казахстана, Кыргызстана, Узбекистана и Таджикистана – собрались для того, чтобы обменяться опытом и изучить новые методы борьбы с древним врагом человечества – глаукомой, «крадущей» зрение у населения, одной из главных причин, приводящих к слепоте.

С каждым годом статус мероприятия становится все более значимым: так, в прошлом году его поддержали депутаты Госдумы, председатель Совета Федерации Валентина Ивановна Матвиенко, кроме того, что стало сюрпризом для абсолютного большинства присутствующих, приветственное письмо в адрес организаторов направил Президент РФ Владимир Владимирович Путин.

Как пояснил в начале начальник Центрального военного клинического госпиталя им. П.В. Мандрыка Минобороны России генерал-майор медицинской службы **Павел Крайнюков**, до масштаба конгресса мероприятие выросло из проведенной в 2003 г. для военных госпиталей и поликлиник научной конференции, в которой тогда приняли участие всего 113 врачей и ученых. В 2022 г. на конгрессе очно присутствовали более 600 человек, а еще 2,5 тыс. подключились к нему в режиме онлайн.

В приветственном обращении к участникам форума председатель комитета Госдумы по охране здоровья **Дмитрий Хубезов** подчеркнул, что сохранение зрения – важнейшая задача отечественного здравоохранения, и очень значимо то, что РГО ведет обширную просветительскую работу, знакомя большое количество врачей с последними достижениями в диагностике и лечении различных офтальмопатологий.

Председатель Совета Федерации **Валентина Матвиенко** передала участникам конгресса самые теплые пожелания и благодарность за возвращение зрения пациентам. Приветственное письмо от Президента России Владимира Путина зачитал присутствующим один из его бессменных лидеров начальник офтальмологического центра Центрального военного клинического госпиталя им. П.В. Мандрыка Минобороны России, профессор кафедры офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России **Александр Куроедов**. В письме президент назвал конгресс «авторитетной площадкой для профессионального общения, обмена опытом и лучшими практиками» и выделил существенную роль РГО в профилактике и лечении такого тяжелого и опасного заболевания, как глаукома.

Глаукома – одна из самых тяжелых патологий в офтальмологии, которая к тому же дает наибольшее количество случаев инвалидности по зрению. Диагноз «глаукома» поставлен не менее чем 1,2 млн россиян, и еще примерно столько же о нем не знают. Глава РГО заведующий кафедрой офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России **Евгений Егоров** рассказал о том, что врачи-офтальмологи не устают бороться с этим «тихим вором зрения», хотя полная победа над ним пока не наступила. Однако энтузиасты делают все для того, чтобы ее приблизить: только за 2022 г. РГО провело семь исследований в области изучения проблем глаукомы, касающихся консервативной терапии и хирургических подходов в лечении заболевания, а также особенностей ее диагностики и мониторинга. И работа продолжится в 2023 г. «Наше общество ведет кропотливую работу, чтобы донести до врачей информацию о последних новостях в области лечения глаукомы», – отметил профессор Егоров.

Председатель Общества офтальмологов России член-корреспондент РАН **Борис Малюгин** назвал глаукому древней проблемой, актуальность которой не утрачена и в наши дни: «С каждым годом появляются новые методики лечения и подходы. Я как хирург вижу трансформацию лечения глаукомы, которое постепенно смещается в область хирургии, и это внушает оптимизм. Да, пока заболевание неизлечимое, но это не значит, что мы не можем его лечить. Уверен, что в недалеком будущем мы победим глаукому».

Сенатор Совета Федерации **Владимир Круглый** назвал конгресс просветительским: «Его проводит уникальное Глаукомное общество, которое уже 20 лет говорит всей стране, всем гражданам, всем врачам и чиновникам, что глаукома – это опасно, это страшно, и ей нужно уделять постоянное внимание. Усилиями РГО в стране появляются самые современные клинические рекомендации, самые передовые научные исследования, посвященные глаукоме, моментально переводятся, публикуются и доводятся до широкого круга врачей!»

Устроители мероприятия подходят к его организации творчески: каждый год снимают тематический ролик, посвященный борьбе с глаукомой. В этот раз его сделали по мотивам книги «Два капитана». В нем говорится о том, что мальчишки, мечтавшие в детстве стать капитанами дальнего плавания, сегодня стали профессорами, которые ищут сокровища, делают открытия и каждый день спасают зрение своих пациентов, двигая вперед науку и человечество. Они готовы «бороться и искать, находить и не согласны сдаваться» перед главным врагом зрения – глаукомой. И именно в этих ассоциативных образах коллеги узнали легендарных профессоров...

На протяжении двух дней докладчики делились опытом внедрения новых методик, которые помогают в этой борьбе. Например, профессор **Наталья Курышева** посвятила выступление профилактике прогрессирования болезни как основе ведения пациента с глаукомой. По ее словам, за последние годы благодаря серьезным прорывам в диагностике и лечении число пациентов с потерями зрения сократилось приблизительно до 13,5% (в 1980-х годах таких было 25,8%). В поле внимания глаукомологов сейчас – пациенты с быстрым прогрессированием заболевания (их примерно 15%). Критерием эффективной терапии глаукомы профессор Курышева предлагает считать не уровень внутриглазного давления, а скорость прогрессирования заболевания, которая регистрируется различными исследованиями и тестами: таким больным требуется проведение более агрессивного лечения.

Офтальмохирург профессор **Владимир Николаенко** поделился опытом хирургического лечения пациентов с глаукомой Санкт-Петербургского ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2». Такое лечение сегодня считается «тяжелой артиллерией», и применяется оно в основном тогда, когда консервативная и лазерная терапия уже перестали приносить лечебный эффект. Причем, по словам профессора Николаенко, успех операции определяется не мастерством хирурга, а назначенной до этого момента сохраняющей глазную поверхность терапией. Анализ случаев 500 пациентов показал: чем раньше с начала консервативного лечения проводится снижающая глазное давление операция, тем выше шансы на благоприятный исход хирургического вмешательства. Этот вывод подтверждается и зарубежной хирургической практикой: в странах, где подобные операции делают через 7 лет с начала терапии, далеко зашедшие стадии глаукомы регистрируют у 60% пациентов, а в странах, где вмешательство предпринимают через 3 года, – у 38% больных.

Профессор **Александр Куроедов** рассказал о новых методах малоинвазивной хирургии глаукомы, которые могут стать «платиновым стандартом» лечения данного заболевания. Некоторые из этих видов операций были разработаны еще в XX веке, однако в настоящее время их активно модернизируют и видят в их применении большое будущее.

Традиционно на конгрессе была вручена уже 13-я по счету почетная серебряная медаль «Академик А.П. Нестеров» РГО. Награды удостоен профессор М.М. Бикбов, директор Уфимского НИИ глазных болезней ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, за цикл популяционных исследований по офтальмологическим проблемам в Российской Федерации путем изучения распространенности причин возникновения и определения методов диагностики и лечения глазных заболеваний.

Всего в рамках конгресса участниками заслушано почти 70 практически ориентированных выступлений, но это лишь малая толика того, что глаукоматологи хотели сообщить профессиональной общественности. Это значит, что уже на следующем ежегодном конгрессе пройдут новые незабываемые полезные встречи!

По материалам Екатерины ПИЧУГИНОЙ, «Московский комсомолец», оригинал статьи опубликован в ежедневном выпуске газеты 23 декабря 2022 г.

ВСТРЕЧА ПРОФЕССИОНАЛОВ

23 декабря 2022 г. в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза» прошла юбилейная XXX Научно-практическая конференция офтальмологов (НПКО). По велению времени участвовать в ней можно было как очно, так и в формате онлайн. Лично конференцию посетили почти 400 офтальмологов Уральского региона, онлайн-трансляцию наблюдали более 1000 специалистов по всей России.

Традиционно первая часть конференции была представлена семинаром «Современные технологии офтальмохирургии», в рамках которого ведущие специалисты Центра выполнили показательные операции. Трансляция шла одновременно из трех операционных залов: главного оперблока, новой операционной хирургии слезных путей и окулопластики, операционного блока Центра рефракционно-лазерной хирургии (ЦРЛХ). В семинаре приняли участие 11 ведущих офтальмохирургов Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» (ЕЦ МНТК «МГ»).

Зав. хирургическим отделением ЦРЛХ, к.м.н. **Олег Александрович Костин** представил операцию SMILE (СМАЙЛ), корректирующую аномалии рефракции, такие как миопия и астигматизм. Фемтосекундным лазером Visumax (Carl Zeiss Meditec, Германия) формируется роговичный лентикул, который затем удаляется через микродоступ 2 мм, за счет чего происходит изменение рефракции. Принципиальное отличие от операций предыдущих поколений – это минимальная инвазивность хирургии, наименьшее влияние на биомеханические свойства роговицы и более быстрая реабилитация пациента. Стоит напомнить, что еще в 2018 г. ЕЦ МНТК «МГ» был отмечен компанией Carl Zeiss Meditec как первая клиника в Европе, выполнившая 10 000 операций по технологии SMILE (СМАЙЛ). На сегодняшний день на счету Центра 22 тыс. подобных операций.

Руководитель Центра рефракционно-лазерной хирургии **Борис Владимирович Лаптев** выполнил имплантацию интрастромальных роговичных сегментов (ИРС) с использованием фемтосекундного лазера. ИРС применяются для коррекции роговичного астигматизма: при высоких степенях астигматизма, при неправильном, нерегулярном астигматизме, при кератоэктазиях различного происхождения, в том числе при кератоконусе. Особенностью представленной операции являлось то, что для формирования роговичного тоннеля применялся фемтосекундный лазер LenSx (Alcon, США), широко используемый в фемтоассистированной хирургии катаракты.

Офтальмохирурги к.м.н. **Владимир Николаевич Никитин** и **Андрей Викторович Ободов** продемонстрировали фемтоассистированную хирургию катаракты с использованием фемтосекундного лазера LenSx (Alcon, США). Фемтосекундный лазер позволяет автоматизировать основные наиболее ответственные этапы хирургии катаракты, такие как формирование роговичных разрезов, выполнение передней капсулотомии, фрагментация ядра. Также имеется возможность корректировать роговичный астигматизм с помощью аркуатных послабляющих разрезов. В ходе данной операции была имплантирована ИОЛ AcrySof® IQ Vivity, которая представляет новую модель ИОЛ, разработанную компанией Alcon (США). AcrySof® IQ Vivity – это первая в своем роде недифракционная ИОЛ с увеличенной глубиной фокуса с запатентованной компанией Alcon технологией X-WAVE™. Данная ИОЛ относится к поколению линз EDoF (от англ. Enhanced Depth of Focus) с увеличенным диапазоном фокуса. Данный тип ИОЛ построен на надежной и проверенной платформе Alcon AcrySof IQ. В этих линзах нет четкого разделения на оптические зоны, как в мультифокальных ИОЛ. Оптика одинаково работает на всех расстояниях без выраженных потерь световой энергии. Это достигается за счет двух элементов, расположенных на поверхности линзы, один из которых растягивает, а другой сдвигает пучок лучей, поступающий в глаз, таким образом достигается непрерывный увеличенный диапазон фокуса. Данная линза менее чувствительна к исходному роговичному астигматизму, децентрации ИОЛ и билатеральной имплантации. ИОЛ IQ Vivity возможно имплантировать тем пациентам, которым по каким-либо причинам противопоказана мультифокальная интраокулярная коррекция. Также стоит отметить, что по сравнению с мультифокальными ИОЛ IQ Vivity обеспечивает более качественное зрение вдаль и на среднем расстоянии, при этом отсутствуют нежелательные оптические феномены.

Зав. I хирургическим отделением, офтальмохирург **Максим Евгеньевич Никулин** продемонстрировал защищенную патентом РФ оригинальную технику подшивания дислоцированного комплекса «ИОЛ-капсульный мешок» к радужке с фланцевым соединением нити. Отличительной особенностью предложенной техники является соединение нити путем сплавления ее свободных концов с использованием монополярного коагулятора без формирования узла, что упрощает операцию и сокращает ее продолжительность.

Зам. генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» по лечебной работе **Алексей Николаевич Ульянов** выполнил автоматизированную заднюю послойную кератопластику (DSAEK) ультратонким лоскутом с использованием материала для восстановления роговицы у пациента с первичной эндотелиальной дистрофией роговицы.

Витреоретинальная хирургия была представлена хирургией отслойки сетчатки на фоне высокой осложненной миопии. Зам. генерального директора ЕЦ МНТК «МГ» по научно-клинической работе, к.м.н. **Вячеслав Олегович Пономарев** провел трехпортовую витрэктомию в сочетании с эндолазеркоагуляцией и криоретинопексией. Особенностью представленной операции являлось наличие субретинальной шварты, которая частично была удалена в ходе вмешательства. Операция была завершена тампонадой витреальной полости силиконовым маслом.

Были представлены различные подходы к хирургическому лечению глаукомы. Офтальмохирург **Дмитрий Борисович Бардасов** продемонстрировал участникам семинара микроинвазивную непроникающую глубокую склерэктомию с использованием вискоэластичного дренажа HealaFlow (Aptissen, Швейцария). Применение данного дренажа позволяет сохранять субконъюнктивальное пространство, пространство под склеральным лоскутом. Дренаж выступает в качестве наполнителя этих пространств и ограничивает послеоперационный фиброз, повышая тем самым эффективность антиглаукомного вмешательства.

Была также представлена технология ирригационной трабекулотомии *ab interno*, которая относится к микроинвазивной технологии хирургии глаукомы (MIGS – microinvasive glaucoma surgery). Известно, что трабекулярная сеть – это наиболее слабое звено в системе естественных путей оттока внутриглазной жидкости, так как имеет высокую предрасположенность к механической блокаде, которая ведет к блоку Шлеммова канала. Таким образом, устранение блокады трабекулярной сети позволяет разрешить функциональный блок Шлеммова канала и добиться компенсации уровня внутриглазного давления.

В формате видеофильма с комментариями зав. отделением лазерной хирургии **Олег Николаевич Санников** показал технологию селективной лазерной трабекулопластики, выполняемую на лазере Ellex Tango (Ellex, Австралия). Данная технология является малотравматичным способом лазерного лечения глаукомы.

Пластическая хирургия была представлена операцией по устранению краевого заворота век методом поперечной тарзотомии с ротацией хряща. Хирург – зав. отделением хирургии слезных путей и окулопластики **Михаил Иванович Шляхтов**. Представленная модифицированная техника основана на принципе ротации или выворота края века, при этом разрез тканей производится через конъюнктиву, что позволяет выполнить операцию с хорошим косметическим эффектом. Участникам семинара удалось также оценить хирургическую технику лазерной абляции доброкачественных новообразований кожи век у пациента с кардиостимулятором, продемонстрированную офтальмохирургом отделения хирургии слезных путей и окулопластики **Еленой Станиславовной Борзенковой**. Стоит отметить, что пациенты с ранее имплантированным кардиостимулятором имеют ряд ограничений как в повседневной жизни, так и при выполнении медицинских диагностических и лечебных манипуляций. В частности, пациентам с кардиостимулятором запрещается проводить монополярную электрокоагуляцию при хирургических вмешательствах, а применение биполярной коагуляции должно быть максимально ограничено. Таким образом, безопасной альтернативой радиоволновой хирургии и применения электрокоагуляторов для пациентов с кардиостимулятором является использование медицинского диодного лазера, в том числе для удаления доброкачественных новообразований кожи век.

Продолжением тематики малоинвазивного лечения глаукомы послужили два обзорных сообщения специалистов ЕЦ МНТК «Микрохирургия глаза». В докладе зав. II хирургическим отделением, д.м.н. **Дмитрия Ивановича Иванова** ***«30 лет с непроникающей глубокой склерэктомией»*** представлена эволюция данной технологии в стенах Центра, которая привела к снижению травматичности и повышению эффективности данной операции. Затем научный сотрудник, к.м.н. **Николай Валентинович Стренёв** выступил с сообщением ***«Селективная лазерная трабекулопластика – современный взгляд»***, включающим обзор литературных данных о механизме дей-

ствия, эффективности и показаниях к данной технологии, а также клинические примеры из собственной практики.

Далее – впервые в практике НПКО – участникам были предложены две клинические задачи с вариантами ответов для интерактивного голосования, результаты были отражены на экране. Докладчики выступили с краткими комментариями результатов и обоснованием своего выбора.

В завершение блока докладов, посвященных глаукоме, руководитель офтальмологического центра Челябинской областной клинической больницы, к.м.н. **Андрей Александрович Кузнецов** рассказал о современном состоянии и перспективах организации медицинской помощи больным глаукомой в регионе.

Большой блок докладов был посвящен осложнениям и нестандартным ситуациям в офтальмохирургии. Зав. отделением по клинико-экспертной работе Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» **Зинаида Валерьевна Катаева** выступила с обзором литературы и представила несколько клинических случаев синдрома Эллингсона – редкого послеоперационного осложнения хирургии катаракты. Оживленную дискуссию вызвало сообщение офтальмохирурга ЕЦ МНТК «МГ» **Владимира Леонидовича Тимофеева**, посвященное разбору сложного клинического случая эндофтальмита, возникшего после парабульбарной инъекции у пациентки с очень высокой миопией. Врач-офтальмолог ЕЦ МНТК «МГ» **Полина Сергеевна Ратанова** представила обзор литературы и разбор клинического случая еще одного редкого, но грозного осложнения внутриглазной хирургии – токсического синдрома переднего отрезка глаза (TASS-синдрома). По ходу этих докладов участникам также предлагалось выбрать тот или иной вариант дифференциальной диагностики, либо тактики ведения пациента. Аудитория высоко оценила данное новшество.

Завершил этот раздел научной программы **Андрей Викторович Ободов** презентацией чрезвычайно нестандартного клинического случая хирургии катаракты у пациента с поздней стадией анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева). Вследствие выраженной тугоподвижности шейного отдела позвоночника с вынужденным наклонным положением головы потребовалась большая изобретательность врачей на всех этапах – от диагностического обследования до нестандартного положения на операционном столе (положение Тренделенбурга с очень высоким подъемом нижних конечностей), особенностей хирургической техники и анестезиологического обеспечения. Пациент был прооперирован на оба глаза и обрел зрение после нескольких лет слепоты.

Вторая часть научной программы включала сообщения по различным разделам офтальмологии. В работе группы авторов Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», представленной врачом-офтальмологом **Юлией Бакытжановной Гильвановой**, обобщены результаты с 2004 по 2021 г. хирургического лечения новообразований иридоцилиарной зоны методом блокэксцизии. Проанализированы данные стандартного офтальмологического обследования и ультразвуковой биомикроскопии до оперативного вмешательства, а также в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Проведен анализ данных патогистологического исследования.

Доклад офтальмохирурга ЦГКБ №23 (г. Екатеринбург) **Серафимы Николаевны Субботиной** был посвящен контузионным разрывам склеры, которые встречаются в 14–19% случаев при тяжелой закрытой травме, а также проникающим ранениям склеры, встречающимся в 30–34% случаев открытой травмы глаза.

Предложены новые способы первичной микрохирургической обработки при данном виде травмы. Показана высокая результативность ранней витрэктомии.

Доклад доцента кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» (г. Екатеринбург) д.м.н. **Евгения Валерьевича Бобыкина** ***«Способы повышения эффективности и безопасности антиангиогенной терапии заболеваний макулы в условиях рутинной клинической практики»*** содержал обобщенные материалы собственных исследований отдаленных результатов антиангиогенной терапии заболеваний макулы, а также сформулированные на их основании практические рекомендации.

Елена Александровна Дроздова, д.м.н., зав. кафедрой глазных болезней ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» (г. Челябинск), в докладе ***«Место консервативной терапии в лечении макулярного отека при увеитах различной этиологии»*** осветила клинические признаки и методы диагностики макулярного отека у пациентов с увеитом различной локализации и этиологии. Были представлены методы консервативного лечения, дифференцированные в зависимости от степени тяжести и этиологии внутриглазного воспаления, включая локальную и системную противовоспалительную терапию. Освещены показания к хирургическому лечению.

Анна Павловна Сергиенко, ассистент кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» (г. Пермь), выступила с докладом ***«Поражение органа зрения в ряду вторичных заболеваний при поздних стадиях ВИЧ-инфекции»***, в котором представлен анализ поражений органа зрения у пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции с летальным исходом. Проведено исследование эпидемиологического анамнеза, иммунологического и офтальмологического статуса пациентов, а также анализ вторичных (оппортунистических) заболеваний. В докладе приведен клинический случай тяжелой формы течения двустороннего диссеминированного хориоретинита ЦМВ этиологии пациентки с поздней стадией ВИЧ-инфекции.

Сирина Хакимжановна Кучкильдина, врач-офтальмолог клиники «Центр зрения» (г. Челябинск), в докладе ***«YAG-лазерный витреолизис в раннем периоде полной задней отслойки стекловидного тела: миф или реальность?»*** привела обоснование возможности раннего витреолизиса при наличии выраженных жалоб.

Мария Анатольевна Липина, врач-офтальмолог ЕЦ МНТК «МГ» в докладе ***«Применение светоимпульсной терапии в комплексном лечении синдрома сухого глаза»*** осветила клинические результаты и данные объективных методов диагностики после применения светоимпульсной терапии (IPL) в комплексе мероприятий по лечению синдрома сухого глаза.

Нашлось место в программе конференции и для детской офтальмологии. **Олеся Романовна Дулыба**, к.м.н., врач-офтальмолог ООО «Клиника АртОптика» (г. Челябинск), в докладе ***«Годовой опыт применения нового поколения очковых линз для контроля миопии у детей»*** представила положительные результаты применения очковых линз Stellest при прогрессирующей миопии.

Завершая XXX НПКО, генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Свердловской области, Заслуженный врач РФ **Олег Владимирович Шиловских** сказал: *«Когда мы проводили эту конференцию впервые, 30 лет назад, нас собралось чуть меньше 90 человек. Но время идет вперед, и сегодня сюда приезжают сотни офтальмологов со всего Уральского региона, тысячи специалистов страны смотрят конференцию онлайн! Надеюсь, что осенью мы встретимся снова! От имени нашего коллектива приглашаю всех 21–22 сентября 2023 г. к нам в Екатеринбург на Евро-Азиатскую конференцию по офтальмохирургии, которая тоже состоится очно! Будет яркая научно-практическая программа с живой хирургией, множество сателлитных симпозиумов, медицинская выставка. Будет и вечер отдыха в Свердловской государственной филармонии. Симфонический оркестр уже готовит для вас специальную программу. Я думаю, что надо собраться и встретиться, как вы насчет этого? Уверен, все «за», а это значит – увидимся!»*

Узнать подробную информацию и зарегистрироваться на IX Евро-Азиатскую конференцию по офтальмохирургии (21–22 сентября 2023 г.) можно на официальном сайте конференции: www.eako-ural.ru

ЕАКО

IX ЕВРО-АЗИАТСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Дискуссионные вопросы современной офтальмохирургии

21-22 сентября 2023 года, Екатеринбург

ОСНОВНЫЕ СЕКЦИИ

- «Живая хирургия»
- Витреоретинальная хирургия
- Рефракционная хирургия
- Хирургия глаукомы
- Оптико-реконструктивная хирургия и хирургия катаракты
- Лазерная хирургия
- Окулопластическая хирургия
- Видеосекция «Нестандартная хирургия»
- Электронные стендовые доклады
- Офтальмоанестезиология

КЛЮЧЕВЫЕ ДАТЫ

1 июня 2023 окончание приема научных материалов

15 сентября 2023 окончание регистрации на сайте

eako-ural.ru

РЕГИСТРАЦИЯ НА КОНФЕРЕНЦИЮ УЖЕ ОТКРЫТА!

Работа с участниками:
Татьяна Тимошкина
+7 (925) 202-90-52
info@eako-ural.ru

МОЯ ГЛАВНАЯ МЕЧТА – СОЗДАНИЕ ЦЕНТРА ИЗУЧЕНИЯ СЕТЧАТКИ

Сегодня в рубрике «Женщины в офтальмологии» очаровательная женщина, витреоретинальный хирург Медицинского научно-образовательного центра МГУ имени М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник, к.м.н. **СДОБНИКОВА СВЕТЛАНА ВЛАДИЛЕНОВНА.**

Ее жизнь похожа на захватывающее приключение. Она с большим интересом занимается наукой и смело берется организовывать и развивать сложные проекты в работе. Обожает экстремальные виды спорта: альпинизм, горный велосипед, мотокросс и беговые лыжи, но своих детей она считает главным достижением в жизни, а их у нее пятеро!

Наш разговор непринужденно начался с рассказа про ее очередной проект, про работу в МГУ.

– Светлана Владиленовна, у вас на этаже такой красивый вечерний вид на МГУ, что дух захватывает! Чувствуется какая-то сила, мощь! Как давно Вы работаете в «Медицинском научно-образовательном центре МГУ имени Л.В. Ломоносова» (МНОЦ МГУ)?

– Знаете, интересно получилось. Мы несколько лет назад с мужем катались на велосипедах на Воробьевых горах, была ранняя осень, красота необычайная! Я подняла глаза на шпиль здания МГУ, и меня пронзила мысль: «Я хочу здесь работать!» В тот момент я поняла, что это именно то место, где могут быть совмещены мои клинические и научные интересы. И вот я здесь! Мой запрос был услышан!

Еще перед пандемией у директора нашего МНОЦ МГУ академика Армаиса Альбертовича Камалова и профессора Вардана Рафаеловича Мамиконяна возникла идея создания здесь офтальмологического отделения с нуля. Они и пригласили меня для развития витреоретинального направления.

Конечно, организация офтальмологического отделения была довольно экстремальным проектом. Мы, возможно, не до конца понимали все сложности, но решительно взялись за дело.

Пандемия COVID-19 сильно «скорректировала» развитие нашего проекта, но зато стала временем созидания и размышлений для меня. У меня в жизни уже был период, когда появилась возможность сделать рывок в научной деятельности. Первый – после кандидатской, а второй – как раз в пандемию. Наконец нашлось время для полного погружения в свою базу данных, чтения статей, переосмысления собственных взглядов. Пришлось многое переписать. Это было неоценимое время для подготовки моей основной научной работы, которую многие наши коллеги давно ждут (смеется. – *Прим. ред.*). В этом году опубликую. Некоторые результаты оказались интригующими.

– Светлана Владиленовна, над чем Вы здесь работаете? И почему именно МГУ стал той самой базой, где можно совместить Ваши научные и клинические интересы?

– Во-первых, благодаря усилиям администрации создана база, отвечающая международным стандартам витреоретинальной хирургии и анестезиологии. Последнее имеет большое значение для многих наших пациентов, поскольку заболевания сетчатки, как известно, часто возникают при тяжелой соматической патологии. Основное направление моих исследований – диабетическая ретинопатия, но не только. Сетчатка на самом деле нечасто имеет заболевания, которые бы в той или иной степени не были бы ассоциированы с системными проблемами. У взрослых они чаще всего связаны с возрастными изменениями, метаболическими и нейродегенеративными нарушениями. Однако, несмотря на признание значения системных факторов при многих вариантах поражения сетчатки (самым ярким примером у взрослых является диабетическая ретинопатия), основные методы их лечения связаны с интраокулярным воздействием. Попытки коррекции системных нарушений не демонстрируют должного эффекта. Хотя известно, что диабетическая ретинопатия может демонстрировать удивительную способность к стабилизации на любой стадии развития без офтальмологических процедур. Это свидетельствует о том, что важные факторы, влияющие на течение данного состояния, нам неизвестны. Исследования последних лет показывают, что сетчатка может быть маркером выявления доклинических симптомов болезней Паркинсона, Альцгеймера и т. д.

МНОЦ МГУ имени М.В. Ломоносова – многопрофильный медицинский центр с современной инфраструктурой, где собраны одни из лучших специалистов практически по всем направлениям, все отделения активно занимаются научной деятельностью и являются клиническим подразделением МГУ. Огромное значение имеет факультет фундаментальной медицины. Мы дружим с кафедрой глазных болезней, возглавляемой профессором Владимиром Сергеевичем Акопяном, и у нас есть общие научные интересы, которые тоже посвящены диабетической ретинопатии. Конечно, большой потенциал в совместной работе с другими кафедрами, которым интересны проблемы ретинологии: медицинской физики, молекулярной физиологии, высшей нервной деятельности и многих других.

Я вижу свою задачу в том, чтобы вокруг исследований сетчатки объединить интересы разных направлений клинических и фундаментальных исследований, поскольку сетчатая оболочка – доступная часть мозга, которую мы можем исследовать с помощью высокоточного и безвредного диагностического офтальмологического оборудования, что невозможно при исследованиях других систем человека. МРТ, КТ и позитронная эмиссионная томография гораздо менее безобидны для организма. А мы, наблюдая и исследуя функциональное и анатомическое состояние нейронов и сосудов сетчатки, можем изучать их корреляцию с изменениями в системах мозга. Именно он управляет основными функциями в организме, о чем за последние десятилетия как-то забыли. Во всяком случае, мы, офтальмологи, отдельно лечим правый и левый глаз.

В МГУ собралась междисциплинарная команда высококлассных специалистов, которые живут осуществлением научных идей, горят развитием науки. Думаю, что возможности изучения сетчатки при междисциплинарном подходе увеличиваются в разы.

Здесь я для того, чтобы начать разговор о том, что мы хотим разобраться в причинах развития заболеваний сетчатки до такой степени, чтобы предотвращать их. Однако он будет непростым, начать придется с азов; не обойдется без модернизации классификаций и создания универсальной терминологии. Конечно, с привлечением современных возможностей технологий искусственного интеллекта.

Под моим руководством защищено 9 диссертаций, а выполнено 11. Большая часть из них по диабетической ретинопатии, 3 работы – по ретинопатии недоношенных, 2 посвящены специфическим осложнениям макулярной хирургии.

– Витреоретинальная хирургия – самый сложный вид офтальмохирургии, как так получилось, что Вы стали заниматься именно ею?

– Офтальмологом я хотела быть уже со второго курса института. Тогда НИИ глазных болезней еще не было, но была кафедра 1-го Московского медицинского института имени Сеченова, которая располагалась на ул. Погодинской (мы называли ее Погодинка). Я пришла туда к куратору и сказала, что хочу заниматься научной деятельностью и лечить глазные болезни. Он посмотрел на меня свысока и спросил, что я умею делать. До поступления в медицинский я работала в Институте медико-биологических проблем в лаборатории, которая занималась изучением напряжения кислорода в тканях при разных экстремальных воздействиях, в том числе при космических полетах. Я сказала, что могу попробовать применить методику полярографического определения кислорода в тканях человека. Он отвел меня к профессору Аркадию Александровичу Каспарову, ставшему моим первым учителем и крестным отцом в офтальмологии.

Благодаря ему я попала в ординатуру. К моменту моего окончания института уже было построено новое здание легендарного НИИ глазных болезней на ул. Россолимо.

Я очень хорошо помню момент, когда во время ночного дежурства в первый год ординатуры я читала учебник «Глазные болезни» М.М. Краснова и открыла страницу, где были описаны операции на сетчатке. Там было описано не совсем то, что мы делаем сегодня: как с помощью силиконового баллончика может быть расправлена отслойка сетчатки. Я себе это представила и поняла, что это космос! Стала думать, что мне делать, чтобы суметь так же.

В ординатуре я подружилась с Николаем Ростиславовичем Марченко, с которым мы соорудили витреотом и проводили операции на животных. На базе Института биологии развития РАН занимались трансплантацией пигментного эпителия сетчатки. Тогда же, в ординатуре, у меня в стационаре лежала подопечная пациентка с миопической макулопатией и хориоидальной неоваскулярной мембраной, ее лечили консервативно. Я понимала, что ее надо лечить по-другому, но как, ведь я не могу ей трансплантировать пигментный эпителий?

Я поделилась своими размышлениями с Николаем Марченко, и он предложил показать эту пациентку Георгию Евгеньевичу Столяренко, который тогда только защитил докторскую диссертацию и проводил витреоретинальные операции на базе клинической больницы № 52.

Коля ему ассистировал на операциях. Георгий Евгеньевич был первым в мире, кто начал удалять субретинальные неоваскулярные мембраны. Я познакомилась с Георгием Евгеньевичем и через какое-то время начала ассистировать ему на операциях.

Георгий Евгеньевич, наверное, был уверен, что витреоретинальная хирургия – не женское дело, но, когда я рассказала ему об изготовленном нами витреотоме и опытах по трансплантации пигментного эпителия, он перестал ко мне снисходительно относиться. Вернее, если говорить языком молодежи, он «был в шоке». Я много ассистировала ему, смотрела, смотрела, смотрела и уже могла понимать, какие могут быть подводные камни у различных видов операций. После этого он поверил в меня, это был главный педагогический маневр. Он щедро делился знаниями, навыками и предоставлял возможность набирать собственный опыт хирургии, в том числе в субмакулярной хирургии.

ЖЕНЩИНЫ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Конечно, настал час икс, и мне надо было признаться Каспарову, что я не пойду работать к нему в отдел, а хочу заниматься витреоретиальной хирургией вместе со Столяренко. Аркадий Александрович, занимавшийся изучением роговицы, скрепя сердце отпустил меня. А дальше Георгий Евгеньевич уже сам пошел договариваться с академиком Красновым, чтобы меня взяли к ним в отделение. Так мы несколько лет проработали в 52-й больнице, там был филиал нашего института. Несколько лет работали на витреотоме, сконструированном Георгием Евгеньевичем совместно еще с его учителем – профессором Львом Леопольдовичем Коссовским. Кстати, вполне рабочий был аппарат, так же как и прекрасные витреоретинальные инструменты, разработанные Столяренко, это является отличной демонстрацией качества в условиях настоящей реальности.

Естественно, мы выбрали тему для диссертации по изучению и трансплантации пигментного эпителия сетчатки. Но когда я сама начала нарабатывать хирургический опыт, то поняла, что на тот момент это направление с точки зрения клинического применения – тупиковое. Дело было не в навыках хирурга или технических приемах, а в отсутствии клеточных технологий, позволяющих выращивать монослой клеток, и в отсутствии восстановления их полярности, необходимой для контакта с нейронами при трансплантации. Надо сказать, что, несмотря на успехи клеточных технологий в последние годы, эта проблема пока так и не решена.

Я начала писать диссертацию по диабетической ретинопатии. Мне стали более интересны проблемы, связанные с новообразованием сосудов при этом заболевании. Столяренко давал свободу для полета мысли, что, я считаю, самое главное для научного руководителя. При этом активно поддерживал и инициировал мои контакты с ведущими специалистами: с 1998 по 2001 год я проходила стажировки в ведущих центрах витреоретинальной хирургии Европы: университетских клиниках г. Регенсбурга (Германия), г. Антверпена (Бельгия), где работала с профессорами Relja Zivojnovic, Piter Gabel, Birgit Lorenz, Johan Royder.

– Светлана Владиленовна, Вы сказали, что организовывали офтальмологическое отделение с нуля, но, насколько я знаю, у Вас за плечами организация совместно с Георгием Евгеньевичем частной офтальмологической клиники, а также создание и заведование отделением витреоретинальной хирургии в НИИ глазных болезней. Там тоже приходилось многое организовывать с нуля?

– Да. В НИИ глазных болезней, где я проработала до МГУ 27 лет, мы вместе с академиком Сергеем Эдуардовичем Аветисовым (тогда еще профессором) тоже организовывали витреоретинальное отделение с нуля. Сергей Эдуардович в 2001 году пригласил меня наладить в институте витреоретинальную хирургию. Несмотря на скептические взгляды моих коллег, я сразу поверила в этот проект. К тому же это был мой родной институт, в котором я выросла. Все организовано было достаточно быстро. От начала инициирования нашего разговора до моего момента работы в операционной прошло всего несколько месяцев. Сергей Эдуардович отважился на такой шаг, несмотря на то, что это потребовало реорганизации всей службы анестезиологии-реанимации и не только. Нужно было время на создание коллектива – сотрудников оперблока, прежде всего квалифицированных медсестер, компетентных врачей стационара, хирургов и научных сотрудников. Все это было сделано в относительно короткие сроки. В институте также были созданы отличные условия для научной деятельности.

– А до 2006 года помимо работы в НИИ глазных болезней Вы были директором по науке и одним из ведущих хирургов Центра диагностики и хирургии заднего отдела глаза?

– Да. Витреоретинальная хирургия была не основным интересом Михаила Михайловича Краснова, он относился к ней с осторожностью. Это, как мы уже обсудили, влекло бы за собой реорганизацию многих структур института. К тому же требовало серьезных материальных вложений с неизвестным на тот момент прогнозом. В основном поэтому нами и был создан Центр диагностики и хирургии заболеваний сетчатки.

– Светлана Владиленовна, сейчас набирает обороты анти-VEGF-терапия. Как Вы относитесь к ее применению?

– К применению ингибиторов ангиогенеза надо относиться осторожно, особенно у пациентов при диабетической ретинопатии, поскольку не до конца известны варианты их системных эффектов. К тому же при диабетическом макулярном отеке высокую эффективность и, что самое важное, стабильный результат показывает витрэктомия. Такие операции сейчас выполняются под местной анестезией и требуют около 30 минут.

– Планируете еще какие-нибудь экстремальные проекты воплощать в жизнь?

– В этом году хочу организовать ежегодную конференцию – круглый стол на базе МНОЦ МГУ. Прошлой весной мы уже организовали семинар, который стал «пробным шаром» для меня. Я никогда не организовывала больших конференций и хотела понять, насколько эта затея откликнется у коллег и как справлюсь с этим я. Благодаря поддержке руководства МНОЦ МГУ сформировалась команда оргкомитета медицинского центра, и мы с интересом включились в процесс. Все прошло отлично, поэтому в декабре текущего года хотели бы провести большую конференцию. По нашим планам, это будет «RETINA – MSU» или «RETINA – Moscow State University». Она должна объединить интересы ретинологов, в том числе витреоретинальных хирургов, и возможности исследований сетчатки для междисциплинарного подхода к лечению пациентов с системной патологией.

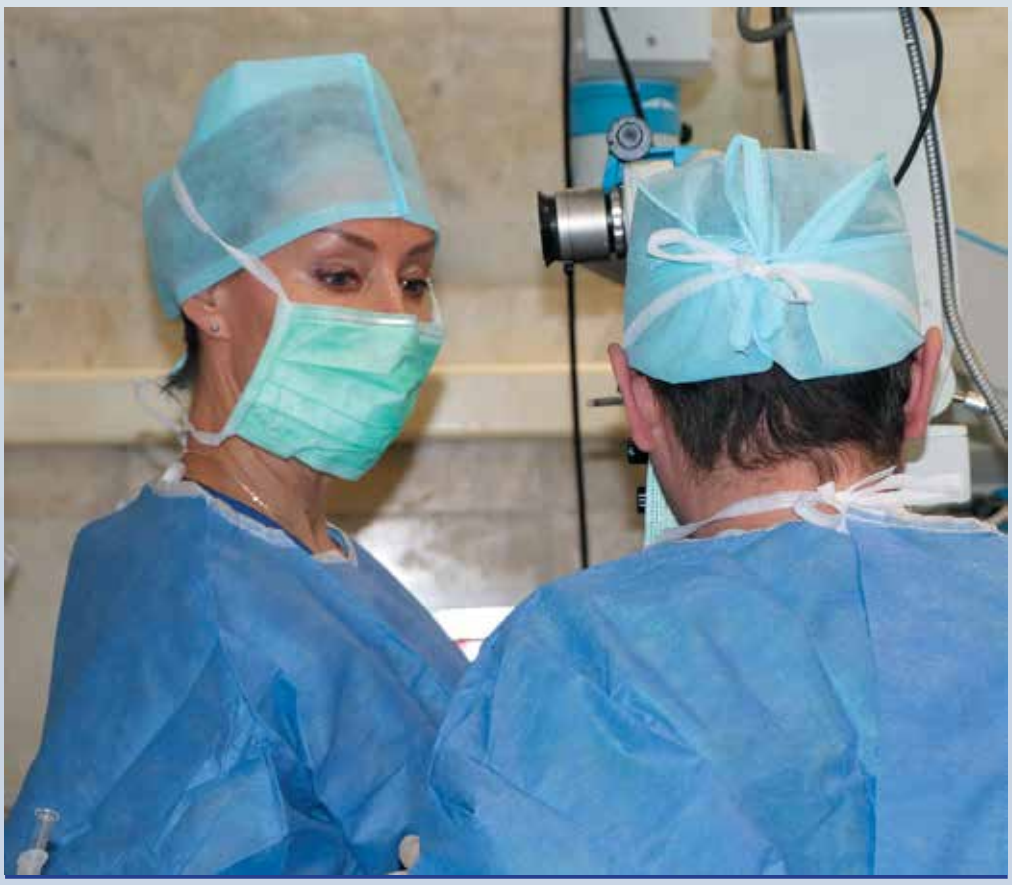
Но моя голубая мечта – создание центра изучения сетчатки. Если объединить усилия нейрофизиологов, специалистов по высшей нервной деятельности, молекулярной патологии, эндокринологии, неврологии, сосудистой патологии и других, а также возможности искусственного интеллекта, то можно совершить мощный прорыв в исследованиях и лечении многих актуальных заболеваний. И это реально сделать именно в России, потому что наши ученые являются преемниками глубоких фундаментальных знаний по исследованию головного мозга, эндокринологии и высшей нервной деятельности. У нас богатейшее научное наследие! Мы – «наследники» научных разработок И.М. Сеченова, С.П. Боткина, нобелевского лауреата И.П. Павлова, П.К. Анохина, А.Р. Лурия и многих других.

– Светлана Владиленовна, какие проблемы в исследовании сетчатки Вы могли бы выделить?

– На самом деле, чтобы разговаривать на одном языке с офтальмологами во всем мире, надо начинать с пересмотра некоторых классификаций. Например, с классификации диабетической ретинопатии, поскольку именно она является объектом основного внимания при разработке систем искусственного интеллекта в офтальмологии. На сегодняшний день существует классификация 1968 года. Она была создана совсем не для ее изучения, а для решения единственной, сугубо практической задачи – сравнения двух разных методов лечения. Естественная эволюция диабетической ретинопатии принципиально другая. Заболевание не прогрессирует у всех пациентов, а пролиферативная ретинопатия развивается только у 2–5% пациентов с сахарным диабетом. А в связи с возможностью применения искусственного интеллекта для анализа «больших данных» эффективность изучения ДР в большой степени будет определяться адекватностью группировки исходных данных.

Вторая, не меньшая проблема – научиться разговаривать на одном языке со специалистами других профилей. Причем не только с врачами других специальностей, но и с представителями фундаментальной науки и разработчиками новой техники и программного продукта.

Третья, самая главная, – необходимо междисциплинарное объединение для решения общей задачи.



– Светлана Владиленовна, Вы ведете педагогическую деятельность?

– Сейчас, скорее, я занимаюсь наставнической деятельностью. При МГУ создана гимназия, где учатся одаренные дети с 8-го по 11-й класс. Гимназия была открыта еще при Ломоносове в 1759 году, который считал ее важным звеном в образовании человека. Просуществовала она до 1812 года. В 2016 году гимназия была возрождена, здесь учатся дети со всех концов нашей страны.

Для них созданы потрясающие условия: разнообразные лаборатории и мастерские, хорошо развита эстетическая составляющая, предметы ведут преподаватели МГУ. Большим спросом у детей пользуется проектная деятельность, в которой ребенок делает первые шаги в научном исследовании какого-нибудь направления. Я веду проекты по биологии. Сейчас мы с ребятами конструируем программно-аппаратный комплекс для изучения адаптивных возможностей вегетативной нервной системы.

С ребятами мы разрабатываем самые фантастические вещи! Наша задача – увлечь детей, научить работать в команде, формировать дизайн исследования, дать импульс к творчеству. У меня в проекте семь детей. Это очень много, обычно в проекте два-три человека, считается, что проектная работа индивидуальная. Эта деятельность не позволяет мне скучать, но дает больше, чем отнимает. Чтобы передать ребятам знания, их нужно сначала освежить. В свою очередь детский интерес и азарт к развитию проектов очень заряжают. И у них светлые головы, хотя иногда мы изобретаем велосипеды, но не только. А аппарат, который мы изобретаем, не имеет аналогов и будет востребован при клинических исследованиях. Как говорит мой муж (он тоже один из руководителей проекта): «Тот, кто десять раз изобрел велосипед, в конце концов изобретет то, чего никогда не было». Когда ребята уходят на каникулы, я по ним скучаю.

– Светлана Владиленовна, я знаю, что Вы – многодетная мать. Расскажите, пожалуйста, про Ваших детей.

– Дети – мое главное достижение в жизни. Я их очень люблю и горжусь ими. У меня три девочки и два мальчика.

– Ух. Ничего себе! Когда же Вы все успели?

– Я рано начала (смеется. – *Прим. ред.*). Вышла замуж в восемнадцать лет, в двадцать у меня родилась первая дочь. Когда я училась в медицинском институте, на четвертом курсе у меня уже было трое детей, это в лихие 1980-е и 1990-е годы. И я училась на повышенную стипендию. Я призываю женщин рожать рано, пока есть силы и энергия. Я считаю, что высокая устойчивость во мне была воспитана в спорте, главным образом в альпинизме. Я – дитя советского альпинизма, это была мощнейшая культура, не имеющая аналогов в мире.

– Кто-нибудь стал врачом?

–

Четверо выбрали специальность врача, правда, младшая дочь пока студентка 5-го курса Сеченовского университета. Двое стали офтальмологами. Но сын, поработав офтальмологом и потом фармацевтическим представителем, выбрал для себя не менее интересную медицинскую специальность – травматологию, и очень преуспевает. Дочь, которую офтальмологи знают как Любовь Евгеньевну и витреоретинального хирурга, после окончания аспирантуры в МГУ из офтальмолога переквалифицировалась в психотерапевта и занимается лечением пациентов с психосоматикой. Я легко пережила эту перемену, потому что в целом согласна с данной парадигмой. Ее основы были заложены С.П. Боткиным еще в XIX веке. Младший сын, правда, не поддержал династию и поступил на географический факультет МГУ.

– Светлана Владиленовна, а как Вы отдыхаете?

– Активно. Я лютый спортсмен. Считаю, что занятия командными видами спорта «сделали» мой характер. И я передала эту одержимость детям. Они все активно занимаются различными видами спорта. Старшая дочь Ксения – мастер спорта по скалолазанию, обладательница Кубка мира в ледовом классе по альпинизму, сын – призер многих соревнований по мультигонкам, лыжным и беговым марафонам, тренер и врач-реабилитолог, в том числе помогает спортсменам избегать профессиональных травм, дочь Александра – мастер спорта по рафтингу, призер Первенства мира. Все дети – скалолазы и лыжники. Я сама предпочитала беговые лыжи, горный велосипед, мотокросс и альпинизм. Но альпинизм подразумевает наличие команды. В последние годы наша команда была вокруг проектов Валеры Розова. Пять лет назад он погиб в Гималаях. Это неизбежная сторона экстрима. Конечно, лыжи и велик никто не отменял. Теперь с мужем ездим в геологические экспедиции со старшеклассниками и ходим в горные походы, он у меня геолог и преподаватель в гимназии. Это новый для меня опыт, непростой и физически, и эмоционально. Прошлой осенью вдвоем ходили по каньонам Крыма. Потрясающе красиво и вообще никого! Но на одной из ночевок, на которую поднялись уже затемно, я повстречалась с волком. Прошлым летом ходили по «северам» Эльбруса. Места дикие, много медведей, и пастухи предупреждают, что водятся гепарды. Я даже поплакала в кустиках... Но в целом захватывающие приключения!

– Ваша жизнь тоже похожа на захватывающее приключение! Светлана Владиленовна, наше интервью проходит в рамках рубрики «Женщины в офтальмологии», как Вы думаете, можно делить офтальмологию на женскую или мужскую?

– Делить, пожалуй, нет, но отличия, конечно, есть. У нас же разная генетика. Мужчины – защитники и испытатели, им нужны железки в руках. Они готовы их усовершенствовать непрерывно, так же как и методы. Женщины – стратеги. Поэтому выявление неявных тенденций, особенно не приносящих материальных поощрений, интереснее женщинам (смеется. – *Прим. ред.*).

– Благодарю Вас за интереснейшую беседу.

Беседовала В. Терехова

ЗАМЕТКИ ИННОВАТОРА, ИЛИ КАК ИЗМЕНИТЬ БУДУЩЕЕ

Что делать, если вдруг вы выбрали для себя путь ученого, который хочет изменить мир к лучшему? Это будет небольшая заметка-инструкция о том, как не наломать дров, с чего начать и каких правил стоит придерживаться на пути воплощения своих идей, а также для тех, кто считает, что академическая медицинская наука с ее статьями и патентами не является его конечной остановкой. Эта статья – выжимка из истории моей проектной деятельности длиною в восемь лет, в которой не будет информации, которая вам не пригодится.

Чтобы начать проектную деятельность, в первую очередь нужно понять, что все в ней работает по правилам, которые сильно отличаются от привычной офтальмологической науки, это буквально другой мир – и он гораздо больше.

Правило номер один – никаких кумиров. Все ведущие эксперты, которые вам нравятся, должны быть лишь ориентирами, а не примером для подражания. Потому что быть КАК кто-то – значит автоматически поставить себя на планку ниже, и в этом случае вы никогда не выйдете за границы известного и никогда не создадите ничего грандиозного. Ваша задача – стать лучше учителя, а цель хорошего учителя – научить вас быть лучше него, и таких учителей должно быть много.

Люди, которые что-то создают, – это художники. Если вы хотите стать художником, вам придется нарушать правила, потому что нельзя делать только то, что от вас ожидают, в каком-то смысле вам нужно будет оторваться от конъюнктуры и построить новый путь – именно так происходит процесс творчества. Но это только звучит просто. Нельзя прийти и начать делать что-то иначе. Сначала придется пройти немалый путь, чтобы получить разнообразные знания и опыт из разных областей, чтобы затем из этого создать то, чего еще не было и что заменит привычное. Это основа, без которой творить вы точно не сможете.

Правило номер два – нет ни одной задачи, которую нельзя было бы решить. Один умный человек однажды сказал, что все простые болезни лечить мы уже научились, нам остались только сложные. Такие вот дела, простого нам ничего не осталось, поэтому придется научиться декомпозировать сложные задачи, то есть разделять их на мелкие, которые точно решаются.

Когда вы поймете, как разбирать задачи на кусочки, у вас появятся силы наконец-то начать создавать. Как это работает? Чтобы в итоге не получился велосипед, сначала необходимо детально изучить вопрос: что сейчас известно о том, что вы хотите создать? Может оказаться, что ЭТО уже кто-то придумал, и тогда нужно будет изучать, в чем его недостатки. На этом этапе необходимы литературный обзор и систематизация информации. Странно, но большинство исследований у нас почему-то происходят наоборот. **Это первый шаг.**

Шаг второй – понять, действительно ли та польза, которую вы придумали, является пользой и для других? Это неочевидно, но с этим сталкиваются почти все начинающие изобретатели, и в конце оказывается, что результат их труда больше никому не нужен или нужен единицам. Чтобы не наступать на грабли, вам помогут две книги: «Спроси маму» и «Awesome problem interview script». Первая подскажет, какие вопросы надо задавать, чтобы получить правдивый ответ, а вторая – как структурировать эти вопросы, чтобы увидеть проблему с разных сторон.

Шаг третий – сама разработка и где брать на нее деньги? Это серьезный вопрос, потому что некоторые вещи не получится создать бесплатно или дешево. Вот несколько вариантов, которые точно стоит проработать:

- **Умник (Фонд содействия инновациям) – 500 тыс. рублей.** Удобен студентам для старта, потому что этот грант можно взять самому на себя и распоряжаться деньгами, как посчитаешь нужным, в процессе всего срока. У этого гранта есть важное условие – ваш возраст должен быть до 30 лет.
- **Старт (Фонд содействия инновациям) – 4 млн рублей.** Берется на год на команду и на что-то более серьезное. Здесь в обязательном порядке создается компания, и надо приготовиться к строгой научной и бухгалтерской отчетности. Этот грант тоже можно брать самостоятельно и независимо от института или места работы, а можно оформить и на них.
- **Сколково – 4 млн рублей.** Здесь доступны микрогранты, которые рассчитаны на конкретные задачи: изготовить прототип, проработать промышленный дизайн, провести патентный поиск или оформить права на интеллектуальную собственность, принять участие в зарубежной выставке или конференции, разработать маркетинговые материалы и др. Эти гранты может получить только резидент, а им еще надо постараться стать, и здесь тоже нужно создавать компанию.
- **Российский научный фонд (РНФ) – от 3 до 100 млн рублей.** Этот грант берется на научную организацию, фокус тематик направлен на что-то исследовательское, фундаментальное. Самый вероятный размер гранта от 3 до 7 млн рублей в год на 2–3 года, здесь есть разные программы под разные научные коллективы.

Особенность конкретно этих грантов заключается в том, что они невозвратные, а в целом их много. Надо отметить, что большинство грантов у нас в стране рассчитано на команды, у которых уже есть рабочий бизнес, есть финансовая обеспеченность, потому что они требуют софинансирования. Это значит, что 20–50% от общей суммы гранта вам нужно будет вложить из своего кармана. Другими словами, вы сможете как минимум удвоить свой бюджет, если он у вас есть.

Шаг четвертый – оценка рынка. Еще одно неочевидное звено, которое даст вам понять, как долго проживет проект и сможете ли вы заработать средства для дальнейшего развития или для воплощения в жизнь других своих идей. Рынок – это количество потенциальных пользователей и потенциально достижимая сумма заработанных денег. Потратили вы год своего времени и 10 млн рублей на разработку какого-то хитрого хирургического крючка, а докторов, которые готовы его купить по 3 тысячи рублей за штуку, окажется 100 человек. Получается, чтобы окупить хотя бы свои затраты без учета прибыли, оплаты труда, маркетинга, красивых коробочек и всего остального, один инструмент должен стоить 100 тысяч рублей, а это на 97 тысяч больше, чем ожидания пользователей. Вы ничего не продадите, вот зачем нужна оценка рынка. Однако если вам нужен реальный опыт, то эти траты точно того стоят.

Шаг пятый – тестирование прототипа и его доработка. Прежде чем ваше изобретение станет массово доступным, его надо протестировать, а иногда еще зарегистрировать, а в некоторых случаях – пройти доклинические и клинические испытания. В лучшем случае нужны пилотные испытания, в которых разработка валидируется другими специалистами. Запаситесь валидолом и валерьянкой, потому что наше офтальмологическое сообщество в принципе не знает, что такое пилот, и когда ваша разработка попадет на испытания, то от нее будут ждать, что она на 100% готова, как если бы на апробацию попал какой-то зарубежный прибор, например, «Facepalm этап» (так я его называю), и когда вы дойдете до него, то сами поймете – почему. Задача этого этапа – получить обратную связь от реальных пользователей и понять, что вы могли пропустить и что надо еще поправить. Это очень важный этап!

Шаг шестой – первые продажи. Самый сложный, на мой взгляд, для разработчика-доктора (и здесь я не смогу дать никакого готового универсального ответа). Кто-то начинает продавать еще идею, кто-то создает прототип и собирает деньги на производство готовой версии, кто-то завершает пилотирование и выходит на продажи, а кому-то придется пройти все этапы доклинических и клинических испытаний, а также долгую регистрацию, и только после этого можно начать реализовывать результат своих трудов. Ясно одно – надо пробовать, потому что без первого шага ничего не произойдет.

Помимо этих шести шагов нужно будет изучить еще многое из того, что не преподают ни в одной ординатуре или аспирантуре. Например, раунды инвестиций, что это такое и когда они нужны, как закреплять юридические отношения между участниками и организациями, чтобы избежать конфликтов, как распределять доли в команде, зачем нужны патенты и как ими пользоваться (спойлер: не так, как это делается в клинической науке), как организовывать рабочий процесс, как оформлять презентации и документы, как общаться с людьми из других профессий и т.д., и т.п. Узнать придется многое, и в этом я вижу ценность информации, которая была описана выше, потому что она точно вам пригодится, а остальное – это удивительное приключение, которое у каждого будет свое.

Эпилог. Художник никогда не заканчивает работу над собой. Двигаясь проторенным путем, не получится создать знаковые работы, поэтому придется постоянно бросать себе вызов. Мы не можем создать что-то великое, прекратив создавать себя. Это постоянная работа, требующая большого труда!

К.м.н. Демчинский А.М.

НОВЫЙ ЖУРНАЛ!

Электронный журнал «Клинические случаи в офтальмологии» – первый российский открытый офтальмологический журнал, посвященный исключительно клиническим случаям. В журнал принимаются описания клинических случаев в виде статей или видеокейсов, презентаций с расширенными рефератами по всем направлениям офтальмологии.

Ждём ваши материалы! Сайт журнала *http://ocrjournal.ru/*

ВРАЧ-ОФТАЛЬМОЛОГ ХАБАРОВСКОГО ФИЛИАЛА МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» ЗАНЯЛ 1-Е МЕСТО В XXV КРАЕВОМ КОНКУРСЕ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

В Хабаровске завершился XXV Краевой конкурс молодых ученых. В нем приняли участие более 20 человек. Это молодые ученые и аспиранты в возрасте до 35 лет из различных научных учреждений Хабаровского края.

Сотрудники Хабаровского филиала НМИЦ «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России представили на рассмотрение жюри две научные работы:

- ***«Изучение возможностей минимизации непредсказуемого поведения пациентов при выполнении кераторефракционной хирургии»*** **Юлии Кутузовой**;
- ***«Оценка коэффициента LAF в качестве критерия риска острого приступа закрытоугольной глаукомы»*** **Николая Самохвалова**.

Жюри, а это ведущие ученые края, оценивало конкурсные работы по четырехбалльной шкале. Использовались критерии – ясность, логичность, последовательность изложения научного доклада; степень научной новизны и актуальность темы исследования, его практическая значимость, потенциальная возможность применения и т.д.

Члены конкурсной комиссии отметили высокий научный уровень всех представленных работ. Но первое призовое место по результатам голосования жюри занял врач-офтальмолог 1-го офтальмологического отделения Хабаровского филиала Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» Николай Самохвалов.

Также высоко была оценена научная работа врача-офтальмолога отделения рефракционной хирургии Хабаровского филиала Юлии Кутузовой. Члены комиссии приняли решение ходатайствовать о награждении Юлии Викторовны почетной грамотой Министерства образования и науки Хабаровского края.

В своей работе молодой ученый Николай Самохвалов рассмотрел прогностическую значимость коэффициента LAF (Lens thickness/Axial length factor; фактор толщины хрусталика/осевой длины) как фактор риска возникновения острого приступа глаукомы в анатомически коротких глазах европейцев.

В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОЩУЩАЮ СЕБЯ ВРАЧОМ-ОФТАЛЬМОЛОГОМ. И НЕ МОГУ ОТДЕЛИТЬ МОЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОТ ПРАКТИКИ

Гостья нашей рубрики «Региональная офтальмология» – **ДРОЗДОВА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА** – д.м.н., с 2021 г. – заведующая кафедрой глазных болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета.
Являет членом аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Челябинской области по специальности «офтальмология», членом Экспертного совета по воспалению глаза Ассоциации офтальмологов России, членом Правления Всероссийского общества офтальмологов.

– Елена Александровна, расскажите, пожалуйста, немного о себе. Что повлияло на Ваш выбор профессии?

– Я родилась и выросла в городе металлургов – Магнитогорске Челябинской области. В моей семье не было медицинских работников, родители, инженеры по образованию, всю свою жизнь посвятили работе на Магнитогорском металлургическом комбинате. Я тоже училась в математической школе, занималась музыкой и спортом. Желание поступать в медицинский институт пришло в старших классах. Профессия врача в те годы была очень популярна и романтична, и пятеро моих одноклассников тоже стали врачами. Хотя меня больше привлекала химия, и я планировала поступать на биохимический факультет. Но обстоятельства сложились так, что я поступила в Челябинский медицинский институт на педиатрический факультет.

– Вы планировали быть педиатром, но стали офтальмологом?

– У моей подруги мама и сестра были офтальмологами, они так увлекательно рассказывали о своих пациентах, о разных случаях заболеваний глаза, что в последующем четверо из нашей компании друзей стали офтальмологами. Поэтому выбор будущей специальности, офтальмологии, я сделала еще на 2-м курсе. Уже на 4-м курсе института я записалась в кружок на кафедру глазных болезней, который у нас вел мой первый учитель в офтальмологии – профессор Экгардт Валерий Федорович, молодой и увлеченный ассистент. Удивительная судьба, я тогда и не предполагала, что мы с ним станем коллегами и проработаем вместе на кафедре последипломного образования более 20 лет.

– Елена Александровна, расскажите, пожалуйста, о начале своего профессионального пути.

– После окончания Челябинского медицинского института я четыре года, включая интернатуру, отработала в офтальмологическом отделении и глазном травмпункте Городской больницы № 1 имени Г.И. Дробышева в Магнитогорске. Здесь я освоила азы офтальмологической диагностики и начала заниматься глазной хирургией, в том числе при травмах органа зрения.

Чувствуя недостаток в знаниях по офтальмологии, мечтала учиться в ординатуре. В 1997 году вместе с мужем вернулись в Челябинск и поступили в ординатуру на базе Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования (УГМАДО): я на кафедру офтальмологии, муж – терапии. Именно здесь я познакомилась с моим учителем, настоящим ученым – Тарасовой Ларисой Николаевной. Находясь в такой интересной среде, рядом с удивительным человеком, обладающим такими глубокими познаниями в офтальмологии и буквально боготворящим свою работу, у меня уже к концу первого года обучения в ординатуре созрело твердое желание заниматься наукой. Но наука не отделена от практики, я продолжала работать офтальмологом на клинической базе кафедры в больнице скорой медицинской помощи (в настоящее время – Областной больницы № 3) г. Челябинска.

– А Ваше твердое желание заниматься наукой реализовалось?

– Наука составляет большую часть в моей профессиональной жизни. Все началось с аспирантуры и защиты кандидатской диссертации в 2000 году «HLA-B27 позитивные и негативные увеиты, сочетающиеся со спондилоартритами», в которой объединились клиническая и фундаментальная наука. Моими руководителями были замечательные, увлеченные наукой и щедрые на идеи ученые – офтальмолог Тарасова Лариса Николаевна и иммунолог Теплова Светлана Николаевна. Именно у них я научилась работать с научной литературой, видеть главное и выражать свои мысли.

Продолжением кандидатской стала докторская диссертация «Увеит при ревматических заболеваниях: особенности клиники, диагностика, иммунопатогенез и лечение» (2006 г.). Обе защиты проходили в Москве в диссертационном совете Российской медицинской академии последипломного образования.

Я искренне благодарна академику РАН Ларисе Константиновне Мошетовой и академику РАН Алевтине Федоровне Бровкиной за всестороннюю поддержку во время моей защиты.

Так определилось одно из основных направлений моей научной деятельности – офтальмо-иммунология, которая в России в настоящее время приобретает все большее значение при различных заболеваниях глаза.

Мы с учениками продолжаем развивать это направление, изучаем иммунный статус и возможности управления при увеитах у детей и взрослых, ишемических заболеваниях, дегенеративных заболеваниях сетчатки (ВМД), травме органа зрения. Результаты моих научных исследований и практический опыт отражены в монографиях, руководствах и учебных пособиях для врачей-офтальмологов по увеитам, конъюнктивитам, воспалительным заболеваниям орбиты, окклюзиям вен сетчатки.

– Как давно Вы работаете в Южно-Уральском государственном медицинском университете?

– Сразу после аспирантуры я работала ассистентом, затем доцентом кафедры офтальмологии УГМАДО в течение 11 лет до решения правительства РФ об объединении УГМАДО с Южно-Уральским государственным медицинским университетом (ЮУГМУ). Это были замечательные годы, очень сильный коллектив высококлассных профессионалов: Панова Ирина Евгеньевна, Экгардт Валерий Федорович, Поздеева Ольга Геннадьевна. Мне выпало большое счастье общаться, работать с этими людьми и учиться у них.

Уже после объединения кафедр двух вузов с 2011 года работала в должности профессора кафедры офтальмологии факультета дополнительного профессионального образования ЮУГМУ и с 2021 года заведую кафедрой глазных болезней ЮУГМУ.

Поэтому большая часть моей преподавательской работы связана с последипломным образованием, обучением интернов, ординаторов и аспирантов нашей профессии. Продолжая традиции нашей кафедры, на еженедельных обходах пациентов в стационаре мы разбираем с ординаторами и молодыми коллегами сложные и нестандартные случаи на конкретных примерах. Могу сказать по своему опыту и отзывам коллег, что это одно из самых значимых элементов клинического обучения, который запоминается на всю жизнь.

Работать с заинтересованной молодежью очень интересно, от них исходят энергия, новые идеи, хочется их поддержать на пути становления и развития, помочь ребятам найти свою дорогу в офтальмологии.

В последние годы еще работаю и со студентами, читаю курс лекций и принимаю экзамены. Жаль, что в настоящее время программа подготовки по офтальмологии очень сокращена. Стараемся объяснить связь органа зрения и других систем организма, обратить внимание на социально значимые заболевания – миопию, глаукому, катаракту, патологию глаз при сахарном диабете и других общих заболеваниях и заинтересовать ребят. И видно, что наши усилия не напрасны, потому что ежегодно растет число желающих поступить в ординатуру.

– Это замечательно! Что можно сказать о кадровой ситуации в регионе? Как обстоят дела с подготовкой и укомплектованностью кадрами? Достаточно ли специалистов или ощущается их нехватка? Как происходит обучение кадров, повышение квалификации?

– Поскольку в нашем регионе долгие годы был отдельный специализированный институт повышения квалификации врачей, затем преобразованный в академию (УГМАДО), у нас накоплен колоссальный опыт по подготовке профессиональных кадров. В настоящее время в ЮУГМУ продолжает работать в качестве отдельного подразделения Институт дополнительного профессионального образования, где мы вместе с сотрудниками нашей кафедры активно готовим кадры.

Когда наступила эра непрерывного медицинского образования, мы внедрили на нашей кафедре ряд программ. Есть очные и дистанционные программы повышения квалификации как по общей офтальмологии продолжительностью 144 часа, так и специализированные по разным интересующим врача проблемам. Мы занимаемся подготовкой специалистов Челябинской и Курганской областей, а также любого региона России.

Учитывая высокую доступность дистанционного обучения, мы стараемся заинтересовать коллег нашим уникальным опытом, постоянно обновляем лекционный материал, готовим новые программы.

Помимо традиционного обучения врачей многие годы организуем региональные научно-практические конференции, одной из которых является ежегодная «Южно-Уральская офтальмологическая панорама», задуманная профессором Ириной Евгеньевной Пановой.

В 2022 году мы впервые провели монотематическую конференцию «Патология рефракции: от младенчества до зрелости», которая привлекла внимание и объединила детских и взрослых офтальмологов региона.

Наступивший 2023 год для нас особенный: исполняется 90 лет со дня рождения нашего учителя, основателя научной

школы офтальмологов Южного Урала, профессора, академика РАЕН Ларисы Николаевны Тарасовой.

Планируем организовать межрегиональную конференцию в рамках Уральского федерального округа, пригласить ее учеников и коллег из разных городов России и достойно вспомнить этого выдающегося ученого, давшего путевку в жизнь многим известным офтальмологам.

– Вы совмещаете научную деятельность с консультированием пациентов? Расскажите, пожалуйста, подробнее о своей клинической работе.

– Я не могу отделить мою научную и преподавательскую деятельность от клинической практики. В первую очередь ощущаю себя врачом-офтальмологом.

Начав свой трудовой путь с отделения глазной травмы и неотложных состояний в г. Магнитогорске, продолжаю это направление до сих пор. Уже в течение 26 лет работаю врачом-офтальмологом и научным консультантом офтальмологического отделения Областной больницы № 3 г. Челябинска, которая является одной из основных клинических баз нашей кафедры. Помимо консультирования сложных пациентов с разнообразной патологией глаза и орбиты занимаюсь интраокулярной лазерной хирургией при различной патологии сетчатки, глаукоме.

Кроме того, в настоящее время являюсь научным руководителем офтальмологического отделения Городской больницы № 11. Отделение, созданное под руководством Экгардта В.Ф., долгие годы специализировалось на оказании помощи пациентам эндокринологического профиля, в нем впервые в регионе были внедрены витреальная хирургия, дренажная хирургия глаукомы. В настоящее время отделение продолжает активно развиваться, внедряются новые хирургические технологии, включая рефракционную эксимерлазерную хирургию.

Помимо стационарной практики я веду амбулаторный консультативный прием в офтальмологической клинике «Оптик Центр», где есть возможность консультирования пациентов из других регионов России, в том числе с наиболее сложной воспалительной патологией глаза.

– С какими нозологиями чаще всего сталкиваетесь?

– Мои пациенты в большей степени – это взрослое население, а также дети с травмой и воспалительной патологией.

Часто ко мне обращаются пациенты с воспалительными заболеваниями: от конъюнктивы, склеры, роговицы до зрительного нерва и орбиты, особенно часто с внутриглазным воспалением – с увеитами, эндофтальмитами.

Значимую часть составляют пациенты и с дегенеративной и дистрофической патологией сетчатки, включая ВМД, ЦСХ и диабетическую ретинопатию. Также я оказываю помощь при экстренных состояниях, при острых сосудистых патологиях, окклюзиях вен и артерий сетчатки, зрительного нерва, травмах органа зрения.

– Расскажите, пожалуйста, об организации офтальмологической помощи в регионе. Что Вы хотели бы изменить?

– В Челябинске и области нет специализированной офтальмологической клиники, стационарная офтальмологическая помощь осуществляется в нескольких областных и городских многопрофильных стационарах, а также на базе областного противотуберкулезного диспансера и Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины.

Ряд офтальмологических отделений первоначально специализировался на определенной группе офтальмологических заболеваний – в том числе Центр травмы и неотложных состояний, фтизиоофтальмологическое отделение, центр патологии рефракции, офтальмоэндокринологический центр, онкологическое офтальмологическое отделение, детское городское и областное офтальмологическое отделение, в организации которых большую роль сыграли именно сотрудники кафедры офтальмологии УГМАДО, а именно Л.Н. Тарасова, И.Е. Панова, В.Ф. Экгардт, Т.Н. Киселева и О.Г. Поздеева.

Одновременно развиваются частные медицинские клиники, занимающие уже большой сегмент в оказании офтальмологической помощи в регионе, в том числе и высокотехнологичной глазной хирургии.

А проблемы, наверное, общие с другими регионами России: недостаточное количество дорогостоящих препаратов (анти-VEGF-препаратов и имплант дексаметазона), дренажных устройств, донорского материала для кератопластики и т.д.

– Каков уровень оснащения современным оборудованием офтальмологического профиля в регионе? Все ли операции выполняются, или приходится пациентов направлять в другие регионы?

– В регионе в настоящее время внедрено большинство современных технологий диагностики и хирургического лечения, оснащение соответствует высоким требованиям порядков оказания офтальмологической помощи детскому и взрослому населению. Расширяются возможности диагностики и хирургической помощи за счет укомплектования учреждений современным оборудованием: оптическими когерентными томографами, витреоретинальными комбайнами, фемтосекундными, эксимерными и коагуляционными лазерами. Успешно работают офтальмохирурги высокого уровня, осуществляется весь спектр хирургических вмешательств. Но проблемы всегда возникают, в ряде учреждений требуется обновление оборудования.

– Используются ли новейшие технологии в диагностике и лечении пациентов (например, телемедицина)?

– Считаю, что офтальмологическая помощь в Челябинской области оказывается на высоком профессиональном уровне. Конечно, в городах и районах области часто возникают ситуации, когда необходимо посоветоваться с коллегами, определиться с тактикой. При Челябинской областной клинической больнице главный специалист области А.А. Кузнецов проводит телемедицинские консультации для офтальмологов из городов области. Также есть возможность консультаций с федеральными центрами глазных болезней имени Гельмгольца и МНТК «Микрохирургия глаза».

– Елена Александровна, не жалеете ли, что выбрали именно эту профессию?

– Я люблю офтальмологию, до сих пор меня удивляет и восхищает сложность строения глаза, и за все время работы ни разу не усомнилась и не пожалела о своем выборе. Работая с трудными мультидисциплинарными пациентами, каждый раз думаю, как хорошо, что я выбрала именно офтальмологию.

– Есть ли у Вас свободное время? Как его проводите? Чем увлекаетесь, есть ли у Вас хобби?

– Думаю, что, как и у многих коллег, свободного времени очень мало, и чем дальше, тем меньше. Но понимаю, что для восстановления обязательно нужно отвлекаться и переключаться. Стараюсь регулярно заниматься спортом, люблю зимние виды спорта: коньки, горные лыжи. Люблю музыку и театр, особенно балет. Мне нравится путешествовать и открывать новые страны. Меня всегда восхищали горы и море, хотя и родилась в центре материка.

– Поделитесь планами на будущее?

– В планах продолжать развивать направление по лечению воспалительной патологии глаза, которому, на мой взгляд, в России оказывается недостаточное внимание, изучать и внедрять новые технологии молекулярного и клеточного лечения патологии заболеваний глаз.

– Какие рекомендации и советы Вы могли бы дать молодым специалистам?

– Постоянно развиваться, больше читать первоисточники, не бояться задавать вопросы и никогда не думать, что ты уже все знаешь и умеешь. Медицина развивается очень быстро, а офтальмология – особенно высокотехнологичная специальность, поэтому постоянно нужно осваивать что-то новое.

– ОГРОМНЕЙШЕЕ СПАСИБО за приятную, интересную беседу, мы желаем Вам, чтобы все запланированные мероприятия состоялись, а планы реализовались!

Беседовала Т. Лапшина

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ «ЗРИТЕЛЬНЫЙ КОМФОРТ: ОЖИДАНИЕ И РЕАЛЬНОСТЬ» В РАМКАХ КОНФЕРЕНЦИИ «ОСЕННИЕ РЕФРАКЦИОННЫЕ ЧТЕНИЯ – 2022»

11 ноября 2022 г. в рамках конференции «Осенние рефракционные чтения» при поддержке компании Alcon состоялся симпозиум, посвященный актуальным вопросам терапии синдрома сухого глаза (ССГ) и здоровья глазной поверхности.

В ходе мероприятия участники обсудили вопросы распространенности ССГ, влияние различных факторов на развитие заболевания, тактику лечения ССГ, удовлетворенность пациента очками и контактными линзами, а также взаимосвязь заболеваний глазной поверхности и качества зрения.

В дискуссионном клубе приняли участие: Голубев Сергей Юрьевич – врач-офтальмолог, к.м.н., старший научный сотрудник Института медико-биологических проблем РАН, Бржеский Владимир Всеволодович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Светлаков Кирилл Александрович – врач-офтальмолог, специалист по профессиональному обучению и развитию в категории ССГ и здоровье глаз Alcon, модератором секции выступила Захарова Ольга Александровна – врач-офтальмолог, руководитель отдела профессионального обучения и развития подразделения заботы о зрении Alcon.

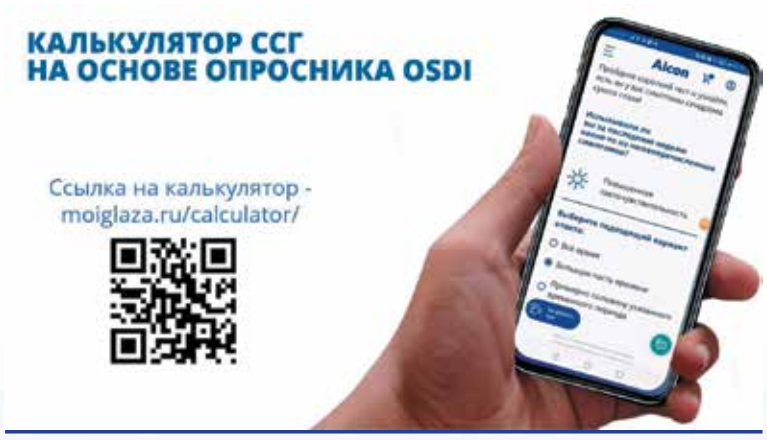


Рис. 1. Калькулятор ССГ на основе опросника OSDI (Ocular Surface Disease Index – Индекс заболеваний глазной поверхности). Калькулятор доступен по ссылке https://www.moiglaza.ru/calculator/ или QR-коду

Рис. 2. Алгоритм диагностики ССГ TFOS DEWS II (Tear Film and Ocular Surface Dry Eye Workshop II, Международное общество экспертов по изучению слезной пленки и глазной поверхности, симпозиум по ССГ II)

С.Ю. Голубев в своем приветственном слове отметил, что для комфорта пациента не всегда достаточно правильно скорректировать аномалию рефракции очками или контактными линзами. В некоторых случаях сохраняется дискомфорт и снижение качества жизни, на которые практикующие врачи не всегда обращают внимание. В этой связи отдельную благодарность лектор выразил компании Alcon за создание научно-информационного проекта Клуба PROфессионалов «МоиГлаза», где всегда можно найти поддержку и необходимую актуальную информацию.

Члены президиума начали симпозиум с обсуждения того, что же такое ССГ. Владимир Всеволодович отметил, что это мультифакториальное заболевание, поражающее слезную пленку и проявляющееся симптомами дискомфорта. Нарушается стабильность слезной пленки, возникает гиперосмолярность слезы и нейросенсорные изменения глазной поверхности.

Сергей Юрьевич обратился также к статистическим данным о распространенности синдрома. По существующим на сегодняшний день данным метаанализа, разброс в этом показателе колоссальный: от 5 до 75% в мире. В РФ, по данным публикаций за 2016–2021 гг., – от 10 до 95%. К сожалению, зачастую сами пациенты не догадываются о развитии у них ССГ, так как не связывают наличие сухости с какой-либо патологией. Согласно независимому отраслевому исследованию среди населения, 16% не знают, что такое ССГ, 61% считают, что у них его нет, и только 23% подтверждают его наличие.

Захарова Ольга Александровна рассказала, что диагностика ССГ становится все проще и удобнее благодаря наличию современных технологий. Калькулятор ССГ на основе опросника OSDI (Ocular Surface Disease Index – Индекс заболеваний глазной поверхности) доступен специалистам на сайте Клуба PROфессионалов «МоиГлаза» (*рис. 1*).

OSDI является полезным инструментом-опросником для оценки степени поражения глазной поверхности пациента, имеющим формализованную схему оценки и выдающим результат в баллах, который и интерпретирует врач-офтальмолог. Опросник помогает оценить состояние на момент прохождения и сравнить с предыдущими данными для оценки динамики, удобен для использования на амбулаторном приеме. Нормой по шкале OSDI считается результат до 12 баллов. Цифры выше этого порога говорят о наличии ССГ разной степени выраженности.

Особенно распространен в современном мире так называемый «компьютерный зрительный синдром» (КЗС). Именно ССГ является основной причиной развития КЗС. Светлаков К.А. объяснил, что он включает в себя нарушение моргания, увеличение испарения слезы, нарушение стабильности слезной пленки, появление аберраций и, как результат, симптомы ССГ и астенопии. В свою очередь Бржеский В.В. подчеркнул, что КЗС довольно часто встречается у детей (до 20%).

Однако иногда случается так, что коррекция очками или контактными линзами выполнена правильно, а пациент снова недоволен. Что же может послужить причиной ССГ помимо неверной коррекции аномалии рефракции? Сергей Юрьевич отметил, что зачастую это особенности современного образа жизни, отягощающие данную проблему. Это и сухой, загрязненный воздух, наличие кондиционеров и центрального отопления, увеличение экранного времени, диета и неполноценное питание, употребляемые лекарственные препараты, а также мягкие контактные линзы (МКЛ) и возможные перенесенные офтальмологические операции.

Как заметил Кирилл Александрович, хирургия может усилить симптомы ССГ: до 79% пациентов испытывают дискомфорт сразу после операции, связанной с предшествующей хирургией катаракты, а также после рефракционных операций. Через месяц после вмешательств эти цифры увеличиваются – 92 и 59% соответственно.

Именно поэтому ССГ очень важно вовремя диагностировать. Одним из «золотых стандартов» диагностики, по мнению спикеров, является алгоритм TFOS DEWS II (*рис. 2*). В 2007 г. Tear Film and Ocular Surface Society (TFOS, Международное общество экспертов по изучению слезной пленки и глазной поверхности) опубликовало доклад Международной рабочей группы TFOS по ССГ, который стал широко известен как TFOS DEWS (Dry Eye Workshop). Спустя 10 лет в июльском выпуске 2017 г. The Ocular Surface был опубликован отчет TFOS DEWS II, доклад II Международной рабочей группы TFOS по «сухому глазу» с новыми выводами и рекомендациями.

Алгоритм диагностики, представленный на *рис. 2*, включает в себя скрининг (опросник OSDI) и маркеры гомеостаза: время разрыва слезной пленки менее 10 с, оценку осмолярности и результаты окрашивания поверхности роговицы красителями. После чего проводится диагностика подтипа ССГ: с увеличением испарения (нарушение липидного слоя, дисфункция мейбомиевых желез) или дефицитом водного компонента (сниженный объем слезы). Зачастую присутствует и микст-форма, сочетающая оба подтипа.

Переходя к вопросам лечения, Сергей Юрьевич отметил, что при любом виде ССГ необходим слезозаменитель. Помимо них, согласно алгоритмам ASCRS, применяется противовоспалительная терапия (кортикостероиды, цитостатики, антибиотики), лечение заболеваний век (компрессы, массаж, омега-3 добавки), а также более радикальные методики (аутоплазма, амниотическая мембрана).

При выборе слезозаменителя важно учитывать вид и степень тяжести заболевания. Кирилл Александрович подтвердил, что линейка препаратов Систейн включает слезозаменители для разных форм ССГ. Отличительная особенность Систейн® – трансформационный эффект: препарат имеет низкую вязкость во флаконе, а на поверхности глаза вязкость повышается пропорционально степени тяжести ССГ. Такая уникальная структура достижима благодаря наличию в составе препаратов Систейн® натурального компонента гидроксипропилгуар (ГП-Гуар). Гуар формирует эластичный гелевый пластырь на глазной поверхности, длительно удерживая активные компоненты.

Активные компоненты линейки Систейн® подобраны для ССГ различной степени тяжести (*рис. 3*).

- Систейн® Ультра обеспечивает быстрое действие благодаря содержанию демульцентов – смягчающих веществ, устраняющих раздражение.

Рис. 3. Линейка препаратов Систейн компании Алкон®: в основе уникальной формулы ГП-Гуар и различные активные компоненты

Рис. 4. Индивидуальные особенности состава каждого из препаратов линейки Систейн® позволяют добиться необходимого результата у пациентов с различными видами и этиологией ССГ

Рис. 5. Новая категория материалов МКЛ, разработанная Alcon, позволяет создать линзы, приближенные по свойствам к глазной поверхности

- Систейн® Ультра Плюс с двойной формулой сочетает 2 природных полисахарида – гиалуроновую кислоту и Гуар для более длительного увлажнения.
- Систейн® Баланс содержит липиды и фосфолипиды для восстановления липидного слоя, который страдает при дисфункции мейбомиевых желез.
- Систейн Гель с увеличенной концентрацией Гуара обеспечивает более длительную защиту при выраженных симптомах ССГ.

Сергей Юрьевич напомнил, что защиту от контаминации и стабильность формулы Систейн® обеспечивает безопасный консервант – поликвад. Данное вещество не содержит гидрофобных участков и потому не проникает в клетки эпителия, а высокий молекулярный вес позволяет избежать цитотоксичности. Индивидуальные особенности состава каждого из препаратов позволяют добиться нужного эффекта у различных групп пациентов (*рис. 4*).

Ольга Александровна добавила, что пользователи мягких контактных линз (МКЛ) также часто страдают от симптомов ССГ. Инновационные технологии контактной коррекции позволяют предотвращать появление ощущения сухости в течение дня. Например, технология МКЛ с высокогидрофильной поверхностью компании Alcon® создает на поверхности силикон-гидрогелевой линзы оболочку из ультрамягкого высокогидрофильного геля, влагосодержание которого достигает 99,6%. Структура гелевого слоя на поверхности линзы приближена к свойствам эпителия роговицы, который также покрыт гелеобразным слоем муцинов – гликокаликсом. Речь идет о МКЛ Dailies TOTAL1® и PRECISION1® (*см. рис. 5*).

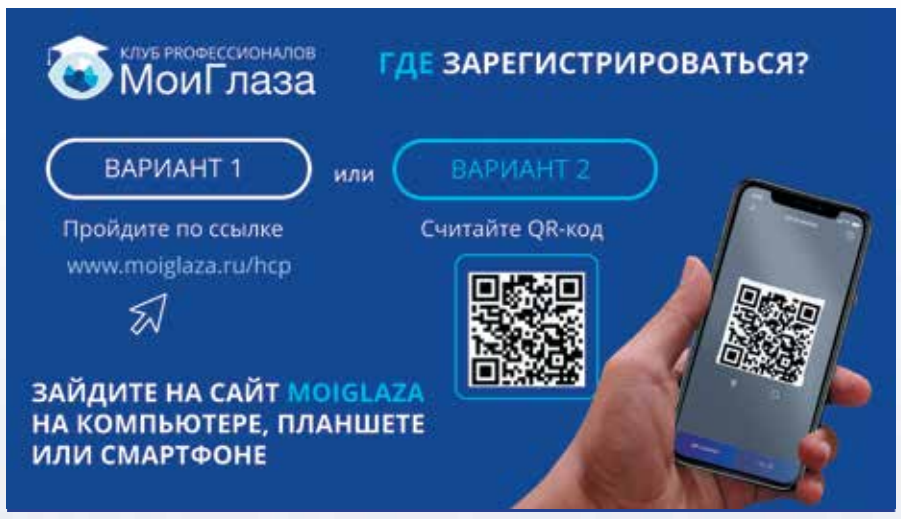


Рис. 6. Клуб PROФессионалов «МоиГлаза» – научно-информационный ресурс для офтальмологов, оптометристов и офтальмохирургов

В заключение Сергей Юрьевич подчеркнул, что ССГ был и остается острой проблемой в современном мире, имеющей тенденцию усугубляться с возрастом и течением времени. Именно поэтому его своевременная диагностика и лечение особенно важны. Помочь в этом практикующему врачу может научно-информационный ресурс от Alcon, где собраны полезные материалы и инструменты. Акутальные научные новости по офтальмологии и офтальмохирургии, расписание мероприятий, калькулятор для диагностики ССГ и многое другое (*рис. 6*). Для регистрации пройдите по ссылке *https://www.moiglaza.ru/hcp/*

Белодедова Александра Владимировна, к.м.н., врач-офтальмолог, преподаватель Института НПО ФГАУ «НМИЦ «МНТК Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ

ИНТЕРАКТИВНАЯ СЕССИЯ: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ И ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

25 ноября 2022 г. в рамках «Пироговского офтальмологического форума 2022» при поддержке компании «Сентисс» был проведен симпозиум, посвященный вопросам фармакологического сопровождения офтальмохирургических операций. «Сентисс» предлагает полный спектр препаратов для до- и послеоперационного ведения пациентов – современные антибиотики, стероидные и нестероидные противовоспалительные средства, слезозаместители. Компания «Сентисс» сохраняет свои позиции на российском рынке и остается верной нашему общему делу – лечению пациентов и предоставлению им качественной высокоэффективной помощи.

ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ

Д.м.н., профессор **Дмитрий Юрьевич Майчук** (Москва) представил новый для нашей страны противовоспалительный препарат – Флоас Моно (фторметолон 0,1%). «“Сентисс” – это компания, которая нас слушает и слышит, – сказал Дмитрий Юрьевич, открывая заседание симпозиума. – Фторметолон уже более четырех десятилетий успешно используется за границей. Наши офтальмологи тоже давно ждали этот препарат, но только компания «Сентисс» пошла нам навстречу и стала производить его для российского рынка».

Фторметолон 0,1% в форме глазных капель зарегистрирован в России 28 июля 2022 г. под торговым наименованием Флоас Моно. Показания к его применению – лечение воспалительных заболеваний конъюнктивы, роговицы, переднего отрезка глаза (в том числе аллергические конъюнктивиты, синдром сухого глаза, после оперативных вмешательств). Это единственный глюкокортикоид, разрешенный к применению у детей с двух лет.

Противовоспалительный эффект фторметолона сопоставим с действием дексаметазона при сроке наблюдения 4 недели (Kim J. и соавт., 2018) (*рис. 1*). Огромный плюс фторметолона – то, что при его применении меньше риск повышения внутриглазного давления (ВГД). По результатам исследования Stewart R.H. и соавт. (1984), число пациентов, не достигших повышения ВГД на 10 мм рт. ст., при использовании фторметолона в 2 раза больше, чем при использовании дексаметазона (*рис. 2*). Фторметолон тоже может повышать ВГД, но случается это, во-первых, реже, а во-вторых, намного позже, чем на фоне применения дексаметазона. То есть фторметолон наиболее предпочтительный стероид с точки зрения влияния на ВГД.

По рекомендациям ESCRS, схема ведения пациентов после удаления катаракты включает три монопрепарата – глюкокортикоид, антибиотик и нестероидное противовоспалительное средство (НПВС). «Сентисс» предлагает все необходимое в соответствии с этими рекомендациями: препараты Флоас Моно® (фторметолон 0,1%), Сигницеф® (левофлоксацин 0,5% – фторхинолон 3-го поколения) и Броксинак® (бромфенак 0,09%). Д.м.н., профессор **Ринат Рустамович Файзрахманов** (Москва) подтвердил эффективность данной схемы: «Важным моментом является выбор антибиотика. Риск резистентности микроорганизмов к фотохинолонам третьего поколения минимальный, поэтому Сигницеф® – отличный выбор даже в осложненных случаях. А Броксинак® мы любим за его удобный режим дозирования – всего 1 раз в сутки».

Рис. 1. Противовоспалительный эффект фторметолона сопоставим с противовоспалительным действием дексаметазона (Kim J. и соавт., 2018)

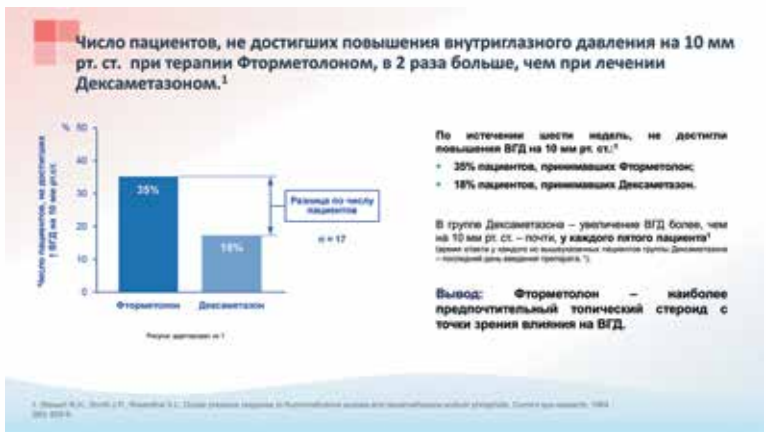


Рис. 2. Фторметолон значительно реже, чем дексаметазон, повышает внутриглазное давление (Stewart R.H. и соавт., 1984)

Самые распространенные осложнения после экстракции катаракты, с которыми можно столкнуться в позднем послеоперационном периоде, – усугубление синдрома сухого глаза (ССГ), манифестация нитчатого кератита, обострение аллергического конъюнктивита и инфекционные осложнения, возникающие, как правило, на фоне ССГ. Фторметолон поможет справиться с большинством из этих осложнений. «Фторметолон идеален для лечения синдрома сухого глаза, – подчеркнул Дмитрий Юрьевич. – Он усиливает экспрессию муцинов в эпителии роговицы и конъюнктивы, уменьшает сухость глаз и ускоряет процесс восстановления глазной поверхности. Благодаря фторметолону муцины лучше стабилизируют и удерживают слезную пленку, защищают глазную поверхность от трения и уменьшают механическое раздражение глаз во время моргания».

РОЛЬ НПВП В ПРОФИЛАКТИКЕ КИСТОЗНОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ

Д.м.н., профессор **Михаил Михайлович Шишкин** (Москва) коснулся темы профилактики такого осложнения хирургии катаракты, как кистозный макулярный отек (КМО). Основной теорией развития КМО после удаления катаракты является теория воспаления. По мнению многих ученых, хирургическая травма индуцирует синтез простагландинов, провоспалительных цитокинов, свободных радикалов, что способствует нарушению микроциркуляции в сетчатке и хориоидее и развитию экссудативного воспаления (Irvine A.R., Norton E.W.D. и соавт.). Техника современной хирургии становится все менее инвазивной, и частота развития КМО снижается (с 6–8% после экстракапсулярной экстракции до 0,1–2,35% после факоэмульсификации), но проблема воспаления все равно остается. Chen H. и соавт. (2015) показали, что уровень провоспалительных цитокинов во влаге передней камеры значительно повышается даже после фемтосекундного этапа факохирургии. Это означает, что даже минимальное вмешательство сопровождается воспалительным ответом. Liu Y. и соавт. (2004) отметили, что воспалительная реакция в виде опалесценции влаги передней камеры при осложненных катарактах, например, при сахарном диабете, значительно сильнее, чем в неосложненных случаях. При этом признаки воспаления сохраняются даже через 3 месяца после операции.

Очевидно, что воспаление нужно купировать. Первым нестероидным противовоспалительным препаратом (НПВП) для местного применения в офтальмологии был индометацин (Miyake K. и соавт., 1978). Сейчас на фармакологическом рынке представлен более широкий ассортимент, но среди этого разнообразия можно отметить препарат с уникальными свойствами – бромфенак (Броксинак®).

Рис. 3. Уникальные свойства бромфенака обусловлены наличием брома в химической формуле (Baklayan G.A. и соавт., 2008; Sancilio L.F. и соавт., 1987)

Рис. 4. Бромфенак обладает мощным противовоспалительным действием

Отличительные особенности бромфенака

- Бром усиливает липофильность молекулы, что увеличивает проникающую способность и увеличивает глубину и скорость пенетрации препарата в ткани (*рис. 3*).
- Бром продлевает анальгезирующее и противовоспалительное действие до 24 часов.
- Бромфенак избирательно блокирует только циклооксигеназу-2 (ЦОГ-2), которая активизирует патологические процессы, и не блокирует ЦОГ-1, которая играет защитную роль.

Бромфенак обладает мощным противовоспалительным действием. Бромфенак в 3,7 раза активнее, чем диклофенак, и в 6,5 раза активнее, чем амфенак, в подавлении ЦОГ-2 (*рис. 4*). Бромфенак обладает самой низкой ингибирующей концентрацией среди других НПВП, то есть противовоспалительный эффект достигается минимальным количеством препарата. Броксинак® легко преодолевает липидный слой слезной пленки и проникает даже в сетчатку и хориоидею. Kida T. и соавт. (2014) показали, что концентрация бромфенака в сетчатке и хориоидее остается достаточной для ингибирования ЦОГ-2 в течение долгого времени. Ученые полагают, что препарат проникает в глубокие ткани глаза через каналы в полости стекловидного тела. Kessel L. и соавт. (2014) обнаружили, что НПВП гораздо более эффективны в профилактике КМО после неосложненной факоэмульсификации катаракты, чем стероиды (*рис. 5*). А Endo N. и соавт. (2010) продемонстрировали более высокую противовоспалительную эффективность бромфенака по сравнению со стероидами по результатам оценки опалесценции влаги передней камеры (*рис. 6*).

Очень важным преимуществом Броксинака® является кратность его применения – всего 1 раз в сутки. Действительно ли этого достаточно для профилактики послеоперационного воспаления? Abaklyan G. и соавт. (2014) методом жидкостной хромато-масс-спектрометрии показали, что концентрация 0,09% бромфенака во влаге передней камеры через 24 часа после

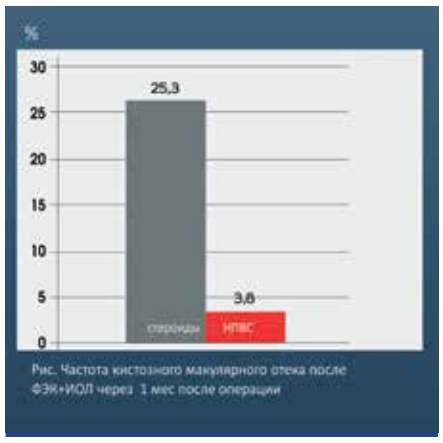


Рис. 5. НПВП более эффективны в предотвращении развития кистозного макулярного отека, чем стероиды (Kessel L. и соавт., 2014)

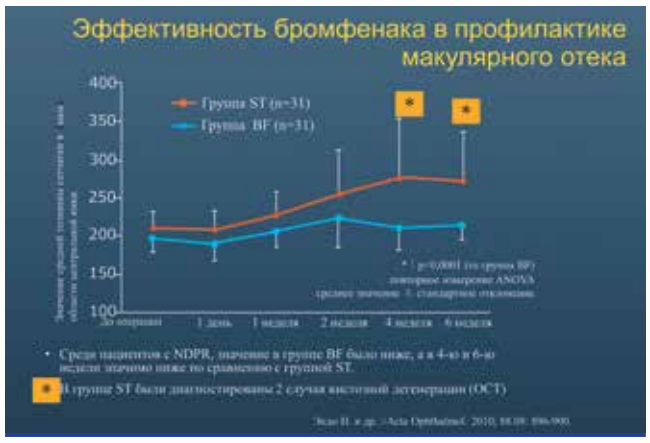


Рис. 6. Эффективность бромфенака в предотвращении макулярного отека в сравнении со стероидами (Endo N. и соавт., 2010)

Рис. 7. Броксинак® применяется 1 раз в сутки

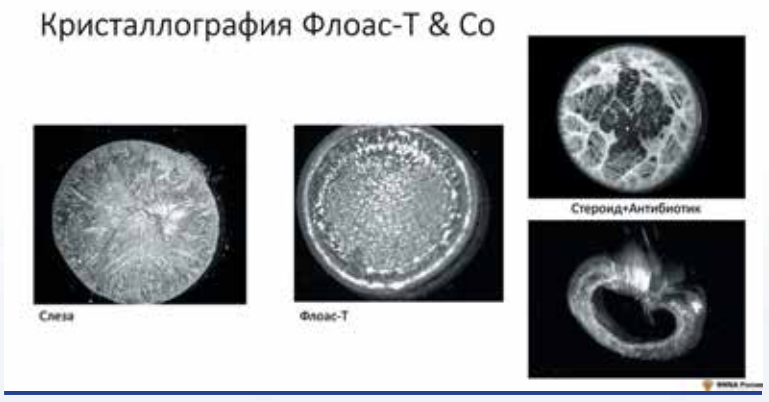


Рис. 8. Кристаллография Флоас-Т® напоминает кристаллографию естественной слезы

однократной инстилляции становится чуть ниже терапевтической, однако к 5-му дню лечения она достигается за счет кумулятивного эффекта. По клиническим исследованиям однократный режим дозирования ничуть не уступает двукратному – ни в отношении послеоперационной боли, ни в отношении опалесценции влаги передней камеры.

В 2010 г. американская FDA одобрила применение 0,09% бромфенака для однократных инстилляций в сутки для уменьшения воспаления и боли после хирургии катаракты (*рис. 7*).

Преимущества однократного дозирования в сутки препарата Броксинак®:

- минимизация негативного действия основного действующего вещества на ткани глаза;
- минимизация негативного воздействия на ткани глаза вспомогательных компонентов (консерванта и других вспомогательных веществ);
- снижение риска нежелательных реакций на лекарство;
- потенциальное повышение комплаенса;
- повышение качества жизни и удобство для пациента.

Подытоживая свое выступление, Михаил Михайлович еще раз подчеркнул уникальность Броксинака®. Особенности строения молекулы бромфенака обеспечивают его быстрое проникновение во внутренние структуры глаза. Бромфенак быстро купирует воспаление и болевой синдром при наименьшем числе инстилляций. Кратность применения Броксинака® 1 раз в сутки является оптимальной и обеспечивает надежную профилактику макулярного отека.

СТЕРОИДЫ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

К.м.н., витреоретинальный хирург **Сергей Геннадьевич Сергушев** (Москва) продолжил тему послеоперационного ведения пациентов. «Мы ценим кортикостероиды за их хороший противовоспалительный эффект, однако всегда назначаем их с осторожностью и вынуждены более тщательно наблюдать за пациентами, применяющими стероиды, – отметил он. – Это связано с их побочными эффектами: иммуносупрессия, катарактогенез, ятрогенная офтальмогипертензия, гипергликемия и негативное влияние на глазную поверхность. Часть этих вопросов успешно решена благодаря появлению в нашей стране нового стероида – фторметолона».

Химическая формула фторметолона определяет его особые свойства. Атом фтора в молекуле лекарства увеличивает его противовоспалительную активность. В 21-м положении молекулы препарата отсутствует -OH-группа, благодаря чему у фторметолона в отличие от дексаметазона нет выраженной склонности к повышению ВГД. У фторметолона и дексаметазона разный механизм действия. В основе повышения ВГД, вызванного дексаметазоном, лежат механизмы транс-активации (активации транскрипции *противо*воспалительных генов) и механизмов транс-торможения. Трансактивация противовоспалительных генов трабекулярной сети ведет к экспрессии фибронектина, миоцилина, коллагена I-го типа, снижению количества гладкомышечного актина. В результате под действием дексаметазона в трабекулярной сети происходят значительные изменения, которые ведут к ухудшению оттока внутриглазной жидкости. А в основе действия фторметолона лежат только механизмы транс-торможения (торможения транскрипции *про*воспалительных генов). Это не сопровождается повышением ВГД.

В сравнении с дексаметазоном фторметолон в 7,5 раза (!) реже повышает ВГД у пациентов с глаукомой (Akingbehin A.O., 1983), что делает его предпочтительным стероидом для пациентов с глаукомой. «Как витреоретинальный хирург, – отметил Сергей Геннадьевич, – могу сказать, что это верно не только в отношении глаукомы. Фторметолон оптимален для купирования воспаления и для пациентов после витреоретинальных операций, у которых тампонада витреальной полости может сопровождаться эмульгированием силиконового масла, что также может ухудшать отток внутриглазной жидкости. Добавлю, что повышение ВГД если и возникает на фоне инстилляций фторметолона, то в последующем постепенно купируется после 2-й недели его применения. Стероиды остаются необходимыми к назначению после витреоретинальных вмешательств, так как они помогают блокировать фиброзную пролиферацию под силиконовым маслом, и здесь я делаю выбор в пользу фторметолона».

Еще одна проблема, с которой хирурги часто сталкиваются после операции, – обострение синдрома сухого глаза. Фторметолон модулирует экспрессию генов, отвечающих за синтез муцинов на глазной поверхности. Данные показывают, что фторметолон увеличивает экспрессию генов *MUC1, MUC4, MUC16* и *MUC19* в эпителии роговицы и конъюнктивы за счет активации глюкокортикоидных рецепторов. Повышенная секреция муцинов дополняет противовоспалительный эффект фторметолона и способствует благоприятному влиянию препарата на состояние глазной поверхности.

«Мы проверили препарат Флоас-Т® (тобрамицин + фторметолон) методом кристаллографии, – сказал Сергей Геннадьевич, – и обнаружили, что Флоас-Т® более близок к естественной слезной пленке и меньше нарушает ее структуру, чем другая известная комбинация тобрамицина с дексаметазоном (*рис. 8*). Это объясняет хорошую переносимость препарата. Кроме того, мы проверили уровень гликемии после витреоретинальных операций у пациентов с сахарным диабетом. Мы обследовали пациентов с компенсацией и субкомпенсацией содержания глюкозы в крови, которые закапывали либо дексаметазон, либо фторметолон. Дексаметазон действительно значительно чаще вызывал повышение гликемии, чем фторметолон, особенно у пациентов с субкомпенсированным диабетом, что регистрировалось к 4-м суткам лечения. Об этом тоже нужно помнить и отдавать предпочтение фторметолону у пациентов с сахарным диабетом».

Таким образом, фторметолон и дексаметазон обладают сходной противовоспалительной эффективностью, но фторметолон значительно меньше влияет на уровень ВГД, практически не влияет на уровень гликемии, повышает выработку муцинов и хорошо переносится пациентами. Поэтому фторметолон предпочтителен у пациентов с глаукомой, с силиконовой тампонадой и у пациентов с сахарным диабетом, а также у ряда других категорий пациентов.

Материал подготовила
офтальмохирург,
к.м.н. Михайлова Т.Н.

НОВЫЙ КОРТИКОСТЕРОИД ФТОРМЕТОЛОН УЖЕ В РОССИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ОФТАЛЬМОЛОГА

В рамках II Всероссийской конференции с международным участием «Воспаление глаза», проходившей в Москве 12 ноября 2022 г., фирмой «Sentiss» был организован симпозиум на тему «Новый кортикостероид фторметолон уже в России: перспективы для практикующего офтальмолога». В рамках мероприятия с докладами выступили: д.м.н., профессор Зырянов С.К. (Москва), д.м.н. Майчук Д.Ю. (Москва), д.м.н., профессор Бржеский В.В. (Санкт-Петербург) и д.м.н., профессор Николаенко В.П. (Санкт-Петербург). Важно отметить, что для рассмотрения данного вопроса с разных сторон компания пригласила для участия в симпозиуме специалистов нескольких направлений (клиническая фармакология, терапевтическая офтальмология, хирургическая офтальмология).

Первый доклад на тему «От международной практики к возможностям в РФ. Мнение клинического фармаколога» представил заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии РУДН, заместитель главного врача по терапии ГКБ № 24 ДЗ д.м.н., профессор **Зырянов Сергей Кенсаринович.**

К топическим глюкокортикоидам относятся гидрокортизон, дексаметазон, фторметолона ацетат. Каждый класс препаратов обладает своей эффективностью и своей безопасностью, имеет свои отличительные признаки. Любой глюкокортикоид имеет отличия, которые выделяют его среди других лекарственных препаратов. Как же нам достичь того, чтобы топический ГК стремился к идеальному? Нам нужно сделать так, чтобы, с одной стороны, мы получили максимальное противовоспалительное действие, а с другой – избегать местных и системных нежелательных реакций. Сделать это можно разными путями: повысить связывание с рецепторами, уменьшить системную доступность, увеличить период полувыведения и т.д. Достигается это тоже известными путями: чтобы модифицировать молекулу, нужно внести в нее химические изменения, что повысит сродство к рецептору, устойчивость к метаболизму, липофильность и проницаемость тканевых и клеточных барьеров.

В настоящее время, если ранжировать лекарственные препараты, относящиеся к топическим стероидам, то очевидно, что эти препараты обладают нежелательными значимыми побочными реакциями, среди которых повышение внутриглазного давления – это наиболее важный фактор, который ограничивает их применение. Наиболее выраженным влиянием на внутриглазное давление (ВГД) обладает молекула дексаметазона, далее по убывающей: преднизолон, дексаметазон в меньшей концентрации, что не окажет нужного противовоспалительного действия, и внизу списка молекула фторметолона (*рис. 1*). Таким образом, риски повышения ВГД значительно выше при использовании дексаметазона. С чем же связано различное влияние препаратов на уровень ВГД? Дело в том, что молекула фторметолона – это та молекула, которая была химически модифицирована следующим образом: добавление

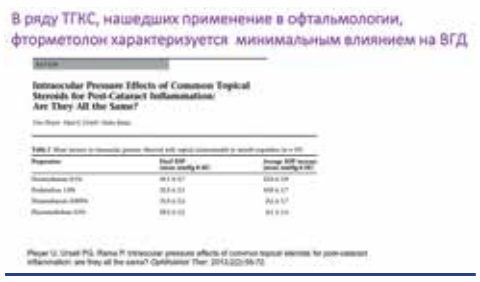


Рис. 1. Сравнение влияния препаратов на уровень ВГД

Рис. 2. Строение молекулы фторметолона

метильного радикала (–CH_3); атома (-ов) галогена (хлора и/или фтора); проведение эстерификации – присоединение остатков органических кислот (-ацетат, -валерат, -бутират, -пивалат и др.). Таким образом, изменены фармакологические свойства молекулы фторметолона, изменен профиль ее безопасности (*рис. 2*).

Было изучено влияние на глюкокортикоидные рецепторы. Глюкокортикоиды – это уникальные лекарственные препараты, которые имеют достаточно много путей реализации своих эффектов, это так называемые внегеномные и геномные эффекты, связанные с действием на ядро (*рис. 3*). Геномные эффекты в результате действия глюкокортикоидов развиваются далеко не сразу, то есть результат мы получим примерно через 48–72 часа после их применения.

Рис. 3. Механизм действия топических глюкокортикоидов

Глюкокортикоиды оказывают два выраженных эффекта: влияние на синтез провоспалительных цитокинов (уменьшают их продукцию) и на синтез противовоспалительных цитокинов (увеличивают их продукцию). Однако проще всего не допустить продукцию провоспалительных цитокинов. В идеале противовоспалительный препарат должен обладать следующими свойствами: влиять на процесс трансрепрессии (подавление «воспалительных» генов) и не влиять на процесс трансактивации (продукция «антивоспалительных» белков). А в основе механизма повышения

Рис. 4. Механизм повышения ВГД, вызванного дексаметазоном

ВГД, вызванного дексаметазоном, лежат механизмы трансактивации (*рис. 4*).

Таким образом, отметим следующие особенности препаратов:

1. в фармакологическом действии дексаметазона в равной мере задействованы два механизма: трансактивации и трансрепрессии;
2. это определяет выраженные супрессирующие свойства дексаметазона на воспаление, иммунный ответ. В то же время служит причиной отмеченного влияние дексаметазона на ВГД;
3. фторметолон, по-видимому, преимущественно использует механизм трансрепрессии воспалительного ответа;
4. сберегающее действие фторметолона на внутриглазное давление объясняется особенностями его химической структуры.

Важно отметить, что фторметолон обладает еще и уникальными свойствами: наряду с известными противовоспалительными свойствами он усиливает экспрессию муцинов MUC1, MUC4, MUC16 и MUC19 в эпителии роговицы и конъюнктивы и может использоваться для лечения синдрома сухого глаза.

В рамках симпозиума выступил зав. отделом терапевтической офтальмологии ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ д.м.н. **Майчук Дмитрий Юрьевич** с докладом на тему «Опыт применения фторметолона и его комбинации в лечении воспаления переднего отрезка глаза».

Несколько производителей лекарственных препаратов представляют молекулу фторметолона. В настоящее время существует два препарата Флоас-Т® и Флоас Моно. Сочетание фторметолона с тобрамицином – это комбинированный препарат Флоас-Т® – появился в России в 2021 г. и применяется уже около года. Препарат Флоас Моно зарегистрирован в России 28 июля 2022 г., появился на российском рынке в декабре 2022 г. Важно отметить, что это единственный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2 лет.

Дмитрий Юрьевич отметил, что видит потенциал в применении препаратов Флоас-Т® и Флоас Моно в чистом виде или в комплексной терапии при следующих заболеваниях:

- бактериальный конъюнктивит;
- аллергический конъюнктивит;
- синдром сухого глаза в начале лечения;
- хронический конъюнктивит без четко выраженной этиологии – в начале лечения;
- блефарит;
- халязион или ячмень;
- после хирургических вмешательств – экстракция катаракты, противоглаукомные операции, лазерные операции на глазном дне, операции на веках;
- у пациентов с глаукомой при необходимости временного использования кортикостероидов;
- нитчатый кератит;
- после процедур на веках – IPL, массаж век.

Далее представлены типы пациентов, которым рекомендовано ***назначение Флоас-Т®***, среди них пациенты с синдромом сухого глаза в сочетании с дерматитом, синдром сухого глаза в начале терапии, синдром сухого глаза через 3 месяца после проведения факоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ, кератит с активной неоваскуляризацией, подострый конъюнктивит неясной этиологии, состояние глаза после перенесенного COVID-19, а также в составе комплексной терапии лекарственной аллергии на противоглаукомные капли (*рис. 5–7*).

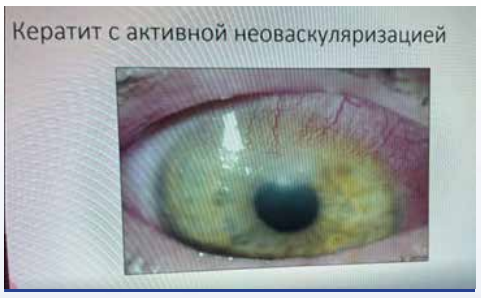


Рис. 5. Кератит с активной неоваскуляризацией

Рис. 6. Подострый конъюнктивит неясной этиологии

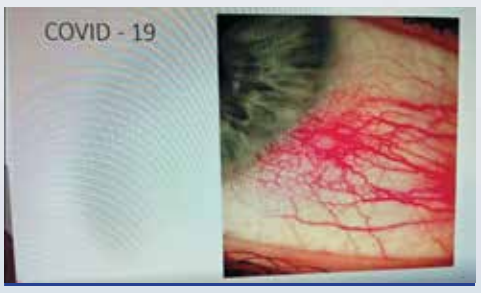


Рис. 7. Состояние глаза после перенесенного COVID-19

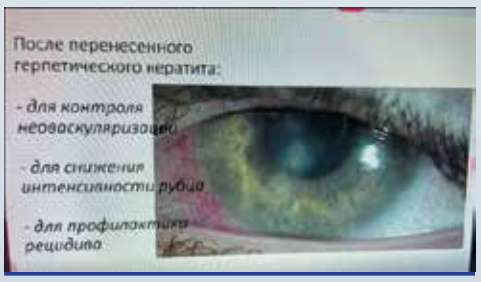


Рис. 8. Состояние после перенесенного герпетического кератита

Рис. 9. Кератит Тайджесона

Далее были показаны типы пациентов, которым рекомендовано назначение Флоас Моно. Среди них пациенты после перенесенного герпетического кератита, кератита Тайджесона, аденовирусного кератита, при хроническом фолликулезе конъюнктивы, при детских аллергозах, в составе терапии при лекарственной аллергии на противоглаукомные капли (*рис. 8–11*).

Рис. 10. Инфильтраты после аденовирусного кератита

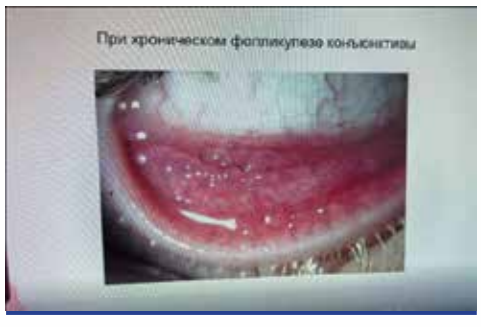


Рис. 11. Хронический фолликулез конъюнктивы

Доклад на тему: «Глюкокортикоиды в лечении синдрома сухого глаза. Отечественный и зарубежный опыт» представил заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии д.м.н., профессор **Бржеский Владимир Всеволодович.**

Основные возможности противовоспалительной терапии ССГ:

- глюкокортикоидные препараты;
- нестероидные противовоспалительные средства (бромфенак, диклофенак и др.);
- системное применение антибиотиков тетрациклинового ряда (тетрациклин, доксициклин);
- Омега-3-6-ПНЖК;
- инновационные препараты с различным механизмом действия: лифитеграст, регенерекс, мапракорат, резольвикс, лубрицин;
- иммунокорригирующая терапия (циклоспорин, такролимус).

В ходе исследования, проведенного под руководством д.м.н., профессора Бржеского В.В., установлена высокая клиническая эффективность 0,01% раствора дексаметазона фосфата в растворе поливинилпирролидона, обладающего выраженным местным противовоспалительным эффектом в лечении ССГ различной этиологии. Полученные результаты вселяют надежду на широкие перспективы клинического применения разработанного препарата в лечении больных с ССГ различной этиологии.

Появившийся на российском рынке препарат Флоас Моно с молекулой фторметолона способен модулировать экспрессию генов, отвечающих за синтез муцинов на глазной поверхности. Муцины слезной пленки делятся на трансмембранные и секреторные. Применение фторметолона статистически значимо увеличивает экспрессию муцинов в эпителиальных клетках конъюнктивы и роговицы, что может являться дополнительным преимуществом его применения с целью нормализации состояния глазной поверхности при воспалительных заболеваниях глаз.

Фторметолон 0,1% помогает быстро и эффективно облегчить симптомы и признаки ССГ средней и тяжелой степени.

Таким образом, местное назначение глюкокортикоидов в комплексной терапии ксероза глазной поверхности позволяет:

- купировать сопутствующий воспалительный процесс в тканях глазной поверхности;
- стимулировать синтез муцинов и повысить стабильность слезной пленки;
- уменьшить выраженность субъективного симптомокомплекса роговично-конъюнктивального ксероза.

При длительном назначении глюкокортикоидов пациентам с ССГ следует учитывать их побочные эффекты: угнетение репаративной регенерации, особенно при наличии деструктивного процесса в роговице (обширная эрозия, язва роговицы), повышение офтальмотонуса.

Заключительный доклад на тему «Периоперационное ведение пациентов после хирургии глаукомы» представил д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета СПБГУ **Николаенко Вадим Петрович.**

Сохранение зрительных функций при глаукоме пока достигается единственно доказанным способом – снижением внутриглазного давления, первым основным этапом которого является медикаментозный. В случае недостаточного эффекта консервативной и лазерной терапии приходится прибегать к хирургическим методам лечения глаукомы, в связи с чем возникает закономерный вопрос о возможном влиянии предшествующей нередко многолетней интенсивной фармакологической нагрузки на состояние глазной поверхности, особенно если предполагается выполнение операции. Существуют исследования, доказывающие причинно-следственную связь между длительным консервативным лечением глаукомы и неудачами ее хирургического лечения. Первым важным условием успешного проведения гипотензивной операции является назначение пациенту эффективной и щадящей глазную поверхность терапии, которая предполагает знание особенности взаимодействия гипотензивных молекул с глазной поверхностью.

Длительная (не менее 1 года) местная терапия бета-блокаторами, альфа-агонистами, миотиками, а также их комбинациями существенно повышает риск утраты фильтрации после гипотензивных операций.

Бензалкония хлорид (0,004–0,02%) – это наиболее распространенный консервант в глазных лекарственных средствах, в том числе для лечения глаукомы. Он оказывает следующее влияние на глазные ткани: повреждение эпителия роговицы и воспалительная инфильтрация конъюнктивы; активация липооксигеназы, синтез и секреция эйкозаноидов, воспалительных медиаторов и цитокинов; дозозависимое прекращение клеточного роста, апоптоз и некроз клеток, повреждение трабекулярной сеточки. Все это приводит к снижению эффективности гипотензивных операций.

Границы эффективной гипотензивной терапии:

- если гипотензивный эффект монотерапии в среднем составляет 7 мм рт. ст., то добавление второго препарата сопровождается снижением ВГД еще на 3 мм рт. ст., третьего – всего на 1–2 мм рт. ст., а четвертого – отсутствием аддитивного эффекта при усугублении нежелательных побочных реакций;
- если добавление в схему лечения четвертого препарата сопровождается гипотензивным эффектом, это свидетельствует о неэффективности одного из ранее назначенных лекарственных средств;
- грубой ошибкой является попытка избежать хирургии путем назначения лечения, включающего все основные группы гипотензивных средств – простагландины, бета-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы, адреномиметики;
- оптимальная гипотензивная терапия – это сочетание бесконсервантного аналога простагландинов + бета-блокатора + ингибитора карбоангидразы.

Предоперационная подготовка к антиглаукомной операции включает:

1. переход на бесконсервантные гипотензивные препараты за 1 месяц до планируемой операции (период «вымывания» бензалкония хлорида);
2. назначение бесконсервантных слезозаменителей за 1 месяц до операции;
3. 0,1% дексаметазон или 0,1% фторметолон (Флоас Моно) по 1 капле 4 раза в сутки 2 недели до операции;
4. дополнение терапии 0,09% раствором бромфенака (Броксинак®);
5. 1–2 раза в сутки за 2 недели до операции при выраженных симптомах и клинических признаках заболевания глазной поверхности;
6. опционально: циклоспорин 0,05% 2 раза в сутки;
7. доксициклин 0,1 г в сутки.

Послеоперационное лечение пациентов

Для купирования послеоперационного воспаления используют препараты двух фармакологических групп – глюкокортикоиды (0,1% дексаметазон или фторметолон – Флоас Моно) по пролонгированной до 6 недель убывающей схеме с еженедельной отменой одной инстилляции в комбинации с нестероидным противовоспалительным препаратом (0,09% бромфенак, Броксинак®) в раннем (первые 3 недели) послеоперационном периоде. Одновременное применение этих двух групп препаратов сопровождается синергическим эффектом.

Таким образом, кратковременный эффект вмешательства обусловлен готовностью тканей глазной поверхности к чрезмерной воспалительной реакции, избыточному рубцеванию и облитерации сформированных путей оттока водянистой влаги. Длительная терапия (не менее 3 лет) нефиксированными комбинациями консервативных гипотензивных капель является основным регулируемым фактором риска утраты фильтрации после операции. Исходя из этого, выделяют пути решения данной проблемы:

- назначение комбинации бесконсервантного аналога простагландинов, бета-блокатора, а также ингибитора карбоангидразы;
- своевременное выполнение правильно выбранной операции;
- активное периоперационное использование фторметолона (Флоас Моно).

К.м.н. Какунина С.А.

«Российская офтальмология онлайн» – Ваш информационный партнер!
РОССИЙСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ ОНЛАЙН
eyepress.ru
✓ Электронные журналы
✓ Электронные сборники
✓ Видеосборники
✓ Online-трансляции конференций
В базе данных более 20 000 статей по офтальмологии

ХРОНИЧЕСКИЙ ДУЭТ ДВУХ ДРУЗЕЙ: ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ И ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

В рамках XX юбилейного ежегодного конгресса Российского глаукомного общества, который состоялся 2–3 декабря 2022 г. в Москве, компанией «Сентисс Рус» было организовано заседание симпозиума. Приглашенными спикерами стали Александр Владимирович Куроедов, д.м.н., начальник офтальмологического отделения ФКУ «ЦВКГ им. Мандрыка» МО РФ, профессор кафедры офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова лечебного факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Пирогова МЗ РФ, член Президиума Российского глаукомного общества, Заслуженный врач РФ; Светлана Юрьевна Казанова, к.м.н., зав. офтальмологическим консультативно-диагностическим отделением № 1 (глаукомное отделение) в ГБУЗ ЯО «Клиническая больница № 1», врач-офтальмолог высшей квалификационной категории (Ярославль); Джамиля Нурийдиновна Ловпаче, к.м.н., доцент кафедры офтальмологии им. акад. А.П. Нестерова ЛФ, офтальмохирург (Москва).

Первым представил свой доклад на тему «***Что ожидать врачу и пациенту от повторной хирургии глаукомы?***» профессор **А.В. Куроедов** (соавт. А.Ю. Брежнев, Е.В. Карлова, В.В. Городничий).

Несмотря на значительные успехи в развитии микрохирургической техники лечения глаукомы, у ряда больных (до 50%) наступает рецидив стойкого подъема уровня внутриглазного давления (ВГД) в различные сроки после операции.

В пятилетнем проспективном исследовании, сравнивающем эффективность классической трабекулэктомии и хирургии с использованием шунтов, совокупная вероятность неудачи в течение первого года наблюдения составила 3,9% в группе с шунтами и 13,5% в группе, где была выполнена трабекулэктомия (p<0,017).

В период с 2005–2006 по 2015–2016 гг. произошло изменение структуры пациентов, поступающих на оперативное лечение по поводу глаукомы. В частности, анализ показал, что количество оперированных ранее лиц составило 0,23±0,47; 0 (0,00; 2,00), а позже – 0,46±0,78; 0 (0,00; 4,00), p<0,035.

Несмотря на уровень, который был достигнут в профессиональной подготовке, технике и оснащенности микрохирургии глаукомы за последние годы, многочисленные источники отмечают изменение характеристик течения послеоперационного процесса. Так, в частности, наметилась явная тенденция к уменьшению сроков наблюдения после операции (без назначения антиглаукомных препаратов).

Частота повторных операций в течение 180 дней составила 16 из 151 (10,6%) в группе, где были имплантированы клапаны, и 25 из 206 (12,1%) в группе, где были использованы неклапанные трубчатые шунты.

Существуют определенные градации гипотензивного хирургического вмешательства.

Полный успех: достижение ВГД «цели» без дополнительной гипотензивной терапии.

Признанный (квалифицированный) успех: достижение ВГД «цели» на фоне дополнительной гипотензивной терапии. Если исследование предполагает учет гипотензивных препаратов, то следует сопоставлять их число с предоперационным режимом. Фиксированные комбинации считают за 2 препарата, приводя отдельную информацию о каждом составляющем средстве. Отдельно учитывают таблетированные формы ингибиторов карбоангидразы.

Неудачей считается превышение ВГД «цели», зафиксированное на двух различных визитах.

Полной неудачей – превышение ВГД цели с учетом гипотензивной терапии, требующее реоперации.

Профессором Куроедовым и его коллегами был изучен спектр мнений по вопросам, касающимся повторной антиглаукомной хирургии у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) и возможностей комплексной лечебно-просветительской работы на основании анкетирования широкого круга врачей-офтальмологов России.

Также были изучены отдельные профессиональные характеристики 606 респондентов (врачей-офтальмологов), оценены их основные подходы к тактике ведения пациентов после проведенного оперативного лечения по поводу ПОУГ в разные периоды наблюдения, установлены факторы, характеризующие переход к повторному хирургическому лечению пациентов с ПОУГ, определены роль и возможность вовлечения фармкомпаний в поддержание профессионального статуса врачей-офтальмологов (*рис. 1*).

Рис. 1. Структура врачей-офтальмологов (n=606), участвовавших в опросе

В результате проделанной работы были получены следующие важные результаты. Пациенты, которым следует проводить повторное хирургическое лечение, встречались от «часто» (раз в месяц) до «иногда» (раз в квартал) в интервале от 23,1 до 35,9%. Первое время после проведенной АГО пациенты наблюдались специалистами в большинстве случаев 1 раз в месяц (75,6–83,3%), и отсутствие стабилизации процесса отмечалось как на плановом, так и на внеплановом осмотрах (42,3–48,6%). Было установлено, что оптимальным сроком назначения местных гормональных препаратов следует считать интервал от 2 недель до 1 месяца. Повторное проведение хирургического лечения готовы были предложить в срок от 1,5 месяца до 1 года от момента проведения предыдущей операции, которая, как казалось коллегам, была неэффективной (31,5–46,9%). Наиболее подходящим «сценарием» после неэффективной первой операции врачами поликлиники была выбрана «длительная медикаментозная терапия, но при определенных обстоятельствах – повторной хирургии» (42,1%), а врачами стационара – «скорее повторная хирургия» (46,9%), при этом фактор «повышенного уровня ВГД» является предопределяющим, а для его снижения считалось необходимым использовать фиксированные комбинации местных гипотензивных препаратов (до 56,4%), в основном те же, что пациент получал до операции (до 56,4%).

Выяснилось, что «большинство» и «практически все пациенты», по мнению врачей, заинтересованы в получении понятной информации о своем лечении (от 38,5 до 52,6%), а большинство врачей положительно оценивают сотрудничество с компаниями-производителями (от 69,8 до 76,9%).

Таким образом, целесообразность необходимости проведения повторного хирургического лечения пациентов с глаукомой – сложная задача, решение которой зависит от нескольких переменных. Основными причинами, на которые ссылаются врачи-офтальмологи, это стадия заболевания, интра- и послеоперационные осложнения после проведенной первой операции; длительный срок инстилляции гипотензивных капель; наличие тяжелой сопутствующей системной патологии; низкий комплаенс.

Второй докладчик – **Казанова Светлана Юрьевна** – выступила с лекцией на тему «***Психология пациента с глаукомой. Вторая операция – непростое решение?***».

Хирургия глаукомы, особенно повторная, всегда сопряжена с определенными страхами как со стороны пациента, так и со стороны хирурга. Первые боятся боли, потери зрения после операции или ее осложнений, последующих ограничений и изменения образа жизни. Доктора опасаются осложнений антиглаукомной операции (АГО): гипотонии, ОСО, макулопатии, гифемы, гемофтальма, блебита, иридоциклита, синехий, эндофтальмита, вторичной катаракты, гипертензии и др.

Результаты опроса 1877 пациентов по поводу предпочтений метода лечения глаукомы показали, что для них наиболее предпочтителен медикаментозный вид лечения (1586 человек), благосклонность к лазерному лечению проявил 291 пациент, и только 150 из почти двух тысяч человек выбрали хирургический метод.

Средний возраст пациентов, у которых впервые выявляется глаукома, составляет 59,5 года. Офтальмолог по возможности должен донести еще на первом приеме, как важны регулярное наблюдение и лечение.

Несмотря на преимущества медикаментозного лечения, наиболее эффективным на сегодняшний день остается хирургия глаукомы.

Когда же стоит задуматься об АГО?

Хирургическое лечение пациентам с ПОУГ рекомендуется с целью достижения «целевого» давления для предотвращения клинически значимого прогрессирования заболевания при наличии повышенного уровня ВГД, которое не может быть нормализовано каким-либо другим методом лечения; прогрессирующем распаде зрительных функций при уровне ВГД, не выходящем за пределы верхней границы среднестатистической нормы, но превышающем его «целевые» показатели; невозможности осуществления методов лечения (в том числе при несоблюдении врачебных рекомендаций, наличии выраженных побочных эффектов или недоступности соответствующей медикаментозной терапии); невозможности осуществления адекватного врачебного контроля за течением глаукомного процесса и приверженностью пациента к лечению.

Хирургию (трабекулэктомию) не следует относить к крайним мерам, а следует проводить как можно скорее, если медикаментозная терапия неадекватна, недоступна или проблематична. Правило 10–10–10 гласит, что следует стремиться к «целевому» давлению 10 мм рт. ст., операция должна продолжаться не более 10 минут, и эффект от нее должен длиться не менее 10 лет (Sihota R. и соавт., 2020).

Тем не менее после проведенной операции у ряда пациентов на различных сроках наблюдения отмечается снижение гипотензивного эффекта, что, как правило, связано с избыточным рубцеванием вновь созданных путей оттока.

Светлана Юрьевна представила данные нескольких исследований.

Срок наблюдения от момента выполнения оперативного вмешательства до возобновления инстилляций гипотензивных препаратов в среднем составил 16,6 месяца (Егоров Е.А., Куроедов А.В., Городничий В.В. и соавт., 2017).

Через 3 года наблюдения зарубежных коллег в группе Baerveldt glaucoma implant (BGI) 13% пациентов классифицированы как полностью успешные, в группе Trabeculectomy with mitomocin C (TMC) – 44%. Совокупная частота повторных операций по поводу глаукомы за 3 года составила 16% в группе BGI и 9% в группе TMC (Gedde S.J., 2020).

В другом зарубежном исследовании к 5 годам наблюдения показатели неудач составили 31,5% пациентов с шунтированием EX-PRESS, 27,1% пациентов с трубчатым дренажом и 23,5% пациентов с трабекулэктомией. Также за пятилетний период были прооперированы повторно 18; 14 и 15% пациентов соответственно (Craven E.R., 2021).

Каковы же причины формирования рефрактерности? (*рис. 2*)

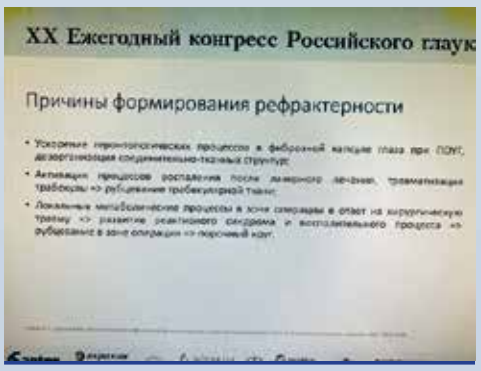


Рис. 2. Причины формирования рефрактерности при глаукоме

Это ускорение геронтологических процессов в фиброзной капсуле глаза при ПОУГ, дезорганизация соединительнотканных структур; активация процессов воспаления после лазерного лечения,

травматизация трабекулы, следовательно, рубцевание трабекулярной ткани; локальные метаболические процессы в зоне операции в ответ на хирургическую травму приводят к развитию рефрактерного синдрома и воспалительного процесса, рубцеванию в зоне операции, что формирует порочный круг (Фомин Н.Е., Куроедов А.В., 2022).

Изменения глазной поверхности на фоне длительной медикаментозной терапии имеют все пациенты с глаукомой (Еричев В.П. и соавт., 2020). Нежелательный офтальмологический эффект местной медикаментозной терапии наиболее часто проявляется токсико-аллергическим блефароконъюнктивитом. Наименее агрессивным и при этом эффективным препаратом при глаукоме является Бримонидин 0,1% – Сантабрим® компании «Сентисс Рус», поэтому при выявлении непереносимости других антиглаукомных средств именно он является препаратом выбора. Чем меньше концентрация Бримонидина, тем соответственно меньше вероятность аллергического ответа со стороны органа зрения.

Далее Светлана Юрьевна представила 2 клинических примера, на которых наглядно продемонстрировала, как важны регулярные наблюдения глаукомных пациентов у офтальмолога, правильный подбор гипотензивных средств и своевременная антиглаукомная хирургия (*рис. 3*).

Рис. 3. Клинический случай ведения пациента с ПОУГ

Одной из наиболее предпочтительных групп препаратов для снижения ВГД признаны ингибиторы карбоангидразы, которые снижают ВГД за счет снижения продукции внутриглазной жидкости (ВГЖ). Бринекс®-М (бринзоламид 1%) начинает действовать уже через 15–20 минут после закапывания и достигает максимального эффекта через 2 часа, а гипотензивный эффект сохраняется до 12 часов. Из комбинированных препаратов Светлана Юрьевна в своей практике отдает предпочтение Тизоптану® (биматопрост 3 мг/мл + тимолола малеат 5 мг/мл).

Завершающее выступление на тему ***«Альтернативные стратегии лечения пациентов с «сухой» формой возрастной макулодистрофии (ВМД)»*** представила **Ловпаче Джамиля Нурийдиновна.**

Лектор привела динамику структуры первичной инвалидности по зрению взрослого населения Российской Федерации за период с 2019 по 2021 г., в которой показала, что лидирующие позиции неизменно занимают глаукома и ВМД (около 36 и 20% соответственно).

Инволюционная сухая форма ВМД встречается у 41,1% больных ПОУГ, а наиболее частое сочетание встречалось в возрастной группе от 71 года до 80 лет. У женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин, и возраст первично обратившихся женщин (40–65 лет) значительно меньше возраста мужчин (с 65 лет).

Оба заболевания относятся к хроническим и проградиентно текущим заболеваниям, со сложным и все еще недостаточно изученным патогенезом. Болеют и пожилые, и старые люди с похожими факторами риска, при этом поражаются оба глаза, но патологический процесс асимметричен, иногда существенно по времени. Начальная стадия обоих заболеваний трудно диагностируема в связи с отсутствием жалоб пациентов, а диагноз устанавливают при наличии одного или нескольких признаков. Диагностика обоих заболеваний требует современной техники и может быть растянута по времени, так как зачастую на начальной стадии не хватает убедительных данных для постановки диагноза. Поэтому цель лечения обоих заболеваний – это стабилизация процесса, при этом терапия пожизненная и основана на медикаментозно-хирургических и дополнительных (нейропротекторных) подходах.

Факторы риска возникновения глаукомы и ВМД несколько отличаются, но есть и общие. Это наследственность, возраст, атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Есть ли конкретная взаимосвязь между данными заболеваниями? Чтобы ответить на вопросы, необходимы исследования, позволяющие выявить или опровергнуть закономерность этих двух процессов. Фактором прогрессирования ВМД у больных ПОУГ является некомпенсированное ВГД. Следовательно, необходимо добиваться достижения нормализации давления для цели предупреждения прогрессирования обоих заболеваний.

Препаратом первого выбора для монотерапии пациентам с впервые установленным ПОУГ в качестве стартовой терапии для снижения ВГД и достижения «целевого» давления рекомендованы использование аналогов простагландинов и простамиды, которые обладают максимальной гипотензивной активностью.

Компанией «Сентисс» представлен аналог простагландинов – Пролатан® (латанопрост 0,005%), который давно применяется в практике офтальмолога, хорошо переносится пациентами и по результатам клинических исследований так же эффективно снижает ВГД, как и оригинальный препарат (Егоров Е.А., 2015) (*рис. 4*).

Рис. 4. Сравнительная эффективность Пролатана и оригинального Латанопроста 0,005%

Еще один препарат, который относится к препаратам первого выбора – простамидам, – Биматан® (биматопрост 0,03%). Он обладает двойным механизмом активации оттока ВГД: трабекулярного и увеосклерального. Перевод пациентов с глаукомой с недостаточно эффективной терапии монопрепаратом на Биматан® дает дополнительный гипотензивный эффект в размере 2,4–5,4 мм рт. ст.

Стоить отметить, что не выявлено какой-либо закономерности между применением отдельных гипотензивных препаратов или их комбинаций и тяжестью течения ВМД.

Длительное применение аналогов простагландинов у пациентов с глаукомой в сочетании с ВМД не выявило повышение числа пациентов в группе с влажной формой ВМД.

К сожалению, у 40% глаукомных пациентов монотерапия не позволяет достичь адекватного контроля офтальмотонуса, и для повышения эффективности и приверженности применяются фиксированные комбинированные препараты, содержащие вещества, которые, имея различный механизм гипотензивного действия, при комбинации обладают аддитивным эффектом.

Одним из таких препаратов является Бринарга® (бринзоламид 1% + тимолол 0,5%). На примере проведенного исследования была отмечена положительная динамика периметрического индекса (MD) у больных, получавших данную фиксированную комбинацию через 12 месяцев на фоне терапии.

Также Бринарга® оптимизирует терапию аналогами простагландинов для достижения целевых значений ВГД. Согласно данным исследования, добавление комбинации бринзоламид 1% + тимолол 0,5% к аналогам простагландинов дает дополнительное снижение уровня ВГД на 5,4 мм рт. ст.

Было установлено, что бримонидин 0,2% сохраняет поля зрения у пациентов с глаукомой низкого давления и обладает нейропротекторным действием. При сопоставимой эффективности с тимололом по снижению ВГД число пациентов с ухудшением полей зрения было в 4 раза выше на терапии с тимололом, чем на бримонидине.

«Сентисс» представила препарат Сантабрим® (бримонидин 0,1%), который снижает уровень ВГД так же эффективно, как бримонидин 0,2% и бримонидин 0,15%, при этом обладает минимальным токсическим воздействием на ткани глаза, оказывая нейропротекторное действие, и способствует сохранению зрительных функций (*рис. 5*).

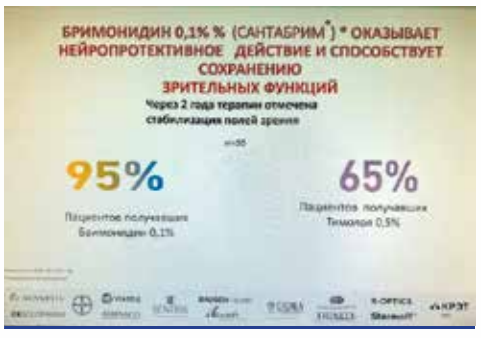


Рис. 5. Нейропротекторное свойство Бримонидина 0,1%

Таким образом, цель лечения обоих заболеваний – стабилизация процесса. Для профилактики прогрессирования ВМД у больных с ПОУГ необходимо добиваться компенсации ВГД. У больных ВМД в сочетании с глаукомой нет противопоказаний к применению различных гипотензивных препаратов. Дополнительное нейропротекторное свойство бримонидина 0,1% позволяет стабилизировать оба патологических процесса.

В завершение хочется отметить, что компания «Сентисс Рус» способна полностью обеспечить лечение больного глаукомой благодаря большому портфелю разнонаправленных гипотензивных, в том числе нейропротекторных лекарственных средств в своем арсенале и является ведущей фармацевтической компанией-поставщиком важных офтальмологических препаратов в России.

К.м.н. Шамсетдинова Л.Т.

ГЛАВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ВЫПУСКАЕМОЙ ПРОДУКЦИИ – ЭТО ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ОТЗЫВЫ ВРАЧЕЙ

ЗИНАТУЛЛИН АЙРАТ ИСРАФИЛЕВИЧ,
директор компании
«ТИТАН МЕДИКАЛ»

– Айрат Исрафилевич, расскажите, пожалуйста, когда и как была образована компания «ТИТАН МЕДИКАЛ» и о продукции, которую она выпускает.

– Компания «ТИТАН МЕДИКАЛ» уже 15 лет производит офтальмологические инструменты многоразового использования. Большой опыт в производстве и продаже микрохирургических инструментов позволил нам создать успешное предприятие-лидер и приобрести репутацию достойного, честного, надежного партнера. Условия работы в нашей компании позволяют каждому сотруднику максимально проявить свои способности и навыки, четко представлять результат своей деятельности, обмениваться своими наработками, оперативно принимать решения, учитывая мнения своих коллег.

На сегодняшний день ассортимент продукции насчитывает более 1200 наименований

Компания «ТИТАН МЕДИКАЛ» производит почти все инструменты, необходимые для проведения офтальмологических операций: пинцеты, ножницы, иглодержатели, витреоретинальные инструменты.

100% выпускаемой продукции производится на собственных мощностях.

Территориально мы располагаемся в Казани, которая, как известно, считается кузницей кадров в области производства медицинских инструментов. Все инструменты соответствуют современным стандартам производства.

– Как приходят идеи по изобретению новых инструментов?

– Да, мы не стоим на месте, стремимся разрабатывать новые и совершенствовать выпускаемые инструменты на основе концепций и идей врачей-офтальмохирургов. Очень внимательно относимся к их пожеланиям по работе с инструментом.

Современные технологии в проведении операций на глазах ставят перед производителями инструментов новые и новые задачи. Техника малых разрезов требует поистине ювелирной точности проведения операций и соответственно качественного инструмента. Связка конструкторско-технологического отдела с производством позволяет в кратчайшие сроки изготовить необходимый инструмент. Если раньше на это уходили недели и месяцы, то теперь срок внедрения в производство сократился в разы.

– С какими медицинскими учреждениями вы сотрудничаете?

– Нашу компанию хорошо знают в России и за рубежом. Мы являемся постоянным участником российских и международных конференций и выставок. Налажены партнерские отношения с ведущими государственными и частными офтальмологическими клиникам России и зарубежья.

– Каждая успешная компания обязательно следует своему девизу, придерживается собственной идеологии. Какой идеологии придерживается ваша фирма?

– Мы придерживаемся следующего постулата: «Если вы хотите преуспеть, ваше сердце должно быть в вашем бизнесе, а ваш бизнес должен быть в вашем сердце». Этот принцип был основным при создании компании, и руководство следует ему и по сей день. Он же как нельзя лучше отображает стиль руководства. А это трепетное отношение ко всему происходящему в компании: качеству продукции, условиям труда сотрудников.

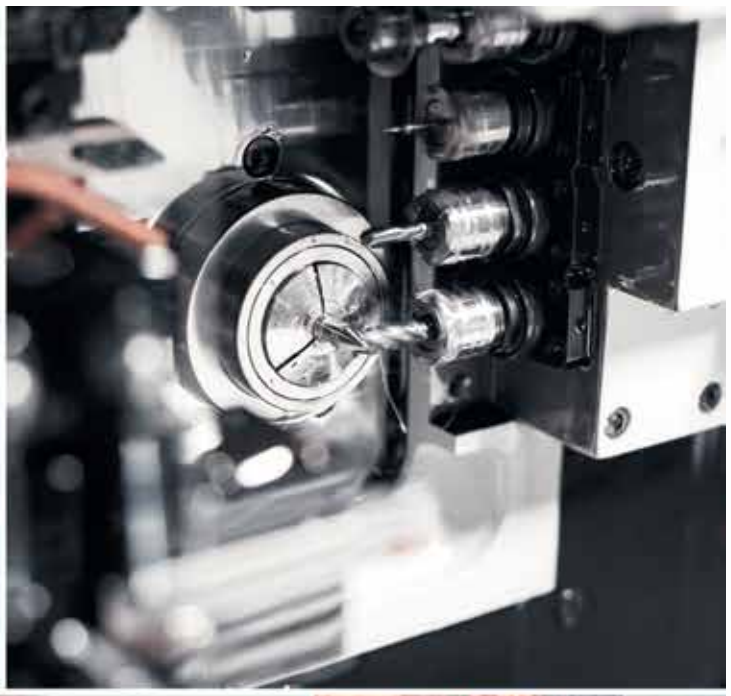
– Расскажите, пожалуйста, о производстве инструментов.

– Производство инструментов проходит в несколько этапов (токарный, фрезерный, слесарный и т.д.). На каждом этапе производства сотрудниками отдела технического контроля проводится проверка на соответствие технической документации.

Большим прорывом в повышении качества создаваемых инструментов стало внедрение станков с числовым программным обеспечением (ЧПУ).

Руководство «ТИТАН МЕДИКАЛ» инвестирует в новое, современное оборудование, позволяющее выпускать высококачественную продукцию. Высокий спрос требует постоянного расширения парка станков. Внедрение станков с ЧПУ дало возможность создавать инструменты оригинального дизайна. Новая эргономичная ручка позволяет совершать точные, прогнозируемые манипуляции, что высоко ценится врачами.

Также мы применяем 3D-программы, с помощью которых можно увидеть готовый инструмент на этапе проектирования. Это значительно снижает затраты на производство и минимизирует ошибки в изготовлении.



В результате «ТИТАН МЕДИКАЛ» выпускает новинки с завидным постоянством.

Грамотное планирование производства, координация производственных операций обеспечивают максимальную эффективность рабочего процесса.

Но главное в компании – это люди. Коллектив живет и работает как единый механизм. Достойная заработная плата и хорошие условия труда позволяют исключить текучку кадров. На территории фирмы организован спортивный уголок для поддержания сотрудников в хорошей физической форме. Теннисный стол и гимнастические снаряды дают возможность размять мышцы и снять накопившуюся усталость.

Так как в большинстве своем рабочий процесс происходит в сидячем положении, эргономика рабочего места организована так, чтобы позволить сотруднику эффективно и продуктивно работать в течение всего рабочего дня. Учитывается все – от правильного освещения до удобства кресел.

Производственный процесс построен таким образом, что за каждый этап производства отвечают разные люди. Это позволяет контролировать качество инструментов не только ОТК, но и сотрудниками на производстве. Малейшее отклонение от технологии производства сразу будет замечено. Специалисты самостоятельно контролируют качество на своем этапе производства. Таким образом происходит двойной контроль качества.

Но главный показатель качества выпускаемой продукции – это положительные отзывы врачей.

– В России все более важным становится вопрос наращивания собственного производства медицинских изделий. Похоже, что ваша компания успешно справляется с проблемами импортозамещения.

– Да. Приятно слышать, когда, заказывая инструменты, клиент говорит: «Нужны только ваши инструменты, врачи просят только их».

Добиться этого позволили не только контроль качества на производстве и внедрение современных технологий, но и непрерывная тесная связь с врачами-офтальмохирургами. Компания активно контактирует со многими известными как российскими, так и зарубежными врачами.

Участие в выставках и конференциях позволяет быть в курсе новых технологий и практик в проведении операций на глазах.

Компания не делает инструменты «на склад», ломая голову, как их потом продать. Размер и функционал каждого инструмента выверены до мелочей, а потому наша продукция востребована. В таких направлениях, как лазерная коррекция зрения, витреоретинальная хирургия, лазерная хирургия сетчатки, лечение глаукомы, хирургия катаракты, коррекция зрения, лечение кератоконуса, кератопластика, и многих других используются инструменты нашего производства.

Врачи проходят обучение и повышают свою квалификацию с инструментами «ТИТАН МЕДИКАЛ». Одной из таких организаций стала МАМО (Международная академия медицинского образования). Это говорит о высоком уровне доверия.

– Каким образом можно заказать у вас инструменты?

– Заказать инструменты «ТИТАН МЕДИКАЛ» просто. Сайт www.titanmedical.ru позволяет быстро и удобно сделать заказ необходимых инструментов. Инструменты представлены с хорошим качеством фотографий и подробным описанием. Для приверженцев печатной продукции мы выпустили каталог инструментов, а также тематические буклеты.

Отдел продаж компании организован по принципу персональной работы, за каждым клиентом закреплен свой менеджер, который ведет заказчика от первого звонка до отгрузки продукции.

Доставка производится за счет «ТИТАН МЕДИКАЛ», курьером из рук в руки. Это гарантирует сохранность отгружаемой продукции.

Внедренная CRM-система дает возможность точно отслеживать движение заказа и позволяет быть уверенным, что заказ не затеряется и будет исполнен в оговоренный срок.

«ТИТАН МЕДИКАЛ» имеет все необходимые документы для производства и продажи своих изделий. Это позволяет участвовать в тендерах на поставку заявленной заказчиком продукции.

– Чем инструменты производства «ТИТАН МЕДИКАЛ» отличаются от продукции других компаний?

– Наши инструменты изготавливаются с использованием высококачественной нержавеющей стали и титана. Технологический процесс изготовления инструментов не стоит на месте, а постоянно совершенствуется. Инженеры и технологи получают обратную связь от сотрудников компании по улучшению процесса изготовления.

Компания быстро реагирует на замечания, полученные от практикующих врачей, что также служит улучшением функционала инструментов.

Бережное отношение и правильная стерилизация инструментов после операции делают их практически вечными.

Но какими бы точными и умными ни были современные станки, главное – это люди, создающие такие прекрасные инструменты. Люди – золотой фонд компании.

Производство находится в руках талантливых и заинтересованных в результате своего труда сотрудников. Вся работа происходит с использованием микроскопов и точных измерительных приборов. Внимание и усидчивость, любовь к своей работе характеризуют таких профессионалов.

Опытные специалисты передают свои знания молодому поколению. На предприятие родители приводят своих детей в качестве учеников. Проходит время, и из них вырастают высококлассные специалисты. Формируются профессиональные семейные династии.

Культура семейного предприятия позволяет учиться друг у друга, поддерживать друг друга, передавать полученные знания, помогать новичкам.

Превосходное качество изготовления и внимание к деталям – это лишь некоторые из аспектов, которые позволяют нашей продукции быть уникальной и востребованной.

Каждый инструмент помещается в индивидуальную упаковку. Упаковка разработана с учетом доставки в места с разными климатическими условиями. Можно быть уверенным, что заказ дойдет вовремя и в сохранности.

Мы не оставляем своих клиентов и после продажи инструментов, оказываем поддержку в постгарантийный период.

Вне зависимости от бюджета клиники менеджеры «ТИТАН МЕДИКАЛ» подберут необходимый инструмент, проконсультируют по каждому наименованию и обсудят удобные способы оплаты. **Контактная информация: Тел.: +7 (843) 558 07 78; www.titanmedical.ru**

– Благодарю за беседу!

Беседовала Виктория Терехова

К 100-ЛЕТИЮ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА Е.В. АДАМЮКА

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан им. профессора Е.В. Адамюка» является медицинской организацией 3-го уровня, которая оказывает первичную специализированную медико-санитарную помощь, неотложную круглосуточную амбулаторную офтальмологическую помощь, специализированную (в том числе высокотехнологичную) медицинскую помощь по профилю «Офтальмология» взрослому населению.

Клиника имеет столетнюю историю, в декабре текущего года будет праздновать вековой юбилей. В медицинском учреждении есть сложившиеся традиции, здесь зарождались и развивались научные школы, совершенствовались методы клинической работы, формировались поколения опытных медицинских кадров и медицинские династии.

Постановлением Кабинета Министров РТ от 2 ноября 2019 г. государственному автономному учреждению здравоохранения «Республиканская клиническая офтальмологическая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» присвоено имя основоположника Казанской офтальмологической школы профессора Е.В. Адамюка.

Емелиан Валентиевич Адамюк (1839–1906 гг.) – офтальмолог, д.м.н., профессор, один из основоположников отечественной офтальмологии, основатель Казанской школы офтальмологов. Диапазон научных интересов выдающегося клинициста Е.В. Адамюка был широким, однако особое внимание он уделял глаукоме и трахоме. Многие научные факты, выявленные ученым о внутриглазном давлении, до сих пор сохранили свое значение и используются при изучении патогенеза глаукомы. Е.В. Адамюк разработал прибор для измерения внутриглазного давления (ВГД), основанный на принципе манометра. Ученый подвел итог 114 опытов по определению ВГД с помощью манометра. Е.В. Адамюком было опубликовано 95 научных работ, большинство из которых также посвящено глаукоме: сущности ВГД, зависимости последнего от кровообращения, иннервации, влиянию лекарственных средств на физиологическое состояние глаза. Результатом его многолетних исследований стала докторская диссертация о механизмах развития глаукомы «К учению о внутриглазном кровообращении и давлении» (Казань, 1867 г.).

В 1870 г. Е.В. Адамюка избрали доцентом кафедры офтальмологии Казанского университета, в 1871 г. – экстраординарным, а в 1872 г. ординарным профессором данной кафедры. Получив в свое распоряжение часть комнат хирургической клиники, он организовал глазную клинику. Как выдающегося врача его знали далеко за пределами региона: сотни больных приезжали к нему из Сибири и Урала, многим из них он сохранил и вернул зрение.

Важную роль клиника сыграла в борьбе с трахомой. Заболеваемость трахомой в Казанской губернии в XIX веке была одной из самых высоких и имела характер эпидемии. Е.В. Адамюк постоянно изыскивал эффективные методы лечения трахомы и впервые предложил изолировать больных с трахомой в целях профилактики распространения заболевания.

Другим важным направлением научной деятельности Е.В. Адамюка была миопия. Одним из первых отечественных офтальмологов отметил роль наследственного фактора в формировании близорукости. В работе «О близорукости» (1874 г.) описал процесс зрительного восприятия у близоруких. Огромная заслуга Е.В. Адамюка – создание «Практического руководства по изучению болезней глаза» и монографии «Болезни светоощущающего аппарата глаза». Его труды отражают богатейший практический опыт, глубокие знания, оригинальность идей, они и по сей день не утратили своего значения.

Деятельность Емилиана Валентиевича на много лет вперед определила направления развития Казанской офтальмологической школы. Его последователи и ученики – проф. А.Г. Агабабов (1863–1922), проф. В.В. Чирковский (1875–1956), проф. В.Е. Адамюк (1877–1950) и многие другие – продолжили его дело.

Е.В. Адамюк воспитал плеяду врачей офтальмологов, его популярность была настолько велика, что глазных врачей называли «адамюками». По свидетельству современников, Е.В. Адамюк давал студентам широкий объем теоретических и практических знаний, умений, навыков. Через клинику прошло несколько поколений врачей, хорошо подготовленных к практической деятельности. Как практикующий врач Е.В. Адамюк сам пользовался огромным авторитетом. К нему обращались за помощью даже из самых отдаленных уголков России. Казань сделалась «местом паломничества для тысяч больных, и не было, кажется, более известного имени из врачей среди населения Востока России, как имя Адамюка», – писала популярная в то время газета «Волжский курьер».

В Республиканской клинической офтальмологической больнице МЗ РТ открыт музей Казанской офтальмологической школы. Инициатором его создания выступила главный врач Республиканской клинической офтальмологической больницы Дина Камилевна Хусаинова, которую поддержали сотрудники клиники и кафедр офтальмологии КГМУ и КГМА, главные врачи центральных районных больниц. Со всей республики были собраны редкие экспонаты. Открытие первой очереди музея было приурочено к 180-летию профессора Е.В. Адамюка. История развития Казанской офтальмологической школы в музее представлена десятками редчайших экспонатов и редких книг. Здесь под стеклом хранятся первые наборы глазных инструментов, очки выдающихся офтальмологов, редкие снимки операций, тонометры начала XX века и многое другое. При всем разнообразии экспонатов «сердцем» музея по праву можно назвать научные труды профессора Е.В. Адамюка.

История офтальмологической больницы – это история преемственности. Она началась в 20-е годы XX века, когда в Казанской губернии была распространена трахома. Этим тяжелейшим инфекционным заболеванием, нередко приводившим к слепоте, страдала подавляющая часть жителей районов Татарии. Потребовались титанические усилия для ликвидации трахомы. Началом организованного ведения борьбы с трахомой в республике послужило основание 14 ноября 1922 г. первого в мире Казанского научно-исследовательского трахоматозного института им. Е.В. Адамюка со стационаром на 30 коек в национализированном купеческом особняке по адресу: ул. Бутлерова, 14. На базе Трахоматозного института была организована кафедра глазных болезней Казанского клинического института, позднее преобразованного в Казанский ГИДУВ.

Под руководством **Василия Васильевича Чирковского** была налажена научная, лечебно-диагностическая и организационно-методическая работа по борьбе с трахомой в Поволжье; разработан принцип диспансерного обслуживания трахоматозных больных; создана сеть офтальмологических диспансеров и сформированы принципы работы «летучих» глазных отрядов для поголовного осмотра населения ТАССР с целью выявления и лечения трахомы.

В 1929–1931 гг. Трахоматозный институт работал под руководством профессора Валентина Емельяновича Адамюка. Помимо проведения научных исследований и преподавательской деятельности сотрудники Казанского трахоматозного института вели большой объем лечебно-диагностической и организационно-методической работы в республиках Поволжья. С 1929 г. в районах республики стали создаваться трахоматозные пункты, разворачиваться экспедиции работы по борьбе с трахомой, была усилена санитарно-просветительская работа с населением. Ветеран клиники **Р.А. Халитова** рассказывает: *«Мы выезжали в свои прикрепленные районы и ходили по домам. Трахомой болели семьями, вплоть до грудных детей. Этому способствовали скученность проживания семей, антисанитария, пренебрежение правилами гигиены. Многие имели такие осложнения, как помутнение роговицы. Данное заболевание приводило к слепоте. Мы обучали местных медработников основам выявления и лечения трахомы, показывали, как проводить процедуры. Болели целыми поселениями, но мы сумели победить такое страшное заболевание».*

В 1932 г. возглавил Научно-исследовательский трахоматозный институт и кафедру глазных болезней Казанского ГИДУВа профессор **А.Н. Мурзин.** Он добился слияния Научно-исследовательского трахоматозного института и глазной клиники ГИДУВа в одно учреждение с трахоматозным и глазным отделениями, а также расширил лабораторию, развернув бактериологическое отделение, рентгеновский и физиотерапевтические кабинеты, создал патологоанатомический музей. Под его руководством было организовано массовое приготовление препаратов для снабжения ими соседних республик и областей, собрана коллекция диапозитивов, плакатов и фотоснимков. Широко применялась модификация операций А.Н. Мурзина при трахоме и методы сульфамидотерапии при поражениях глаза. В 1933 г. по инициативе и под руководством профессора А.Н. Мурзина стали регулярно издаваться сборники «Вопросы трахомы», которые за короткое время приобрели широкую популярность.

Во время войны, когда Казань превратилась в один большой госпиталь, самые тяжелые травмы глаз оперировали сотрудники Казанского трахоматозного института. Опыт этих операций был обобщен в монографии профессора А.Н. Мурзина «Комбинированные повреждения орбиты и носа», не потерявшей своей актуальности до наших дней.

С 1943 г. были разделены полномочия кафедры глазных болезней казанского ГИДУВа и Казанского трахоматозного институтом. Первым директором Казанского трахоматозного института была назначена **Анна Ивановна Биткова,** которая работала в этой должности до 1958 г.

В 1941–1945 гг. сотрудники Трахоматозного института решали вопросы, связанные с военной травматологией глаза, лечением боевых повреждений органа зрения и пограничных областей, огнестрельными повреждениями орбиты и придаточными пазухами носа.

Коечный фонд Казанского трахоматозного института к 1954 г. вырос до 75 коек, из них 55 коек для лечения больных трахомой и 20 коек для больных с другими заболеваниями глаз, которые использовались кафедрой глазных бо-

лезней Казанского ГИДУВа с учебными целями.

В 1956 г. Казанский научно-исследовательский трахоматозный институт им. Е.В. Адамюка был преобразован в Республиканский трахоматозный диспансер МЗ ТАССР и объединен с детской больницей для лечения больных трахомой. Республиканский трахоматозный диспансер размещался в основном здании (ул. Бутлерова, 14) и двухэтажном здании детского отделения (ул. Н. Ершова, 29) с коечным фондом 125 коек, из них 105 для лечения больных трахомой (в том числе 50 детских) и 20 коек для больных с другими заболеваниями глаз, которые использовались кафедрой глазных болезней казанского ГИДУВа с учебными целями.

В 1964 г. трахома как массовое заболевание в ТАССР была ликвидирована, а Республиканский трахоматозный диспансер был переименован в Республиканскую офтальмологическую больницу МЗ ТАССР (1966).

После ликвидации трахомы в учреждение поступают больные с катарактой, глаукомой, патологией глазного дна и травмами органа зрения.

Э.П. Берия-Джорджикия, ветеран клиники, рассказывает: *«Тогда не было микрохирургии, разрезы были почти на треть роговицы, операция шла фактически на открытом глазу, герметизация была шовная. Мы работали лезвиями; специальными роговичными ножами. Существовали методы операций, при которых методом заморозки (крио) убирали помутневший хрусталик. Больные носили толстые гиперметропические очки после удаления хрусталика».*

На базе Республиканской офтальмологической больницы работали известные советские ученые-офтальмологи. **Аркадий Павлович Нестеров** предложил технику к 11 новым микрохирургическим и лазерным операциям, в 1985 г. зарегистрировал свое открытие «Явление функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза человека (эффект Нестерова)».

Профессор **М.Б. Вургафт** был одним из ведущих глаукоматологов страны. Под его руководством сотрудниками кафедры Казанского ГИДУВа и лично им были созданы новые модификации антиглаукоматозных операций и диагностических проб.

Разработки кафедры стремились связать с нуждами практического здравоохранения. Моисей Бенционович сформировал новое направление по разработке разных видов тонометрии для изучения гидродинамики глаза и хирургического лечения глаукомы, описал феномен полного внутреннего преломления (1971 г.), разработал щадящую методику хирургического лечения глаукомы (интрасклеральная фистулизирующая иридэктомия, 1972 г.), внедрил компрессионную пробу и методику определения коэффициента лёгкости оттока из глаза с помощью эластотонометра Филатова – Кальфы (КЛО по Вургафту, 1975 г.).

Профессор М.Б. Вургафт сочетал научно-педагогическую деятельность с лечебной работой. Его характеризовали природная пытливость ума, творческий подход к делу, высокая требовательность к себе и сотрудникам, развитое чувство ответственности.

«На базе Республиканской офтальмологической больницы проводились заседания Общества офтальмологов республики, – рассказывает ветеран клиники Р.Н. Токинова. – Темы докладов и выступлений всегда были актуальными для практических врачей-офтальмологов. Обязательно после каждого доклада выступали сотрудники кафедр КГМУ И КГМА и практические врачи-офтальмологи. Иногда мнения были прямо противоположными. Профессор, ведущий заседание, подводил итог дискуссии, делал заключение по всем докладам. В общем, заседания Общества были весьма оживленными и познавательными».

В 1992 г. было начато строительство первой очереди нового пятиэтажного лечебного корпуса. В 2007 г. больница получила новый пятиэтажный палатный корпус. Были внедрены новые методы лечения и диагностики офтальмологических заболеваний, вследствие чего значительно сократилось среднее пребывание пациентов на офтальмологической койке.

С мая 2018 г. клинику возглавляет кандидат медицинских наук, врач-организатор здравоохранения высшей категории, заслуженный врач РТ **Дина Камилевна Хусаинова.**

Клиника занимает одну из ведущих позиций среди государственных офтальмологических больниц в Российской Федерации по уровню проводимых операций, квалификации кадров, оснащению, выполняет самый большой государственный заказ на оказание специализированной высокотехнологичной офтальмологической помощи населению Республики Татарстан.

В структуре больницы консультативная поликлиника (170 посещений в смену, в том числе 75 видов медицинских услуг) и стационар (122 койки). В состав стационара входят приемное отделение и кабинет неотложной помощи, микрохирургические отделения № 1, № 2, микрохирургическое отделение, операционный блок с анестезиолого-реанимационной службой, аптека, фармакологическая и эпидемиологическая службы, клинико-диагностическая лаборатория, рентген-кабинет, массажный кабинет. На базе клиники создано детское отделение, сформированы отдел качества и стандартизации, клинико-экспертная, эпидемиологическая, социологическая и фармакологическая службы.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Первичную специализированную медико-санитарную помощь оказывают в консультативной поликлинике, рассчитанной на 171 визит к врачу-офтальмологу в день, 179 диагностических услуг в день. Общее количество больных, обратившихся в консультативную поликлинику, составляет в год более 100 тыс. человек.

В диагностике используются все современные технологии диагностики пациентов с заболеваниями глаз, самые востребованные диагностические исследования: оптическая когерентная томография сетчатки и зрительного нерва, ультразвуковое исследование глазного яблока, орбиты, регистрация зрительно-вызванных потенциалов, электрофизиологические исследования, компьютерная периметрия. Ведется регистр глаукомных больных, есть возможность диагностировать и проводить необходимый мониторинг.

Неотложная медицинская помощь оказывается населению в трех кабинетах неотложной офтальмологической помощи приемного отделения, работа которых организована круглосуточно. За неотложной офтальмологической помощью за сутки обращаются до 150 пациентов, за год – около 38 тыс. пациентов.

Специалисты экспертного уровня с многолетним опытом работы провели тысячи сложнейших операций и помогли многим сотням людей обрести новое зрение.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь населению оказывается двумя микрохирургическими отделениями стационара на 122 койках. Более 20 тыс. пациентов лечат в условиях круглосуточного и дневного стационара в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в год.

В клинике внедрены новейшие технологии лазерной коррекции зрения и рефракционной хирургии, микрохирургии катаракты, глаукомы, лазерного лечения патологии сетчатки, витреоретинальной хирургии и хирургии век.

Проводятся высокотехнологичные операции, как, например, сложнейшие комбинированные, витреоретинальные вмешательства, интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза, антиглаукоматозные операции, кератопластика, шейверная (лазерная) реконструктивная операция при патологии слезоотводящих путей, микроимпульсная трансскеральная циклофотокоагуляция, эписклеральное круговое и (или) локальное пломбирование в сочетании с транспупиллярной лазеркоагуляцией сетчатки, криодеструкция при новообразованиях глаза, реконструктивная блефаропластика.

При травмах хирурги проводят уникальные оптико-реконструктивные операции с имплантацией искусственной радужки и линзы.

Нередки случаи, когда одному пациенту делают несколько операций: микроинвазивную витрэктомию, факоэмульсификацию катаракты с имплантацией ИОЛ, эндолазерную коагуляцию сетчатки.

Пациентам с глаукомой доступен весь спектр лечения, начиная с лазерного (лазерная трабеклопластика, периферическая иридэктомия, лазерная гониопластика), ЦФК до проникающих операций (СТЭ, НГСЭ, в том числе с имплантацией дренажа и комбинированных операций с одномоментным удалением хрусталика). Также проводится лазерная трансскеральная циклофотокоагуляция в микроимпульсном режиме. Эта операция позволяет сохранить пациенту глаз даже в самых запущенных случаях. Благодаря этой технологии пациенту предлагается органосохраняющая операция на терминальных глазах. Ценность операции состоит еще и в деликатности ситуации с психологической точки зрения. Кроме того, используя эту методику, выполняются антиглаукоматозные операции непроникающего типа у пациентов со второй и третьей стадией глаукомы.

Пациентам с катарактой проводится операция факоэмульсификация катаракты с имплантацией разных моделей ИОЛ в рамках дневного стационара.

По объему оказанных услуг в рамках медицинского туризма клиника занимает третье место среди медицинских учреждений в республике.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Главные задачи в области качества, стоящие перед лечебным учреждением, – это безопасность, доступность, оптимальность медицинской помощи и удовлетворенность каждого пациента. В 2019 г. клиника успешно прошла сертификационный аудит на соответствие системы менеджмента качества требованиям международного стандарта ISO 9001:2015. В июле 2021 г. продлен Сертификат соответствия требованиям международного стандарта ISO 9001:2015.

ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка» – лауреат национального конкурса «Лучшее учреждение здравоохранения РФ-2018»; лауреат Конкурса «Лучшие товары Республики Татарстан» в 2018–2021 гг. За хорошую работу по выявляемости и адекватному лечению глаукомы Республика Татарстан неоднократно отмечена грантом Всероссийского общества глаукоматологов.

С целью увековечения памяти основоположника Казанской офтальмологической школы клинике присвоено имя профессора Е.В. Адамюка, в стенах больницы был открыт музей Казанской офтальмологической школы. Инициатором создания музея выступила главный врач Д.К. Хусаинова, которую поддержали сотрудники клиники и кафедр офтальмологии КГМУ и КГМА, главные врачи центральных районных больниц. Со всей республики были собраны редкие экспонаты.

НАУКА И ПРАКТИКА

На базе клиники базируются кафедры офтальмологии Казанской государственной медицинской академии и Казанского государственного медицинского университета. Союз многолетней врачебной практики и фундаментального образования позволяет внедрять самые передовые технологии. Больница является базой проведения международных клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения и изделий медицинского назначения. Накопленный клинический опыт и интеллектуальный потенциал позволяют специалистам принимать участие в крупных научно-исследовательских проектах.

Была проведена большая работа по развитию образовательной деятельности: создан учебный отдел, а в 2019 г. Республиканской клинической офтальмологической больнице была выдана лицензия на право оказания образовательных услуг по реализации программ дополнительного профессионального образования.

Данные программы направлены на совершенствование и получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, повышение профессионального уровня, освоение практических навыков хирургического лечения офтальмологической патологии. Программы аккредитованы в системе НМО. Создана инновационная учебная лаборатория WetLab – симуляционный центр для освоения хирургических навыков офтальмологами с демонстрацией живой хирургии, проведением симуляционных занятий на кадаверных органах под хирургическими микроскопами.

В рамках образовательной деятельности ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка» реализуются различные образовательные программы: хирургические курсы повышения квалификации, такие как WETLAB по катаракте и витреоретинальной хирургии, стажировки на рабочем месте. На курсы приезжают курсанты со всех уголков России и из-за рубежа.

В 2019 г. создана первичная организация врачей-офтальмологов ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка», структурного подразделения НП «Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан». Задачи Ассоциации носят образовательный характер. Ежемесячно проводятся заседания организации с видеотрансляцией в онлайн-режиме для врачей-офтальмологов республики с начислением баллов по НМО, где активно обсуждаются актуальные вопросы, заслушиваются лекции, рассматриваются интересные клинические случаи. В период пандемии заседания проходили в онлайн-формате, что дало возможность расширить границы участия. Сотрудники больницы неоднократно выигрывали гранты программы «Алгарыш» Правительства РТ. Так, офтальмохирург **Э.Л. Минхузина** дважды проходила стажировку в Институте глазной трансплантологии и исследований (LIONS EYE INSTITUTE for TRANSPLANT and RESEARCH, г. Тампа, Флорида, США). Совместно с Институтом глазной трансплантологии и исследований ведется исследовательская работа, в рамках которой выполнено несколько научных проектов по теме инновационных методов послойной кератопластики.

Клиника – главный организатор научно-практических ежегодных конференций «Новые технологии в офтальмологии» и «Актуальные вопросы офтальмологии» в Республике Татарстан. Это крупнейшие мероприятия, в которых участвуют более 3500 специалистов из регионов РФ и зарубежья. По итогам конференций издаются сборники научных статей «Новые технологии в офтальмологии». Врачи-офтальмологи ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка» входят в состав аккредитационной комиссии РТ по офтальмологии. ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» является базой проведения международных клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения и изделий медицинского назначения.

Клиника вошла в число официальных госпиталей Универсиады (2013), Кубка Конфедераций (2017), Чемпионата мира по водным видам спорта FINA (2015), Чемпионата мира по футболу FIFA (2018). 45-й мирового чемпионата по профессиональному мастерству (2019), III Отраслевого чемпионата в сфере информационных технологий по стандартам WorldSkills – DigitalSkills (2021).

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА – ПРИОРИТЕТ КЛИНИКИ

В больнице созданы условия для людей с ограниченными возможностями. Организован клинико-экспертный, эпидемиологический и фармакологический контроль. Внедрены цветовые идентификационные браслеты для пациентов в зависимости от группы риска. По результатам независимой оценки качества условий оказания услуг, в 2022 г. клиника стала лучшей в республике.

МОЛОДЕЖНОЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО (МОНО)

Если вы интересуетесь офтальмологией, желаете развиваться в ней, то молодежное научное общество офтальмологов прекрасное место для реализации ваших стремлений. Неотъемлемой частью работы общества является научно-исследовательская работа студентов и ординаторов под руководством преподавателей, а также приобретение навыков диагностики и лечения в нестандартных клинических ситуациях. Становясь членами общества, студенты и клинические ординаторы учатся выполнять базовые хирургические манипуляции.

Идея создания молодого научного общества по офтальмологии возникла несколько лет назад из-за необходимости объединения молодых специалистов в данном направлении медицины.

Главной целью общества является создание благоприятной среды для исследования и обмена знаниями в области офтальмологии. Основной задачей молодого научного общества по офтальмологии является подготовка молодых специалистов максимально качественно и профессионально, расширение их знаний и общения. Общество предлагает молодым ординаторам уникальную возможность общаться друг с другом, обмениваться опытом и находить новые решения для трудных задач. Программа работы молодого научного общества по офтальмологии включает в себя проведение тематических докладов, семинаров, конференций и других мероприятий, которые предлагают много полезной информации и дают возможность участникам общества углубить свои знания в различных областях офтальмологии.

Приглашаем вас принять участие в очередном заседании молодежного офтальмологического научного общества, посвященном хирургическому лечению катаракты. В программу мероприятия включены «живая хирургия» и научные доклады.

Мероприятие состоится:
24 марта 2023 года в Зале ученого совета в ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

Вся необходимая информация:
https://t.me/MONOphthalmology

Телефон для связи:
8-925-824-78-20

ГАЗЕТА «МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ», № 1 (63), МАРТ 2023

Профессиональная газета для офтальмологов и оптометристов

В газете публикуются материалы электронного издания «Российская офтальмология онлайн»
www.eyepress.ru

Учредитель – Общество офтальмологов России
Главный редактор – **Ходжаев Н.С.**, д.м.н., профессор
Научный редактор – **Кечин Е.В.**, к.м.н.
Шеф-редактор – **Терехова В.Н.**
Выпускающий редактор – **Шиманова М.Ю.**
Корректор – **Козлова М.В.**
Дизайн и верстка – **Маринин Е.В.**
Менеджер по рекламе – **Будилина С.М.**
Директор редакции – **Политова Е.А.,** к.пед.н.

Адрес редакции:
Издательство «Офтальмология»
Россия, 127486, Москва, Бескудниковский б-р, 59а
Тел.: (499) 488-8925. **E-mail:** publish_mntk@mail.ru
По вопросам размещения рекламы обращаться по телефону: (499) 906-17-68

Тираж – 3000 экз. Заказ № 23-0556
Подписано в печать 22.03.2023.
Периодичность выхода газеты – 5 номеров в год.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-25746. Подписка через каталог ГК «Урал-Пресс», подписной индекс № 012 486.

16+

Редакционный совет

Бикбов М.М., д.м.н., профессор
Бойко Э.В., д.м.н., профессор
Володин П.Л., д.м.н.
Дога А.В., д.м.н., профессор
Коленко О.В., д.м.н.
Малюгин Б.Э., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Поздеева Н.А., д.м.н.
Сахнов С.Н., к.э.н., к.м.н.
Сидоренко Е.И., член-корр. РАН, д.м.н., профессор
Терещенко А.В., д.м.н.
Фабрикантов О.Л., д.м.н., профессор
Файзрахманов Р.Р., д.м.н.
Фокин В.П., д.м.н., профессор
Черных В.В., д.м.н., профессор
Чупров А.Д., д.м.н., профессор
Шиловских О.В., к.м.н.
Шишкин М.М., д.м.н., профессор
Шпак А.А., д.м.н., профессор
Щуко А.Г., д.м.н., профессор

Surgix

ophthalmic surgical products

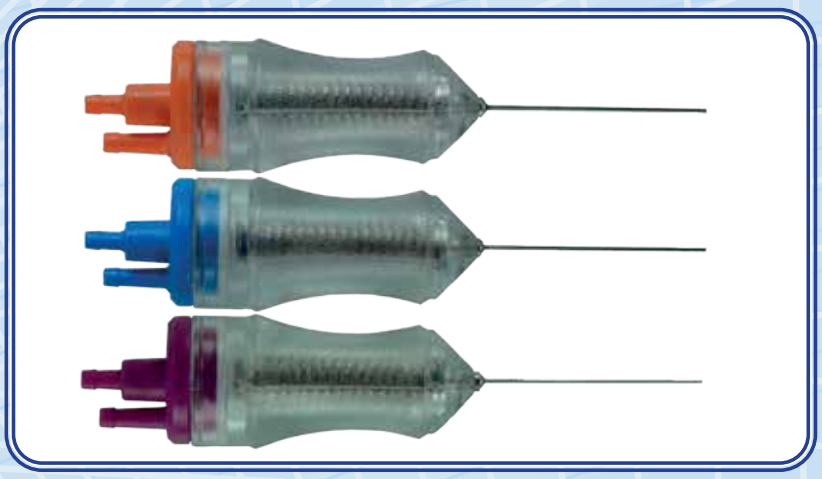
Эксперт в поставке материалов для офтальмологии
Проверен временем

Витреоретинальная хирургия

ОДНОРАЗОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

20G 23G 25G 27G

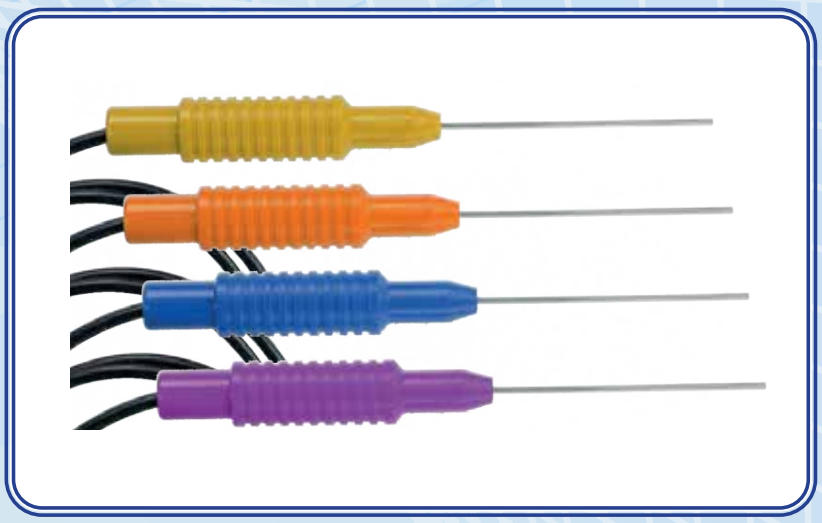
AKtive® ITALY Ophthalmic Instruments



ВИТРЕКТОРЫ

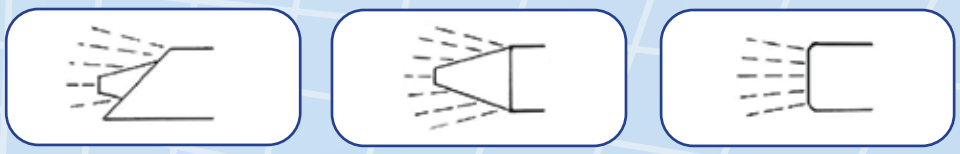
с двойным циклом

- ◊ Повышенная эффективность работы[1]
- ◊ Независимость аспирации от частоты резов[2]
- ◊ Минимизация рисков ятрогенных разрывов за счет снижения пульсаций[3]
- ◊ Порт всегда открыт



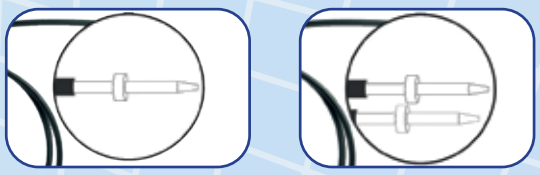
ЗОНДЫ

осветители



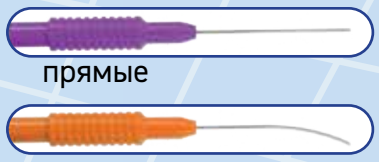
экранированный широкоугольный стандарный

широкоугольные типа «люстра»



в комплекте с троакаром

эндолазерные



прямые

изогнутые

ПИНЦЕТЫ и ПИНЦЕТЫ-НАСАДКИ

- ◊ Удобная рукоятка
- ◊ Минимум усилий для сжатия
- ◊ Полный контроль наконечника
- ◊ Надежная удерживающая сила
- ◊ Выбор: для тонких и плотных мембран

[1,2] Valeri Kolesnitchenko; Matt Hanlon; David Flieg; George Lau. ARVO Annual Meeting Abstract | June 2020. Comparative analysis of water and vitreous flow rates with single and dual cutting guillotine style vitrectors of various gauges. https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2770070 [1,3] Oravecz, R., Uthoff, D., Schrage, N. et al. Comparison of modern high-speed vitrectomy systems and the advantages of using dual-bladed probes. Int J Retin Vitr 7, 8 (2021). https://doi.org/10.1186/s40942-020-00277-2 | https://journalretinavitreous.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40942-020-00277-2#citeas

AKtive® является торговой маркой AKtive®. РУ № РЗН 2021/14037 от 16.04.2021г., РУ № РЗН 2021/14118 от 22.04.2021г., РУ № РЗН 2020/9620 от 11.02.2020г., РУ № РЗН 2021/15700 от 08.11.2021г.

ООО «Серджикс» www.surgix.ru | +7 495 543 74 73 | info@surgix.ru

на правах рекламы