

## С ДНЁМ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА!



### УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Примите самые добрые и искренние поздравления с профессиональным праздником – с Днем медицинского работника!

Изо дня в день мы трудимся во благо наших пациентов, возвращаем им свет и краски жизни, вносим свой гражданский и профессиональный вклад в развитие здравоохранения нашей страны.

Мы твердо и уверенно встречаем вызовы времени, храним верность своему делу. Залог нашего успеха – в сохранении традиций, заложенных нашими учителями, и в бесконечном желании быть полезными людям.

Пусть это желание не иссякает никогда, а ваше призвание становится поддержкой и опорой в нелегком труде.

Я желаю вам, чтобы ваш профессиональный путь был ярким и успешным, чтобы каждый миг благодать исцеленных вами людей наполняла и оберегала вас и ваших близких.

Здоровья вам и вашим семьям, благополучия и мира!

С уважением,  
главный редактор газеты «Мир офтальмологии», профессор, Заслуженный врач РФ  
Ходжаев Н.С.

### В ЭТОМ НОМЕРЕ:



## “ ВСЕ ВОЗМОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ ЗАРЯЖЕННЫХ ДУХОМ МНТКОВИИ ЛЮДЕЙ ”

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 был назначен **ДМИТРИЙ ГЕННАДЬЕВИЧ АРСЮТОВ**, который поделился с читателями газеты «Мир офтальмологии» своими идеями и планами на дальнейшее развитие Комплекса.

– Дмитрий Геннадьевич, давайте начнем с развития системы МНТК. Какие направления работы у Вас в приоритете на данный момент?

– Вектор развития МНТК всегда являлся флагманом для большинства офтальмологических учреждений страны. И на сегодняшний момент основная задача – сохранить этот вектор позитивного, прогрессивного, динамичного развития.

Время диктует свои условия, и у нас появляются новые вызовы. Есть необходимость стать более высокотехнологичными, более грамотными в цифровом формате. Поэтому сегодня глобальная история цифровой трансформации, происходящая в системе здравоохранения в целом, должна в полном объеме коснуться и МНТК.

Мы должны сделать систему контроля всех процессов легче, понятнее, и самое главное – правильнее. Выстраивать коммуникации с другими структурами, которые активно включены в наш процесс. Это и деятельность в рамках НМИЦ, то есть работа с регионами по методологическому контролю, обучению, помощи в клиническом формате, подготовке кадров и наставничеству. Это работа в научно-педагогическом контексте фактически



с территорией всей страны, работа с молодыми специалистами. Это подготовка будущих специалистов-офтальмологов в ординатуре, научных кадров, работа в ключе наставничества и продвижения уже на постдипломном этапе. Сегодня мы проводим более 20 курсов ежегодно по различным направлениям, и это та структура, которая требует серьезного обобщения.

Пришло время, когда стоит говорить о создании масштабной, сильной, независимой, но в то же время интегрированной во многие процессы экосистемы МНТК. Она должна быть основой для участия в наших процессах большинства офтальмологического, клинического и научного сообщества всей страны. Я думаю, что у нас для этого есть все возможности, и нам есть, на чем эту экосистему строить.

36 лет нашего развития позволяют нам, во-первых, делать выводы о результатах, а во-вторых, очень четко понимать свои достижения. И смело, с полным пониманием своей ответственности, строить планы на будущее.

– Насколько важно, на Ваш взгляд, развитие научной и образовательной деятельности в МНТК? Более активное вовлечение молодых врачей в научную среду?

– МНТК – одна из немногих в стране систем, которая рационально и паритетно, с большим пониманием развития каждого из направлений, сочетает в себе клиническую, организационную, научную, образовательную и наставническую составляющие. В этом и заключается успех МНТК, его лидирующая роль в системе оказания офтальмологической помощи – специализированной и высокотехнологичной. И на этом строится наше понимание дальнейшего развития.

В первую очередь это усиление наших компетенций, развитие наших технологий, воспитание нашей молодежи, поддержание нашего духа. А дух в системе МНТК всегда являлся основополагающим! Идеи, которые были заложены академиком Федоровым, присутствуют в каждом из нас. И каждый, независимо от того, был ли он лично знаком со Святославом Николаевичем или нет, этим духом, этими идеями, этой энергетикой пропитан с первого дня своей работы в системе. Поддержание этого правильного энергетического заряда во всех направлениях нашей работы абсолютно необходимо и является очень важным для нас в части стратегического развития.

Продолжение на стр. 2 ➔



## АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Продолжение. Начало на стр. 1 ➔

Возвращаясь к вышесказанному, мы обязательно должны соответствовать цифровому духу времени и вывести все это в правильные управленческие решения, позволяющие нам это делать проще, быстрее, качественнее, полезнее для наших пациентов и удобнее для наших сотрудников.

– *Какие новые технологии необходимо внедрить в лечебную деятельность МНТК? Вы недавно вернулись с витреоретинальной конференции в Казани, где также поднимался этот вопрос. Расскажите, пожалуйста, о ключевых трендах.*

– Перед нами и здравоохранением будущего в целом стоит большая задача: выйти фактически на молекулярный, геномный уровень решения большинства проблем. Прикладная наука и технологии развиваются очень быстро. Они меняются, совершенствуются, появляются новое оборудование, методики.

Мы хотим, чтобы риски были минимальными, поэтому технологии, которые были 10–15 лет назад, сегодня уже отходят на второй план. Потому что мы понимаем, что они вызывают чуть больше рисков. А риски нам не нужны. Любая технология, будь то хирургия переднего отрезка глаза, хирургия роговицы, катарактальная хирургия, любая реконструктивная, в заднем отрезке глаза, витреоретинальная хирургия, хирургия сетчатки и стекловидного тела, взаимоотношений различных в заднем отрезке глаза, сосудистая система глаза, зрительный нерв, рефракционная хирургия, – все это за последние годы претерпевает изменения, имеющие один общий аспект – это минимизация любой степени травмы, минимизация рисков послеоперационного восстановления. И главное, минимизация сроков реабилитации, то есть необходимости долечивания.

Мы можем сказать, что большинство сегодняшней хирургии фактически проходит в условиях дневного стационара или даже амбулаторной помощи. Эти тенденции будут продолжены. Но в более глобальном формате мы должны больше думать о фундаментальных подходах, которые могли бы предупредить болезнь или, выявив ее на самых ранних стадиях, минимизировать дальнейшие осложнения. Подходы эти сегодня, к счастью, присутствуют.

И мировое офтальмологическое сообщество, и российская офтальмология должны сделать все возможное, чтобы функциональная составляющая четко коррелировалась с нашими хирургическими техниками. Мы не говорим о сохранении остаточных функций, мы хотели бы сегодня говорить о сохранении очень высоких исходных функций. Для этого необходимо четко и рано выявлять, быстро реагировать и иметь совершенные технологии, которые препятствуют развитию заболевания.

В данной ситуации мы работаем не только самостоятельно, но и в коллаборации с нашими коллегами – эндокринологами, терапевтами, генетиками, биологами. Ведем огромное количество параллельных исследований. Возьмем, к примеру, сахарный диабет. Мы понимаем, что эта болезнь поражает, к сожалению, не только глаз. Она затрагивает огромное количество систем организма – практически все, где есть сосуды, где есть риск капиллярных нарушений и риски усиления экссудативной активности. И понимаем, что заканчивается это не всегда благоприятно. Поэтому ранняя хирургия, быстрое выявление, четкая коррекция гликемического статуса пациента эндокринологами и выявление критериев, триггеров появления болезни уже агрессивной сегодня является тем подходом, который важен для всех. И для эндокринологов, и для офтальмологов, и для кардиологов, а самое главное – для пациентов. Это очень важно!

Врожденные состояния, гено-детерминированные. Сегодня гено-молекулярная

терапия и хирургия врожденных патологий сетчатки, наследственных дистрофий опять же выходит в тренд. МНТК в этой области является одной из баз проведения широкомасштабных клинических испытаний. Думаю, что эта работа позволит в ближайшее время оказать большую помощь будущему здравоохранению в целом.

Заболевания, которые связаны с органотравмирующими состояниями, упираются в новые подходы офтальмопластической хирургии, подходы регенераторные, возможности тканевой терапии, связанные с гено-молекулярными реалиями сегодняшних исследований. Поэтому, во всем этом участвуя, мы понимаем, что на ближайшие 10 лет, а то и больше мы работой обеспечены.

Но это лишь небольшая доля того, что сегодня требуется, и что мы хотели бы видеть в своих будущих разработках. Для молодого поколения разработана большая экспериментальная составляющая. У нас есть собственная лаборатория с возможностью проведения различных клеточных исследо-



ваний, есть свой роговичный банк. И это позволяет проводить большое количество процессов непосредственно в нашей системе.

Также одной из ближайших наших целей является строительство современного вивария, где бы содержались различные животные, и экспериментальная часть работы могла бы осуществляться нами проще. Я считаю, что в части науки, в части разработок – это крайне важно.

Большой пласт проблем – так называемые пролиферативные осложнения. Пролиферация – это исход воспаления и очень многих процессов, происходящих после травм при серьезных заболеваниях: сахарном диабете, отслойке сетчатки, различных воспалениях в стекловидном теле и в заднем отрезке глаза – в сетчатке и в сосудистой оболочке. Чаще всего проблема завершается катастрофой. И опять же – фундаментальный подход к поиску антипролиферативных препаратов сегодня является для нас ключевой задачей.

Таких целей, которые, с одной стороны, очень понятны, но, с другой, еще не решены нигде в мире, – очень много. И повторюсь еще раз: потенциал, возможности, база, желание и, самое главное, мотивация наших коллег, научных сотрудников, клинических работников системы МНТК, позволяют надеяться и верить в то, что эта работа будет завершена победой.

– *Какие проблемы сейчас стоят перед региональной офтальмологией? И как НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» участвует в решении этих проблем? Какие первоочередные задачи стоят перед вами как Национальным медицинским исследовательским центром?*

– Работа по линии НМИЦ ведется сегодня более чем с 40 регионами. Мы видим неплохие показатели роста регионов как самостоятельных субъектов в вопросах развития офтальмологической помощи. Задачей номер один я сегодня вижу выстраивание взаимовыгод-

ных двусторонних контактов, которые позволили бы нам будучи кураторами участвовать в тех пунктах необходимой помощи, которые реально сегодня существуют в конкретном регионе.

В каждом регионе ситуация складывается по-разному. Где-то развитие более сильное, где-то – не совсем прогрессивное. Поэтому внедрение технологий за полгода-год невозможно. Здесь необходимо выстраивание четкой политики и четкого планирования – так называемой дорожной карты, которая за короткий промежуток времени в 3–5 лет позволит из региона сделать самостоятельную структуру оказания офтальмологической помощи, начиная с первичной. А первичная помощь является самой основной. И здесь кроются самые большие проблемы. В первую очередь вследствие дефицита кадров. И от этого первого рубежа мы должны отталкиваться.

Сегодня мы являемся мощной образовательной базой. Мы можем обучать, помогать, участвовать в процессах, приглашать на рабочие места. Мы готовы находиться рядом

и днем, и ночью. И это основа правильного структурного подхода к оказанию первичной помощи. Далее идут больницы второго уровня. Третий уровень – это чаще всего стационары, где оказывается уже хирургическая помощь. В большинстве регионов это наиболее сильная сторона. Мы как НМИЦ все эти процессы держим под контролем, помогаем регионам приобретать дорогостоящее оборудование путем рекомендаций для региональных министерств.

Но, невзирая на все это, есть много пациентов, которые сегодня на территориях полноценно пролечены быть не могут. Это тяжелые, эксклюзивные, осложненные виды глазной патологии. Это сложная хирургия с большими капиталовложениями, где присутствует многоэтапность и дорогостоящие расходные материалы. Такие патологии правильнее оперировать в условиях федеральных клиник, одной из которых являемся мы.

Поэтому четкое распределение пациентов по всем вышесказанным аспектам – методическому, образовательному, наставническому, сопроводительному и курирующему общему процессу, в том числе организационные, – помогает выстраивать правильную, тесную, взаимовыгодную структуру отношений с регионами. Сегодня есть необходимость доведения всех этих процессов до общероссийских на наших новых территориях. Для нас, для меня лично – это задача номер один.

По линии НМИЦ мы являемся кураторами Херсонской и Запорожской областей. Наши бригады из Краснодарского, Оренбургского и др. филиалов уже неоднократно выезжали на эти территории. И последний выезд, который возглавил я, позволил нам составить полную аналитическую картину, подготовить проект маршрутизации и выстроить для себя тактику ближайших действий по этим территориям. Без контроля и внимания они не останутся, но работа там предстоит крайне серьезная. И именно на этих территориях, где сегодня требуется наша помощь в карди-

нальном формате, мы будем присутствовать наиболее полно.

– *Как только ковид пошел на спад, в Россию стали возвращаться иностранные туристы. Часть из них приезжает в том числе с целью медицинского туризма. Скажите, насколько это направление развито и актуально для МНТК сегодня?*

– Это важное и серьезное направление. Направление-вызов для всего здравоохранения в целом, поскольку задачи, которые мы ставим перед собой, очень амбициозны. Количество туристов, приезжающих в рамках реализации проекта экспорта медицинских услуг, динамично растет. И должно расти еще больше.

В системе МНТК экспорту медицинских услуг и лечению иностранных пациентов традиционно уделяется большое внимание. И эта работа в структуре МНТК уже признана одной из самых успешных. Потому что опыт лечения пациентов как на территории Российской Федерации, а ранее – Советского Союза, так и при выездной деятельности за 35 лет нами накоплен огромный. Но опыт – это, наверное, не совсем тот показатель, который характеризует все происходящие процессы.

В первую очередь это количество иностранных пациентов. 300 000 человек, которые были прооперированы за этот период. Это в среднем до 10 000 обращений к нам ежегодно. Было, конечно, ковидное снижение, но по прошлому году мы снова наблюдаем рост. И планируем увеличение минимум в 2 раза количества пролеченных иностранных пациентов. Для этого, конечно, нам необходимо провести очень много работы. Но в системе МНТК, как в Головной организации, так и в филиалах, есть вся база для того, чтобы этих цифр достичь.

Для достижения высоких показателей нам необходимо совместить несколько составляющих. Это условия приема, выделение отдельных диагностических линий, создание зон для приема пищи, которые, кстати, в том числе должны соответствовать национальным и религиозным аспектам наших гостей. Это комфортные условия проживания. Это индивидуальное сопровождение в ходе хирургии. Четкое языковое сопровождение. Правильное понимание послеоперационной реабилитации и контроля за ней.

Нужно выстраивать взаимоотношения с референтными центрами, как с государственными, так и с частными, для того чтобы коллеги, которые будут осматривать пациентов и вести их в дальнейшем послеоперационном периоде, были все-таки погружены и ознакомлены с нашим видением лечения данных болезней. В этом заключается замкнутость цикла, успех проекта, высокая удовлетворенность пациентов и их «возвращаемость». Не только самих, но и их близких, членов семей и так далее.

Поэтому процессы, способствующие развитию мед. туризма будут нами обязательно выстроены. У нас уже есть ряд стратегических решений: взаимодействие с нашими консульствами, работа с представителями департаментов и министерств здравоохранения на территориях как стран СНГ, так и стран дальнего зарубежья. Это в первую очередь страны арабского мира – Ближний Восток, страны африканского континента, с которыми у нас уже есть небольшой опыт взаимодействия. Я думаю, что здесь нет предела для каких-то четко обозначаемых финальных географических координат. Мы будем расширять их и обозначать свое присутствие в как можно большем количестве стран, в которых мы еще не были. Запрос на востребованность нашей помощи присутствует, поэтому на этот год рост на 30% уже можно предполагать, ну а дальше – больше.

Выездная хирургия тоже будет иметь место, но в части совместной работы наших хирургов с уже имеющимися известными



референтными центрами на территории зарубежных государств. И наше присутствие там поможет повысить узнаваемость, позволит хирургам центра делиться своим опытом непосредственно в местах проживания наших коллег.

– Дмитрий Геннадьевич, нам бы хотелось познакомиться наших читателей с Вами поближе. Расскажите, пожалуйста, о себе, о семье, Ваших увлечениях, хобби.

– Я родился в городе Чебоксары в семье врачей. Мой папа по специальности хирург. Мама – тоже доктор, терапевт. Папа долгие годы работал руководителем крупной республиканской больницы в Чувашии. Возглавлял ее более 15 лет. Потом был заместителем директора федерального центра травматологии и ортопедии, который также располагается в городе Чебоксары. В настоящее время он и мама на пенсии.

Я думаю, что тот семейный посыл любви к медицине и врачеванию, который был мною впитан с детства, сегодня реализовался и в моей семье. Я стал врачом. Моя супруга тоже доктор. Мои дети учатся на врачей. У меня два сына. Сейчас они студенты 3-го и 4-го курсов РНИМУ им. Пирогова, 2-го меда. Я думаю, что это хороший тренд, и надеюсь, что он будет продолжен в нашей семье и дальше.

Из основных своих увлечений я могу назвать рыбалку. Я люблю природу, мне нравится проводить время на свежем воздухе. Люблю физкультуру. Серьезный спорт, наверное, все-таки не про меня, но плавание, велопогулки для нашей семьи являются многолетней приятной традицией, как и посещение бассейна 3-4 раза в неделю. За 45 минут я могу проплыть до 2 километров, и это уже выработанная годами необходимость для организма. На велосипеде мы тоже в сезон катаемся если не

ежедневно, то через день – до 25 километров. У нас в семье у каждого есть велосипед. Это такая добрая, хорошая традиция вместе прогуливаться пешком, на велосипеде, получая огромный заряд энергии. Это отличный способ для восстановления, который я советую всем своим коллегам.

В числе хобби также путешествия. Путешествовать предпочитаю больше по России. Люблю автопутешествия – мне нравится дорога, нравится размышлять, мечтать о чем-то в пути. В связи с этим у меня два таких интересных наблюдения: когда плаваю и когда еду за рулем, я очень часто прихожу к каким-то серьезным интересным мыслям. И не для того чтобы их сохранить, положить на полочку, а реализовать. Разумные перспективные идеи приходят ко мне именно в этот момент.

– Вы уже рассказали, как пришли в профессию врача. И все же почему выбрали именно офтальмологию?

– Я не могу сказать, что пришел в офтальмологию осознанно с первого курса. Тогда я был уверен лишь в том, что буду хирургом. И все стал для этого делать. Мы с моим однокурсником с третьего курса начали ходить на дежурства в нашу городскую больницу скорой помощи. Сначала нам просто позволяли присутствовать при приеме больных, потом – их осматривать, иногда брали нас с собой на ассистенцию, а потом доверяли практически все. Ближе к 5–6-му курсам это было очень приятно, ответственно, было четкое понимание, что ты уже что-то умеешь.

Четвертый курс – это выезд на практику в один из районов Республики Чувашия. Это работа в Шумерлинской ЦРБ – крупной больнице, которая обслуживала в том числе рядом расположенные районы. Это большое количество экстренной патологии за сутки.

И мы фактически 2 с половиной месяца пробыли в таких, образно говоря, военно-полевых условиях, когда за сутки порядка 10–15 операций проводилось. Был всего один хирург, была штатная неукомплектованность. И наше присутствие как студентов, молодых субординаторов, воспринималось с огромным уважением, доверием. У нас была возможность напрямую участвовать во всех процессах: это и ассистенция, и самостоятельное ушивание ран. Полная погруженность, причастность к хирургии – она во многом мотивировала. Поэтому в этом контексте будучи руководителем сложилось понимание, что молодежи надо давать все шансы на успех: не мешать, развивать, давать возможность совершать какие-то подвиги, поскольку именно это позволяет позже достигать больших профессиональных высот.

Поэтому я думаю, что наша политика будет заключаться в продвижении молодых. В помощи им. В позволении – конечно же, под серьезным контролем, – осуществлять все их самые смелые амбиции. Поскольку в этом заключается возможность роста и способ достижения самых весомых результатов.

Я это знаю по себе, вспоминая период, когда уже на пятом курсе мы понимали, что можем быть самостоятельными врачами. Пятый курс стал для меня переломным, когда у нас прошел цикл по офтальмологии. И опять же: еще одно везение! У нас был очень хороший преподаватель с ответственным, искренним отношением к процессу, к студентам, к возможности поучаствовать на операциях. Увидеть то высокотехнологичное развитие, которое отличало офтальмологию от большинства других специальностей. А это конец 1990-х годов, когда офтальмология – первая, наверное, в структуре специализаций – перешла к так

называемой микрохирургии. Это очень высокая точность хирургии, очень маленький объект хирургии. Это высокая ответственность в манипуляциях, в движениях. Было очень интересно!

И поэтому, получив возможность по окончании вуза попасть в Чебоксарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» в качестве врача-интерна, я с первых дней проникся этим духом, этой энергетикой. Я был очень сильно воодушевлен!

– Свою первую операцию, которую провели от начала и до конца, наверное, помните. Сильно переживали?

– Конечно, помню! Опять же мне очень повезло, что моим руководителем – и научным, и клиническим – с первых дней моего пребывания в филиале был в то время директор, доктор медицинских наук, профессор Николай Петрович Паштаев, который поверил в меня, увидел во мне потенциал и очень быстро стал доверять то, что, может быть, не доверялось ранее молодым докторам.

Уже к первому полугодью интернатуры я сделал порядка 10 склеропластик. Это операция для приостановки близорукости, в основном выполняемая детям. Ну а к концу интернатуры я уже провел несколько самостоятельных операций по экстракции катаракты. Тогда мы их делали в основном методом экстракапсулярной экстракции, то есть был большой довольно-таки разрез, он потом ушивался.

В те годы развитие факоэмульсификации только набирало обороты, был очень серьезный переходный период между технологией больших и малых разрезов. Вот этот переходный период я как раз застал, и мне повезло, что мое становление шло в этом бурном течении инноваций. Я видел, насколько

**НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АЛЛЕРГИИ**

ТЕПЕРЬ БЕЗ РЕЦЕПТА



отпуск без рецепта

**АЛЛЕРГОФЕРОН®**  
ГЕЛЬ ДЛЯ МЕСТНОГО И НАРУЖНОГО ПРИМЕНЕНИЯ  
*интерферон альфа-2b + лоратадин*

- Иммуномодулятор + блокатор H1-гистаминовых рецепторов
- Лечение сезонного и круглогодичного аллергического ринита и конъюнктивита
- Уменьшение отечности слизистых оболочек и мягких тканей, а также экссудации жидкости, жжения и зуда
- Облегчение носового дыхания

Рег. уд. № ЛП-000656

---



отпуск по рецепту

**АЛЛЕРГОФЕРОН® бета**  
КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ И НАЗАЛЬНЫЕ  
*интерферон альфа-2b + бетаметазон*

- Новая оригинальная комбинация
- Лечение сезонного аллергического ринита и конъюнктивита среднетяжелого течения в стадии обострения
- Входящая в состав гипромеллоза оказывает смягчающее действие на эпителий, защищает роговицу от раздражения

Рег. уд. № ЛП-002999



БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ  
**ФИРМ** www.firm.ru

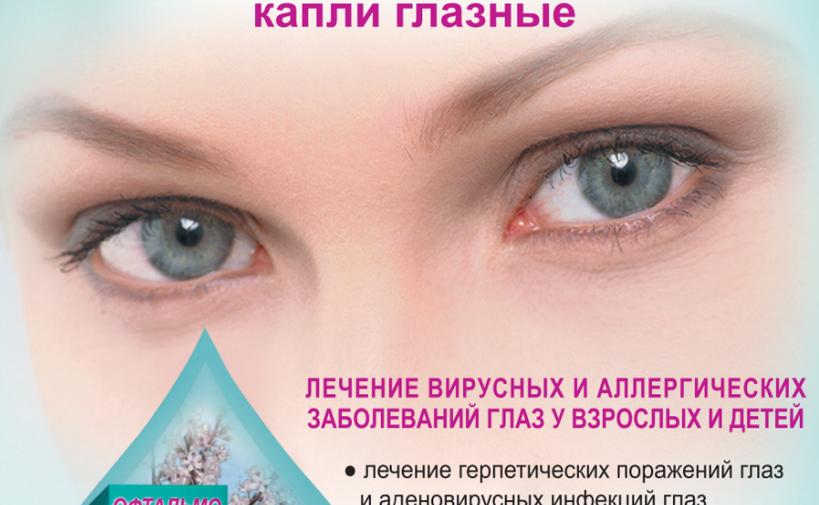
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

РЕКЛАМА

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ТЕКСТОМ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

# ОФТАЛЬМОФЕРОН®

Интерферон альфа-2b + дифенгидрамин  
**капли глазные**





Реклама

**ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

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

Рег. уд. P N 002902/01



БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ  
**ФИРМ** www.firm.ru

Отпуск без рецепта  
Информация для специалистов



ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ, ПОЖАЛУЙСТА, С ТЕКСТОМ ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ



## АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

стремительно все это развивается, и просто не мог в этом не участвовать, поэтому для себя выбрал, наверное, самую интересную, самую сложную, самую ответственную и самую на тот момент еще не познанный до конца историю – витреоретинальную хирургию. И до сих пор понимаю, что абсолютно не прогадал, потому что по истечении 20 с лишним лет своего стажа я понимаю, что многое еще требует развития. Но это позволяет двигаться вперед. И соответственно выходить на более высокие и безопасные рубежи.

23 года прошли очень быстро, они на сегодняшний день сопряжены с продолжением и научного поиска, и с активным присутствием, широким в клинической практике. Я считаю, что эти годы позволили мне самому стать педагогом. Начиная с 2010 года я преподаю на кафедрах в Институте постдипломного образования, имею большой опыт преподавательской деятельности в постдипломном аспекте, с нашими ординаторами и докторами со стажем. Присутствую на различных образовательных курсах, проводимых здесь, в МНТК, уже в Головной организации. В частности, в системе WetLab по витреоретинальной хирургии. То, что я получил ровно 23 года назад, придя в Чебоксарский филиал, это движение продолжается до сих пор.

Еще раз хотел бы сказать большое спасибо Чебоксарскому филиалу за мое становление. В частности, Николаю Петровичу Паштаеву как моему педагогу, учителю. И надеюсь, что работа, которая была проведена, по крайней мере в моем лице, позволит молодым специалистам стать более успешными, продвинутыми и достичь тех высот, которые они перед собой видят.

– До прихода в МНТК Вы 12 лет руководили Республиканской офтальмологической боль-

ницей в Чебоксарах. Какие подходы к управлению командой Вам пригодились из прошлого опыта? У Вас в активе в том числе победа в конкурсе «Лидеры России». Это как-то повлияло на Ваш управленческий стиль?

– Опыт руководства республиканской больницы оказался очень полезным и нужным. Я пришел туда в довольно молодом возрасте – 33 года. Для меня это было серьезным испытанием: из разряда клинициста перейти в организаторы. Но я считаю, что любое выведение нас как людей с какими-то амбициями и устремлениями из состояния равновесия продуцирует правильные решения, заставляет двигаться вперед и получать новые компетенции.

Именно это и случилось со мной. Я пришел в учреждение с неплохим статусом, но с большим количеством неосуществленных планов и недостиженных уровней. И я считаю, что нам за эти годы удалось их достичь. Вывести учреждение на уровень узнаваемости не только по республике, но и по России в целом.

Мне было приятно, что к нам приезжали за помощью пациенты из более чем 50 регионов. Я уже не говорю о постоянных приездах к нам наших «соседей». Мы были активными участниками научно-педагогического процесса, участвовали в образовательной деятельности Чувашского госуниверситета, в постдипломном обучении Института совершенствования врачей, подготавливали врачей-ординаторов, курировали процесс обучения региональных специалистов, напрямую формировали проектную деятельность по профилю «Офтальмология» в республике и выстраивали ее совместно с федеральным центром и рядом расположенными регионами. Мы активно стремились к новым знаниям, внедряли технологии, обучали

врачей и формировали большую сильную команду. И у нас это получилось, учитывая, что за годы работы средний возраст врачей с 50 с лишним лет опустился до 41 года, а медсестер – с 56 до 39 лет.

Это правильный, в моем понимании, аспект взаимоотношений, когда есть старейшины, есть гуру, которые являются экспертами высшей степени, и их мнение очень важно. И есть среднее звено, есть молодежь. Эта правильно выстроенная возрастная линия позволяет формировать преемственность, воспитывает уважение, комфортную среду внутри коллектива.

Я уверен в том, что любая победа зависит не от одного человека, а всегда от команды. Формирование правильных коммуникаций, взаимоотношений, создание условий для комфортной работы людей, создание условий для развития, понимание людьми ответственности. Поэтому относительно мягкие, но в то же время с требованиями контроля и пониманием ответственности процессы позволяют всегда достигать больших результатов. Такого рода политику я выстраивал ранее, но в первую очередь всегда старался быть неким драйвером идей и решений. Поскольку ответственность не столько за решение, сколько за результат и его достижение должен нести руководитель. Команда – это помощник. Но конечно, без советов тоже обойтись нельзя. Поэтому консультации, совместные совещания и проектные подходы позволяют сформировать более верное решение. Это все было и в моей прошлой работе, те же принципы буду стараться продвигать в новом для меня коллективе.

То, что касается опыта «Лидеры России», это история про то, когда нам очень хочется бросить себе вызов. И я себе такой вызов бросал неоднократно. Один из эпизодов – это участие в выборах в качестве кандидата в депутаты Госсовета Чувашской республики. Первый опыт был в 2011 году, он закончился моим проигрышем, поскольку у меня не было четкого понимания процессов. Но в последующем, уже в 2016 году, понимая, что риск проигрыша есть опять, но уже имея определенный опыт и понимание возможности продвижения своих идей, идей медицинского сообщества, мы серьезно мобилизовались, и эта победа состоялась.

Сейчас у меня уже второй депутатский цикл, второй созыв, я являюсь депутатом Госсовета. И это часто требует много времени, но позволяет реализовать в жизнь больше идей, курировать те процессы, которые происходят на законодательном уровне, с точки зрения отстаивания интересов медицинского сообщества.

«Лидеры России» – это примерно из той же серии. Это вызов. Вызов очень для меня интересный. Но опять же, первая попытка – это 2019 год, когда я дошел до полуфинала. Дальше не прошел. Это был уровень еще дистанционный. В 2020 году я решил историю повторить, хотя понимания успеха не было, учитывая, что изначально было более 300 000 заявителей, это вся Россия, сильные управленцы, в том числе люди с амбициями, колоссальными умственными возможностями, талантливые люди.

Но я не побоялся и дошел сначала до полуфинала, потом вышел в финал. Участвовал изначально в треке «Здравоохранение». Этот трек в 2020 году проводился впервые и собрал более 15 000 участников. Полуфинал – это 500 человек. Из полуфинала я вышел в сотню финалистов. В финале я победил и вошел в десятку лучших управленцев страны по треку «Здравоохранение». Занял второе рейтинговое место, что дало возможность выйти в суперфинал конкурса. И в суперфинале 2020 года я также победил, то есть вошел в сотню лучших управленцев из той 300-тысячной аудитории, изначально заявившейся на этот конкурс.

Это позволило мне поверить в свои собственные силы, улучшить свои «горизонтальные» связи и возможности. Потому что

был колоссальный объем новых знакомств и великолепные, замечательные, умнейшие люди, профессионалы в своем деле в разных отраслях и специализациях. Сегодня это такая большая дружная семья, которая даже по истечении 3 лет поддерживает друг друга, и огромная система, способная стать хорошим стартапом для любого человека, если он верит в себя, верит в свои таланты, способности, возможности и движется вперед, не останавливаясь перед трудностями и не видя преград.

Конкурс завершился для меня выигрышем гранта в 1 миллион рублей. Я реализовал его, пройдя обучение в Российской академии народного хозяйства по образовательной программе ЕМРМ – мастер государственного управления. Это тот ресурс, который готовит людей на высокие государственные должности: вице-премьеров, министров, заместителей министров по различным направлениям. Там очень серьезный пул преподавателей.

Помимо этого я окончил магистратуру по экономике и в настоящее время являюсь магистрантом по юриспруденции. Есть необходимость в получении более серьезных юридических знаний, поскольку медицинское право и понимание нашего нахождения в структуре этого права крайне важно. Я думаю, что потихоньку мы будем идти к тому, что правовая составляющая нашей деятельности в рамках взаимоотношений с нашими пациентами будет формироваться на другом уровне, что уже происходит во многих странах. Это правовая культура и понимание рисков, которые ложатся в основу получения более весомых знаний. Надеюсь, что это поможет мне и моей нынешней работе в том числе.

– Дмитрий Геннадьевич, скажите, пожалуйста, как у Вас получается совмещать хирургию с работой руководителя?

– Хирургия – одно из приоритетных направлений моей профессиональной деятельности. В год провожу более 500 витреоретинальных операций, которые позволяют лечить самые сложные патологии: отслойки сетчатки, макулярную дистрофию, комбинированные случаи офтальмотравм.

Проведение научных исследований и внедрение их результатов в практику позволяет постоянно совершенствовать хирургические технологии.

– И последний вопрос. Каким Вы видите МНТК «Микрохирургия глаза», скажем, через 5 лет?

– Вопрос несложный. Пять лет пролетят очень быстро, и здесь не нужно предполагать, нужно быть четко уверенным, что система МНТК будет такой же успешной, как сегодня, уверенной в себе и в завтрашнем дне. Все возможно при наличии энергичных, профессиональных, заряженных духом МНТКовичей сотрудников, которые создадут условия для поддержания всех начинаний, предпринятых академиком Федоровым 36 лет назад, и которые сегодня трансформируются в большое количество нововведений и трендов, но с сохранением всех постулатов, обозначенных в те годы: четкое стремление и соответствие запросам, присутствующим сегодня в здравоохранении, высокий уровень культуры и качества оказываемой помощи и сервисных услуг, расширение географии присутствия.

Подчеркну еще раз: очень хотелось бы, чтобы система МНТК была живой, заряженной системой с той энергетикой, с той мотивационной составляющей, с тем духом, которые позволяют нам планировать работу не на 5 лет, а на долгие годы вперед.

Пресс-служба  
МНТК «Микрохирургия глаза»

**5—7 ОКТЯБРЯ**  
**2023**

**23-й**  
**ВСЕРОССИЙСКИЙ**  
**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС**  
**С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
КАТАРАКТАЛЬНОЙ, РЕФРАКЦИОННОЙ  
И РОГОВИЧНОЙ ХИРУРГИИ

Москва, «Центр Международной торговли»  
Краснопресненская наб., д. 12, подъезд №4

**ОРГАНИЗАТОРЫ:**



ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России



Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»



[www.cataract-congress.ru](http://www.cataract-congress.ru)

**РАБОТА С УЧАСТНИКАМИ**

ТИМОШКИНА ТАТЬЯНА  
Тел.: +7 (929) 674-74-61  
Email: info@oor.ru



[www.vospaleniye.oor.ru](http://www.vospaleniye.oor.ru)



ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова» Минздрава России



Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

**BAUSCH+Health**



## НЕ ДАЙТЕ ВОСПАЛЕНИЮ РАЗМЫТЬ ВАШ РЕЗУЛЬТАТ

Послеоперационное воспаление может удлинять срок реабилитации пациента и снижать функциональный результат лечения<sup>1</sup>



**Проверенный временем<sup>2</sup> нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) для фармакосопровождения хирургических пациентов**

RUS-OPH-IND-IND-01-2022-3325

Лекарственное средство. РУ П №15363/01 от 16.06.2009.

Полную информацию вы можете получить в ООО «Бауш Хелс»: Россия, 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5. Тел.: +7 495 510 2879; <http://bauschhealth.ru/>.

1. Иошин И. Э. Эффективная фармакотерапия послеоперационного периода стандартной факоемульсификации. Офтальмология. 2012. №1. С 10–15. 2. Индоколлин на рынке с 2002 года (более 20 лет).

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



Филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России  
Экспериментально-техническое производство «МГ»

## КТО МЫ И ЧТО ПРОИЗВОДИМ?

Мы более 40 лет являемся одним из ведущих российских производителей и поставщиков медицинских изделий для офтальмохирургии!

- Микрохирургических инструментов
- Одноразовых полимерных изделий
- Металлических иригационных канюль
- Остроконечных офтальмологических лезвий
- Искусственных хрусталиков!



 [ETPMICRO.RU](http://ETPMICRO.RU)

 [ETP-MNTK@MAIL.RU](mailto:ETP-MNTK@MAIL.RU)

 +7 (499) 488-89-94



## ЧТО МЫ МОЖЕМ ВАМ ПРЕДЛОЖИТЬ?

- Высокое качество, проверенное временем, по доступной цене
- Выгодные финансовые предложения для крупных государственных структур
- Индивидуальный подход при работе с частными клиентами
- Разработку и изготовление уникальной продукции по запросу
- Клиническую образовательную поддержку специалистов
- Специальные условия доставки





## 16-17 ФЕВРАЛЯ 2023 ГОДА В МОСКВЕ СОСТОЯЛАСЬ IV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ЛЕЧЕНИЕ ГЛАУКОМЫ: ИННОВАЦИОННЫЙ ВЕКТОР-2023»

В торжественной церемонии открытия мероприятия выступили директор ФГБУ «НМИЦ Глазных болезней» им. Гельмгольца» Минздрава России, главный внештатный специалист-офтальмолог Минздрава России, академик РАН Нероев В.В., генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» Минздрава России, к.м.н. Арсютов Д.Г., генеральный директор ФГБУ «Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения России, д.м.н, профессор Омеляновский В.В., директор ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины», академик РАН, д.м.н., профессор Воевода М.И., заведующий «Центром офтальмологии ФГБУ «Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н. Файзрахманов Р.Р.

Приветствия от Министерства здравоохранения РФ зачитал заместитель генерального директора по организационно-методической работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» Ходжаев Н.С., а от Департамента здравоохранения Москвы – заведующая организационно-методическим отделом по офтальмологии «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» Симонина С.В.

В своих приветственных обращениях все выступавшие отмечали, что конференция стала центральной площадкой глаукомного сообщества офтальмологов России, вобрала в себя наиболее важные и актуальные практические, научные и организационные вопросы, определяющие сегодняшний вызов и вектор дальнейшего развития лечения глаукомы. Был отмечен насыщенный формат конференции, включающий фундаментальную секцию, организованную Сибирским отделением РАН РФ, что является пионерским опытом в рамках офтальмологической конференции, трансляцию живой хирургии, разбор сложных клинических случаев, обсуждение проблемы преемственности участия врачей стационара и городских поликлиник в ведении пациентов с глаукомой и многое другое.

В работе конференции приняло участие более 550 врачей, 1405 подключений к онлайн трансляции из 69 регионов РФ, а также из Белоруссии, Казахстана, Узбекистана, Азербайджана, Иордании.

**Первое заседание «Фундаментальные исследования патогенеза глаукомы»** открылось докладом профессора **Воеводы Михаила Ивановича «Актуальные проблемы генетики глаукомы»**. В своем исследовании Михаил Иванович показал существование моногенной и полигенной формы первичной открытоугольной формы глаукомы (ПОУГ). Идентифицировал генетические маркеры с моногенным типом наследования, основным из которых является МУОС, отвечающий за регуляцию внутриглазной жидкости (ВГЖ), нормальное развитие и функционирование глаза. Рассказал о нескольких возможных гипотезах влияния мутации в гене МУОС и продукции измененного белка миоцил-



лина на патогенез ПОУГ. Показал спектр частых и редких вариантов гена *CYP11B1* у российских пациентов с врожденной и ювенильной открытоугольной глаукомой.

**Владимир Иосифович Коненков**, научный руководитель НИИ клинической и экспериментальной лимфологии – филиала ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики» СО РАН, академик РАН, д.м.н., профессор, представил доклад на тему **«Иммуногенетика глаукомы»**. Автор отметил, что в результате тесного сотрудничества с НИИКЭЛ филиала ФИЦ ИЦИГ СО РАН и Новосибирского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» с применением IT-технологий разработан и клинически апробирован новый способ прогноза развития глаукомы глаза человека на основе биоинформационного анализа генных сетей вариантов структуры ДНК полиморфных участков генов цитокинов и металлопротеиназ, позволяющий с высокой степенью информативности формировать персонализированный прогноз предрасположенности (или наоборот – устойчивости) человека к развитию открытоугольной глаукомы. Метод прогноза позволяет формулировать заключение независимо от возраста обследуемого лица, что делает возможным его использование при диспансеризации практически здоровых лиц трудоспособного, молодого и даже детского возраста, что может быть полезным для формирования групп повышенного риска развития нарушения деятельности органов зрения при проведении профилактических мероприятий, направленных на снижение внутриглазного давления. Целевые группы – сотрудники силовых ведомств, лица допризывного возраста, спортсмены, дети пациентов с наличием заболевания и т. п.

**Черных Валерий Вячеславович**, директор Новосибирского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, д.м.н., профессор, выступил с интересным сообщением на тему **«Лимфатический регион глаза и морфоструктурные нарушения в патогенезе ПОУГ»**.

Представленные в докладе исследования показали методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, что соотношения концентраций многих макро- и микромолекул, участвующих в метаболических, обменных и других про-

цессах в сыворотке крови и ВГЖ практически одинаковы и стремятся к единице, что позволяет сделать заключение о близком элементном составе этих биологических жидкостей. Отличия в содержании, прежде всего антиоксидантов, связаны с высокой потребностью в них структур глаза для защиты от оксидативного стресса. Установлено, что при ПОУГ выявлены структурные изменения компонентов лимфатического (увеалимфатического) пути оттока, которые могут играть значительную роль в патогенезе заболевания. В цилиарном теле выявлено расширение интерстициальных пространств, увеличение просветов венозных сосудов, а также уменьшение степени экспрессии маркера эндотелия лимфатических сосудов, что свидетельствует об отеке и воспалении в изучаемой области.

В хориоиде показано расширение просветов кровеносных сосудов и лимфатических каналов, набухание и увеличение размеров перикапиллярных пространств, набухание стромы хориокапиллярной пластинки и нарушение связи якорных коллагеновых волокон с миофибробластами и пигментными клетками, что также свидетельствует об отеке и наличии местного хронического воспаления в изучаемой области.

**Трунов Александр Николаевич**, заместитель директора по научной работе Новосибирского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, д.м.н., профессор, с соавторами доложил на тему **«Роль местного асептического воспаления в механизмах развития первичной открытоугольной глаукомы»**. Автор показал, что проведенное исследование позволило установить, что в ВГЖ пациентов с ПОУГ выявляется статистически значимое нарастание концентраций цитокинов, обладающих провоспалительной активностью (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-12, ИЛ-17А, макрофагальный воспалительный протеин-1β) и снижение содержания ИЛ-4, ИЛ-10, обладающих противовоспалительной активностью, что свидетельствует о значимости в патогенезе ПОУГ местного хронического воспалительного процесса. Установлено, что в ВГЖ пациентов с ПОУГ определяется статистически значимое нарастание концентраций представителей суперсемейства трансформирующих факторов роста β, способных стимулировать процессы пролиферации, клеточного ро-

ста, синтез белков внеклеточного матрикса и др., направленное на компенсацию последствий развития воспалительного процесса, но способное привести к ремоделированию поврежденной трабекулярной сети с увеличением сопротивления оттоку внутриглазной жидкости и повышению внутриглазного давления (ВГД). Также при глаукоме имеются отклонения в функционировании цитокиновой сети, контролирующей процессы воспаления и ангиогенеза. Наследуемые локусы количественных признаков определяют характер/вариант течения воспалительного процесса и состояния ангиогенеза при развитии того или иного типа глаукомы. Иммуногенетические исследования в офтальмологии открывают пути к персонализированной терапии глазных болезней и проведения индивидуализированных профилактических мероприятий.

Профессор **Назир Сагдуллаевич Ходжаев** представил интересное сообщение на тему **«К вопросу о клинико-морфологических критериях безопасности воздействия при микроимпульсной циклофотокоагуляции»**.

Назир Сагдуллаевич убедительно продемонстрировал, что на основании морфологического исследования обоснован безопасный диапазон суммарной лазерной энергии при мЦФК с мощностью от 2 до 2,8 Вт при экспозиции 160 с и рабочем цикле 31,3%, при котором отсутствуют признаки коагуляционного некроза в тканях цилиарного тела. На основании изучения цитокинового профиля противовоспалительных цитокинов разработаны критерии безопасности энергетических параметров мЦФК, включающие мощность 2,8 Вт, при котором воспалительный ответ в тканях ЦТ наиболее выражен за счет достоверного увеличения концентрации цитокинов ФНО-α и ИЛ-1β, обеспечивающего активацию механизмов защитного ответа при воспалении. При этом морфологическая картина ЦТ остается полностью сохранной. Разработанная оптимизированная технология мЦФК с мощностью 2,8 Вт и экспозиции 160 с является эффективным и безопасным методом лечения ТГ, который купирует болевой синдром на первые сутки после операции, достоверно снижает ВГД, а также уменьшает число гипотензивных средств в среднем на 27,3%.

**Шапак Александр Анатольевич**, заведующий отделом клинико-функциональной диагностики ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, д.м.н., профессор, выступил с соавторами с сообщением на тему: **«Нейротрофические факторы: роль в патогенезе глаукомы»**.

Александр Анатольевич наглядно показал механизм процесса нейродегенерации при глаукоме, включающий в себя снижение содержания нейротрофических факторов, запуск механизма апоптоза и как следствие гибель ганглиозных клеток сетчатки. Целью работы являлось изучение четырех важных нейротрофических факторов – BDNF, CNTF, NGF, GDNF – во влаге передней камеры, слезной жидкости, сыворотке крови у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой. Ре-



зультаты работы показали несомненно важную роль всех вышеперечисленных факторов в патогенезе ПОУГ. Что локальные нарушения вызывают развитие ПОУГ на фоне резкого снижения уровня ряда факторов, таких как BDNF, GDNF, возможно, и NGF во всем организме.

**Арутюнян Лусине Левоновна**, д.м.н. из Глазного центра «Восток-Прозрение», рассказала о «**Микроэлементном составе склеры при разной клинической форме глаукомы**».

На основании расширенного анализа автор определила, что при глаукоме происходит нарушение обмена на макро- и микроэлементном уровне, однако соотношение определенных элементов зависит от клинической формы глаукомы. Также при различных формах глаукомы накапливаются Zn, Fe, Ca и снижается концентрация Cu, Mg. При разных формах глаукомы структурно-биомеханические свойства корнеосклеральной оболочки глаза отличаются. Лусине Левоновна рассказала, что оценка морфометрических показателей решетчатой пластинки при помощи неинвазивного диагностического томографа является критерием ранней диагностики глаукомы.

**Заседание 2**, посвященное «**Хирургической технике выполнения малоинвазивных антиглаукомных вмешательств**», открыла **Анисимова Светлана Юрьевна**, главный врач Офтальмологического центра «Восток-Прозрение» (г. Москва), д.м.н., профессор, с докладом на тему «**Хирургическое лечение открытоугольной глаукомы лиц молодого возраста**». Профессор на большом клиническом материале наглядно продемонстрировала, что более чем 35-летний опыт НГСЭ в хирургическом лечении открытоугольной глаукомы доказал ее эффективность и безопасность. Хирургическое лечение глаукомы с применением методики непроницающей глубокой склерэктомии и трабекулэктомии с использованием ДКА Ксенопласт позволяет добиться длительного стойкого гипотензивного эффекта. Авторы поделились результатами наблюдений о том, что ДКА Ксенопласт не рассасывается до 5 лет в интрасклеральном и субконъюнктивальном пространстве, пористый, легко проникает для ВГЖ, не инкапсулируется. Может быть использован вместо MIGS ab interno, а также для проникающих операций.

**Золотарев Андрей Владимирович**, главный врач ГБУЗ «Самарская областная клиническая офтальмологическая больница имени Т.И. Ерошевского», заведующий кафедрой офтальмологии СамГМУ, д.м.н., профессор, выступил с сообщением на тему «**О повышении эффективности гипотензивной хирургии: «Новое лицо старого знакомого»**».

Автор доказал, что в настоящее время хирургия глаукомы без специализированной антифибротической медикаментозной поддержки малоэффективна. Сложный многокомпонентный процесс регулирования послеоперационного фиброза требует применения нескольких высокоспецифичных таргетных молекулярно-биологических препаратов. Препараты комплексного действия (иммуносупрессанты, кортикостероиды) более предпочтительны при хирургическом вмешательстве, и на собственном опыте показал, что применение суспензии триамцинолона для стабилизации гипотензивного эффекта хирургии глаукомы представляется весьма перспективным.

**Дмитрий Иванович Иванов**, заведующий 2-м хирургическим отделением АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», д.м.н., в очередной раз порадовал слушателей на актуальную тему «**Закрывоугольная глаукома. Современные подходы хирургического ле-**

**чения**». Докладчик иллюстрировал свою презентацию многочисленными видео собственными операциями. Показал комбинированные способы лечения пациентов с различными формами закрытоугольной глаукомы. На большом клиническом материале доказал высокую эффективность предлагаемых методов лечения и их стойкий гипотензивный эффект.

**Николаенко Вадим Петрович** с соавторами, профессор кафедры оториноларингологии и офтальмологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», заместитель главного врача по офтальмологии ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», д.м.н. (г. Санкт-Петербург), представил доклад «**О расширении показаний к имплантации клапана Ахмеда**». По результатам собственных исследований авторы сделали заключение, что показаниями к имплантации клапана Ахмеда являются различные формы вторичной глаукомы, такие как неоваскулярная, увеальная, постсклеропластическая, посткератопластическая и др.), любая стадия некомпенсированной предшествующей гипотензивной операцией и последующим консервативным лечением первичной открытоугольной глаукомы, любая стадия некомпенсированной консервативным и лазерным лечением первичной открытоугольной глаукомы, выраженные симптомы и клинические признаки заболеваний глазной поверхности.

**Жуков Сергей Сергеевич**, врач-офтальмолог Калужского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, представил доклад на тему «**Непроницающая глубокая склерэктомия с применением аллодренажа**». В своем сообщении авторы показывают возможность применения лентикулы, полученной после применения технологии CLEAR, в непроницающей хирургии глаукомы. Преимуществом лентикулы Сергей Сергеевич считает небольшую толщину, инертность, то, что она является биологической тканью с минимальной антигенной активностью, возможность смоделировать необходимую форму и получения в большом количестве.

**Джаши Бента Гайозовна**, заведующая отделением по лечению глаукомы Волгоградского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, к.м.н., выступила с сообщением «**Оптимизация подходов к выбору этапности хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы**».

Используя большой клинический материал, современное диагностическое оборудование, автору удалось создать автоматизированный подход к выбору этапности хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы, ассоциированной с катарактой, с помощью запрограммированного алгоритма, сформулированного на основе выполненного анализа данных.

**Антонова Анастасия Валерьевна**, врач-офтальмолог ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» (г. Санкт-Петербург), осветила сообщение на тему «**Факторы, влияющие на результаты конъюнктивальной хирургии глаукомы: по материалам Санкт-Петербургского городского офтальмологического центра**». Основным снижающим эффективностью трабекулэктомии фактор – предшествующее закончившееся неудачей гипотензивное вмешательство. Следующим по значимости независимым предиктором неудачи конъюнктивальной хирургии является синдром сухого глаза (ССГ), наличие которого следует обязательно учитывать при реализации алгоритма предоперационной подготов-

ки пациентов с глаукомой. ССГ возникает или усугубляется под влиянием чрезмерно интенсивного и длительного фармакологического воздействия на глазную поверхность, что превращает консервантную нагрузку в еще один неблагоприятный прогностический фактор.

**Ермакова Ольга Викторовна**, заведующая отделением Новосибирского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, к.м.н., рассказала аудитории путь «**От анатомически суженного угла до закрытоугольной глаукомы. Подходы к лечению**». Автор наглядно продемонстрировала, что хирургия хрусталика – наиболее эффективный метод лечения у пациентов с первичным закрытием угла и ПЗУГ с учетом возраста, ВГД и рефракции. При наличии признаков катаракты у пациентов с ПЗУГ хирургическое лечение катаракты следует проводить в более ранние сроки. ФЭК может рассматриваться как антиглаукомное вмешательство первого выбора при закрытии угла передней камеры. Периферическая лазерная иридотомия возможна у пациентов с подозрением на закрытый угол (анатомически суженный угол), особенно в случае закрытия УПК по типу зрачкового блока. Пациенты с подозрением на закрытый угол (анатомически суженный угол) нуждаются в постоянном наблюдении даже в случае выполненной лазерной иридотомии.

**Сидорова Алла Валентиновна**, заведующая отделением хирургии глаукомы ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, представила доклад «**Преимущества лечения глаукомы диодным лазером Micropuls**».

Алла Валентиновна показала, что методика является эффективной и безопасной для лечения различных форм глаукомы, имеет обратимый характер минимального градиента толщины ЦТ по данным УБМ, является перспективной технологией в качестве компонента комбинированных операций при лечении рефрактерной глаукомы, может применяться на любом этапе лечения неоваскулярной глаукомы в качестве первого этапа перед хирургическим лечением с целью снижения ВГД в комплексе с проведением панретинальной лазеркоагуляции, применением anti-VEGF препаратов, а также как органосохраняющая операция на терминальной стадии глаукомы, при снижении гипотензивного эффекта возможно неоднократное проведение операции.

**Третье заседание «Лазерные, в том числе микроимпульсные, технологии лечения глаукомы, сравнительный анализ эффективности»** открыл профессор **Висам Шихаде (Иордания)** с докладом на тему «**Микроимпульсное лазерное лечение на ранних стадиях глаукомы**». Профессор поделился со слушателями своим большим опытом использования МЦФК, рассказал, что процедура может быть назначена в качестве первичного лечения при различных формах глаукомы. Также автор представил аудитории обновленный наконечник, который позволяет осуществлять более точную передачу энергии тканям глаза. При выполнении данной технологии профессор Шихаде осуществляет лазерное воздействие по дуге окружности 150°, меняя направление воздействия каждые 20 с. В итоге происходит 4 смены направления по 20 с на каждую дугу, но могут быть и вариации. Автор отметил, что если менять направление быстро, то мы не смо-



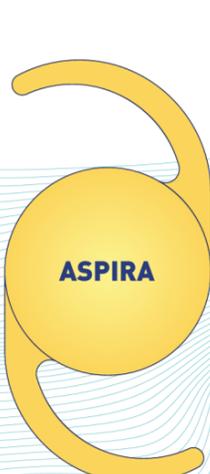

## СОВРЕМЕННЫЕ ИОЛ ОТ КОМПАНИИ HUMANOPTICS (ГЕРМАНИЯ)



**Мультифокальная ИОЛ**  
предназначена для комфортного зрения на всех расстояниях



**Торическая ИОЛ**  
обеспечивает высокое качество зрения для пациентов с астигматизмом



**Асферическая ИОЛ**  
обеспечивает зрение вдаль без сферических аббераций (искажений)

ИНТРАОКУЛЯРНЫЕ ЛИНЗЫ ОТ КОМПАНИИ HUMANOPTICS  
ПОМОГУТ ВАМ ЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫСИТЬ КАЧЕСТВО ЗРЕНИЯ.

(495) 646-72-51
info@focus-m.ru
www.focus-m.ru

V.2015 на правах рекламы



## КОНФЕРЕНЦИИ

жем добиться нужного энергетического воздействия на ткани, если медленно, то может быть перегрев тканей. Обычно доктор использует энергию 2500 Вт, но если после первичной процедуры не добились гипотензивного эффекта, то при повторном проведении операции настройки увеличиваются в сторону повышения энергии и времени лазерного воздействия. Автор призывает не бояться использовать мЦФК на ранних стадиях глаукомы с высокими зрительными функциями.

**Мазунин Игорь Юрьевич**, директор Нижегородского областного центра лазерной микрохирургии глаза, главный офтальмолог Нижегородской области, к.м.н., представил доклад «*Мультиволновая микроимпульсная иридогониопластика при лечении узко/закрытоугольной глаукомы*». Показаниями к использованию данной технологии являются узкий профиль УПК перед селективной (400 мкм) или микроимпульсной (300 мкм) трабекулопластикой, после проведенной лазерной иридэктомии, узкий профиль УПК перед ГНСЭ после проведенной лазерной иридэктомии при узко/закрытоугольной глаукоме, свежий блок фильтрационной зоны корнем радужной оболочки после проведенной ГНСЭ, состояние после лазерного (1064 нм) разблокирования старого блока фильтрационной зоны (после ГНСЭ) корнем радужной оболочки. Рекомендованные длины волн для проведения микроимпульсной лазерной иридогониопластики зависят от цвета радужной оболочки (РО); так, слабопигментированные и бесцветные РО – зеленое 532 нм излучение; светло-коричневые РО – желтое 577 нм излучение; темно-коричневые РО – красное 660–670 нм излучение; сине-коричневые и почти черные бархатные толстые РО – инфракрасное 810 нм излучение.

Применение офтальмокоагуляторов с различными длинами волн лазерного излучения, работающих в режиме микроимпульса (зеленый, желтый, красный, инфракрасный), и методики «лазерная кисть» позволяет проводить операцию иридогониопластики максимально эффективно, исключая интра- и послеоперационные осложнения при значительном снижении инвазивности, болезненности и времени проведения лазерной процедуры.

**Ширяев Игорь Валерьевич**, врач-офтальмолог Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, представил доклад «*Роль микроимпульсной циклофотокоагуляции в лечении вторичной неоваскулярной глаукомы*». Целью исследования явилось изучение роли микроимпульсной микрофотокоагуляции в комплексном лечении пациентов с вторичной суб/декомпенсированной на медикаментозной терапии неоваскулярной глаукомой с частичным или полным органическим закрытием радужно-роговичного угла и предметным зрением. Доктор еще раз напомнил: неоваскулярная глаукома с частичной или полной органической блокадой РРУ – тяжелое, быстро развивающееся заболевание, требующее комплексного поэтапного подхода к лечению с последующим длительным мониторингом. МикроЦФК, по имеющимся клиническим наблюдениям, оказывает частичный умеренный антиангиогенный эффект, который нуждается в дальнейшем изучении (анализ большого количества данных). МикроЦФК – вспомогательный (ургентный) метод лечения вторичной неоваскулярной глаукомы, несмотря на нестойкий гипотензивный эффект, может быть этапом в схеме как умеренно эффективный и безопасный способ снижения ВГД, позволяет подготовить пациента к

дренажной хирургии, сохранить зрительные функции.

**Сидорова Алла Валентиновна**, заведующая отделением хирургии глаукомы ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, рассказала о «*Микроимпульсной лазерной хирургии в комбинированном лечении рефрактерной глаукомы*». Алла Валентиновна показала аудитории слагаемые успеха комбинированной хирургии рефрактерной глаукомы: максимальное снижение ВГД перед хирургическим лечением глаукомы, точное позиционирование дренажных устройств, выбор сектора для микроимпульсной хирургии глаукомы, использование доступных препаратов для снижения рубцевания, мониторинг положения дренажей в послеоперационном периоде, взвешенный подход к назначению гипотензивной терапии в позднем послеоперационном периоде.

Докладчик рекомендует пациентам с ПОУГ 2–3-й степени рефрактерности в комплексе с формированием дополнительных путей оттока из передней камеры проводить одномоментное снижение продукции внутриглазной жидкости. Снижение продукции внутриглазной жидкости достигается путем проведения в комплексе с ГНСЭ или дренажной хирургией транссклеральной секторальной мЦФК, что помогает задействовать несколько механизмов снижения ВГД в лечении рефрактерной глаукомы.

**Березенко Елена Александровна**, врач-офтальмолог ФГБУ «Клиническая больница» Управления делами Президента, рассказала о «*Морфометрическом анализе передней камеры глаза после микроимпульсной циклофотокоагуляции*». Автор доложила, что морфометрические измерения анатомо-топографических показателей передней камеры глаза по данным ОКТ свидетельствуют, что мЦФК в режиме плотности потока  $F = 121,8$  Дж/см не приводит к изменению пространственных соотношений структур переднего отрезка глаза, в частности угла передней камеры и ее глубины, в течение всего срока наблюдения после операции. Стабильность анатомии передней камеры глаза косвенно подтверждает отсутствие повреждающего действия выбранных параметров лазерного воздействия на основные структуры, обеспечивающие гидродинамику глаза.

**Фоменко Анна Владимировна**, врач-офтальмолог Оренбургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, озвучила «*Отдаленные результаты циклодеструктивных операций при рефрактерной глаукоме*». По результатам собственных наблюдений за пациентами с далекозашедшей и терминальной глаукомой Анна Владимировна сделала выводы, что мЦФК эффективно и безопасно снижает уровень внутриглазного давления у пациентов с РГ в раннем послеоперационном периоде. Продолжительность гипотензивного эффекта отмечается в срок наблюдения до 12–24 месяцев. У пациентов с более низкими исходными значениями ВГД достоверно наблюдается более высокая убыль показателя по сравнению с пациентами с исходно более высоким уровнем ВГД.

**Докторова Таисия Александровна** с соавторами, врач-офтальмолог Санкт-Петербургского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, рассмотрела вопрос «*Селективная лазерная трабекулопластика: что влечет на гипотензивный эффект процедуры?*». Доктор перечислила факторы, которые могут влиять на результативность процедуры. Это и стадия глаукомы, уро-

вень предоперационного ВГД, пигментация трабекулы, количество и вид гипотензивных препаратов до проведения СЛТ, опыт хирурга, пол и возраст пациента, предшествующие лазерные и оперативные вмешательства, наличие нативного хрусталика или артификация.

В итоге многоступенчатого анализа авторы пришли к выводам, что наиболее значимым предиктором эффективности СЛТ является предоперационный уровень ВГД. СЛТ – это хороший метод дополнительного снижения ВГД, может быть проведена при далекозашедшей глаукоме, после неэффективной антиглаукомной операции, в глазах на максимальном капельном режиме, но при этом достигнутый гипотензивный эффект ослабевает раньше, что требует более тщательного контроля ВГД. Ряд факторов остается недостаточно изученным, но может в будущем иметь важное клиническое значение.

**Балалин Александр Сергеевич**, врач-офтальмолог Волгоградского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, доложил об «*Отдаленных результатах YAG-лазерной трабекулопластики в лечении первичной открытоугольной глаукомы*». Использование Nd:YAG-лазера, позволяющего создавать более устойчивые к рубцеванию перфорации, и данных оптической когерентной томографии переднего отрезка глаза дает возможность оптимизировать технологию лазерного камерно-коллекторного анастомоза в виде лазерной операции: YAG-лазерной трабекулопластики. В своей работе автор наглядно продемонстрировал методики проведения лазерных вмешательств, показал параметры, используемые при проведении операций, проанализировал результаты с использованием высокоинформативного оборудования и пришел к заключению, что, по данным оптической когерентной томографии переднего отрезка глаза, у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой и здоровых лиц отмечаются достоверные различия между средними значениями морфометрических показателей Шлеммова канала и коллекторных вен.

Оптимизированная YAG-лазерная трабекулопластика + СЛТ эффективна и безопасна в лечении больных первичной открытоугольной глаукомой.

**Чехова Татьяна Анатольевна**, заведующая отделением Новосибирского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, к.м.н., поделилась «*Эффективностью лазерного лечения различных форм первичной открытоугольной глаукомы*». По результатам собственных исследований автор еще раз показала, что СЛТ – эффективный метод лечения пациентов с различными формами глаукомы. На эффективность СЛТ оказывают влияние форма, стадия глаукомы, возраст, продолжительность и интенсивность предшествующей местной гипотензивной терапии. Проведение СЛТ позволяет вести пациентов на минимальном гипотензивном режиме, использовать монотерапию, в части случаев полностью отказаться от гипотензивных капель. Максимально длительное сохранение зрительных функций возможно при регулярном наблюдении за пациентом и своевременном переходе к хирургическому лечению глаукомы.

Параллельно в зале «Яна-Амур» прошло заседание, посвященное «*Современным методам мультимодальной диагностики, имеющим высокую доказательную базу*», которое открыл **Куликов Алексей Николаевич**, начальник кафедры (клиники) офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, д.м.н., профессор, с докладом, посвященным

«ОКТ-предикторам эффективности селективной лазерной трабекулопластики». На основании собственных исследований с использованием высокоинформативного современного оборудования доложено, что ОКТ переднего сегмента является информативным инструментом в прогнозе гипотензивного эффекта СЛТ. Среди исходных параметров хорошим прогностическим показателем является исходное внутриглазное давление, наличие плавающих включений в передней камере. Среди ранних послеоперационных предикторов хорошей предсказательной способностью обладает выброс включений в передней камере, гипотензивный эффект в первые сутки, изменение морфологии Шлеммова канала. После проведения СЛТ усиление перфузии радужной оболочки, вероятно, связанное с транзитной воспалительной реакцией может быть обнаружено с помощью ОКТА, и выраженность этой реакции может быть использована в прогнозировании гипотензивного эффекта СЛТ.

ОКТА радужной оболочки является воспроизводимой методикой, позволяющей выявлять признаки воспаления в переднем сегменте и проводить его количественную оценку, что, по всей видимости, является предсказательной ролью этого феномена и носит негативный характер. Для усиления гипотензивного эффекта СЛТ автор предложил комбинирование СЛТ и ФЭК в один день, что позволяет удалить частицы в ходе хирургии катаракты и добиться более выраженного гипотензивного эффекта с ослаблением гипотензивного капельного режима.

**Молоткова Инна Александровна**, заведующая 3-м офтальмологическим отделением Калужского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, к.м.н., представила сообщение на тему «*Возможности интраоперационных систем визуализации в непроникающей хирургии глаукомы*». Ометила, что применение системы «NGENUITY 3D» (ALCON) с iOCT в непроникающей хирургии глаукомы позволяет осуществлять контроль качества проводимой хирургической операции на всех этапах хирургии, снизить риск возможных осложнений. Получить максимально увеличенное изображение дренажной системы во время операции в режиме реального времени. Проводить объективную регистрацию операции. Оценить эффективность хирургии в ходе выполнения операции (толщину трабекулы, степень фильтрации). Система позволяет выполнять 3D/2D-видеозаписи и фоторегистрацию высочайшего качества. Трехмерная визуализация позволяет проводить обучение на качественно новом уровне и открывает новые научные и практические перспективы в хирургии глаукомы.

**Волкова Наталья Васильевна**, заведующая научно-образовательным отделением Иркутского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, к.м.н., доцент, выступила с докладом «*ОКТ-ангио критерии клинических стадий глаукомной оптической нейропатии*». Автор показала, что ОКТА демонстрирует высокие диагностические показатели раннего выявления глаукомной оптической нейропатии. Использование ОКТ и ОКТА демонстрирует очевидное влияние снижения ВГД на интраокулярную перфузию, что позволяет понять патогенетические механизмы гипотензивных эффектов различных видов терапии. Дальнейшее изучение ОКТ и ОКТА эффектов позволит не только выявить гемодинамические биомаркеры, но и на объективной основе пересмотреть принятые алгоритмы лечения пациентов с ПОУГ в пользу «ранней» хирургии.

**Антонов Алексей Анатольевич**, ведущий научный сотрудник отдела гла-



укомы ФГБНУ «НИИ глазных болезней» им. М.М. Краснова, к.м.н., поведал слушателям о «Современных подходах к анализу результатов офтальмотонометрии». Доктор еще раз напомнил, что лечение рекомендуется начинать с монотерапии. В качестве препаратов первого выбора рекомендуются аналоги простагландинов (простаамиды), селективные и неселективные β-адреноблокаторы, местные ингибиторы карбоангидразы, α2-адреномиметики.

Максимальной гипотензивной активностью обладают аналоги простагландинов (простаамиды). Местные ингибиторы карбоангидразы, α2-адреномиметики, селективные β-адреноблокаторы применяются реже в качестве препаратов первого выбора из-за их меньшей гипотензивной эффективности.

Алексей Анатольевич показал, что сохранение или нарушение симметрии роговицы является ключевым параметром при выборе метода тонометрии. При сохранной круговой симметрии наиболее достоверным является показатель роговично-компенсированного ВГД. Нарушение круговой симметрии роговицы требует перехода к использованию точечной контактной тонометрии на средней периферии роговицы.

Сателлитный симпозиум компании «Сентисс» был посвящен «Эффективной терапии глаукомы на всех этапах глаукомного континуума».

В рамках симпозиума выступил Петров Сергей Юрьевич с сообщением на тему «Актуальные вопросы фармакологического сопровождения глаукомной хирургии». Автор отметил, что о необходимости операции следует задуматься, когда медикаментозная терапия или лазерная хирургия не позволяют сохранить имеющиеся зрительные функции. Сергей Юрьевич рассказал о послеоперационном ведении пациентов, наглядно показал, в каких случаях достаточно использования только медикаментозной терапии, включающей стероиды (1–2 недели), нестероидные ПВС (1–2 недели), а в каких случаях необходимо начинать работать с хирургически сформированными путями оттока.

Доктор Карлова Елена Владимировна сделала доклад на тему «Рестарт консервативной терапии после гипотензивной хирургии». Автор показала, что после гипотензивных операций СТЭ и НГСЭ гипотензивная терапия назначалась для начальной стадии через 18,3 ± 2,38 мес; для развитой стадии – через 16,9 ± 2,06 мес; для далеко зашедшей – через 14,4 ± 2,14 мес. В среднем этот срок составил 16,6 ± 1,28 мес от момента выполнения оперативного вмешательства. После имплантации клапанной дренажной системы Ahmed спустя 1 год после операции 80,4% пациентов получали гипотензивную терапию для достижения целевого уровня ВГД. Елена Владимировна порекомендовала в случае недостаточного гипотензивного эффекта в первые месяцы предпринять все усилия для улучшения фильтрации (массаж, нидлинг, ревизия фильтрационной зоны) на фоне продолжающейся противовоспалительной терапии. Срок рестарта гипотензивной терапии определяется доступностью всех этих мер у каждого конкретного пациента. Чаще всего для рестарта терапии используются комбинации гипотензивных препаратов (с учетом стадии глаукомного процесса и уровня целевого ВГД).

Сателлитный симпозиум компании «Аллерган» открывал Щукин Иван Александрович с докладом на тему «Ключевые патофизиологические механизмы повреждения ЦНС и мишени нейропротекции при неврологических и нейроофтальмологических патологиях». Автор рассказал, что глаукома – это наиболее

типичная нейродегенерация, что прогрессирующая нейродегенерация зрительного нерва и ганглиозных клеток сетчатки при глаукоме является ведущей причиной потери зрительных функций во всем мире. При глаукоме повреждаются не только волокна зрительного нерва, но и другие отделы ЦНС – латеральное коллатеральное тело и зрительная кора. У пациентов с глаукомой по МРТ достоверно чаще выявляются признаки церебральной микроангиопатии. Доктор сообщил аудитории о необходимости нейропротекции при комплексном лечении глаукомы и рассказал о нейропротекторной роли препарата бримонидин.

Соколовская Татьяна Викторовна выступила с сообщением «Патогенетическая направленность – основа эффективности лечения первичной

открытоугольной глаукомы». Она рассказала, что цель патогенетической терапии ПОУГ – сохранение ганглиозных клеток сетчатки и зрительного нерва путем ограничения гибели клеток или достижения меньшей их чувствительности к патогенным факторам, которые развиваются вследствие нарушений метаболизма и дефицита кровообращения. Докладчик представила аудитории информацию о механизме действия различных гипотензивных препаратов и об их нейропротекторных возможностях.

Ходжаев Назир Сагдуллаевич выступил с сообщением на тему «Клинические аспекты применения оригинальных и дженерических препаратов в лечении глаукомы». Профессор наглядно показал аудитории, что врач должен выби-

рать лекарственное средство, основываясь на данных доказательной медицины, что пациент должен быть информирован, что он получает: дженерик или оригинальный препарат. Клинические испытания дженериков с использованием протоколов с рандомизацией должны стать обязательным условием рекомендации для их широкого применения.

Конференция была аккредитована в НМО –12 баллов.

К.м.н. Любимова Т.С.

Видеозаписи конференции размещены на сайте РОО – <https://eyepress.ru/>

### Обзор ИОЛ TECNIS Eyhance®

**Описание изделия<sup>1</sup>**

- Снижает уровень сферических aberrаций практически до нуля, как и все ИОЛ TECNIS®
- Обеспечивает зрение вдаль и профиль дисфотопсии, сравнимый со стандартной асферической монофокальной ИОЛ
- Модифицированная асферическая передняя поверхность рассчитана на увеличение глубины фокусировки, что улучшает зрение на среднем расстоянии в сравнении со стандартной асферической монофокальной ИОЛ
- Разработана таким образом, чтобы заменить естественный хрусталик
- Имеет задний квадратный оптический край, что обеспечивает 360-градусный барьер
- Матовый оптический край позволяет уменьшить потенциальные блики

**Проверенная конструкция ИОЛ<sup>2</sup>**

- Та же базовая геометрия, что и у других монофокальных ИОЛ TECNIS® (ZCB00)
- ИОЛ TECNIS Eyhance® (модель ICB00) визуально ничем не отличается от монофокальной ИОЛ TECNIS® (модель ZCB00)

1. TECNIS Eyhance™ IOL Model ICB00 DfU OUS, Doc. #Z311058, Rev. 04, Sep. 2019, REF2020CT4318.  
2. DOF2018CT4023 - Design information of the TECNIS Eyhance™ IOL, 6 Dec. 2018.  
©Johnson & Johnson Surgical Vision, Inc. 2021

### Клинические данные по ИОЛ TECNIS Eyhance® и техника максимальной положительной рефракции «Maximum Plus»

**Обзор исследования<sup>1</sup>**

- Дизайн исследования: Многоцентровое проспективное двухфазное рандомизированное маскированное для оценивающего эксперта/участников клиническое исследование билатеральной имплантации продолжительностью 6 месяцев
- Цель исследования: продемонстрировать клинические характеристики интраокулярных линз (ИОЛ) TECNIS Eyhance® (модель ICB00) в сравнении с доступными в настоящее время монофокальными ИОЛ TECNIS® (модель ZCB00).

**Конечные точки исследования**

- Первичная:** – средние показатели монокулярной фотической КдОЗс на расстоянии 66 см
- Вторичные:** – средние показатели монокулярной фотической мКОЗд на расстоянии 4 м – средние показатели монокулярной фотической НКОЗс на расстоянии 66 см

**Эффективность<sup>1</sup>**

**Зрение на среднем расстоянии:** ИОЛ TECNIS Eyhance® продемонстрировала статистически значимое улучшение остроты бикулярного зрения на среднем расстоянии (см. диаграмму ниже) 66 см по сравнению с монофокальной ИОЛ TECNIS® (ZCB00)

**Зрение вдаль:** показатели остроты бикулярного зрения на расстоянии 6 м при имплантации ИОЛ TECNIS Eyhance® сравнимы (не хуже в пределах 1 строки) с показателями остроты зрения при имплантации монофокальных ИОЛ TECNIS® (ZCB00)

**Эффективность<sup>1</sup> (продолжение)**

- Световые явления:** статистически значимые различия в частоте появления ореолов, бликов или вспышек при имплантации ИОЛ TECNIS Eyhance® в сравнении с монофокальной ИОЛ TECNIS® (модель ZCB00) отсутствовали
- Кривая дефокуса монокулярного зрения:** ИОЛ TECNIS Eyhance® дает стабильный результат по остроте зрения: 0,2 по logMAR (20/32 по таблице Снеллена) на расстоянии 66 см.

**Кривая дефокуса (монокулярные значения) для первого глаза через 6 месяцев для моделей ICB00 и ZCB00 (все пациенты, популяция для оценки безопасности)**

**Данные по ФПМ<sup>2,3</sup>**

ИОЛ TECNIS Eyhance® продемонстрировала показатели ФПМ, схожие с ИОЛ конкурентов: при имплантации данной линзы контрастная чувствительность в дневное время была схожей, а в ночное время превосходила контрастную чувствительность при имплантации ИОЛ конкурентов.

**Техника максимальной положительной рефракции «Maximum Plus»<sup>4</sup>**

- Расчет необходимой оптической силы ИОЛ перед операцией осуществляется на основании опыта хирурга, а также его предпочтений и предполагаемого расположения линзы.
- При имплантации ИОЛ TECNIS Eyhance® использование авторефрактометра не может гарантировать оптимальный уровень рефракции после операции
- Для достижения наилучших показателей остроты зрения при имплантации ИОЛ TECNIS Eyhance® настоятельно рекомендуется техника максимальной положительной рефракции «Maximum Plus».

1. DOF2018CT4015 - Clinical investigation of the TECNIS Eyhance™ IOL, model ICB00, September 2018.  
2. DOF2018CT4004 - TECNIS Eyhance™ and monofocal competitor IOLs MTF data, September 2018.  
3. Ong C, Hsieh M, Simmank S. The Effect of Ambient Light Conditions on Quantitative Pupilometry. Neuroret Care. 2018;Online:1-6. REF2018CT4270.  
4. TECNIS Eyhance™ IOL Model ICB00 DfU OUS, Doc. #Z311058, Rev. 04, Sep. 2019, REF2020CT4318.

Информация для медицинских специалистов | PP2021CT6158



## КОНФЕРЕНЦИИ

# В КАЗАНИ СОСТОЯЛАСЬ 20-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ»

С 31 марта по 1 апреля 2023 года Казань стала центром притяжения российских и зарубежных офтальмологов, специализирующихся на лечении витреоретинальной патологии. Очно и онлайн они стали участниками 20-й юбилейной конференции #Витрео2023.

Программа конференции охватила все аспекты лечения заболеваний сетчатки и стекловидного тела. Участники обсудили инновационные технологии в лечении витреоретинальной патологии, современные аспекты лазерной хирургии сетчатки и стекловидного тела, вопросы современной инструментальной диагностики витреоретинальной пато-



логии, инновации в лечении макулярной и витреоретинальной патологии, проблемы, лечение наследственных дистрофий сетчатки и множество других актуальных тем, а также разобрали



сложные диагностические случаи заболеваний при сопутствующей общей и глазной патологии.

Жемчужиной #Витрео2023 стала сессия «живой хирургии». В прямом эфире



7 хирургов продемонстрировали свое мастерство, а также дали комментарии и пояснения по поводу проведенных оперативных вмешательств. Операции проводились в ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф.



## УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ

### ЭМОЦИОНАЛЬНО О ВАЖНОМ: ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРА ХИРУРГА, ПРИВОДЯЩИЕ К УСПЕХУ



Международный проект Retina Bridges во второй раз стал частью Всероссийской конференции «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии», проходившей в Казани с 31 марта по 1 апреля 2023 года. Проект реализуется с 2020 года совместными усилиями компанией DORC, РетинаФондом, компанией Фокус и Р-Оптикс.

Идея Retina Bridges основана на профессиональной и межкультурной коммуникации, обмене опытом между витреоретинальными хирургами стран всего мира.

Несмотря на логистические сложности и отсутствие физического присутствия ряда спикеров, создалась атмосфера единения науки и дружбы.

Тема встречи звучала так: «Какие черты характера делают вашу хирургию успешной». Через призму многогранности личности хирурга каждый спикер раскрывал свой клинический случай. Секция проводилась на английском языке.

В мероприятии приняли участие спикеры из 6 стран: России, Египта, Польши, Пакистана, Италии, Индии.

**Наталья Михайловна Кислицына**, директор «Института непрерывного профессионального образования» ФГАУ «НМИЦ «МНТК МГ» имени акад. С.Н. Федорова» (Москва), представила невероятно красивую презентацию под названием «Сделать невидимое видимым». Она рассказала о том, как сочетаются и переплетаются в ее жизни две стези – профессиональная и хобби. На экра-

RETINA BRIDGES

## КАКИЕ ЧЕРТЫ ВАШЕГО ХАРАКТЕРА ДЕЛАЮТ ВАШУ ХИРУРГИЮ УСПЕШНОЙ?

ЧЕСТНОСТЬ  
РЕШИТЕЛЬНОСТЬ  
УПОРСТВО  
УВЕРЕННОСТЬ

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ  
31.03.2023 → 17.45 – 19.00

С ЧУВСТВОМ О ВАЖНОМ

Модератор: Т.А. Аванесова

<p><b>Италия</b></p> <p>Н.М. Кислицына <b>Россия</b> «Сделать невидимое видимым»</p> <p>В.Е. Белкин <b>Россия</b> «Верь своим глазам»</p> <p>А.И. Колесник <b>Россия</b> «Выкладывайся полностью! Когда любишь непростые случаи!»</p> <p>Nareesh Babu Kannan <b>Индия</b> «Не сдавайся!»</p>	<p><b>Италия</b></p> <p>Barbara Parolini <b>Италия</b> «Определить успех»</p> <p>Ahmed Magdi Bedda <b>Египет</b> «Мудрость важнее мастерства»</p> <p>Hussain Ahmed Khaqan <b>Пакистан</b> «Решительность и любовь решат все проблемы»</p> <p>Slawomir Chizeski <b>Польша</b> «Не быть слишком идеальным»</p>
--	--

DORC OKVC R-OPTICS

не монитора одновременно появилось два фильма, в которых все присутствующие обнаружили сходство действий – погружение с аквалангом на дно океана и погружение на глазное дно. Наталья Михайловна продемонстрировала окрашивание невидимых структур стекловидного тела с использованием препарата «Витреоконтраст» и одновременно с этим – личные съемки во время дайвинга, где в глубине вод открываются невидимые снаружи красоты подводного мира. В заключение Наталья Михайловна подчеркнула, что бесконечный интерес к неизведанному, настойчивость, преданность делу шаг за шагом приводят к успеху.

**Виталий Евгеньевич Белкин**, заведующий офтальмологическим отделением Боткинской больницы (Москва), представил клинический случай лечения пациента с тяжелой грибковой инфекцией, язвой роговицы с перфорацией, афакией, экссудатом как в передней камере, так и в стекловидном теле, отслойкой сосудистой оболочки и сетчатки. Ранее пациент перенес травму глаза, проходил лечение по месту жительства. Однако улучшения не наступало, в конечном итоге была рекомендована эвисцерация. Пациент обратился в офтальмологический центр Боткинской больницы, где командой специалистов было принято решение о хирургическом лечении тяжелого случая с усилением системной противогрибковой терапии. Гульжияна Шевкетовна Аржиматова, руководитель центра офтальмологии, выполнила сквозную пере-

садку роговицы. Следующим этапом Виталий Евгеньевич удалил стекловидное тело, провел очищение сетчатки от эпиретинальной ткани, круговую ретинотомию с краткосрочной тампонадой ПФОС и последующим этапом – заменой ПФОС на силиконовое масло. Виталий Евгеньевич подчеркивает, что при принятии решения помимо опыта, хирургических навыков и знания команда хирургов испытывала особое чувство веры в положительный результат, что и было ведущей силой на протяжении всего сложного лечения. Полученная острота зрения, измеряемая движениями руки у лица, была яркой победой командной работы хирургов. Презентацию авторы озаглавили сообщением: «Верь своим глазам».

**Антон Игоревич Колесник**, хирург витреоретинального отделения МНТК Москвы, представил презентацию: «Выкладывайся полностью! Когда любишь непростые случаи». Молодая женщина пострадала в автомобильной аварии, полностью перестала видеть левым глазом. Длительное время она находилась на лечении в хирургическом стационаре по витальным показаниям и к офтальмологу обратился спустя 9 месяцев, когда угроза жизни миновала. При осмотре были выявлены травматическая катаракта с выраженным подвывихом хрусталика и тотальная отслойка сетчатки с интравитреальными кистами. Лечение выполнялось в несколько этапов. После аккуратной факэмульсикации катаракты была имплантирована и подшита S-образная ИОЛ. Витректомию была двухэтапной. Очищение поверхности сетчатки, круговая ретиномотомия и дренирование кист позволили достичь полного прилегания сетчатки и повысить остроту зрения до 0,1. Такое зрение сделало пациентку невероятно счастливой! Пока силиконовая тампонада продолжается. Анализируя подход к лечению данной пациентки через призму черт хирурга, Антон Игоревич подчеркнул, что вслед за искренним желанием помочь офтальмохирург тщательно готовит алгоритм действий и делает все возможное, применив все свои навыки и знания, выкладываясь полностью и постоянно изучая опыт коллег.

**Славомир Чижески**, витреоретинальный хирург медицинского центра Julanow в польском городе Lodz, свое выступление начал с воспоминания о наказе покойного отца, который был общим хирургом: «Не делай лишних действий во время операции и не пытайся быть совершенным. Когда ты стараешься быть идеальным, ты начинаешь выполнять неоправданные действия». Доктор Чижески представил клинический случай лечения 15-летнего пациента с вторичным макулярным отверстием на фоне макулопатии, ассоциированной с ямкой диска зрительного нерва. При этом отверстие было покрыто задней гиало-



Е.В. Адамюка», Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза», ГБУЗ СОКОБ им. Т.И. Ерошевского (Самара), офтальмологической клинике Retina города Бурса (Турция).

**Операции провели:**

- **Д.Г. Арсютов**, генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач Российской Федерации;
- **И.С. Казаков**, заведующий офтальмологическим микрохирургическим отделением № 4 ГБУЗ СОКОБ им.

ГМУ, доктор медицинских наук, профессор, главный специалист ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка», Заслуженный врач РФ, Заслуженный врач Республики Татарстан;

- **А.Г. Гатауллин**, заведующий микрохирургическим отделением № 2 ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка», врач-офтальмолог высшей категории, офтальмохирург;
- **В.В. Зотов**, руководитель подразделения витреоретинальной хирургии Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»



Т.И. Ерошевского, врач-офтальмолог высшей категории;

- **А.Н. Самойлов**, заведующий кафедрой офтальмологии Казанского



Минздрава России, кандидат медицинских наук, врач-офтальмолог высшей квалификационной категории;



#ВИТРЕО2023 В ЦИФРАХ:



– 1417 УЧАСТНИКОВ ОЧНО



– 776 УЧАСТНИКОВ ОНЛАЙН



– 7 ОПЕРАЦИЙ В ПРЯМОМ ЭФИРЕ



– 24 НАУЧНЫЕ СЕССИИ



– 174 СПИКЕРА



– 194 ДОКЛАДА

## УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ



идной мембраной. Рассуждая о тактике, Славомир напомнил, что одним из вариантов лечения ямки ДЗН является тампонада ямки лоскутом ВПМ. Однако доступ к ВПМ опасен в данном случае. Другой способ тампонады, который успешно был применен ранее, 5 лет назад, – закрытие ямки небольшим лоскутом склеры, являющейся, по сути, пробкой. Во время операции Славомир принял решение провести минимальное вмешательство: произвел индукцию отслойки задней гиалоидной мембраны только с назальной стороны, сохранив адгезированный задний гиалоид в области макулы. Макулярный профиль через год полностью восстановился, жидкость резорбировалась. А доктор Чижевский подчеркнул одну из важных черт характера хирурга, вынесенную в название сообщения: «не быть слишком идеальным» и помнить, что меньшее вмешательство может оказаться лучшим решением.

Профессор **Ахмед Магди Бедда**, президент Александрийского витреоретинального сообщества, руководитель кафедры офтальмологии медицинского университета в Александрии (Египет), представил клинический случай тракционной отслойки сетчатки на единственном глазу 42-летней женщины на фоне пролиферативной диабетической ретинопатии. Профессор продемонстрировал бимануальную хирургию, диссекцию и деламинацию пролиферативной мембраны. В какой-то момент хирургии стал отчетливо контурироваться вертикально расположенный фибропролиферативный тяж в виде бугра, спаянный с сетчаткой, проходящий через зону ДЗН. Стало очевидным, что любые манипуляции будут сопровождаться ятрогенным повреждением целостности сетчатки в макулярной области. Что делать дальше? Профессор отметил, что даже с наличием данного тяжа отмечается релаксация ткани сетчатки в сравнении с состоянием в начале операции. Было принято решение остановиться и не делать ничего с данной пролиферативной тканью. Через некоторое время после операции, когда при осмотре профессор обнаружил, что тяж уже не так напряжен, он провел 2-й этап хирургического лечения. Тогда он уже смог найти «вход» между пролиферативной тканью и сетчаткой, выполнив успешную деламинацию ткани. Следующий вопрос, возникший перед хирургом: какую тампонаду выполнять? Решение профессора – оставить сбалансированный солевой раствор, учитывая тракционный характер отслойки и отсутствие ятрогенных разрывов. Набравшись терпения, зная, что насосная функция пигментного эпителия будет постепенно приводить к резорбции субретинальной жидкости, профессор продемонстрировал структурно-морфологические улучшения сетчатки в течение двух лет наблюдения. Решение должно быть продиктовано му-

дростью и дальновидностью хирурга. «Мудрость важнее мастерства», – так профессор Ахмед Магди Бедда подчеркнул черту характера, которая необходима для развития личности хирурга.

Индийский доктор **Нареш Канан Бабу**, витреоретинальный хирург госпиталя Aravind (Madurai), представил два клинических случая под общим названием «**Не сдавайся!**». В первом случае хирург последовательно и тщательно очищал эпиретинальную и субретинальную поверхность при лечении воронкообразной отслойки сетчатки, добываясь ее анатомического прилегания. Операция выполнялась у ребенка на единственном глазу. И только самоотверженность и упорство позволили хирургу достойно противостоять сложностям во время хирургии и не сдаваться. Во втором случае было продемонстрировано устранение интратретинальной складки в центральной области после успешной хирургии отслойки сетчатки. Доктор Бабу ввел раствор BSS субретинально вблизи складки, искусственно создав локальную отслойку сетчатки, расправив тем самым область складки. Затем был введен ПФОС, произведен пилинг ВПМ с последующей тампонадой силиконовым маслом. Доктор Нареш продемонстрировал, что хирург с честью встречает сложности даже после успешной хирургии отслойки сетчатки, продолжая бороться за максимальный функциональный результат.

**Барбара Паролини**, витреоретинальный хирург офтальмологической клиники Brescia (Италия), выступила с яркой, мотивационной презентацией «**Определить успех. Поставив с самого начала под сомнение определение успеха как приравнивания своих результатов к данным литературы или «популярным» действиям коллег, доктор Паролини поделилась историей своего профессионального пути. Она одной из первых в 2007 году начала пересадку пигментного эпителия при тяжелых субмакулярных геморрагиях, когда описаний таких случаев еще не было представлено в литературе. Сегодня Барбара демонстрирует высокие зрительные функции пациентов с подобной патологией. Вторым примером явилось создание классификации миопической макулопатии и персонализированный подход к лечению, включающий в себя не только витректомию и удаление ВПМ, но и макулярное пломбирование, не столь распространенное среди большинства хирургов и тем не менее приводящее к высоким функциональным результатам. Барбара создала свою модель макулярной пломбы, в настоящее время доктор ждет сертификации продукта. Заключение было эмоциональным и пронзительным: «Успех – это когда я знаю, что нельзя останавливаться на том, что написано в литературе или о чем говорят коллеги. Надо делать все зависящее,**

изучать глубоко заболевание и мыслить шире. Успех – это когда мои пациенты счастливы и получают больше, чем ожидали. Не верить догмам, сказанным беспрекословно, всегда двигаться вперед, всегда чувствовать себя немного голодным». Следует особо подчеркнуть, что выступление Барбары Паролини завершилось бурными аплодисментами.

Профессор **Хуссейн Ахмед Хакан**, генеральный секретарь общества офтальмологов Пакистана, выступил с презентацией «**Любовь и решительность решат все проблемы**». Клинический случай демонстрировал лечение пациента, ранее оперированного по поводу ямки ДЗН и ассоциированной с ним серозной отслойкой макулы. Уже были проведены витректомию, тампонада ямки аутологичной кровью и пилинг ВПМ. При обращении к профессору у пациента выявлена ямка ДЗН и вторичное макулярное отверстие, 621 мкм. Решительность привела к идее закрыть ямку диска обтуратором слезной точки, а макулярное отверстие – амниотической мембраной. По словам профессора Хакана, следующим этапом является любовь, которая распространяется на отношение к делу, к пациентам. Здесь же профессор поделился своей любовью к России. Демонстрируя операцию, хирург очень аккуратно пинцетом обтурировал ямку ДЗН пробкой для слезных точек, затем выполнил аппликацию амниотической мембраны на область макулярного дефекта. В послеоперационном периоде, по данным ОКТ, было достигнуто закрытие обоих дефектов. В заключение профессор Хакан произнес на русском языке, что будет рад ответить на любые вопросы аудитории. Надо сказать, что этот момент приятно удивил всех присутствующих. Стало ясно, что профессор хорошо владеет русским языком. Кроме того, чувство любви, транслируемое через призму успешного лечения, не прошло незамеченным для слушателей – Хуссейн Хакан был награжден горячими аплодисментами.

Подводя итоги, **Татьяна Андреевна Аванесова**, модератор встречи, поблагодарила фантастическую команду спикеров, организаторов и аудиторию. Она подчеркнула, что многогранность личности хирурга является важнейшим фактором успеха, а межличностное общение профессионалов – самый короткий путь к развитию и прогрессу. Миссия всех офтальмологов одна – делать все для сохранения зрения людей.

**Т.А. Аванесова**,  
витреоретинальный хирург, руководитель Ретина-Фонда, соорганизатор международного проекта Retina Bridges



## КОНФЕРЕНЦИИ

- **И.М. Горшков**, заведующий витреоретинальным отделением отдела витреоретинальной хирургии и диабета глаза ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, врач-офтальмолог высшей категории, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ;
- **Remzi Avci**, профессор, офтальмохирург клиники Retina города Бурса (Турция).

«Сегодня нам была продемонстрирована филигранная техника владения самыми современными элементами витреоретинальной хирургии. Некоторые операции были сделаны впервые», – отметил Борис Эдуардович Малюгин, 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 меди-



## УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ



### «НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ: ОТ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА К ГЕННОЙ ТЕРАПИИ»

Впервые в рамках конференции «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии» прошла инновационная секция «Наследственные дистрофии сетчатки: от постановки диагноза к генной терапии», в которой приняли участие признанные эксперты в этой области из ведущих учреждений страны.

С приветственной речью к участникам конференции открыл заседание председатель Общества офтальмологов России, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России профессор Б.Э. Малюгин.

С фундаментальным докладом «Роль офтальмогенетики в междисциплинарном подходе к ведению пациентов с наследственными дистрофиями сетчатки» выступил руководитель научно-клинического центра офтальмогенетики ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова» В.В. Кадышев.

В докладе был описан междисциплинарный подход ведения пациентов с НДС офтальмогенетиками и офтальмологами. Автор представил результаты работы МГНЦ по выявлению пациентов с НДС в отдельных регионах РФ и привел распространенность этих заболеваний по нозологиям. Сотрудниками МГНЦ выполняется большая работа по консультированию пациентов; проведению молекулярно-генетической диагностики как в рамках ОМС, так и в рамках Регистра наследственных заболеваний сетчатки; проведению на базе федерального центра консилиума для принятия решения о целесообразности проведения генной терапии для пациентов.

Оптимизацию выявления пациентов с НДС в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи населению на примере Северо-Западного федерального округа представила в своем докладе заведующая детским отделением Санкт-Петербургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» К.К. Шефер. Выстроенная эффективная система включает в себя как представителей первичного звена оказания помощи, так и ведущих специалистов реферативных центров, проводящих консилиумы пациентов с подозрением на НДС с последующим их направлением на проведение генетической диагностики.

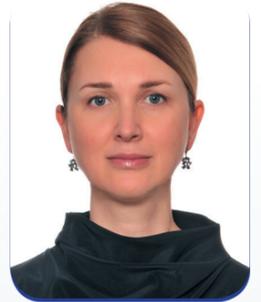
Ведущие сотрудники ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России представили в рамках секции по НДС два доклада. Профессор И.В. Зольникова продемонстрировала сложность дифференциальной диагностики разных форм пигментного ретинита. Варианты офтальмоскопической картины этого заболевания весьма разнообразны, и фенотипически они имеют сходство с другими как наследственными, так и приобретенными болезнями глазного дна. Доклад был прекрасно проиллюстрирован собственными материалами автора с огромным опытом в ведении данных пациентов.

Заведующая детским консультативно-поликлиническим отделением д.м.н. Л.В. Коголева представила результаты генозаместительной терапии наследственных дистрофий сетчатки у детей, которая была впервые проведена на базе института им. Гельмгольца. На сегодняшний день единственным зарегистрированным препаратом для генной терапии является Воретиген непарвопек, который применяется только у пациентов с генетически подтвержденным диагнозом амавроз Лебера 2-го типа или пигментный ретинит 20-го типа, связанным с биаллельными мутациями в гене RPE 65. Результаты 9 месяцев наблюдения 6 пациентов после введения препарата показали стабилизацию и некоторое повышение зрительных функций, однако и наличие фокуса атрофии сетчатки в месте субретинальной инъекции.

Предварительные первые результаты хирургического лечения наследственных дистрофий сетчатки, вызванных биаллельными мутациями в гене RPE 65, препаратом Воретиген непарвопек в ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ на группе пациентов в количестве 20 глаз представил от коллектива авторов научный сотрудник отдела витреоретинальной хирургии и диабета глаза А.И. Колесник.

Доклад включал видеодемонстрацию операции с комментарием техники субретинального введения препарата. Наибольшие позитивные изменения были обнаружены через 3 месяца после операции по результатам опросника, направленного на выявление осложнений у пациентов.

В заключительном докладе секции научный сотрудник отдела лазерной хирургии сетчатки Е.К. Педанова осветила перспективы применения генной терапии при наследственных дистрофиях сетчатки. Генная терапия показала относительную безопасность в многочисленных клинических исследованиях. Однако не все препараты доходят до III фазы ввиду как неадекватности ожидаемой функциональной эффективности, так и вследствие экономической неоправданности. Продолжаются поиски новых векторов, направленных на увеличение емкости переносимых генов, обладающих наименьшими побочными эффектами, и новых путей введения препаратов. Перспективы видятся в применении новых технологий редактирования генома (CRISPR/Cs9) и редактирования РНК (антисмысловые олигонуклеотиды).



К.м.н. Елена Педанова



## КРУГЛЫЙ СТОЛ / ИНТЕРАКТИВ

### ИНТЕРАКТИВНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ «СОВПАДЕНИЕ? НЕ ДУМАЮ...»

В рамках конференции была проведена традиционная интерактивная диагностическая секция «Совпадение? Не думаю...», посвященная разбору сложных диагностических случаев заболеваний сетчатки при сопутствующей общей и глазной патологии.

Зачастую изменения на глазном дне являются проявлением системных, воспалительных и паразитарных заболеваний, таких как ревматоидные болезни, глистные инвазии, токсоплазмоз, наследственные и сосудистые аномалии. Поэтому офтальмологам чрезвычайно важно уделять внимание не только данным диагностических методов исследования, оптической когерентной томографии, но и тщательному сбору анамнеза заболевания и сопутствующей системной патологии. В ряде случаев у пациента наблюдается комбинация из нескольких глазных заболеваний, и перед офтальмологом встает вопрос о наличии или отсутствии связи между ними для определения тактики ведения пациента.

Экспертами, представившими свои клинические случаи, стали специалисты-ретинологи Будзинская М.В., Мальцев Д.С., Семенова Н.С. и Педанова Е.К., а дискуссию в зале активно поддержали профессор Зольникова И.В., детский офтальмолог Шефер К.К. и врач-офтальмогенетик Кадышев В.В. Серию клинических случаев пациентов с активной субретинальной жидкостью представил слушателям Д.С. Мальцев. Интересны факты сочетания центральной серозной хориоретинопатии (ЦСХ) с ангиоидными полосами, а также с хориоидальными невусами, описанные как докладчиком, так и некоторыми зарубежными авторами.

Случай редкого сочетания молчащей макулярной неоваскуляризации на фоне генетически подтвержденной болезни Штаргарда потребовал обсуждения тактики ее ведения. Дискуссию вызвали причины отсутствия активности МНВ у пациентки на фоне лечения противоопухолевыми препаратами рака молочной железы. Активные

дебаты возникли вокруг природы ишемических изменений в зрительном нерве у пациентов с разнообразными сопутствующими заболеваниями. Например, вследствие врожденных друз зрительного нерва или на фоне неврита зрительного нерва при CRION и назначенного ритуксимаба. Более экзотической причиной нарушения кровообращения в ДЗН оказалась глистная инвазия у пациента, вернувшегося из Азии, пример которого представила М.В. Будзинская. А прижизненная визуализация гельминта цистицерка в стекловидном теле, которую выполнил Д.С. Мальцев на оптическом когерентном томографе, никого из слушателей в зале не оставила равнодушным.

Сложный диагностический поиск причин некротизирующего ретинита у пациента со СПИДом отразила в своем клиническом случае Педанова Е.К. Наиболее частыми возбудителями являются вирус простого герпеса, цитомегаловирус, токсоплазмоз. Однако у иммунокомпрометированных пациентов встречается атипичное

течение процесса и затруднена серологическая диагностика. Основными диагностическими методами становятся офтальмоскопия и специфические признаки ОКТ, которые были продемонстрированы в докладе.

Заключительный случай представила Н.С. Семенова, в котором была описана картина сочетанной окклюзии цилиоретинальной артерии и ветви ЦВС у молодой пациентки с незакрытым овальным окном, частыми мигренями и приемом оральных контрацептивов в анамнезе. И если связь данной глазной патологии с сердечным пороком и головными болями весьма вероятна, то риск ретинальных сосудистых окклюзий на фоне приема КОК не доказан.

К обсуждению представленных клинических примеров привлекались не только эксперты, но и слушатели в зале, которые активно участвовали в интерактивном голосовании, подтвердив тем самым высокий интерес аудитории к тематике секции.

К.м.н. Елена Педанова



цинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Первый заместитель министра здравоохранения Республики Татарстан Альмир Рашидович Абашев поблагодарил за выбор Казани местом проведения #Витрео2023 и подчеркнул, что очное общение очень важно, потому что сейчас нам как никогда необходимо искать новые пути и возможности.

«Шикарная программа! Образовательный компонент: и лекции, и «живая

хирургия», и мастер-классы, и разбор клинических случаев – насыщает конференцию глубоким смыслом. Витреоретинальная хирургия – это то, что может дать качественное улучшение медицинской помощи пациентам», – сказал на открытии конференции Алексей Станиславович Созинов, ректор Казанского государственного медицинского университета.

«Без ложной скромности скажу, что витреоретинальная конференция

– это моя самая любимая конференция! Это то, чем я занимаюсь как профессионал. Мне приятно находиться здесь, окунуться в атмосферу новых научных вызовов, видеть молодые лица, понимать, что мы движемся в абсолютно правильном направлении», – поделился впечатлениями о конференции Дмитрий Геннадьевич Арсютов, генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

«#Витрео – самый представительный форум для врачей, занимающихся лечением витреоретинальной патологии. Сюда приезжают специалисты со всей страны. А ведущие фармацевтиче-

ские компании, работающие на этом рынке, представляют свою продукцию на выставке. Я хочу поблагодарить наших коллег из Татарстана за теплый прием, за организационную поддержку, за то, что подставили нам плечо и дали возможность организовать в Казани это замечательное событие», – подвел итоги конференции Борис Эдуардович Малюгин.

«Мероприятие проведено на высшем уровне», «полная перезагрузка» – такие отзывы участников не оставляют сомнений в том, что конференция #Витрео2023 стала ярким научным праздником, долгожданной встречей профессионалов, увлеченных общей идеей.

## УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ



### «КАЖДАЯ ТРАВМА ИНДИВИДУАЛЬНА, И НЕ БЫВАЕТ ОДИНАКОВЫХ СЛУЧАЕВ»



**Коробов Егор Николаевич, к.м.н., младший научный сотрудник отдела «инновационных витреоретинальных технологий» ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней им. М.М. Краснова»**

с меньшей травматичностью для глаза удалить инородное тело.

Также интересным показался доклад Лепарской Н.Л., Хорошилова-Маслова И.П., Водовозова Е.Л. (Москва) «Применение антипролиферативного препарата при лечении открытой травмы глаза (первые клинические результаты)». Проллиферативная витреоретинопатия является одним из самых тяжелых осложнений любой травмы и существенно снижает функциональные результаты оперативного лечения. При выраженной ПВР зачастую требуется неоднократное оперативное вмешательство, что и так усугубляет существующую травму глаза.

### СЕССИЯ ОФТАЛЬМОТРАВМАТОЛОГИЯ

Данная секция всегда привлекает внимание, так как каждая травма индивидуальна, и не бывает двух одинаковых случаев. Но особый интерес вызывает тактика ведения пациентов с травмой, выработка некоторых алгоритмов, которые могут быть применены в последующих случаях. Хочется выделить доклад Бойко Э.В., Шармей Д.В., Коротнева Е.Н., Дятлова В.Н., Рогутского Л.Б., Березина Р.Д. (Санкт-Петербург) «Боевая травма глаза: что делать на первом этапе (по опыту оказания офтальмологической помощи в ходе СВО)». Данный доклад полезен для понимания тактики ведения пациентов с боевой травмой.

В докладе Куликова А.Н., Чурашова С.В., Михина А.А., Воронкова П.С. (Санкт-Петербург) «Современная технология удаления внутриглазных инородных тел» описано применение эндовитреального магнита 25G, что позволяет

### ВИДЕОСЕССИЯ «СЛОЖНЫЕ И НЕСТАНДАРТНЫЕ СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОГО ХИРУРГА»

#### Обсуждения и комментарии

Это одна из самых любимых и красивых сессий, так как все показательно и наглядно. Все видео очень хорошего качества, с четкой картинкой, в каждом случае есть своя изюминка, которой автор хочет поделиться с публикой.

Также отдельное внимание следует уделить докладу Пономарева В.О., Казайкина В.Н., Ткаченко К.А., Тимофеева В.Л. (Екатеринбург) «Экспериментальное лечение антибиотикорезистентных эндофтальмитов с помощью конъюгатов на основе наночастиц». Данное направление является очень перспективным. Экспериментальные результаты продемонстрировали хорошие показатели лечения даже агрессивных форм бактерий.

CLEAR – совершенно новое запатентованное приложение предназначено для лечения близорукости и астигматизма. Оно является интегрированной частью платформы FEMTO LDV Z8 и может быть приобретено путем обновления программного обеспечения



**CLEAR**  
Lenticule Extraction  
Redefined

ziemer  
OPTICAL MEDICINE

C  
L  
E  
A  
R  
corneal  
lenticule  
extraction for  
advanced  
refractive  
correction

#### Преимущества лентиккулярной хирургии на FEMTO LDV Z8:

##### Высокая степень надёжности вакуума

- Возможна центрация даже после подачи вакуума и достижения аппланации
- Высокая прецизионность и повторяемость формы и геометрии удаляемой лентикюлы
- Оптимизация лазерной мощности, которая даёт минимальный воспалительный ответ

##### Направляющие тоннели для более легкого отделения лентикюлы

##### Свободно программируемые разрезы:

- 2 направляющих разреза для начинающих хирургов (рекомендуется)
- 1 направляющий разрез для опытных хирургов (рекомендуется)

##### Использование интраоперационного ОКТ (по желанию)

При формировании лентикюлы Z8 создаёт более гладкие и однородные поверхности, так как фемтолазер использует низкоэнергетические параметры с импульсами высокой частоты и маленького диаметра, перекрывающимися друг друга, и тканевые мостики практически отсутствуют

Экстракция  
Лентикюлы  
New:  
CE marked

ООО «ФЕМОМЕД»  
117335, Россия, Москва  
ул. Вавилова, дом 69/75, этаж 9, офис 906  
+7 (499) 653 77 67  
+7 (915) 352 66 88  
office@femtomed.ru  
www.femtomed.ru

**FEMTOMED**  
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

## УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ



### «ПОСЛЕ ТАКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ НЕ ЧУВСТВУЕШЬ НИКАКОЙ УСТАЛОСТИ, А НАОБОРОТ, ХОЧЕТСЯ ПОБЫСТРЕЕ ОКАЗАТЬСЯ В КЛИНИКЕ, ЧТОБЫ ПРИМЕНИТЬ ПОЛУЧЕННЫЕ ЗНАНИЯ!»

**К.м.н., заведующий витреоретинальным отделением Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени С.Н. Федорова» Минздрава России Зотов Вадим Валерьевич**



– Вадим Валерьевич, поделитесь, пожалуйста, впечатлениями о сеансе «живой хирургии», в котором Вы принимали участие, и в целом о конференции?

– Диагноз моего пациента на «живой хирургии» – локальная отслойка сетчатки, эпителиальный фиброз, осложненная катаракта. Для хирургии был выбран комбинированный способ вмешательства, включающий 25 Ga витректомию с мембранопилингом и эндолазеркоагуляцией сетчатки с факоэмульсификацией катаракты и имплантацией ИОЛ с увеличенной глубиной фокуса Acrysof IQ Vivity. Заканчивал хирургическое вмешательство на воздушной тампонаде витреальной полости. Данный вид комбинированной хирургии в своей практике я применяю очень часто, однако имплантация EDOF линз для меня как витреального хирурга пока в новинку.

Я имплантировал в своей практике порядка 10 подобных линз пациентам с катарактой, патологией сетчатки и стекловидного тела. Должен отметить, что этот тип ИОЛ работает

хорошо. Пациент имеет возможность видеть на разных дистанциях, конечно, при условии отсутствия грубой патологии в макулярной области сетчатки.

В целом от конференции такого уровня и масштаба всегда остаются только позитивные впечатления. Несомненно, много нового было для меня на симпозиуме по наследственным дистрофиям сетчатки, в частности доклады, посвященные препарату «Лукстурна» и первым результатам его применения. Также для меня была информативна секция по травме органа зрения, особенно запомнились доклады Куликова А.Н., Столяренко Г.Е., а также Бойко Э.В.

После таких конференций не чувствуешь никакой усталости, а наоборот, хочется побыстрее оказаться в клинике, чтобы применить полученные знания!



# “ МОЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ НЕ ДАЕТ ПРЕВРАТИТЬ МОЮ ЖИЗНЬ В РУТИНУ “

Участник конференции, заведующий кафедрой офтальмологии Казанского ГМУ, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ и РТ, **САМОЙЛОВ АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ.**

– Александр Николаевич, с каким докладом Вы выступили на конференции?

– Тема моего доклада «Возможности применения цитостатиков для лечения витреоретинальной патологии». Изначально я хотел сделать доклад про способы лечения пролиферативной витреоретинопатии, но боялся не уложиться в 7 минут, которые отводятся под доклады на конференции. Поэтому подумал и решил выбрать тему о применении противоопухолевых препаратов, которые играют все большую роль в лечении заболеваний органа зрения, в частности в витреоретинальной патологии. Но в этой сфере остается еще очень много неразрешенных вопросов. Часто офтальмологи сталкиваются с дефицитом информации, касающейся выбора противоопухолевого лекарственного средства, его механизма действия, способа введения, дозировки, возможных побочных эффектов и путей их профилактики.

Мною был сделан небольшой обзорный доклад по применению цитостатиков в лечении пролиферативной и диабетической ретинопатии, макулярного отека.

Большая группа препаратов относится к цитостатикам. Они по-разному влияют на патологический процесс, но одно общее – они ингибируют синтез ДНК, пролиферацию клеток матрикса сетчатки, ее внутриклеточные структуры.



К сожалению, на сегодняшний день конкретных препаратов цитостатиков для интравитреального применения нет, и нам приходится работать офф-лейбл.

– У этого метода есть будущее?

– Я вижу его развитие. Надо изучать препараты с точки зрения фундаментальной медицины. Понять, как они влияют на клеточном уровне, что происходит в структурах глаза, какие могут быть побочные эффекты?

Впереди много интересной работы, которой мы и занимаемся более предметно. У нас есть уже небольшой клинический опыт парентерального применения препарата метотрексат.

– Александр Николаевич, Вы были сопредседателем секции «Инновационные технологии в лечении витреоретинальной патологии», какие доклады могли бы отметить, что нового узнали для себя?

– Мне понравился доклад «Экспериментальное лечение антибиотикорезистентных эндофтальмитов с помощью конъюгатов на основе наночастиц» Казайкина В.Н., Пономарева В.О. и соавторов. Работа тоже близка к теме фундаментальной медицины. Авторы рассказали об инновации, которая со временем будет с успехом принята и использована для лечения эндофтальмита – грозного осложнения хирургии или травмы глаза.

– Судя по всему, будущее витреоретинальной хирургии – это переход на клеточные технологии? Еще в каком направлении будет, по вашему мнению, развиваться витреоретинальная хирургия?

– Понимание процессов, происходящих в глазу в результате заболевания или травмы, позволит более эффективно лечить эти состояния. А чтобы понимать, надо применять современные технологии, в том числе и с использованием клеточных технологий и молекулярной биологии.

– Александр Николаевич, Вы принимали участие в «живой хирургии»?

– Да, я оперировал пациента с полным макулярным старым и большим отверстием. Демонстрировал свою авторскую технологию, суть которой в использовании модифицированной нами методики перевернутого клапана внутренней пограничной мембраны сетчатки. Мною была проведена операция на системе 3D-визуализации с применением инструмента 27 G. Операция прошла успешно, недавно пациентка приходила, отверстие закрылось, зрение повысилось.

– Александр Николаевич, что бы Вы хотели пожелать организаторам конференции?

– Мне кажется, что 7 минут для докладов – это мало, потому что невозможно за это время как следует раскрыть тему. Хотелось бы, чтобы присутствовал и образовательный момент в докладах, а на это нужно время. Возможно, будет полезным сделать секцию по научным, более академичным обзорам и для освещения экспериментальных работ.

– Как Вы оцениваете уровень докладов?

– Уровень докладов был неплохой. В этом году состоялась новая, интересная секция по генной инженерии в офтальмологии. У этого направления есть пространство для развития и большое будущее. Место для проведения конференции было выбрано удачно. Казань – красивый город, вызывающий интерес.

– Александр Николаевич, почему Вы выбрали именно офтальмологию? Расскажите, пожалуйста, немного о своей работе.

– Офтальмология – интеллигентная специальность, вмещающая в себя хирургию. Я работаю врачом-офтальмологом на одном месте в «Республиканской клинической офтальмологической больнице» уже 38 лет, правда, сейчас в качестве совместителя. За это время прошел все пути развития врача-офтальмолога: в неотложке, в поликлинике, в гнойном отделении, в терапевтическом отделении, в военкомате, ездил в различные командировки по республике. Выполнял разнообразные виды хирургических вмешательств: начиная от амбулаторных операций, дакриоцисториностомии, заканчивая высокотехнологичными операциями.

В 2007 году, защитив к тому времени кандидатскую и докторскую диссертации, перешел на должность заведующего кафедрой офтальмологии в Казанский государственный медицинский университет (Казанский ГМУ). Республиканская клиническая офтальмологическая больница является базой для нашей кафедры, ежегодно мы выпускаем после ординатуры 12–15 врачей-офтальмологов.

Последние годы я занимаюсь витреоретинальной хирургией, самым тяжелым, на мой взгляд, и интересным направлением. У нас все время есть куда развиваться, каждый раз выходя из операционной, я осознаю, что я наконец-то что-то смог сделать. Моя специальность не дает превратить мою жизнь в рутину.

– Воодушевляюще! Спасибо большое за интересную беседу.

## АПТЕГИОН®

Мультимодальная платформа визуализации переднего отрезка глаза



Это Heidelberg Engineering

Это Swept Source технология

**HEIDELBERG  
ENGINEERING**

**ASKIN&CO**  
ТЕХНИКА ДЛЯ ЗРЕНИЯ

## «Российская офтальмология онлайн» – Ваш информационный партнер!



- ✓ Электронные журналы
- ✓ Электронные сборники
- ✓ Видеосборники
- ✓ Online-трансляции конференций

В базе данных более 20 000 статей по офтальмологии



# “ ХИРУРГИЯ – ЭТО ТРУД, ИНОГДА ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛЫЙ ТРУД, И ЕСЛИ НЕ СДЕЛАТЬ ЕЕ СВОИМ ХОББИ И ОТНОСИТЬСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО КАК К РАБОТЕ, НИЧЕГО НЕ ПОЛУЧИТСЯ “

В рамках рубрики «Актуальное интервью» предлагаем вам интервью с заведующим Центром офтальмологии ФГБУ «Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н. **ФАЙЗРАХМАНОВЫМ РИНАТОМ РУСТАМОВИЧЕМ.**

– Один из основателей витреоретинальной хирургии в России *Захаров Валерий Дмитриевич* считал, что дальнейшие успехи офтальмологии будут связаны с прогрессом именно в витреоретинальной хирургии. А как Вы считаете, *Ринат Рустамович*, с чем будет связано дальнейшее развитие офтальмологии в России, в мире?

– За короткий срок подходы к лечению патологии витреомакулярного интерфейса претерпели колоссальные изменения. Безусловно, должен согласиться с *Валерием Дмитриевичем*, витреоретинальная хирургия XXI века характеризуется наибольшими модификациями. Вектор развития хирургии заднего сегмента глаза обусловлен постоянным динамическим совершенствованием и модернизацией офтальмологического оборудования: уменьшение калибра используемых инструментов, улучшение систем интраоперационной визуализации, включая трехмерную технологию и системы интраоперационной когерентной томографии. Именно высокотехнологическое оборудование позволяет нам разрабатывать и использовать новые крайне эффективные хирургические методики, в том числе альтернативные подходы к лечению рефрактерных макулярных отверстий или малоинвазивную хирургию субретинальных кровоизлияний. Другим перспективным компонентом в структуре развития офтальмологии на сегодняшний день являются достижения в отрасли фармакотерапии и биотехнологии. Разрабатываются и активно применяются новые моноклональные антитела для терапии возрастной макулярной дегенерации, ведутся активные разработки в генной терапии с использованием вирусных векторов, есть перспективы терапии стволовыми клетками. К примеру, в середине февраля этого года одобрили первый препарат для терапии географической атрофии, возникающей как следствие сухой возрастной макулярной дегенерации (ВМД). Это крайне важное и значимое событие для ретинологии и миллионов людей, страдающих ВМД.

– Как часто в Вашей хирургической практике бывают случаи, когда приходится выходить из непредвиденной ситуации? Можете вспомнить подобный случай?

– Нужно понимать, что нет ни одного хирургического случая, который бы полностью повторял другой. В этом и заключается интерес и уникальность нашей специальности. При этом подробный сбор анамнеза, внимательный предоперационный осмотр пациента с использованием специальных методов исследования, тщательное планирование хирургического вмешательства позволяют практически полностью минимизировать непредвиденные ситуации. Безусловно, предвидеть абсолютно все невозможно. Иногда в ходе операции приходится вернуться на шаг назад, тем самым минимизировать риск необдуманных манипуляций.

– Какие проблемы, на Ваш взгляд, существуют в образовании витреоретинальных офтальмологов? И как, по вашему мнению, их можно решить?

– Становление витреоретинального хирурга – это продолжительный процесс. Два года обучения в ординатуре однозначно крайне маленький срок для формирования хирурга. Молодые доктора в период обучения знакомятся со специальностью, учатся диагностике, постановке диагноза, общению с пациентом, делают свои первые шаги в хирургии. В период формирования любой молодой врач испытывает сомнения, может совершать ошибки. Здесь крайне важна роль наставника, который поддержит и направит не только в период обучения в ординатуре, но и какое-то время после ее окончания. К сожалению, у начинающих хирургов возникают сложности в коммуникации и взаимодействии с опытными докторами, которые зачастую не настроены активно делиться опытом со



своими младшими коллегами, что часто приводит к ошибкам и разочарованию в выбранной специальности у молодых хирургов.

– При вашем центре было организовано сообщество молодых специалистов. Насколько важна роль таких сообществ и роль наставничества для становления врачей? Как можно сохранить традицию наставничества в медицине?

– Должен отметить, что подобные сообщества для молодых врачей существуют во многих странах мира. На мой взгляд, это потрясающий инструмент для развития молодого специалиста. На сегодняшний день Центр офтальмологии НМХЦ им. Н.И. Пирогова включает команду молодых офтальмологов, каждый из которых уже стал профессионалом в своей области. Кроме того, на кафедре глазных болезней, существующей на базе Пироговского центра, обучается значительное количество ординаторов и аспирантов. В этой связи возникла идея создать проект *New Era*, позволяющий молодым офтальмологам по всей стране взаимодействовать, обмениваться опытом, поддерживать и учиться друг у друга. *New Era* – это уникальная среда, которая актуальна не только для ординаторов или аспирантов, но и только начавших самостоятельно практиковать врачей. В рамках проекта выходят выпуски на онлайн-платформах по актуальным вопросам диагностики и хирургии в офтальмологии. Доктора разбирают хирургические кейсы в дискуссии с ведущими специалистами, проводят как личные, так и онлайн-встречи, небольшие конференции и конкурсы молодых ученых. Учитывая динамическое развитие нашей специальности, данный проект интересен и для специалистов, длительно ведущих свою практику.

Говоря о роли наставничества в рамках данного проекта, важно дать возможность моим молодым сотрудникам самостоятельно регулировать процессы внутри данного сообщества. Бесспорно, я помогаю и поддерживаю их. Во всем важен баланс.

– Каким Вы видите развитие диагностики?

– Диагностические методы в сфере здравоохранения постоянно совершенствуются, и офтальмология является одним из лидирующих направлений. Офтальмологическое оборудование становится не только высокоинформативным, но и, что важно, неинвазивным, комфортным и безопасным для пациентов. Создаются алгоритмы и программное обеспечение, позволяющие частично или полностью аппроксимировать знания персонала при анализе сложных медицинских данных. Внедрение искусственного интеллекта в клиническую практику особенно актуально именно в сфере диагностики. Данный инструмент уже сейчас позволяет за счет автоматизации процессов обрабатывать большой массив данных, повышать скорость и точность постановки диагноза.

– Одним из осложнений COVID-19 являются заболевания сетчатки. Какова роль вирусов в развитии заболеваний сетчатки? И как можно предотвратить их развитие?

– Вирусная инфекция, например, цитомегаловирусная или вирус герпеса, является причиной развития хориоретинитов. В целом хориоретиниты полиэтиологичны, но в последние годы действительно отмечается рост вирусной этиологии. Патологические же изменения сетчатки, возникающие на фоне инфекции SARS-CoV-2, носят опосредованный характер и обусловлены изменениями микроциркуляторного русла и реологических свойств крови, приводящих к коагулопатии. Так, неоднократно были описаны случаи окклюзии сосудов сетчатки, возникающие у пациентов с COVID-19. Своевременная противовирусная терапия, вакцинация, предотвращение генерализации процесса являются эффективными методами профилактики развития патологии заднего сегмента глаза вирусной этиологии.

– Какие черты характера хирурга могут определить успех в хирургии?

– В первую очередь в период становления офтальмолога как хирурга нужно отметить силу характера и любовь к профессии. Хирургия – это труд, иногда очень тяжелый труд, и если не сделать ее своим хобби и относиться исключительно как к работе, ничего не получится. В целом хирург – это комплекс качеств и характеристик, ключевыми из которых являются сила воли, упорство и умение работать над собой, признавать и анализировать свои ошибки.

– Какие заболевания лечат специалисты вашего центра? Какие уникальные методики применяются?

– Пироговский хирургический центр представляет собой многопрофильное учреждение. Высокая квалификация как офтальмологов, так и специалистов других специальностей, анестезиологической бригады в совокупности с современным оборудованием позволяют проводить сложнейшие одномоментные операции на органе зрения. Работа Центра офтальмологии охватывает практически все направления, включая лечение катаракты с имплантацией интраокулярных линз различных видов, хирургическое лечение глаукомы, лечение отслойки сетчатки, пролиферативной диабетической ретинопатии, лазерные вмешательства, интравитреальное введение лекарственных препаратов при макулярной дегенерации различного генеза, рефракционная хирургия и др.

Учитывая то, что наш центр является федеральным, офтальмологическая помощь оказывается всем пациентам Российской Федерации. В Центре офтальмологии мы проводим оперативное лечение некоторых заболеваний по оригинальной методике: макулярных разрывов с сохранением внутренней пограничной мембраны, используем бесшовную технологию транссклеральной фиксации интраокулярных линз.

– Кем были Ваши учителя? Расскажите немного о Вашем пути в профессии, пожалуйста.

– С самого детства я находился в медицинской среде, поэтому даже не рассматривал альтернативные варианты, кроме как продолжить врачебную династию. Тем не менее при выборе специальности возникли сложности. В период обучения в университете меня увлекли кафедра анатомии, неврологии и нейрохирургии. Решающим при выборе специальности стало посещение студенческого офтальмологического общества. Руководителем на тот момент была д.м.н., профессор *Чершнева Маргарита Владимировна*, ставшая впоследствии моим научным руководителем при написании кандидатской диссертации. Свои первые шаги в офтальмохирургии я сделал в начале 2000-х годов, проводя операции на переднем отрезке глаза в ГКБ № 2 г. Перми под руководством к.м.н. *Николая Александровича Собянина*. На тот момент это были экстра- и интракапсулярные экстракции катаракты. Затем, начиная с 2007 г., начал работу в витреоретинальной хирургии. На тот момент это была хирургия с использованием инструментов калибра 20G. С 2011 г. я возглавил отдел витреоретинальной и лазерной хирургии в Уфимском НИИ глазных болезней, где и была защищена докторская диссертация. С 2018 г. я работаю руководителем Центра офтальмологии НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

– Что бы Вы могли рассказать о себе вне контекста профессии?

– К сожалению, мне не всегда удается соблюдать баланс между профессиональной и личной сферами. При этом крайне важным и ценным для себя я нахожу время, проведенное с семьей.

– Как Вам удается совмещать руководство и хирургию?

– Именно практическая работа хирургом, общение с пациентами, научная и преподавательская деятельность позволяют мне своевременно выявлять недостатки и проблемы, возникающие в Центре офтальмологии и на кафедре глазных болезней, а затем своевременно их исправлять, будучи руководителем. Для меня это совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих, неразделимых между собой процессов.



## В МОСКВЕ СОСТОЯЛАСЬ I ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ 360°. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, МАРКЕТИНГ, ЦИФРОВИЗАЦИЯ, ПРАВО»

21 апреля 2023 г. в Москве в Центре событий РБК прошло беспрецедентное событие для российской офтальмологии. Впервые на повестку были вынесены вопросы, которые раньше оставались за рамками «чисто» офтальмологических мероприятий, как правило, направленных на обсуждение тактики и лечения глазной патологии. К таким вопросам относятся организация офтальмологической помощи в государственных и частных медицинских учреждениях, эффективный маркетинг, рекламная политика и продвижение новых технологий, цифровизация, правовые аспекты медицинской деятельности и ряд других.



«Мне очень приятно, что эта площадка оказалась настолько востребованной, и что уже сегодня мы показываем свою готовность делиться накопленными знаниями и опытом в абсолютно разных по количеству пациентов, по научному потенциалу, по развитию и возможностям клиниках. Это тренды, не обсуждать которые мы сегодня не можем, потому что на их основе мы будем строить будущую политику развития наших учреждений. Взаимодействие, возможность делиться опытом и не бояться им делиться – этому тренду мы должны следовать во имя и во благо нашей службы и наших пациентов», – подчеркнул он.

Без ложной скромности можно сказать, что знания, приобретенные участниками данной конференции, и принятые на ней решения, ставшие результатом всестороннего обсуждения, откроют новое направление развития российской офтальмологии. «Я благодарен участникам за то, что они приехали в Москву из разных уголков России, чтобы поделиться уникальным опытом работы учреждений разных форм собственности, решить насущные вопросы, да и просто пообщаться. Офтальмология – наше общее дело, она не ограничивается чисто медицинскими рамками. То, как мы организуем ее, будет определять лицо профессии на многие годы вперед», – подвел итоги конференции профессор, член-корреспондент РАН **Борис Эдуардович Малюгин**, председатель Общества офтальмологов России, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

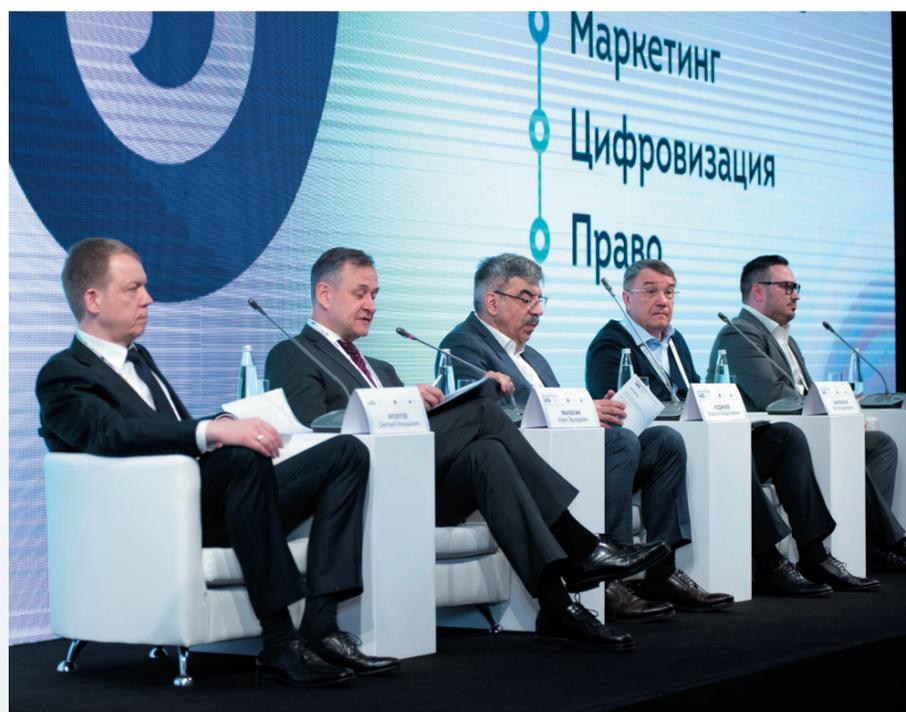
Есть целый ряд организационных элементов, которые необходимо встраивать в структуру управления современной медицинской организацией, отметил **Дмитрий Геннадьевич Арсютов**, генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.



### Конференция в цифрах:

- 318 участников очно
- 644 участника онлайн
- 59 докладов
- 54 спикера

«Раньше в государственных структурах мы боялись произносить слово «маркетинг». А сейчас это новые реалии и новые возможности. Нужно воспользоваться моментом, потому что современный доктор – это врач, который обладает всеми современными возможностями цифровизации», – охарактеризовал актуальность конференции дирек-



тор ФГБНУ «НИИ глазных болезней им. М.М. Краснова» **Юсеф Наим Юсеф**.

Конференция объединила руководителей, управленцев, организаторов здравоохранения, маркетологов, юристов, IT-специалистов. «Наша встреча – это коллективное обсуждение возможных направлений нашей работы, которое поможет сфокусироваться на лучших практиках. Конференция даст нам мощный импульс в этом направлении», – выразил уверенность **Назир Сагдуллаевич Ходжаев**, заместитель генерального директора по организационно-методической работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

Спектр вопросов, которые были вынесены на обсуждение в рамках конференции, огромен. Но как подтвердили участники и спикеры, одной встречи недостаточно, чтобы полностью удовлетворить запрос профессионального сообщества, учитывая, что новые данные и технологии появляются практически ежедневно. Общество офтальмологов

России и МНТК «Микрохирургия глаза» рассматривают возможность регулярного проведения данной конференции.





# 50-ЛЕТИЕ ФГБУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ» РАМН

*«Высокие стандарты в медицине — это разумное сочетание новейших технологий и традиционных методов лечения...»*

М.М. Краснов

В 1973 г. по инициативе министра здравоохранения, выдающегося хирурга академика Б.В. Петровского было принято решение об организации Всесоюзного НИИ глазных болезней МЗ СССР. Это событие было инициировано необходимостью практической реализации большой программы тогдашнего руководства страны по модернизации всей системы здравоохранения. В рамках этой программы часть создаваемых учреждений представляли собой так называемые объединения, состоявшие из НИИ и профильных кафедр ведущих медицинских институтов страны. И поэтому первое время до переезда в современное здание НИИ глазных болезней работал на базе клиники кафедры глазных болезней Первого Московского медицинского института им. И.М. Сеченова.

товке научных кадров, обучении и повышении квалификации врачей-офтальмологов. Научные исследования института соответствуют основным мировым тенденциям развития офтальмологической науки, подробнее ознакомиться с ними можно здесь.

Научная библиотека ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» хранит более 20 000



В 1985 г. институт был переведен в систему Академии медицинских наук СССР, правопреемницей которой после распада Советского Союза стала Российская АМН. Директором НИИ и одновременно заведующим кафедрой в течение практически 30 лет являлся выдающийся офтальмолог, Герой Социалистического Труда, лауреат Ленинской и Государственной премий академик М.М. Краснов, вместе с которым значительный вклад в организацию и становление института внесли профессор Б.Н. Алексеев (1925–2004), О.В. Груша (1930–2006), А.А. Каспаров и И.А. Мустаев. Дальнейшее развитие и формирование современного мирового уровня организации связано с именем следующего директора, а в настоящее время – научного руководителя института академика РАН, Заслуженного деятеля науки РФ, Заслуженного врача РФ, профессора Аветисова Сергея Эдуардовича. Сегодня директором института является д.м.н., профессор Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова Юсеф Наим Юсеф.

Научно-образовательная деятельность института заключается в фундаментальных биомедицинских исследованиях, разработке новых методов диагностики, лечения и профилактики различных глазных заболеваний, подго-

единиц учебной, учебно-методической литературы, электронных справочно-библиографических и образовательных ресурсов на электронных носителях.

Задачами лечебной деятельности являются использование и трансляция новейших эффективных технологий в клиническую практику.

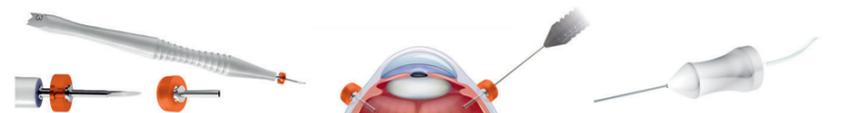
ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» постоянно оснащается наиболее современным оборудованием, новыми препаратами и расходными материалами, позволяющими реализовать стоящие научные и клинические задачи на уровне мировых стандартов.

Стационар ФГБНУ «НИИГБ им. М.М. Краснова» рассчитан на 180 больных. Операционный блок института включает II операционных, оснащенных современным хирургическим и анестезиологическим оборудованием, микрохирургическими стереомикроскопами последнего поколения, новейшими системами обеззараживания и кондиционирования воздуха.

Общество офтальмологов России и редакция газеты «Мир офтальмологии» присоединяются к поздравлениям с юбилеем института и желают его сотрудникам дальнейшего развития, процветания, продуктивной работы, здоровья и благополучия!



## ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ



### ТРОАКАРНАЯ СИСТЕМА 25 G

Клапанная система  
Легкость установки  
Форма лезвия - стилет

### ВИТРЕОТОМ

Дизайн позволяет работать вблизи сетчатки без риска ее повреждения.  
Скорость до 6000 рез./мин.



### ЭНДОЛАЗЕРНЫЙ ЗОНД 25G

Прямой лазерный эндозонд  
Высокоточное центрированное оптоволокно  
Эргономичная пластиковая рукоятка с великолепной тактильной чувствительностью

### ЭНДООСВЕТИТЕЛЬ 25G



### КРАСИТЕЛЬ для витреоретинальной хирургии



### ПЕРФТОРДЕКАЛИН материал офтальмологический



- ✓ Предназначен для селективного прокрашивания внутренней пограничной мембраны, эпиретинальных мембран, пролиферативной ткани в ходе витреоретинальных операций
- ✓ Равномерно распределяется по центральной части глазного дна

- ✓ Предназначен для временной тампонады полости стекловидного тела глаза во время эндовитреальных вмешательств
- ✓ Показан для применения в ходе операций по поводу отслоек сетчатки, диабетической ретинопатии, травм глазного яблока, вывихов хрусталика или ИОЛ в стекловидное тело и другой витреоретинальной патологии

ЗАО «ОПТИМЕДСЕРВИС»: г.Уфа, ул.50 лет СССР, 8, тел./факс: (347) 223-44-33, 277-61-61, 277-62-62, e-mail: market@optimed-ufa.ru, www.optimed-ufa.ru



# ХАБАРОВСКИЙ ФИЛИАЛ «НМИЦ «МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» ИМ. АКАД. С.Н. ФЕДОРОВА» – ФОРПОСТ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Созданная нашим Учителем, академиком С.Н. Федоровым система филиалов «МНТК «Микрохирургия глаза» имела основную цель – сделать максимально доступной высококвалифицированную офтальмологическую помощь всему населению нашей огромной страны – Российской Федерации. По прошествии почти 35 лет следует отметить, что данная задача успешно решается системой филиалов МНТК.

Хабаровский филиал «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» географически является самым отдаленным от Москвы филиалом. Изначально он был рассчитан на оказание высокотехнологичной офтальмохирургической помощи населению Дальнего Востока России. Все эти годы данные обязанности выполняются филиалом в полном объеме.

**Динамика количества операций, выполненных в Хабаровском филиале пациентам из различных регионов ДФО**

Регионы	Обращаемость, чел. (%)		
	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Хабаровский край	13961 (64%)	15896 (63,2%)	20826 (65,46%)
Приморский край	2997 (13,7%)	4050 (16,1%)	4659 (14,64%)
Амурская область	1614 (7,4%)	1363 (5,4%)	1526 (4,79%)
Еврейская автономная область	1332 (6,1%)	1598 (6,4%)	1993 (6,26%)
Сахалинская область	439 (2%)	504 (2,0%)	433 (1,36%)
Магаданская область	645 (3%)	808 (3,2%)	943 (2,96%)
Камчатский край	414 (1,9%)	467 (1,9%)	786 (2,47%)
Республика Саха (Якутия)	223 (1,0%)	194 (0,8%)	298 (0,93%)
Другие регионы	198 (0,9%)	265 (1%)	348 (1,09%)
<b>Итого</b>	<b>21823 (100%)</b>	<b>25145 (100%)</b>	<b>31812 (100%)</b>

**Сравнительная характеристика основных видов операций и курсов лечения при различных заболеваниях глаза, выполненных в Хабаровском филиале за 2021-2022 годы**

Наименования операций и курсов лечения	Год		Динамика, %
	2021	2022	
Хирургия катаракты	9040	10590	+17,2%
Антиглаукоматозные операции (хир.)	970	1068	+10,1%
Мультифокальные и торические ИОЛ	2336	2563	+9,7%
Витреоретинальные операции	4675	5452	+16,6%
Лазерное нерезракционные операции	7033	7877	+12,0%
Лазерные рефракционные	2165	2363	+9,3%
Операции детям	2778	2992	+7,7%
Операции на роговой оболочке	185	198	+7%
Операции при опухолях	753	642	-17%
Лазерные АГО	2202	2635	+19,7%
<b>Всего операций</b>	<b>30052</b>	<b>36380</b>	<b>+21%</b>

Среди основных видов операций наибольший удельный вес приходится на лечение пациентов с катарактой (10590 операций – 29,1% от общего количества курсов лечения).

Количество витреоретинальных операций при заболеваниях сетчатки и стекловидного тела увеличилось в 2022 году на 16,6% по сравнению с 2021 годом. Востребованность проведения Филиалом витреоре-

тинальных операций жителям ДФО остается высокой, несмотря на внедрение данных технологий (с участием сотрудников Филиала) в субъектах ДФО (Камчатский край, Приморский край, Сахалинская область).



Повышение количества и качества оказания офтальмологической помощи пациентам с заболеваниями органов зрения и его придаточного аппарата невозможно без внедрения новых медицинских технологий. В 2022 году в лечебную практику Филиала было внедрено 11 новых диагностических и лечебных технологий:

1. Широкопольное картирование глазного дна, диагностика миопических стафилом при помощи скана большой длины методом оптической когерентной томографии с помощью камеры NIDEK Mirante SLO/OCT;
2. Лазерный анализатор кровотока глазного дна LSFSG-RetFlow;
3. Оптический когерентный томограф Solix;
4. Мультиволновая аутофлюоресценция в диагностике макулярной патологии;
5. Интравитреальное введение препарата «Визью» (бролуцизумаб) при нВМД и ДМО;
6. Имплантация ИОЛ AcrySof® IQ Vivify;
7. Применение микроимпульсной транссклеральной циклофотокоагуляции при остром приступе глаукомы;
8. Внедрение шейверной дакриоцисторинотомии;
9. Внедрение технологии лентикулярной рефракционной операции CLEAR;
10. Внедрение задней послойной кератопластики с фемтосопровождением DSAEK;
11. Ортокератологические и склеральные контактные линзы при прогрессирующей миопии, астигматизме.

28 февраля 2018 года, в соответствии с приказом Минздрава России от 08.02.2018 г. № 58 ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России присвоен статус Национального медицинского исследовательского центра (НМИЦ). Это было сделано в соответствии с Указом Президента России от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» и входящего в его состав федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий».

В обязанности НМИЦ, помимо основной деятельности по профилю «Офтальмология», включена также аналитическая работа по вопросам приоритетных исследований в сфере охраны здоровья, по стандартам оказания медицинской помощи,

по актуализации перечней лекарственных препаратов и организационно-методическое руководство закрепленными краевыми, республиканскими, областными и окружными медицинскими организациями субъектов РФ.

В связи с этим, Хабаровский филиал принял на себя организационно-методическое руководство офтальмологической службой практически всей обширной территории Дальневосточного федерального округа (ДФО). Являясь самым крупным административным округом РФ (общая площадь его территории составляет 6 952 555 км<sup>2</sup>, что соответствует 40,6% всей площади РФ), по данным Росстата на 1 января 2021 г. в ДФО проживает 8 124 053 млн чел.

Особенностью данного региона является разобщенность населенных пунктов, связанная с огромными расстояниями между ними и сравнительно низкой обеспеченностью железнодорожными путями и автомобильными дорогами общего пользования с твердым покрытием.

На сегодняшний день за Филиалом закреплены 8 из 11 административных субъектов ДФО: Приморский край, Чукотский автономный округ, Хабаровский край, Сахалинская, Магаданская, Еврейская автономная и Амурская области, Камчатский край. В данных регионах Филиал обеспечивает оказание населению ДФО высококвалифицированной медицинской помощи по профилю «Офтальмология».

Филиал, осуществляя функции НМИЦ, оказывает организационно-методическую помощь следующим медицинским организациям 3-го уровня, расположенным в регионах ДФО:

- в Магаданской области – ГБУЗ «Магаданская областная больница» (г. Магадан);
- в Чукотском автономном округе – ГБУЗ «Чукотская окружная больница» (г. Анадырь);
- в Хабаровском крае – КГБУЗ «Городская клиническая больница» имени профессора А.М. Войно-Ясенецкого (г. Хабаровск);
- в Еврейской автономной области – ОГУЗ

- «Областная больница» (г. Биробиджан);
- в Камчатском крае – ГБУЗ «Камчатская краевая больница им. А.С. Лукашевского» (г. Петропавловск-Камчатский);
- в Амурской области – ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» (г. Благовещенск);
- в Сахалинской области – ГБУЗ «Сахалинская областная клиническая больница» (г. Южно-Сахалинск);
- в Приморском крае – ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (г. Владивосток).

Для решения поставленных перед «МНТК «Микрохирургия глаза» задач реализации функций НМИЦ, в Филиале в феврале 2019 г. был создан организационно-методический отдел (ОМО). ОМО выполняет координирование организационных, методических и иных аспектов деятельности офтальмологических учреждений ДФО в соответствии с планами работ Минздрава Российской Федерации, обеспечивает проведение телемедицинских консультаций, вебинаров, работу с порталом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Первоначальный этап данного вида деятельности Филиала был направлен на организацию постоянного оперативного взаимодействия с подведомственными ему офтальмологическими клиниками регионов ДФО (медицинскими организациями 3-го уровня).

Большая методическая помощь в этом процессе была оказана руководством ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. Так, в ноябре 2018 г., для уведомления руководителей закрепленных медицинских организаций 3-го уровня регионов ДФО, в адрес министерств здравоохранения закрепленных субъектов РФ, Головной организацией были направлены уведомления по оказанию содействия в подключении медицинских организаций к единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

21 декабря 2018 г. было проведено организационное совещание главных внештатных специалистов-офтальмологов и заведующих офтальмологическими отделениями медицинских организаций субъектов ДФО. Оно проводилось в Филиале Заместителем Генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России по организационной работе и инновационному развитию, д.м.н., профессором Н.С. Ходжаевым была подробно разъяснена стратегия реализации функций НМИЦ в Дальневосточном федеральном округе и роль Филиала для обеспечения организационно-методической помощи закрепленным регионам.

С 2019 г. основной целью выездов представителей Филиала в регионы Дальнего Востока является оценка уровня оказываемой офтальмологической помощи в каждой из закрепленных организаций 3-го уровня, расположенных на территории ДФО, а именно, анализируется уровень оказания медицинской помощи по профилю «Офтальмология», проводится выборочная экспертиза карт стационарных пациентов для оценки





соблюдения стандартов оказания помощи и утвержденных клинических рекомендаций, оценивается состояние и оснащение оборудованием офтальмологических отделений, укомплектованность регионов медицинскими кадрами и подготовки их по профилю, удовлетворение потребностей лекарственного обеспечения. При этом углубленное внимание обращается на оценку уровня телемедицинских технологий с использованием Федеральной телемедицинской системы Минздрава России.

Региональные выезды, состоявшиеся в первом полугодии 2019 г., выявили ряд проблем в организации оказания офтальмологической помощи в регионах ДФО. Они выражались в кадровом дефиците врачей-офтальмологов, в отсутствии полной укомплектованности необходимым оборудованием, в отсутствии системы телемедицины. Были намечены пути решения данных проблем, а именно:

- внедрение системы телемедицины;
- заполнение пустующих вакансий офтальмологов;
- оснащение и обновление офтальмологического оборудования в офтальмологических отделениях регионов.

Особое внимание в 2019 г. было уделено организационно-методической работе по подключению организаций 3-го уровня к системе ЕГИСЗ с целью оперативного взаимодействия, а также для проведения телемедицинских консультаций (ТМК).

ТМК достаточно важный аспект работы НМИЦ, поскольку позволяет оказывать высококвалифицированную консультативную помощь врачам-офтальмологам медицинских организаций по проблемам адекватной диагностики, в выборе тактики лечения, оценке его эффективности.

Консультации проводят ведущие специалисты профильных отделений Филиала.

Внедрение системы ТМК значительно упростило оперативное взаимодействие между врачами-офтальмологами ДФО и Филиала, позволив на высоком профессиональном уровне оказывать помощь путем разбора сложных клинических случаев пациентам, проживающим в отдаленных регионах, и осуществлять выбор оптимальной тактики лечения (динамическое наблюдение либо, при наличии показаний, направление пациентов на лечение в Филиал).

За 2019 г. Филиалом было проведено 180 телеконсультаций, в 2020 г. – 200, в 2021 г. – 277, в 2022 г. – 305, по результатам которых в Филиал было госпитализировано 23,3% пациентов в 2019 г., 73% пациентов – в 2020 г., 86,3% пациентов – в 2021 г. и 83,9% пациентов – в 2022 г.

Во втором полугодии 2019 г. важным направлением реализации данного вида деятельности в ДФО стало подписание соглашения между Министерством здравоохранения РФ и исполнительными органами государственной власти субъектов РФ в ДФО. Оно было направлено на организацию постоянного взаимодействия Филиала и медицинских организаций соответствующих субъектов РФ. Начиная с 2020 г., в ходе выездных мероприятий директор Филиала, д.м.н. О.В. Коленко проводит встречи с руководителями высших органов исполнительной власти субъектов РФ, курирующих вопросы здравоохранения. Так были заключены соответствующие соглашения с руководством Камчатского, Приморского краев, Сахалинской, Амурской и Магаданской областей, Чукотского автономного округа, Еврейской автономной области, Хабаровского края.

Важной задачей Филиала, в качестве НМИЦ, является проведение трансляций профессиональных знаний (научно-практических семинаров, конференций, лек-

ций) с применением телемедицинских технологий на платформе ВЦМК «Защита».

Также Филиал регулярно проводит в г. Хабаровске ежегодные научно-практические конференции «Новые технологии диагностики и лечения в офтальмологии», на которые собираются множество офтальмологов со всех регионов ДФО. На данных конференциях заслушиваются доклады ведущих ученых и офтальмологов РФ. О проведенных исследованиях и достигнутых результатах докладывают и офтальмохирурги Филиала. Все доклады посвящены современным тенденциям лечения глазной патологии, демонстрации собственных разработок. К каждой из подобных конференций формируется выпуск журнала «Современные технологии в офтальмологии», главный редактор – член корреспондент РАН, проф. Б.Э. Малюгин. Как правило, не менее 50% статей в каждом таком журнале составляют работы офтальмологов Филиала.



Помимо этого, в качестве НМИЦ Филиал участвует в образовательной деятельности, создаёт интерактивные образовательные модули для врачей-офтальмологов.

Исполняя функции НМИЦ, Филиал систематически и своевременно предоставляет в Головную организацию подробную отчетность о проделанной работе по телемедицине, ежеквартальный анализ информации о состоянии организации офтальмологической помощи в закрепленных субъектах РФ. Анализ постоянного контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях, закрепленных субъектов РФ по профилю «Офтальмология» показал, что в лечебной деятельности ряд медицинских организаций не в полном объеме используют клинические рекомендации и стандарты офтальмологической помощи. В части медицинских организаций 3-го уровня отсутствует возможность оказания лечебной помощи при витреоретинальной патологии, включая макулярные отеки различного генеза, при офтальмоонкологии, при врожденной патологии у детей. Причины этого заключаются в отсутствии необходимого оборудования и подготовленных специалистов. Это приводит к повышению частоты данной патологии в отдельных регионах ДФО и к несвоевременному оказанию им офтальмологической помощи. На основании выявленных проблем сформированы конкретные рекомендации по совершенствованию развития офтальмологической службы для каждой из организаций 3-го уровня (развивать витреоретинальную хирургию, хирургию катаракты, антиглаукомные операции). Эти рекомендации приняты к све-

дению и уже частично выполняются: в отдельных регионах ДФО приобретено необходимое оборудование для проведения витреоретинальной хирургии, факоэмульсификации катаракты, проведено обучение специалистов (Приморский край, Магаданская область, Чукотский автономный округ).

Летом 2022 года состоялся «I Дальневосточный офтальмологический саммит», который проводился на территории Дальневосточного федерального университета на острове Русский (г. Владивосток). Его организаторами явились «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Общество офтальмологов России. Саммит стал первым мероприятием на Дальнем Востоке подобного масштаба. Сюда прибыли ведущие офтальмологи из самых различных регионов РФ: от Санкт-Петербурга до Камчатки. Саммит насчитывал около 600 очных участников и более 1000 онлайн-участников.

Одним из ответственных за проведение данного значимого события был назначен Хабаровский филиал, на который были возложены обязанности как проведения самого мероприятия, так и обеспечения его научной составляющей. Под прямым руководством заместителя генерального директора, профессора Б.Э. Малюгина директор Хабаровского филиала, д.м.н. О.В. Коленко, являясь также Председателем Дальневосточного регионального отделения Общества офтальмологов России, оперативно решал множество организационных вопросов непосредственно на месте проведения Саммита.

В работе Саммита очное участие приняла делегация из 28-ми сотрудников Ха-



баровского филиала во главе с директором филиала д.м.н. Коленко О.В. Врачи, не сумевшие принять участие очно, присоединились к онлайн-трансляции.

Врачи-офтальмологи Хабаровского филиала приняли активное участие в научной



сетке Саммита в качестве сопредседателей секций и докладчиков. За три дня саммита ими было представлено 36 докладов, которыми имели самую разнообразную тематику: от рефракционной хирургии до редкой ретинальной патологии. Кроме того, врачи-офтальмологи Филиала провели 2 операции в секции «Живая хирургия».

Филиал внес значительный вклад в организацию и проведение «I Дальневосточного офтальмологического саммита», который позволил поделить результаты исследований и донести современные знания о диагностике и лечении разнообразной офтальмологической патологии до врачебного сообщества ДФО.

Саммит прошел крайне оживленно, было много дискуссий по поводу различных актуальных тематик. Состоявшийся обмен мнениями обогатил новыми идеями всех участников и слушателей. Руководством «МНТК «Микрохирургия глаза» было решено сделать регулярным проведение подобных саммитов на Дальнем Востоке.

Таким образом, выполняя функции НМИЦ, Филиал сумел выстроить четкую систему постоянного и регулярного взаимодействия со всеми закрепленными медицинскими организациями 3-го уровня, расположенными в различных административных регионах ДФО. За 2019-2022 гг. создана система постоянного оперативного взаимодействия между Хабаровским филиалом и медицинскими организациями 3-го уровня; проведена оценка их оснащения медицинским оборудованием и кадрами; осуществлено 965 телеконсультаций в системе ЕГИСЗ, 28 выездных мероприятий, 46 видеотрансляций знаний. По сформированным рекомендациям в ряде закрепленных медицинских организаций 3-го уровня произведена закупка необходимого офтальмологического оборудования и организовано обучение офтальмологов.

Данная работа лишь начата, она требует дальнейшего развития и совершенствования, поскольку ее результаты направлены на улучшение офтальмологической помощи населению в отдаленных от центра субъектах РФ.

Коллектив авторов:  
О.В. Коленко, Н.С. Ходжаев,  
М.В. Пшеничнов, Е.Л. Сорокин,  
А.А. Макарова

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# “ ТОЛЬКО РЕАЛЬНОЕ ПРОДУКТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ С ЖЕЛАНИЕМ УСЛЫШАТЬ ДРУГ ДРУГА И НАЧАТЬ ДЕЙСТВОВАТЬ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ХОРОШИМ РЕЗУЛЬТАТАМ! “

В рамках конференции «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии» прошло заседание круглого стола «Реализация функций НМИЦ в Приволжском федеральном округе». Мероприятие собрало представителей регионов, руководителей медицинских организаций 3-его уровня.

Генеральный директор **Дмитрий Геннадьевич Арсютов** во вступительном слове подчеркнул важность организационных вопросов, вынесенных на повестку встречи, обсуждение которых рождает решение в практической плоскости, дает возможность усилить процесс консолидации совместных действий, помогает выстроить продуктивный диалог согласно запросам регионов.

От организаторов конференции с приветственным словом выступила Главный внештатный специалист-офтальмолог Министерства здравоохранения Республики Татарстан, заместитель главного врача по медицинской части «ГАУЗ РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка» Назмутдина Эльмира Дилусовна, которая отметила важность этой долгожданной встречи, потому что в процессе работы с НМИЦ МНТК возникло много вопросов, нуждающихся в обсуждении и доработке, от чего зависит дальнейшее развитие офтальмологии в Республике Татарстан.

Открыл программу мероприятия доклад заместителя генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК Микрохирургия глаза» **Ходжаева Назруллы Сагдуллаевича**. В его работе был обобщен опыт и проанализированы результаты работы НМИЦ с регионами Приволжского округа за 3 года, приведены статистические данные по профилю каждого из прикрепленных регионов. Впервые были представлены данные системы интегрального ранжирования регионов, позволяющие на основе структурных, процессных и результирующих критериев определить ранговое место офтальмологической службы субъекта РФ.

Этот инструмент, разработанный МНТК, позволяет регионам проводить внутренний аудит, что, конечно, является хорошим подспорьем для выявления, как сильных сторон в организации офтальмологической службы, так и аспектов, нуждающихся в дальнейшем развитии и оптимизации.



Также в докладе были представлены данные по проведению офтальмохирургических операций. Выяснилось, что подавляющее большинство регионов ПФО по показателю «факоэмульсификация» опережает среднероссийский показатель, что, безусловно является положительным моментом.

Позитивным фактом является ежегодный рост в ПФО количества хирургических операций, выполненных в дневных стационарах.

В докладе также упоминались данные по использованию телемедицинских систем, из которых видно, что в 2019 г. только четыре региона имели возможность подключения к телемедицинским платформам, а уже в 2021 г., благодаря активному взаимодействию с НМИЦ, консультационные и образовательные услуги с помощью телемедицинских технологий смогли оказывать все регионы ПФО, что повлияло на своевременное оказание медицинских услуг пациентам.

В заключении доклада Ходжаев Н.С. дал рекомендации по совершенствованию оказания медицинской помощи:



И обрисовал общие проблемы организационного взаимодействия с субъектами РФ.



Назрулла Сагдуллаевич отметил, что для дальнейшей плодотворной и конструктивной работы необходимо заключение соглашений с регионами, внедрение разработанной региональной программы развития офтальмологической помощи. Данная программа содержит дорожную карту по реализации комплекса организационных мероприятий, направленных на повышение уровня качества оказания офтальмологической помощи в соответствии с ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» 21.11.2011 г., констатирующим, что медицинская помощь должна быть своевременной, с правильным выбором метода диагностики и лечения, с достижением запланированного результата.

Следующий докладчик Заместитель главного врача по поликлинической части ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка» **Жиденко Елена Александровна** привела анализ оказания офтальмологической помощи населению Республики Татарстан за 2020-2022 гг.

В ее выступлении была представлена структура организации офтальмологиче-

ской службы республики, продемонстрированы эпидемиологические данные заболеваемости органа зрения, приведена статистика хирургического лечения и намечены задачи на 2023 г.



- ЗАДАЧИ НА 2023 ГОД И ПРЕДЛОЖЕНИЯ:**
1. Создание 4 офтальмологических консультативно-диагностических отделений на базе ГАУЗ «Городская больница №5» г.Набережные Челны, ГАУЗ «Альметьевская ЦРБ», ГАУЗ «Ижмаевская ЦРБ», ГАУЗ «Келевская ЦРБ».
  2. Дооснащение медицинских организаций Республики Татарстан офтальмологическим оборудованием в соответствии с Приказом Минздрава России от 12.11.2022г. №922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».
  3. Формирование регистров пациентов с инвалидизирующими социально-значимыми заболеваниями (глаукома, диабетическая ретинопатия, возрастная макулярная дегенерация).
  4. Развитие стационар замещающих технологий. Оптимизация работы дневного и круглосуточного стационаров. Увеличение количества коек дневного стационара для проведения ФЭК, амбулаторных операций (в медицинских организациях 2 уровня).

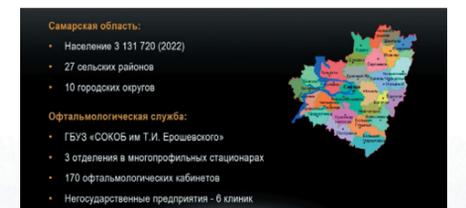
- ЗАДАЧИ НА 2023 ГОД И ПРЕДЛОЖЕНИЯ:**
5. Строительство нового здания консультативной поликлиники ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка».
  6. Развитие телемедицинских технологий при оказании помощи в сложных случаях по профилю офтальмологии.
  7. Оснащение современным оборудованием и внедрение передовых методов оперативного лечения глаукомы в медицинских организациях 2 уровня.
  8. Освоение новых методов ВМП при лечении пациентов с заболеваниями роговицы (передняя и задняя послойная кератопластика, имплантация стромальных сегментов).
  9. Привлечение пациентов из других регионов в рамках межтерриториальных расчетов, развитие медицинской туризма.
  10. Дальнейшее развитие образовательной деятельности.

Главный врач государственного учреждения здравоохранения «Самарская клиническая офтальмологическая больница имени Т.И. Ерошевского», главный офтальмолог Министерства здравоохранения Самарской области, заведующий кафедрой офтальмологии СамГМУ **Золоторев Андрей Владимирович** выступил с докладом «Организационно-методическое и аналитическое взаимодействие с НМИЦ в развитии офтальмологической службы Самарской области». Андрей Владимирович должен был в состоянии офтальмологической службы Самарской области на данный момент, выделил три важных аспекта развития этой службы: внедрение системы управления качеством, в которую включено управление всеми бизнес процессами, адекватная информатизация и обеспечение современным оборудованием.

По словам докладчика, с 2019 г. сотрудники НМИЦ провели 4 выездных мероприятия, которые помогли отладить систему эффективного взаимодействия с НМИЦ, что повлияло на совершенствова-

ние оказания медицинской помощи в Самарской области.

Благодаря отлаженной системе управления качеством больница Г.И. Ерошевского выиграла в конкурсе «Лидер качества здравоохранения 2022 г.».



- ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С НМИЦ В РАЗВИТИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**
- Внедрение системы менеджмента качества и принципов пациентоцентричности
  - Орган управления качеством медицинской помощи
  - Ре и про-активная работа с внутренними и внешними аудиторами
  - ВКС (рабочие группы) по развитию офтальмологической МИС
  - Круглый стол ЕЧ-2022 (Гриднев О.В., Ходжаев Н.С., Чупров А.Д., Черных В.В., Бонин А.С., Золоторев А.В.)
  - Письмо Министру Здравоохранения СО о программе развития офтальмологической службы
  - Доступность помощи на 1-2 уровне - клиники мобильные комплексы, межрайонные центры
  - Единый стандарт офтальмологического блока для МИС (регистрация пациентов РФ (ВИМИС)), амбулаторная и стационарная карта)

- РЕАЛИЗОВАННЫЕ ПРОЕКТЫ ГАУЗ «СОКОБ ИМ. Т.И. ЕРОШЕВСКОГО»:**
- Победа во Всероссийском конкурсе «Лидер качества в здравоохранении (2022 г., Москва)
  - TOP-10 клиник Самарской области на интернет-ресурсе «Продобратор»
  - Создание Контакт-центра - 26 000 звонков в месяц
  - Увеличение объема медицинской помощи по профилю офтальмологии на 260 000 руб. в 2022 год
  - Создание и внедрение программного обеспечения «Электронный лист ожидания»
  - 10 лет мобильным офтальмологическим комплексам

Как и предыдущие докладчики, Андрей Владимирович выделил ряд задач, которые стоят перед офтальмологической службой Самарской области: дооснащение оборудованием, открытие стационаров отделения ГАУЗ «СОКБ им. Т.И. Ерошевского» в г. Сызрань, г. Тольятти, расширение стационаров в г. Самара, оптимизация функционала МИС, разработка ВИМИС, возможно, единого офтальмологического блока для РФ, развитие системы менеджмента качества медицинской помощи (внедрение мониторинга удовлетворенности пациентов, риск-менеджмента), развитие экспорта медицинских услуг и др:

- ЗАДАЧИ НА 2023**
- Изучение и аргументированное представление социально-экономической роли слепоты, инвалидности на качество и продолжительность жизни
  - Продолжение дооснащения современным оборудованием
  - Новые методики диагностики и лечения
  - Повышение доступности медицинской помощи
  - Увеличение объемов офтальмологической помощи по ОМС и ВМП
  - Открытие новых межрайонных офтальмологических центров
  - Организация новых офтальмологических мобильных комплексов

В следующем выступлении Генеральный директор ФГБУ «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии» Минздрава России, д.м.н, профессор, **Кадиров Радик Завилевич** рассказал о деятельности «Всероссийского центра глазной и пластической хирургии» и о применении в офтальмологической практике инновационной технологии Аллоплант.

Еще двое выступающих – заместитель директора по организационно-методической работе Оренбургского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» **Лосицкий Александр Олегович** и Заведующая организационно-методическим отделом Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени акад. С.Н. Федорова» Минздрава России **Аверши-**

на Лариса Александровна рассказали о значении цифровых инструментов в реализации Федерального проекта «Развитие сети НМИЦ и внедрение инновационных медицинских технологий».

Александр Олегович в своем выступлении сделал акцент на том, что в функции НМИЦ как «головной» организации входит и формирование вертикально-интегрированной системы организационно-методического сопровождения оказания медицинской помощи в субъектах РФ, где внедрение телемедицинских технологий может стать отличным инструментом для того, чтобы наладить отношения между медицинскими организациями. Александр Олегович также доложил о преимуществах использования телемедицинских технологий и о трудностях в их внедрении.



**ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ**

- Низкие темпы улучшения ситуации по обозначенным вопросам, а в отдельных случаях их игнорирование;
- Низкая заинтересованность курируемых МО 3-го уровня в проведении телемедицинских консультаций;
- Отсутствие статистических данных для ежеквартального анализа организации медицинской помощи в курируемых регионах;
- Отсутствие статистических данных по другим регионам и федеральным округам для сравнительной оценки курируемых субъектов РФ;
- Отсутствие научно-обоснованных целевых показателей доступности и качества медицинской помощи по профилю офтальмологии;
- Отсутствие и (или) «догоняющий» характер имеющейся нормативно-правовой базы

Лариса Александровна более подробно рассказала об элементах цифровизации (ТМК, регистры пациентов) как о методе развития инновационных технологий в медицинских организациях ПФО. Основными направлениями телемедицинской коммуникации являются: «врач-врач» и «врач-пациент», где есть свои преимущества и недостатки. Например, с помощью общения коллег посредством телемедицины можно прийти к определенному решению и определить тактику лечения. А в общении врача с пациентом с помощью телемедицинских технологий можно вести мониторинг за пациентом. Также Лариса Александровна затронула тему ведения медицинских регистров пациентов, где на сегодняшний день существует много неразрешенных вопросов.

**Основные направления ТМК**

Врач-врач	Врач-пациент
<ul style="list-style-type: none"> <li>Оценка состояния здоровья пациента</li> <li>Уточнение диагноза</li> <li>Определение прогноза и тактики медицинского обследования и лечения</li> <li>Целесообразность перевода в специализированное отделение медицинской организации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Анализ жалоб пациента и данных анамнеза</li> <li>Принятие решения о возможности проведения очного приема врача</li> <li>Оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий</li> <li>Медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента</li> </ul>



- Задачи регистра**
- сбор и хранение данных о процессах диагностики и лечения пациентов с определенными методологическими позициями, например клинических рекомендаций
  - разработка отчетных форм по оказанию и координации медицинской помощи на уровне учреждения и отдельного пациента
  - подготовка доказательных рекомендаций по совершенствованию медицинской помощи населению, повышению ее качества и упорядочиванию отчетной документации
  - информационная поддержка выполнения эпидемиологических научных исследований, что значительно повышает их научную значимость и эффективность

Еще один доклад ведущего специалиста ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России **Абдрахмановой Елены Сагитовны** «Правовые аспекты в

практике офтальмолога – взгляд юриста», был посвящен юридическим вопросам деятельности врача.

Елена Сагитовна поделилась рекомендациями по обращению с претензиями, поступающих в медицинское учреждение, остановилась на действующем законодательстве, рассказала о новых исковых требованиях пациентов, которые они предъявляют к медицинскому обслуживанию, и о важности соблюдения клинических рекомендаций, о тонкостях заключения договора на оказание платных медицинских услуг и о важности обязательного правильного оформления добровольного соглашения на проведения медицинских услуг.



- при поступлении претензии в мед. организацию она направляется заседание ВК по итогам рассмотрения которой, такая претензия признается: обоснованной, частично обоснованной или необоснованной;
- на основании решения ВК, руководитель медицинской организации решает вопрос об ее удовлетворении;
- закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» предусматривает 10 дней для удовлетворения отдельных требований потребителя, таким образом, срок рассмотрения жалобы пациента во многих случаях должен составлять не более 10 дней (ст. 31 ЗоЗПП).



В заключении работы Круглого стола были подведены итоги его работы. Дмитрий Геннадьевич Арсюттов поблагодарил всех участников и заметил, что помимо перечисленных направлений в работе НМИЦ с регионами важно также учитывать логистические процессы и участие НМИЦ в развитии медицинских учреждений 1-2 уровня.

«Опираясь на уже отработанные и реализованные практики, мы сделаем это быстрее и лучше», - выразил надежду Дмитрий Геннадьевич и предоставил слово госте мероприятия Заведующей кафедрой ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России академику РАН **Мошетовой Ларисе Константиновне**. Она отметила, что организация медицинской помощи является одним из самых сложных и основополагающих направлений в работе офтальмолога, где немало важную роль играют хорошо подготовленные и образованные специалисты, обучение которых тоже входит в функции научно-медицинских исследовательских центров.

Назулла Сагдуллаевич Ходжаев поблагодарил всех участников «круглого стола» за работу и завершил заседание: «Нам всем нужна «живая площадка», где мы могли бы обсуждать текущие вопросы, обмениваться информацией, транслировать свой практический опыт в регионы. Только реальное продуктивное общение, с желанием услышать друг друга и начать действовать может привести к хорошим результатам!»

Республика Дагестан, Махачкала

29–30 июня Исторический парк «Россия – Моя история», пр-т Имама Шамиля, ЗИГ

1 июля Центр медицины высоких технологий им. И.Ш. Исмаилова, ул. Генерала Омарова, д. 17

29 июня – 1 июля 2023

**СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ САММИТ**

Организаторы саммита



Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России» www.oor.ru



МНТК «Микрохирургия глаза» имени акад. С.Н. Федорова www.mntk.ru



Дагестанский Центр Микрохирургии Глаза www.dagof.ru

**Тематики саммита:**

- Хирургия катаракты
- Современные методы диагностики и лечения глаукомы
- Коррекция рефракционных нарушений
- Витреоретинальная патология
- Заболевания роговицы
- Кератопластика
- Инфекционно-аллергические заболевания глаз
- Медико-социальные проблемы офтальмологии, слепота, слабовидение, реабилитация
- Косоглазие и аномалии рефракции у детей
- Офтальмоонкология
- Фармакотерапия глазных болезней
- Офтальмопластика
- Нейроофтальмология и глазодвигательные нарушения
- Заболевания придаточного аппарата глаза и орбиты
- Современные методы диагностики в офтальмологии



skos.oor.ru

**Современная ОФТАЛЬМОЛОГИЯ**

Северная ЗВЕЗДА фармацевтическая компания

**ПРОТИВГЛАУКОМНЫЕ ПРЕПАРАТЫ**



НПВП

МИДРИАТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

СОСУДОСУЖИВАЮЩЕЕ ПРОТИВООТЕЧНОЕ СРЕДСТВО





# “ НРАВИТСЯ ПОЛУЧАТЬ ХОРОШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ, ПОНИМАЯ, ЧТО, ЕСЛИ ТЫ НЕ ПОМОЖЕШЬ, НЕ ПОМОЖЕТ НИКТО “

В рубрике «Региональная офтальмология» мы представляем вашему вниманию интервью с главным внештатным специалистом-офтальмологом Министерства здравоохранения Нижегородской области, директором Нижегородского областного центра лазерной микрохирургии глаза ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко», председателем Нижегородского регионального отделения общества офтальмологов России, к.м.н., врачом-офтальмологом высшей категории **ИГОРЕМ ЮРЬЕВИЧЕМ МАЗУНИНЫМ**.

– Игорь Юрьевич, что повлияло на выбор Вашей профессии?

– С 1982 по 1986 г. я учился на лечебном факультете Смоленского государственного медицинского института. В 1986 г. перевелся на военно-медицинский факультет Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова. После его окончания служил офицером в Вооруженных силах СССР и уволился в запас по сокращению в 1990 г. После демобилизации остро встал вопрос о выборе дальнейшей первичной врачебной специализации, и тогда по счастливой случайности судьба свела меня с моим первым учителем, ассистентом кафедры глазных болезней ГМИ Коссовской Ириной Леопольдовной. Эта встреча определила мою дальнейшую профессиональную жизнь в офтальмологии. С 1991 по 2003 г. работал офтальмологом в различных государственных и частных лечебных учреждениях в Нижнем Новгороде. В 1997 г. поступил в заочную аспирантуру Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, которую окончил в 2001 г., защитив под руководством д.м.н. Еричева В.П. кандидатскую диссертацию по теме «Диодный лазер в лечении открытоугольной глаукомы». С сентября 2006 по январь 2012 г. заведовал кафедрой глазных болезней Нижегородской государственной медицинской академии. С января 2012 г. по сей день работаю директором областного центра лазерной микрохирургии глаза ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко». В марте 2017 г. назначен главным внештатным специалистом-офтальмологом Министерства здравоохранения Нижегородской области.

Основной темой моих научных исследований в течение последних 20 лет является изучение действия мультиволновых лазеров (532–577–660–810 нм) в режиме субпорогового микроимпульсного излучения малым и широким пятном при отечной, сосудистой, дистрофической и воспалительной патологии фоvealной аваскулярной зоны сетчатки и сосудистой оболочки глаза. Одним из первых офтальмологов в России я стал применять методику паттерн-коагуляции истинно «желтым» 577 нм излучением при центральных и периферических заболеваниях сетчатки.

Второе направление научных исследований было посвящено мультиволновому лазерному лечению различных видов, форм и стадий глаукомы. Первым в России разработал и применил в 2007 г. методику микроимпульсной динамической инфракрасной циклокоагуляции при лечении различных стадий (в том числе и ранних) глаукомы на зрячих глазах. Владею более 50 методиками транспупиллярных и транссклеральных лазерных воздействий, из которых более половины являются авторскими. Имею 109 печатных работ (из них 15 в изданиях, рецензируемых ВАК), 3 методических руководства и 6 патентов РФ на изобретения. 118 раз выступал с докладами на международных и российских научно-практических конференциях. С 2007 г. до настоящего времени являюсь председателем Нижегородского регионального отделения Общества офтальмологов России.

Неоднократно стажировался в университетских и частных офтальмологических клиниках Германии, Италии и США.

Имею стаж и опыт работы по специальности офтальмология 33 года. В 2017 г. участвовал во Всероссийском конкурсе «Лучший врач-офтальмолог 2017 года» и занял почетное III место, за что был награжден дипломом министра здравоохранения Российской Федерации.

– Расскажите, пожалуйста, о Ваших учителях. Насколько наставничество важно в профессии, как в личном плане, для становления врача, так и для больницы?

– Первыми моими учителями и наставниками по офтальмохирургии были Ирина Леопольдовна и Нинель Константиновна Коссовские из ГКБ № 35. В дальнейшем учителем по лазерной микрохирургии была д.м.н. Татьяна Ивановна Форофонова из Московского МНТК МГ, по полостной микрохирургии – д.м.н. Венгер Галина Ефимовна из Одесского НИИ ГБ им. Филато-



Профессор, заведующий кафедрой глазных болезней ГМИ им. С.М. Кирова **Протопопов Б.В.** внес огромный вклад в борьбе с трахомой в СССР.



С 1974 по 2006 г. кафедру возглавлял легендарный профессор **Коссовский Леопольд Владиславович**, автор и изобретатель первых отечественных приборов для факоэмульсификации и витректоми. Профессором кафедры в это время работала д.м.н. Маланова Нина Леонидовна. Я заведовал кафедрой с 2006 по январь 2012 г., в настоящее время – д.м.н. Сметанкин И.Г.

ва, руководителем кандидатской диссертации – д.м.н. Еричев Валерий Петрович из НИИ ГБ им. Гельмгольца. Эти люди сформировали мое врачебное и профессиональное мировоззрение, были примером заботы и неравнодушия к ученикам, обладали бесподобными педагогическими способностями, одновременно являясь мастерами и профессионалами своего дела высшей пробы.

– Расскажите, пожалуйста, о Вашей деятельности в ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко.

– В областную больницу я пришел в 2006 г. сначала на должность доцента, а затем и заведующего кафедрой глазных болезней НижГМА, заменив профессора Л.В. Коссовского. Заведующий кафедрой одновременно являлся и директором клиники глазных болезней, которая объединяла два глазных отделения, кафедру и консультативную поликлинику. В 2011 г. главным врачом Зайцевым Романом Михайловичем было принято решение создать на базе поликлиники Нижегородский областной центр лазерной микрохирургии глаза, который предложили возглавить мне. Сейчас есть интересное предложение вновь продолжить педагогическую деятельность, вернуться к заведованию пока на последипломном уровне, но уже не в Нижнем Новгороде.

– Игорь Юрьевич, расскажите, пожалуйста, немного об истории больницы и об истории офтальмологического отделения.



– Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко ведет свою историю с 1828 г., когда в палате гражданского суда г. Нижнего Новгорода была составлена купчая крепость на приобретение у полковника Мартынова С.М. за 2251 рубль деревянного дома со строениями, землей и садом для строительства больницы. Всего 22 гектара. До этого времени Нижний Новгород не имел ни одной общегородской больницы. Население лечилось при церквях местных монастырей, а также в основном у знахарей и цирюльников. Купчая крепость юридически определила рождение и основание сначала Мартыновской городской, затем с 1866 до 1917 г. Губернской земской больницы и впоследствии, с 1938 г., – Областной больницы им. Семашко. В 1879 г. в Нижегородской губернской земской больнице было создано самостоятельное глазное отделение, первым заведующим которого стал С.Н. Зененко. В 1973 г. был построен и запущен в эксплуатацию современный комплекс больницы, включающий главный корпус и пять стационаров, в котором в настоящее время работают более 400 врачей и 800 средних медработников. 28 февраля 1978 г. за заслуги в области здравоохранения и в связи с 150-летием со дня основания указом Президиума Верховного совета СССР Горьковская ОКБ им. Н.А. Семашко была награждена орденом Трудового Красного Знамени. Таким образом, скоро снова большая дата, через 5 лет

больница отпразднует свой 200-летний юбилей.

В настоящее время на территории НОКБ расположены 15 кафедр ПИМУ, в том числе и кафедра глазных болезней, основанная в 1932 г. профессором Комаровичем, одним из пионеров отечественной кера-топластики.

– Как оснащен НОЦЛМГ? Какие патологии лечите? В чем его уникальность?

– Областной центр лазерной микрохирургии глаза ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» был организован в январе 2012 г., с сентября 2018 г. получил новое помещение и в настоящее время является одним из лидеров



в России по оказанию высокоспециализированной офтальмологической помощи пациентам с заболеваниями переднего и заднего отделов глаза, особенно центральной области сетчатки (макулярной зоны).

Основными заболеваниями и патологиями глаза, которые успешно лечатся в центре, являются все виды, стадии и формы глаукомы, диабетическая и посттромботическая ангиоретинопатия, возрастная макулярная дегенерация, все виды макулярных отеков, периферические дегенерации сетчатки, вторичные помутнения светопроводящих сред глаза и стекловидного тела.

Преимуществами перед конкурентами является опытный высокопрофессиональный персонал центра, уникальный набор диагностической аппаратуры и офтальмологических мультиволновых лазеров, а также запатентованные авторские методики.

Для проведения квалифицированного и высокоспециализированного лечения в центре имеются офтальмологические лазеры всех имеющихся и необходимых для этого длин волн.

При работе в лазерном центре используются уникальные авторские технологии лазерного лечения глаукомы и макулярной области сетчатки, защищенные патентами Российской Федерации:

- лазерная микроимпульсная инфракрасная трабекулопластика (патент на изобретение № 2457816 от 10 августа 2012 г.);
- субпороговое микроимпульсное воздействие малым пятном (патент на изобретение № 2340319 от 10 декабря 2008 г.);
- субпороговое микроимпульсное воздействие широким пятном (патенты на изобретение № 23 40318 от 10 декабря 2008 г. и № 2438637 от 10 января 2012 г.).

На последней методике хочется остановиться поподробнее. Она объединила в себе два способа лазерного лечения заболеваний центрального отдела сетчатки, макулярной области. Это транспупиллярная термотерапия и микроимпульсное субпороговое лазерное воздействие. Пятном 3–5 мм осуществляется слабо термическое, длительное (до 2 минут) температурное воздействие инфракрасным 810 нм лазерным излучением в сочетании с 650 нм гелий-неоновой лазерной стимуляцией. Называется эта методика СМЛВ ШП (субпороговое инфракрасное микроимпульсное воздействие широким пятном). В результате такой процедуры первый слой сетчатки, ретиальный пигментный эпителий, начинает активно синтезировать и выделять вещества, которые обладают выраженным противовоспалительным действием (аналогичным кортикостероидам) и ингибиторам роста новообразованных сосудов (аналогично ингибиторам ангиогенеза). При начальных стадиях возрастной макулярной дегенерации, друзах и друзоидных отслойках ретиального пигментного эпителия, невысоких, до 400 мкм, нетракционных отеках макулярной области различной причины (диабетический, посттромботический, послеоперационный, воспалительный) эта методика оказалась безопасной и одновременно очень эффективной.



Всего за время работы в ОЦЛМГ проведено более 50 000 лазерных операций, при этом почти четверть пациентов центра не являются жителями Нижегородской области.

– *Какие есть планы по развитию НОЦЛМГ?*

– Планы грандиозные! На базе уже имеющейся в центре собственной хирургической операционной развивать лазерную рефракционную эксимерную и фемтосекундную хирургию, а также самостоятельно осуществлять эндovitреальные введения лекарственных препаратов. И конечно, пора уже менять парк самих лазеров. Появились новые полуавтоматические коагуляторы с элементами искусственного интеллекта, нужно успевать за ними. Офтальмология – очень высокотехнологичная специальность, завязанная на самые передовые научные разработки и достижения.

– *Достаточно ли кадров?*

– Проблема с кадрами, особенно в первичном поликлиническом звене и ЦРБ Нижегородской области, сейчас в государственной медицине одна из самых актуальных и животрепещущих и для нашего региона, и для всей страны. Молодые и опытные врачи и медсестры переманиваются частными офтальмологическими клиниками. Причины – наличие у них современной диагностической и хирургической аппаратуры, в разы более высокая заработная плата, в разы меньшая нагрузка по ведению документации, времени консультации и количеству приема больных. К сожалению, без положительной динамики по решению данных вопросов положение с кадрами будет только ухудшаться.

– *Как налажена маршрутизация пациентов?*

– Маршрутизация пациентов четко отлажена и отработана десятилетиями. Медицинские организации, оказывающие офтальмологическую помощь **областным больным** в Нижегородской области:

- глазные отделения, в которых проводятся микрохирургические операции, имеются в ЦРБ городов Арзамаса, Бора, Выксы, Дзержинска, Кстовы и Навашино. Фактическая картина маршрутизации – направление пациентов в районные отделения, имеющие глазные койки, далее при их отсутствии – в поликлинику и глазные отделения НОКБ и ГКБ № 3;
- ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» – 2 глазных стационарных отделения, 2 кабинета в поликлинике, 2 кабинета в лазерном отделении диабетического центра, областной центр лазерной микрохирургии;
- глазное стационарное отделение и дневной стационар ГКБ № 3 (областной геронтологический центр).

Медицинские организации, оказывающие офтальмологическую помощь **городским больным** Нижнего Новгорода:

- глазное стационарное отделение ГКБ № 13 – Автозаводский район;
- глазное стационарное отделение ГКБ № 12 – Сормовский и Московский районы;
- 2 глазных стационарных отделения ГКБ № 35 – Советский и Приокский районы;
- глазное стационарное отделение и дневной стационар ГКБ № 3 (областной геронтологический центр) – Нижегородский район;
- Городской диабетический центр, стационар и дневной стационар ГКБ № 33 для всех районов Нижнего Новгорода.

Экстренная офтальмологическая помощь оказывается в ГБУЗ НО «НОКБ» для областных пациентов, в ГКБ № 35 – для городских пациентов.

– *Используются ли цифровые технологии, телемедицина?*

– Да, конечно. Исходя из размеров нашей области, а это 403 км с севера на юг и 274 км с запада на восток и количества ЦРБ (47 + ГФЗ Саров). Мы пользуемся преимуществом близкого соседства с федеральным офтальмологическим учреждением Чувашской Республики, одновременно являющимся НМИЦ куратором.

За 2022 г. в ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» через компонент ТМК ФЭР ЕГИСЗ проведено 22 телемедицинские консультации с ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Минздрава России. В результате уточнения диагнозов и определения тактики лечения 1 пациент был экстренно переведен в федеральное лечебное учреждение.

– *Много ли в Нижнем Новгороде и Нижегородской области частных клиник? Они работают по ОМС?*

– В Нижегородской области сейчас функционируют 7 крупных частных офтальмологических клиник с полным набором услуг и операций. («Академия-VIP», «Визус-1», «Ника Спринг Мед»,



«Прозрение», «Созвездие», «Тонус Амарис», «Эксимер НН»), технически оснащенные на самом современном уровне. Некоторые из них оказывают услуги в рамках ОМС (всего для них выделено около 2000 квот). А это более 150 врачей-офтальмологов и весьма значительные объемы, особенно витреоретинальных, ФЭК + ИОЛ и лазерных рефракционных операций. Только в Нижнем Новгороде в частных клиниках работают 8 эксимерных и 4 фемтосекундных лазера. Конечно, как-то административно влиять на них невозможно, но есть маленький нюанс. Большинство ведущих хирургов и

некоторые главные врачи этих частных клиник являются моими воспитанниками и учениками, которые из ординаторов выросли до теперешних профессиональных высот мастерства и должностей. Так что здесь идет общение не через административный ресурс, а через личные отношения и взаимное уважение. Около 20 частных центров также имеются в крупных районных центрах, и их количество постоянно растет.

– *С какими государственными офтальмологическими клиниками сотрудничаете? Что дает это сотрудничество?*

– Из государственных федеральных клиник это, конечно, Чебоксарский филиал МНТК МГ им. акад. С.Н. Федорова. С ее директором, Поздеевой Н.А., меня связывают длительное, более 20 лет, тесное сотрудничество и личная дружба. С 2010 г. на базе его лазерного отделения совместно с врачами всех филиалов МНТК МГ провожу курсы ТУ по теме «Лазерная микрохирургия глаза». Так, в течение 12 лет уже проведены 13 тематических усовершенствований (72 часа) по данному специализированному направлению офтальмологии. После окончания обучения курсантам выдается диплом государственного образца. Уже прочувствовали и получили удостоверения лазерного микрохирурга 324 врача из 58 регионов России и стран СНГ. Особенностью курсов является тематическая прямая живая лазерная хирургия заболеваний переднего и заднего отделов глаза (кроме рефракционной и носослезной патологии). Для врачей, ранее не имевших опыт работы, и начинающих специалистов для закрепления теоретической и визуальной информации сразу после трансляции проводится WetLab на свежих энуклеированных свиных глазах. Первая неделя обучения – теоретическая. Рассматриваются этиология, патогенез, диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний переднего и заднего отделов глаза с использованием данных ангио ОКТ и ФАГД. Вторая неделя полностью посвящена практическим лазерным методам лечения следующей патологии: глаукома, диабетическая и посттромботическая ангиоретинопатия, возрастная макулярная дегенерация, сосудистая, воспалительная и дистрофическая патология фовеолярной аваскулярной зоны, патология периферии глазного дна и офтальмоонкология. Живая видеохирургия проводится с использованием традиционных пороговых методов лазерной коагуляции, а также «Витреолизис», «ТТТ», «Pattern», субпорогового «MicroPuls» лазерного воздействия малым и широким пятном на офтальмологических лазерах.

– *Расскажите, пожалуйста, о клинике «Прозрение».*

– С этой клиникой связаны особенные воспоминания. 1 апреля 2003 г. почти одновременно с «Визус-1» открылась первая в регионе частная лазерная микрохирургическая клиника «Прозрение» по лечению ретинальной патологии и глаукомы. Я стал ее первым главным врачом. Огромная заслуга в реализации этого проекта принадлежит прежнему руководителю ООО «Нижфарм» Младенцеву А.Л., начальнику ФО ГУ ГИБДД НО Коломазову Ю.В. и теперешнему собственнику сети клиник «Персона», в которую входит и «Прозрение», Коваленчику А.Д. Лазерный офтальмологический рынок был разделен поровну. «Визус-1» занимался в основном рефракционными лазерными операциями и в этом также был пионером в нашем регионе. В Москве незадолго до этого открылся «Новый взгляд» под руководством доктора Куренкова, и многие политики, спортсмены и артисты сделали себе лазерную коррекцию аметропии. После моего перехода на кафедру глазных болезней руководство менялось, и сейчас главным врачом в ней работает Гуляев А.В., один из сильнейших рефракционных хирургов страны. Мультифокальные торические ИОЛ и фемтосекундные лазерные операции по технологии SMILE в Нижегородской области и России одним из первых сделал именно он в «Прозрении».

– *Какие задачи стоят перед Вами как перед главным офтальмологом Нижегородской области, и как Вы их решаете?*

– Основная и главная задача состоит в оснащении и переоснащении необходимой диагностической аппаратурой первичного городского поликлинического звена и кабинетов ЦРБ согласно порядку, установленному приказом МЗ № 902н от 2012 г. Не секрет, что многие районные офтальмологи до сих пор смотрят больных

на щелевых лампах, сделанных в СССР, и пользуются тонометрами Маклакова и обратной офтальмоскопией с помощью офтальмоскопа Гельмгольца. Минимальный набор, состоящий из авторефрактокератометра, пневмотонометра, проектора знаков и щелевой лампы с набором контактных и бесконтактных диагностических линз обязан быть в каждом глазном кабинете. Очень актуально также создание 3–4 городских межрайонных консультативно-диагностических центров как промежуточных звеньев между поликлиниками и стационарами. Необходимо также открытие межрайонного лечебно-диагностического центра на Севере области, так как 6 северных районов территориально сильно удалены от областного центра, и квалифицированная даже экстренная помощь в них оказывается не в полном объеме и не вовремя.

Ведется активная организационно-методическая работа, которая заключается в:

- расчете ежегодной потребности в антиглаукомных и антисклеротических препаратах, закупаемых в рамках действующих мер государственной поддержки для оказания медицинской помощи по профилю офтальмология в Нижегородской области;
- расчете ежегодной потребности в необходимом количестве случаев оказания высокотехнологичной офтальмологической помощи (ВМП) для государственных офтальмологических стационаров и частных офтальмологических клиник;
- анализе и ежегодном расчете потребности офтальмологических стационаров города и области и дневных стационаров больниц в ингибиторах ангиогенеза «Луцентис», «Афлиберцепт» и «Визью», вводимых внутривитреально амбулаторно при тяжелых сосудистых и отечных заболеваниях макулярной области глаза;
- проведении совместно с кафедрой судебно-медицинской экспертизы и работниками следственных органов независимых экспертиз сложных конфликтных случаев, составление протоколов и заключений;
- проведении разборов случаев обращения граждан в части качества оказания медицинской помощи населению Нижегородской области по поручению МЗ РФ и «Центра медицинской инспекции» Минздрава Нижегородской области;
- проведении в качестве председателя аттестационной комиссии в течение 9 месяцев (январь – май и сентябрь – декабрь) ежемесячных заседаний комиссии по присвоению и подтверждению квалификационных категорий при очной беседе с аттестуемыми врачами.

Также важно продолжать учебно-преподавательскую работу, которая заключается в проведении ежегодных всероссийских курсов (72 часа) тематического усовершенствования «Лазерная микрохирургия глаза».

Мы активно ведем научно-исследовательскую работу. Проводим ежегодные межрегиональные школы офтальмологов «Современные методы диагностики и лечения различных видов, стадий и форм глаукомы», «Современные методы диагностики и лечения ВМД. Достижения и перспективы развития».

Каждый год устраиваем межрегиональную конференцию офтальмологов и организаторов здравоохранения Приволжского федерального округа.

Наши специалисты выступают в течение года с докладами на 10–15 региональных, всероссийских и международных научно-практических конференциях и конгрессах.

– *Чем Вы любите заниматься в свободное время?*

– Свободного времени остается мало. Одновременно с основной работой в НОЦЛМГ и внештатной работой главного офтальмолога по выходным дням консультирую и оперирую еще в 4 офтальмологических клиниках Нижнего Новгорода, Владимира и Иваново. Из увлечений: рыбалка и охота, тренажерный зал, зимний и летний велосипед, музыка (гитара и высококачественная стереосистема).

– *Что больше всего Вам нравится в Вашей профессии?*

– Офтальмология – это аристократка от хирургии. В таком маленьком органе, как глаз, спрятана целая вселенная. И чем глубже в проблему или тематику заболеваний вникаешь, тем сложнее и интереснее становится. Нравится получать хороший результат лечения, понимая, что, если ты не поможешь, не поможет никто, и человека ждут неминуемая слепота и инвалидность. Нравится осваивать новую аппаратуру, придумывать и внедрять на ней новые методики лечения ранее считавшихся неизлечимыми заболеваний. Нравится много ездить по стране и миру (это раньше), видеть новые города и регионы, общаться с местными докторами. Нравится видеть, как из молодых и неопытных ординаторов вырастают ведущие хирурги и главные врачи клиник. Нравится жить такой жизнью, лишь бы подольше...

– *Игорь Юрьевич, благодарю Вас за уделенное время и за обстоятельный разговор.*

Беседовала В. Терехова

## 30 ЛЕТ В СТРОЮ С НГСЭ

Появление непроникающих операций можно считать новым этапом в хирургии глаукомы. Непроникающая хирургия берет свое начало от синусотомии по М.М. Краснову (1964), однако подлинным ее расцветом служит создание школой С.Н. Федорова и В.И. Козлова в середине 1980-х годов непроникающей глубокой склерэктомии (НГСЭ). Ее коренное отличие от предшествующей непроникающей хирургии (непроникающая трабекулэктомия по Zimmermann, 1984) заключается в использовании важного открытия, сделанного В.И. Козловым, – фильтрующей способности пограничной зоны десцеметовой мембраны в области склеральной шпоры. Позднее R. Stegmann, несомненно, основываясь на НГСЭ, ввел новое направление непроникающей хирургии – вискоканалостомию, суть которой заключается во вскрытии наружной стенки шлеммова канала и его «расширении» путем нагнетания вискоэластика.

Низкий процент осложнений и высокая эффективность заметно повысили интерес офтальмохирургов к непроникающей хирургии глаукомы. И такие методики, как непроникающая глубокая склерэктомия, вискоканалостомия, непроникающая трабекулэктомия, занимают достойное место в общей системе лечения глаукомы.

В Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза» НГСЭ применяется с 1990 года по настоящее время, то есть более 30 лет. С первых дней внедрения операция заняла ведущее положение и стала стандартом в хирургии открытоугольной и комбинированной глаукомы. Ежегодно в центре выполняется свыше 1700 операций НГСЭ.

В данной публикации представлены этапы развития технологии в течение этих лет.

**1993 год. Переход на конъюнктивальный лоскут основанием к лимбу.** Вопрос выбора локализации конъюнктивального лоскута (лимбального или дистального) обсуждается и окончательно не решен. По данным разных авторов, значимых различий в результатах операции не выявлено. Переход на лимбальный лоскут исключил болезненный этап фиксации глазного яблока за мышцу (рис. 1). Открыл операционное поле, что дало возможность оперировать без ассистента (рис. 2). Позднее был предложен оригинальный шов для герметизации конъюнктивы с лимбальным доступом (патент РФ № 2644700 от 13.02.2018 г.).



Рис. 1. Дистальный доступ с фиксацией глазного яблока за верхнюю прямую мышцу

Рис. 2. Лимбальный доступ

**1998 год. Разработана система реконструкции зоны операции при рецидивах повышения внутриглазного давления (ВГД) после НГСЭ** (патенты РФ № 2224490, № 2253371, № 2291669, № 2295339, № 2325140) на основании клинических данных и данных ультразвуковой биомикроскопии (УБМ) в зависимости от уровня блока оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ) по сформированным хирургическим путям.

При поверхностных блоках (рис. 3, 4) на уровне конъюнктивы, теноновой оболочки применяли трансконъюнктиваль-



Иванов Д.И., д.м.н., заведующий хирургическим отделением Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»

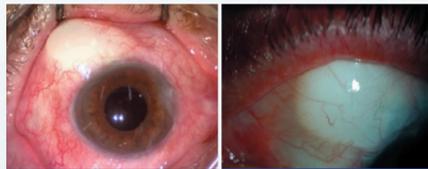


Рис. 3, 4. Блок оттока внутриглазной жидкости на уровне конъюнктивы и теноновой оболочки

ную ревизию по типу «нидлинга» или транскорнеальную ревизию.

Техника транскорнеальной ревизии заключалась в формировании роговичного парацентазы длиной 2,5–3 мм непосредственно в фильтрационную подушку. Затем обоюдоострым микрошпателем рассекались спайки. Далее через парацентазу подавался физиологический раствор, фильтрационная подушка увеличивалась в размерах, что служило критерием достижения хирургического результата. Парацентаза гидратировалась и самогерметизировалась. Преимущества транскорнеальной ревизии – отсутствие манипуляций с конъюнктивой. Оба вмешательства направлены на разрушение фиброзной капсулы с целью создания сообщения между ограниченной подушкой и субтеноновым пространством. Для усиления эффекта пациентам назначался транспальпебральный массаж фильтрационной подушки на фоне противовоспалительной терапии на 2–3 недели.



Рис. 5. Состояние склеры фильтрационной подушки при склеральном блоке. Отсутствие признаков фильтрации ВГЖ под конъюнктиву

Блоки на уровне склеры при похожей клинической картине (рис. 5) могут иметь совершенно разные варианты состояния зоны операции (рис. 6–9), соответственно которым определялась хирургическая тактика вмешательства.

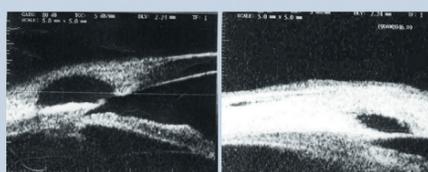


Рис. 6. Ультразвуковая биомикроскопическая картина зоны операции с большой объемной склеральной полостью

Рис. 7. Ультразвуковая биомикроскопическая картина зоны операции со средними размерами и объемом склеральной полости

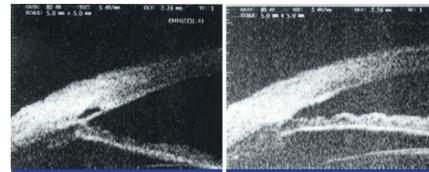


Рис. 8. Ультразвуковая биомикроскопическая картина зоны операции с малой объемной склеральной полостью

Рис. 9. Ультразвуковая биомикроскопическая картина зоны операции с отсутствием склеральной полости

В случаях с полостями большого и среднего объема производили транскорнеальную ревизию зоны операции (эффективность до 50%). В глазах с малыми полостями или отсутствием полости выполняли повторную операцию в другой зоне.

Внутренний блок (рис. 10, 11) возникает в результате блокады зоны операции прикорневой радужки, нередко после лазерной гониопунктуры.

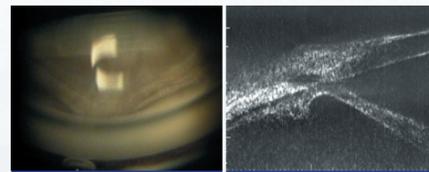


Рис. 10. Гониоскопическая картина внутренней блокады корнем радужки

Рис. 11. Ультразвуковая биомикроскопическая картина зоны операции с внутренней блокадой корнем радужки

**1999 год. Переход на микроинвазивную технологию НГСЭ** (патент РФ № 2184514). Несмотря на определенные успехи, достигнутые в хирургии глаукомы, остается проблема рецидивов повышения внутриглазного давления в послеоперационном периоде. Одним из факторов, снижающих эффективность фильтрующих антиглаукомных операций, может быть избыточное рубцевание зоны операции, связанное с повреждением окружающих тканей и сосудов конъюнктивы, теноновой оболочки, эписклеры, склеры. Как вариант снижения объема хирургической травмы было предложено уменьшение зоны вмешательства до уровня «разумной достаточности». Размеры зоны операции уменьшаются до таких, при которых можно без труда выполнить все этапы операции и при этом достичь достаточной фильтрации до цифр целевого внутриглазного давления. Таким образом, разрез конъюнктивы уменьшился с 8–10 до 2–3 мм, а размер поверхностного склерального лоскута с 5 × 5 до 3 × 3 мм (рис. 12, 13).

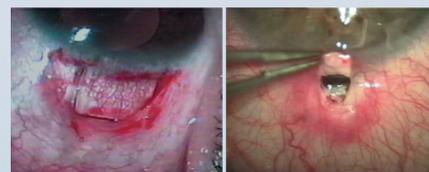


Рис. 12. Традиционные размеры зоны операции

Рис. 13. Размеры микроинвазивной зоны операции НГСЭ

Кроме снижения травматичности операции, появилась возможность выполнить до четырех-пяти антиглаукомных операций в верхнем секторе (технически более удобным для проведения операции) на неизмененных тканях, что также может повысить эффективность фильтрующих операций.

**2000 год. Широкое применение микроНГСЭ в качестве антиглаукомного компонента в комбинированной хирургии катаракты и глаукомы** (рис. 14, 15).

Из особенностей комбинированной хирургии следует отметить, что первым этапом удобнее выполнить удаление катаракты с имплантацией интраоку-

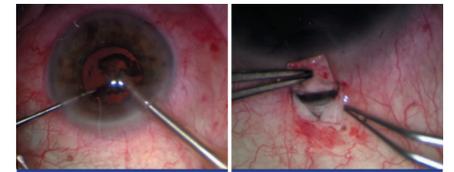


Рис. 14. Этап хирургии катаракты (удаление фрагментов мутного хрусталика перед имплантацией интраокулярной линзы)

Рис. 15. Этап микроинвазивной НГСЭ (удаление наружного слоя корнеосклеральной трабекулы)

лярной линзы, а затем микроНГСЭ. Для полной герметизации основного разреза без его гидратации следует длину разреза увеличить до 2,2–2,5 мм. Медицинские назначения в послеоперационном периоде после комбинированного вмешательства не отличаются от назначений после антиглаукомной операции. Обычно это 5–7 субконъюнктивальных или парабубарных инъекций дексаметазона, одну неделю антибиотика 4–5 раз, стероидные капли один месяц по традиционной схеме эпibuльбарно.

**2004 год. Предложена транскорнеальная хирургическая гониопунктура** (патент РФ № 2557705) (рис. 16). Позволяет компенсировать ВГД при отеках роговицы и помутнениях, где имеются сложности с проведением лазерной гониопунктуры. Может использоваться как экстренная манипуляция при отсутствии ИАГ-лазера.

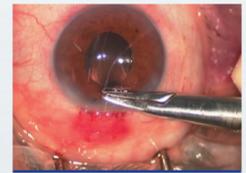


Рис. 16. Момент проведения транскорнеальной хирургической гониопунктуры микроиглой с нитью 10.0 в раннем послеоперационном периоде

**2008 год. Разработана система лечения тяжелых форм гипотонического синдрома после НГСЭ** (патенты РФ № 2550721, № 2614108, № 2445052).

Развитие гипотонического синдрома после операций фильтрующего типа связано с грубыми нарушениями гидродинамики глаза – либо в связи с избыточным оттоком ВГЖ; либо с пониженной секрецией. Оба эти состояния усугубляют друг друга, и может сформироваться порочный круг, который в перспективе при отсутствии лечения приводит к субатрофии и гибели глазного яблока. Резкое снижение остроты зрения при тяжелой форме гипотонического синдрома сопровождается существенными структурными изменениями (рис. 17–20).



Рис. 17, 18. Внешний вид глаза с тяжелым гипотоническим синдромом после антиглаукомной операции (псевдокистозная истонченная фильтрационная подушка)

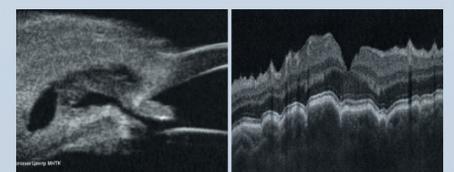


Рис. 19. Ультразвуковая биомикроскопическая картина зоны операции у пациента с тяжелой формой гипотонического синдрома после НГСЭ и гониопунктуры. Прикорневая радужка в интрасклеральной полости

Рис. 20. Оптическая когерентная томография заднего отрезка при тяжелой форме гипотонического синдрома после НГСЭ и гониопунктуры



Принципы лечения гипотонического синдрома сводятся к повышению ВГД путем уменьшения фильтрации ВГЖ под конъюнктиву. В нашей клинике использовали различные виды ушивания фистулы, аутопластику склеральным лоскутом на ножке, гетеропластику твердой мозговой оболочкой. Но особенно сложно было добиться стабильного контролируемого результата в случаях с грубыми атрофическими изменениями тканей в зоне антиглаукомной операции. Лучше всего зарекомендовала себя технология блокады фистулы фрагментом теновой аутокани (рис. 21, 22) с дополнительным гипотензивным компонентом трабекулотомией ab interno либо НГСЭ. НГСЭ выполняли вторым этапом при неконтролируемом повышении ВГД.

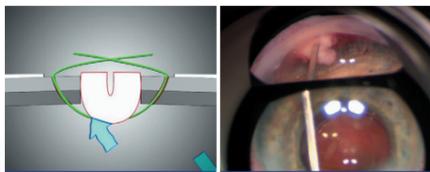


Рис. 21. Схема пломбирования фистулы фрагментом теновой оболочки

Рис. 22. Хирургический этап пломбирования фистулы фрагментом теновой оболочки на артифакии

Техника операции на факичном глазу. Первым этапом вскрывается измененная конъюнктива в зоне операции, затем производится локализация фистулы с оценкой объема последующей тампонады. Далее в наружном секторе нижнего свода иссекается соответствующий фрагмент теновой оболочки. Для фиксации тампонирующего фрагмента между поверхностным склеральным лоскутом и склерой накладывается шов

(нейлон 10.0). Следующим этапом фистула тампонируется теновой тканью, шов затягивается, конъюнктура герметизируется.

Техника операции на артифакичном глазу или при комбинированном вмешательстве с удалением катаракты и имплантацией ИОЛ. После замены хрусталика вскрывается измененная конъюнктура в зоне операции, затем производится локализация фистулы. Далее в наружном секторе нижнего свода иссекается соответствующий фрагмент теновой оболочки. Затем фрагмент вводится в переднюю камеру. Далее снаружи через фистулу вводится цанговый пинцет, которым захватывается теновая «пломба». Пломба ущемляется в фистуле, блокируя ее. Для фиксации тампонирующего фрагмента между поверхностным склеральным лоскутом и склерой накладывается шов (нейлон 10.0). Конъюнктура герметизируется.

Буквально на следующий день после операции начинает повышаться острота зрения и восстанавливаются структурные соотношения тканей (рис. 23, 24).

Всем пациентам, пролеченным путем тампонады фистулы фрагментом тено-

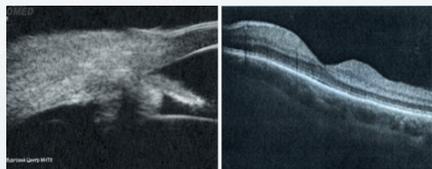


Рис. 23. Ультразвуковая биомикроскопическая картина зоны операции у того же пациента на рис. 19 после блокады фистулы фрагментом теновой оболочки

Рис. 24. Оптическая когерентная томография заднего отрезка у того же пациента на рис. 20 после блокады фистулы фрагментом теновой оболочки

новой оболочки (72 человека), удалось восстановить гидродинамику глаза и повысить остроту зрения.

Таким образом, предложенная технология позволяет надежно блокировать фильтрующий канал и повысить ВГД (собственная теновая ткань не вызывает отторжения, нет дополнительного повреждения измененных тканей в зоне операции).

2018 год. Для атравматичного формирования разлитых фильтрационных подушек и профилактики рубцевания теновой оболочки от склеры из тенового пространства с формированием сообщения между зоной операции и субтеновым пространством (патент РФ № 2786473) (рис. 25, 26).



Рис. 25. Схема гидроотслоения теновой оболочки от склеры

Рис. 26. Хирургический этап гидроотслоения теновой оболочки от склеры

Данный прием позволяет без повреждения эписклеральных сосудов отслоить теновую оболочку от склеры и эписклеры, кроме того, сообщение фильтрационной подушки с субтеновым пространством делается для увеличения площади резорбции внутриглазной жидкости из фильтрационной подушки. С целью профилактики спаечного процесса и формирования сращений между

тканями склеры, эписклеры и конъюнктивы в конце операции перед окончательной герметизацией конъюнктивы использовался вискоэластический дренаж с длительным (до 6 месяцев) периодом элиминации. Необходимо отметить, что активность процессов рубцевания в субтеновом пространстве значительно ниже, чем в перилибальной зоне и зоне вплетения теновой оболочки в склеру.

**Резюме.** Таким образом, с момента внедрения по настоящее время операция получила широкое распространение и остается основной в хирургическом лечении открытоугольной глаукомы. За период более, чем тридцатилетнего использования, технология зарекомендовала себя безопасной и эффективной. В процессе применения НГСЭ эволюционировала как техника самой операции, так и технологии, используемые для стабилизации гипотензивного эффекта и уменьшения интраоперационных, ранних и поздних осложнений. НГСЭ и ряд предложенных хирургических приемов, техник и технологий, представленных в статье, можно рекомендовать для более широкого применения в практике лечения открытоугольной глаукомы.

АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»  
Иванов Д.И., д.м.н., заведующий хирургическим отделением



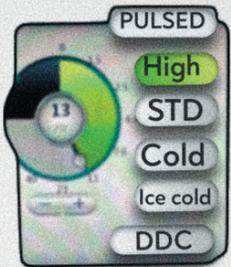
# БиСиКей-Эм

офтальмологическое оборудование и интраокулярные линзы



## R-EVOLUTION

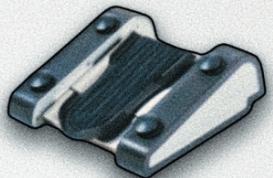
Аппарат офтальмохирургический  
Версия 2023 года



1 Обновленное ПО  
Новый У/З режим - "High" для перезревших катаракт

2 Устройство для контроля ирригационного раствора

3 Новая программируемая эргономичная педаль



+7 495 646 89 23  
www.bck-m.ru



# ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЛАУКОМЫ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ГЛАУКОМНОГО КОНТИНУУМА

16 февраля 2023 г. в рамках IV Всероссийской научной-практической конференции с международным участием «Лечение глаукомы: инновационный вектор – 2023» состоялся симпозиум по социально значимому главному заболеванию – глаукоме.

В ходе мероприятия ведущие специалисты страны в области глаукомы обсудили вопросы комплексного подхода к медикаментозному и хирургическому лечению пациентов с первичной открытоугольной глаукомой.

Открыла симпозиум генеральный директор ООО «Сентисс Рус» Елена Борисовна Платонова. Она поблагодарила аудиторию за многолетнее сотрудничество, отметив, что в линейке лекарственных средств компании представлен широкий спектр препаратов, направленных на лечение глаукомы. В дальнейшем планируются разработки инновационных препаратов не только с использованием новых молекул и с добавлением новых ингредиентов для повышения их эффективности. Елена Борисовна пожелала аудитории продуктивной работы и интересных докладов.

Президиум симпозиума представляли Сергей Юрьевич Петров, Елена Владимировна Карлова, Алла Валентиновна Сидорова.

Сергей Юрьевич Петров, д.м.н., профессор, начальник отдела глаукомы ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России выступил с докладом «Актуальные вопросы фармакологического сопровождения глаукомной хирургии».

«По данным статистики за 2022 г. в России насчитывается 450 640 инвалидов по зрению (взрослых – 423 658, детей – 23 982)», – привел Сергей Юрьевич данные из доклада академика РАН, профессора В.В. Нероева на Российском общенациональном офтальмологическом форуме 2022 года (РООФ-2022). Нозологическая структура первичной инвалидности по зрению: 36,67% – глаукома, 23,76% – миопия, 22,95% – поражение макулы, 10,20% – атрофия ЗН. Практически во всех регионах России глаукома занимает первое место по инвалидности вследствие офтальмопатологии. За последние 11 лет показатель заболеваемости глаукомой вырос на 24%. В 2019 г. в РФ было зарегистрировано 1 338 242 больных глаукомой. Основными проблемами, с которыми сталкиваются врачи и пациенты в России, по мнению Сергея Юрьевича, являются сложности ранней диагностики, терапии, комплаентности.

Вопрос ранней хирургии глаукомы и сегодня остается важным и актуальным. «Золотым стандартом» хирургии глаукомы, прописанным в европейском руководстве по глаукоме, занимающем лидирующее место среди всех операций, является синустрабекулэктомия. Однако в США на данную операцию приходится не более 15% от всей хирургии глаукомы. Первое место занимают вмешательства с имплантацией микроинвазивных устройств, преимущественно в шлеммов канал. Сергей Юрьевич считает, что подход к хирургии глаукомы должен быть взвешенным, мудрым и по показаниям. Выбор вида операции индивидуален для каждого пациента и зависит как от стадии заболевания, длительности гипотензивной терапии, так и от профессиональных навыков хирурга.

В клинических рекомендациях Минздрава здравоохранения РФ для

лечения первичной открытоугольной глаукомы рекомендуется снижение уровня ВГД всем пациентам с ПОУГ с целью предотвращения прогрессирования глаукомной оптической нейропатии. Уровень ВГД может быть понижен с использованием местной медикаментозной терапии, лазерного лечения или хирургических методов (отдельного метода или комбинации). В качестве хирургических методов указаны синустрабекулэктомия, непроникающая глубокая склерэктомия (НГСЭ), дренирующие операции. Целью хирургии является достижение целевого ВГД без использования лекарственных средств. Так, по данным статистики, в руках опытного хирурга частота успешных исходов хирургии фильтрующего типа (изолированной или в сочетании с медтерапией) на неоперированных глазах в отдаленном периоде достигает 90%.

Показаниями к проведению хирургического вмешательства являются:

- непереносимая глазная боль (ВГД);
- повреждение структур ДЗН (ВГД), подтвержденное;
- прогрессирующий дефект поля зрения по данным повторного периметрического исследования;
- высокое ВГД, способное привести к повреждению структур ЗН или потере ПЗ;
- непереносимость гипотензивной терапии (местная, системная);
- несоблюдение режима инстилляций (забывчивость, стоимость).

Сергей Юрьевич особо отметил важность назначения противовоспалительной терапии перед операцией с целью снижения реактивности субконъюнктивы и уменьшения формирования фиброза тканей в послеоперационный период: стероиды 2 раза в день 1–2 недели, нестероидные ПВС 2 раза в день 1–2 недели, гипотензивные препараты постоянно. Так, одновременное применение кортикостероидов усиливает противовоспалительное действие нестероидных противовоспалительных препаратов – они полностью совместимы. Существует практика отмены глаукомных препаратов в предоперационный период – «drop holiday». Однако докладчик считает, что в практике российского врача необходимо осторожно подходить к предоперационной отмене гипотензивных препаратов. Так, если пациент не сможет вовремя попасть на операцию и, в свою очередь, на длительное время останется без гипотензивных препаратов, то это может привести к невозвратной потере зрения.

В послеоперационном периоде при необходимости проводится работа с фильтративной подушкой. Если есть штопоробразные сосуды, назначаются стероиды (местно) каждые 2 часа 1–2 дня, 5-ФУ в инъекциях. При васкуляризации стероиды (местно) каждые 2 часа 1–2 дня, бевацизумаб в инъекциях. При инкапсуляции – нидлинг с 5-ФУ (нидлинг – ревизия фильтративной подушки инъекционной иглой 27–30 G на шприце). Также докладчик отметил, что с 2022 г. распоряжением Правительства Российской Федерации на практике возможно использовать препарат офф-лейбл (off label).

В своем сообщении Сергей Юрьевич особо отметил появление в России фторметолона 0,1% (зарегистрирован в России под торговым названием Флоас Моно, Сентисс). Флоас Моно – глюкокортикостероид местного применения, в меньшей степени, чем дексаметазон,

вызывает повышение ВГД, подходит как для предоперационной подготовки, так и в послеоперационном периоде и открывает новые перспективы более безопасного лечения воспалительных заболеваний глаз (рис. 1).

Появление Фторметолона в России открывает новые перспективы безопасного лечения воспалительных заболеваний глаз



Рис. 1. Фторметолон, противовоспалительный препарат, глюкокортикоид. В меньшей степени вызывает повышение ВГД. Возможно использование препарата в пред- и послеоперационном периоде

В заключение своего выступления Сергей Юрьевич отметил, что фторметолон 0,1% обладает противовоспалительным эффектом, сопоставимым с дексаметазоном. Зарегистрированными показаниями к применению препарата являются: лечение воспалительных заболеваний конъюнктивы, роговицы, переднего отрезка глаза (в том числе аллергические конъюнктивиты, операционные вмешательства, синдром сухого глаза). Препарат разрешен для применения детям с 2 лет (рис. 2).

Теперь и в России – уникальный продукт!

Фторметолон 0,1% в форме глазных капель зарегистрирован в России под торговым наименованием Флоас Моно® 28 июля 2022 года

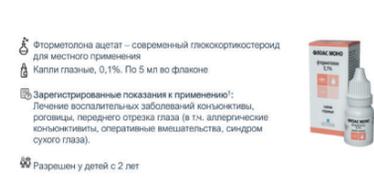


Рис. 2. Флоас Моно (фторметолон 0,1%, Сентисс)

Д.м.н. Елена Владимировна Карлова, зам. главного врача ГБУЗ «СОКОБ им. Т.И. Ершовского», представила вниманию аудитории доклад на тему «Рестарт терапии глаукомы после гипотензивной хирургии». Особое внимание к этой теме обусловлено тем, что с подобной дилеммой практикующий офтальмолог, принимающий пациентов с глаукомой, сталкивается каждый день.

Согласно данным, полученным из множества офтальмологических центров России, после операции СТЭ и НГСЭ гипотензивная терапия при начальной стадии назначалась через 18,3 ± 2,38 мес, при развитой стадии – через 16,9 ± 2,06 мес, при далекозашедшей – через 14,4 ± 14 мес от момента выполнения оперативного вмешательства. После имплантации клапанной дренажной системы Ahmed спустя 1 год после операции 80,4% пациентов получали гипотензивную терапию для достижения целевого уровня ВГД. Полученные данные полностью соответствуют опыту зарубежных коллег.

Докладчик сделала акцент на том, что важным при оценке результатов хирургического вмешательства является не только целевой уровень ВГД при разных стадиях глаукомы, процент снижения ВГД от исходного, дооперационного уровня для разных стадий заболевания, но и оценка среднего количества гипотензивных препаратов (действующих веществ до и после операции).

В случае недостаточного гипотензивного эффекта операции в первые месяцы

необходимо предпринять все усилия для улучшения фильтрации (массаж фильтративной подушки, нидлинг, ревизия фильтративной зоны) на фоне продолжающейся противовоспалительной терапии.

Елена Владимировна особо отметила, что срок рестарта гипотензивной терапии определяется доступностью всех приведенных выше мер для каждого конкретного пациента с учетом стадии глаукомного процесса и уровнем целевого ВГД.

Сегодня чаще всего для рестарта используют комбинации гипотензивных препаратов. Однако критически важно при выборе терапии рестарта принимать во внимание следующие факторы: сохранение качества жизни пациента, максимально удобный режим дозирования и гипотензивный эффект, контроль ВГД в течение суток, минимум нежелательных явлений, хороший эффект в долгосрочной перспективе.

Одна из главных проблем гипотензивной терапии в настоящее время состоит в том, что много времени тратится на этапе смены монотерапии. В итоге клиницист приходит к комбинированной терапии, но на уровне 3–4 препаратов, и это, в свою очередь, приводит к тому, что глаукома при продвинутых стадиях плохо поддается лечению.

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям для пациентов с открытоугольной глаукомой (2020 г.), у пациентов с развитой и далекозашедшей стадией ПОУГ и (или) при исходно очень высоком уровне давления возможен более быстрый переход или старт с комбинированного лечения.

Елена Владимировна подчеркнула, что компания «Сентисс» обладает большой линейкой гипотензивных препаратов, позволяющей при работе с пациентами следовать правилу 2/2: назначение двух препаратов и не более чем два закапывания (утреннее и вечернее). Если специалист считает, что для терапии пациента необходим аналог простагландинов, то возможны следующие комбинации: Пролатан® + Бринарга® или Биматан® + Бринарга® или Тизоптан® + Сантабрим® или Тизоптан® + Бринекс®-М (рис. 3).

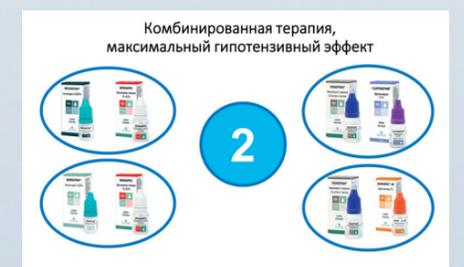


Рис. 3. Комбинированная терапия глаукомы. Возможные комбинации препаратов

Если клиницист считает, что пациенту необходима комбинированная терапия, не включающая аналоги простагландинов/синтетических простагландинов, то возможно применение следующей комбинации: Бринарга® + Сантабрим®.

В заключение Елена Владимировна обратила внимание аудитории на то, что компания «Сентисс» вывела на рынок новую форму препарата с действующим веществом бримонидин. Препарат называется Сантабрим®, и это единственные в России гипотензивные капли с концентрацией бримонидина 0,1%. Снижение концентрации приводит к значительному снижению местных и системных побочных эффектов при полном сохранении гипотензивной активности. Таким



образом, Сантабрим® – это препарат с повышенным уровнем безопасности и комфорта для пациента. Также Е.В. Карлова отметила значительный нейропротекторный эффект бримонидина 0,1% (рис. 4).



Рис. 4. Сантабрим® (бримонидин 0,1%). Эффективность

**Алла Валентиновна Сидорова**, зав. отделением хирургического лечения глаукомы, врач-офтальмолог высшей категории ФГАУ «НМИЦ «МНТК Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» (Москва), в соавторстве с А.В. Старостиной выступила с докладом на тему «**Оценка эффективности и переносимости фиксированной комбинации бринзоламид + тимолол в лечении первичной открытоугольной глаукомы**».

Терапия с применением комбинации бринзоламид 1% + тимолол 0,5% оптимизирует терапию аналогами простагландинов, способствует снижению ВГД до 34% от исходного уровня, что оптимально для пациентов перед проведением хирургического вмешательства. Способствует нейропротективному действию, сохранению зрительных функций, улучшению микроциркуляции в диске зрительного нерва, хорошей переносимости и комфортному применению. Эта комбинация прекрасно встраивается в любую пару и обеспечивает дополнительное снижение ВГД еще на 5,4 мм рт. ст. (рис. 5).

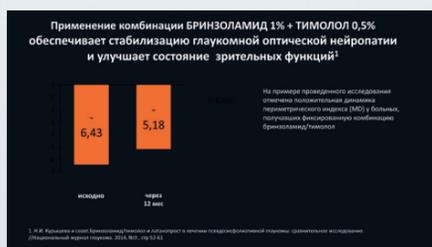


Рис. 5. Положительная динамика периметрического индекса (MD) у больных, получавших фиксированную комбинацию бринзоламид + тимолол

В исследовании, проводимом Аллой Валентиновной, принимали участие 52 пациента (36 глаз) – 14 мужчин и 22 женщины в возрасте от 41 года до 89 лет с ПОУГ начальной, развитой и далекозашедшей стадиями. Пациенты, получающие медикаментозное лечение фиксированной комбинацией бринзоламид 1% + тимолол 0,5% (Азарга®), были переведены на бринзоламид 1% + тимолол 0,5% (Бринарга®). Период наблюдения – 2 месяца. Оценка результатов проводилась по предложенному авторами опроснику, включающему в себя закрытые вопросы с целью определения наличия или отсутствия конкретного побочного эффекта (появление привкуса после применения препарата, комфортность применения нового препарата).

Согласно полученным авторами исследования результатам, оба препарата сопоставимы по гипотензивной эффективности (рис. 6).

Применение Бринарга® позволяет достичь достоверного снижения ВГД при переключении с других препаратов в случае их неэффективности, плохой переносимости или некомплаентности пациентов.

Применение Бринарга® обеспечивает стабилизацию глаукомной оптической

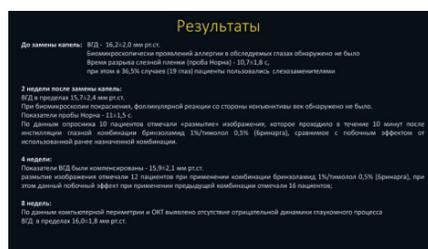


Рис. 6. Результаты исследования. Пациенты, получавшие лечение фиксированной комбинацией бринзоламид 1% + тимолол 0,5% (Азарга®) были переведены на бринзоламид 1% + тимолол 0,5% (Бринарга®). Период наблюдения – 2 месяца

нейропатии и улучшает состояние зрительных функций, увеличение диастолической скорости кровотока в глазной артерии и систолической скорости кровотока в латеральных задних коротких цилиарных артериях.

Часть доклада Аллы Валентиновны была посвящена ведению пациентов с глаукомой в период пандемии COVID-19 в России и в мире.

В России госпитализация пациентов с глаукомой на плановое лечение в период пандемии (2020–2021 гг.) снизилась в два раза в сравнении с периодом 2015–2019 гг. Были сокращены сроки госпитализации. Это, в свою очередь, привело к тому, что почти у половины наблюдаемых пациентов произошло снижение приверженности к лечению (отсутствие лекарственных препаратов, финансовые трудности, другие заболевания, отсутствие значительного улучшения от терапии, незнание важности регулярной инстилляций капель, тревожные расстройства и депрессивные состояния). Так, 36% пациентов ощущали или переживали тревогу, так как не могли полноценно контролировать свое заболевание. 25% респондентов были слишком заняты домашними делами в связи с COVID-19 и не могли забрать рецепт или купить лекарство от глаукомы. 25% предпочли воздержаться от консультации с лечащим врачом из-за риска заражения COVID-19. 24% респондентов решили не забирать рецепт и не покупать лекарство от глаукомы из-за страха заразиться COVID-19. 22% сказали, что врач не предложил им прийти на плановый прием во время пандемии. 16% решили воздержаться от консультации с врачом по телефону или онлайн, когда была предложена такая возможность.

**Тайвань. мЦФК как первичное хирургическое лечение ПОУГ во время пандемии COVID-19**

**Hsaio-Ling Chang** и соавт. оценивали эффективность и безопасность микроимпульсной транссклеральной циклофотокоагуляции (мЦФК) в качестве первичной процедуры при ПОУГ во время пандемии COVID-19. Ретроспективно были проанализированы 60 глаз 52 пациентов, у которых была диагностирована ПОУГ от легкой до терминальной стадии без предшествующей операции по глаукоме, и им проведена мЦФК в период с 1 января до 31 августа 2020 г.

Согласно результатам, наибольшее снижение ВГД после микроимпульсной хирургии глаукомы происходит в первый день с дальнейшим постепенным снижением. Количество закапываемых препаратов сократилось вдвое.

**Индия. Влияние телеофтальмологии во время карантина COVID-19 в центре третичной медицинской помощи на юге Индии**

Из 621 телеконсультации наиболее распространенные запросы были связаны с покраснением/болью/слезотечением/ухудшением зрения/зудом/раздражением (52,49%), за которыми следовали запросы, связанные с лекарствами (28,01%), назначениями (18,84%); 0,64% указали на неотложную необходимость посещения больницы из-за вне-

запной потери зрения.

Большинство запросов было направлено в отделение роговицы (58,93%). Далее следуют сетчатка (16,26%), катаракта (13,04%), глаукома (10,14%) и детская офтальмология (1,61%). Наиболее распространенные рекомендации, данные пациентам, были связаны с лекарствами (47,66%), за которыми следовали вопросы, связанные с назначением (31,72%) и хирургическим вмешательством (20,61%).

**Дублин (Ирландия). Телеметрия внутриглазного давления для лечения глаукомы во время пандемии COVID-19 в ЕС, в условиях затрудненного доступа к офтальмологической помощи**

В исследование были включены пациенты, которым ранее был имплантирован телеметрический датчик ВГД. Данные были доступны от 37 глаз 37 пациентов (16 пациентов с имплантированным датчиком в область цилиарной борозды и 21 пациент с супрахориоидальным датчиком). У всех пациентов измерялось ВГД во время карантина. Было получено 8415 измерений ВГД за 370 дней измерений. У 5 пациентов лечение было изменено. Девять из 10 исследовательских центров посчитали, что дистанционные измерения ВГД оказывают клинический эффект.

**Китай. Телемедицина в Гуанчжоу. Использование искусственного интеллекта для постановки диагноза в условиях затрудненного доступа к офтальмологической помощи**

Пандемия затруднила доступ пациентов к медицинской помощи. Для решения этой проблемы была разработана программа чат-бота в приложении

WeChat. Пациентам задавали ряд вопросов, и они отвечали, нажимая на соответствующую кнопку на своих телефонах. Пациентам также было предложено сфотографировать свои глаза и загрузить фото в программу. Данные анализировались либо программой искусственного интеллекта, либо врачами, в зависимости от информации, предоставленной пациентом. Затем был составлен предварительный диагноз и план лечения, которые были переданы пациенту через приложение.

**По результатам проведенного исследования спикер ознакомила аудиторию с выводами:**

1. Клиническая эффективность и безопасность применения препарата Бринарга® сопоставимы с таковыми у глазных капель Азарга®.
2. В условиях современной реальности, особенно при ограничении доступа к офтальмологической помощи, применение фиксированных комбинаций с доказанной хорошей переносимостью является выбором в пользу стабилизации глаукомного процесса при сохранении комплаентности пациента.
3. Внедрение современных средств самостоятельного мониторинга ВГД пациентами (Icare, телеметрические датчики ВГД), установка соответствующих приложений на телефон и использование искусственного интеллекта для анализа дистанционно получаемых данных значительно улучшают доступность квалифицированной офтальмологической помощи при глаукоме.

## БРИНАРГА®

бринзоламид 1% + тимолол 0,5%

### ХОД КОНЕМ ПРОТИВ ГЛАУКОМЫ



Терапия с применением комбинации бринзоламид 1% + тимолол 0,5% способствует:

**снижению внутриглазного давления до 34% от исходного значения<sup>1</sup>**

**нейропротективному действию и сохранению зрительных функций<sup>2</sup>**

**комфортному применению:**  
– pH=7,3, как у слезной жидкости<sup>3</sup>  
– наличие в составе кератопротектора – карбомера<sup>4</sup>



1. Национальное руководство по глаукоме для практикующих врачей под ред. профессоров Е.А. Егорова, Ю.С. Астахова, В.П. Еричева. Изд. 4-е дополненное: ГЭОТАР-Медиа. 2019. 2. Н.И. Курьчева и соавт. Бринзоламид/тимолол и латанопрол в лечении псевдоэксfolиативной глаукомы: сравнительное исследование // Национальный журнал глаукомы. 2014. №3. С. 52-61. 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Бринарга®. 4. Alfred R. Wegener et al. Effect of Viscous Agents on Corneal Density in Dry Eye Disease // J Ocul Pharmacol Ther. 2015 Oct; 31(8): 504-8.

**SENTISS**  
Ясный взгляд в будущее

115432 МОСКВА, ПРОЕКТИРУЕМЫЙ 4062-Й ПРОЕЗД, Д. 6, СТР. 16, ЭТАЖ 4, КОМ. 12  
WWW.SENTISS.RU ТЕЛ.: +7 (495) 229-7663 E-MAIL: SENTISS@SENTISS.RU

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



# РАЗГОВОР СО СПЕЦИАЛИСТОМ. ВЗГЛЯД АЛЛЕРГОЛОГА, ПЕДИАТРА, ОФТАЛЬМОЛОГА НА НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ У ДЕТЕЙ

4 марта 2023 года в рамках XXIV Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» при поддержке компании ООО «Сентисс Рус» состоялся сателлитный симпозиум, посвященный наиболее распространенным проблемам у детей.

В ходе симпозиума ведущие специалисты в области педиатрии, а также врачи-офтальмологи обсудили аспекты терапии отитов и конъюнктивитов у детей и ответили на наиболее актуальные вопросы, связанные с воспалительными заболеваниями переднего отрезка глаза и прогрессированием миопии у детей.

Перед началом симпозиума с приветственным словом выступила доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заместитель директора НИИ педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Вишнева Е.А. Елена Александровна подчеркнула, что благодаря компании ООО «Сентисс Рус» сегодня представляется прекрасная возможность обсудить многие актуальные вопросы педиатрической практики непосредственно с офтальмологом.

## ОТИТЫ И КОНЬЮНКТИВИТЫ У ДЕТЕЙ: ЛЕГКОЕ РЕШЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПРОБЛЕМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ АЛЛЕРГОЛОГА- ИММУНОЛОГА И ПЕДИАТРА

Вишнева Елена Александровна, доктор медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заместитель директора НИИ педиатрии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» рассказала о возможных подходах к лечению отитов и конъюнктивитов у детей с точки зрения аллерголога-иммунолога.

В начале своего доклада Елена Александровна отметила, что наиболее частыми проявлениями острой респираторной инфекции (ОРИ) являются: кашель, ринит, отит и конъюнктивит. И одной из наиболее часто встречающихся в детском возрасте патологий является наружный отит. Это довольно распространенная патология, встречающаяся в 1:123 случаев, из них чуть менее половины приходится на детей 5–14 лет.

Выделяют острую и хроническую формы заболевания – при наличии более 4 случаев рецидивов в год. При отоскопии отмечаются гиперемия, отек, вязкий секрет, накопление детрита в наружном слуховом проходе. Согласно клиническим рекомендациям, системная антибиотикотерапия не показана. В данном случае должны применяться местные антимикробные средства, глюкокортикостероиды (ГКС) в комбинации с антибактериальными препаратами, кроме того, могут использоваться анальгетики и анестетики. Существует также ряд правил по применению ушных капель. При наличии перфорации барабанной перепонки невозможно применение ототоксичных препаратов. Во всех случаях не следует применять спиртосодержащие капли, а также слишком холодные или

горячие препараты, так как они могут вызвать калорическую вестибулярную реакцию.

Комбинация капель, которая содержит кортикостероид и антибиотик, является одной из самых эффективных. Данное сочетание позволяет одновременно осуществлять этиологическую и патогенетическую терапию, воздействуя как на возбудителя заболевания, так и на патологический процесс. Одним из таких препаратов являются ушные и глазные капли Комбинил® компании ООО «Сентисс Рус». Препарат позволяет быстро, уже в течение часа, купировать боль и неприятные ощущения, а в течение нескольких дней ликвидировать отек, инфильтрацию и боль в ухе. При этом наружный отит часто сочетается с бактериальным и вирусным конъюнктивитом, терапию которого также можно проводить препаратом Комбинил® (рис. 1).

В ходе крупного исследования, проведенного в США (Ramirez D. и соавт., 2017), была проанализирована частота возникновения бактериального конъюнктивита у детей по обращаемости (всего более 500 тыс. случаев). Довольно часто встречался не только вирусный, но бактериальный и аллергический конъюнктивит. Пик заболеваемости у детей от 0 до 4 лет приходился на март, тогда как во всех остальных возрастных группах это был май.

Елена Александровна подчеркнула, что отдельно хотела бы привлечь внимание к проблеме аллергических конъюнктивитов и возможным путям ее решения.

Среди аллергических конъюнктивитов выделяют несколько форм: поллинозный конъюнктивит, весенний кератоконъюнктивит, крупнопиллярный конъюнктивит, лекарственный конъюнктивит, хронический аллергический круглогодичный конъюнктивит. Симптомы аллергических конъюнктивитов в большинстве случаев может заподозрить и педиатр, они довольно разнообразны: зуд, жжение, светобоязнь, слезотечение, отек и гиперемия конъюнктивы, а также появление инфильтратов.

Специфические аллергообследования помимо стандартной офтальмологической диагностики включают в себя кожное тестирование – скарификационные пробы или прик-тесты, определение специфических иммуноглобулинов (IgE) в сыворотке крови, а также скарификационные пробы, которые у детей в России не проводятся.

Лечение аллергического конъюнктивита включает в себя несколько линий терапии. Первая линия: исключение аллергена, холодные компрессы, искусственная слеза. Вторая линия (базисная): местные антигистаминные препараты, противоотечные средства, стабилизаторы тучных клеток, нестероидные противовоспалительные препараты. Третья линия: топические кортикостероиды или иммунотерапия. Также существуют новые подходы, которые включают в себя препараты циклоспоринов, липримус, липосомальные системы доставки лекарств, антагонисты цитокинов и другие препараты.

Говоря о топических антигистаминных препаратах, Елена Александровна особенно остановилась на молекуле олопатадина 0,2%. Препарат производится компанией ООО «Сентисс Рус» под названием Визалергол® и используется в клинической практике с 2017 года, являясь эффективным и безопасным для применения у детей с 2 лет. Препарат снимает зуд уже в течение 3 минут и может быть рекомендован к длительному применению, до 4 месяцев. Кроме того, по данным многих исследований, Визалергол® обладает двойным механизмом действия: блокирует H1-гистаминовые рецепторы, а также ингибирует высвобождение медиаторов тучными клетками конъюнктивы, что обеспечивает препарату максимальную эффективность (рис. 2).

В заключение своего доклада Елена Александровна еще раз подчеркнула, что Комбинил® является одним из препаратов выбора в лечении наружного отита и бактериального конъюнктивита, а также их сочетания. Кроме того, в случае если у ребенка аллергия, особое внимание стоит уделить таким препаратам, как Визалергол®. Елена Александровна также напомнила коллегам, что междисциплинарный подход особенно важен, так как позволяет поставить правильный диагноз и своевременно назначить адекватную терапию.

## РАЗГОВОР С ОФТАЛЬМОЛОГОМ: ОТВЕТЫ НА ЧАСТЫЕ ВОПРОСЫ

Егорова Алла Викторовна, кандидат медицинских наук, член экспертного совета по аккомодации, заместитель главного врача по медицинским вопросам офтальмологической клиники ООО «Кругозор» (Ижевск), рассказала о наи-

более частых вопросах, которые может задать педиатр офтальмологу.

Очень часто с жалобами на патологию органа зрения родители обращаются именно к педиатру. Среди них наиболее часто встречаются покраснение, зуд, а также сочетание покраснения глаз и насморка, отека слизистой носа и глаз. Но встречаются и совершенно нетипичные жалобы: ребенок отказывается читать, врезается в предметы и ведет себя неуклюже, стал хуже учиться или горбится, когда пишет. Удивительно, но все это тоже возможные симптомы патологий органа зрения, которые педиатру необходимо своевременно распознать. Однако чаще всего к педиатру обращаются с жалобами на «красный глаз», так как этот симптом зачастую сопутствует ОРИ.

«Красный глаз» – группа заболеваний, объединенная одним признаком. Но природа их может быть различной: как воспалительной (гиперемия конъюнктивы), так и не имеющей отношения к воспалению, например, субконъюнктивальное кровоизлияние. В этом случае для дифференциальной диагностики стоит обратить внимание на отделяемое из глаза, светобоязнь, болезненность.

При сочетании жалоб на насморк, гнойное отделяемое и наличие симптомов ОРИ у ребенка с большой долей вероятности можно распознать сочетанный конъюнктивит с преобладанием бактериальной флоры. В этом случае возможно назначение препарата Комбинил®, который прекрасно борется с воспалением. Возможно и его применение при других патологиях переднего отрезка. Если же налицо признаки аллергического конъюнктивита, такие как отечность слизистых и зуд, то отлично подойдет препарат компании ООО «Сентисс Рус» Визалергол®.

Возвращаясь к терапии воспалительных заболеваний, Алла Викторовна отметила, что препарат Комбинил® за счет его комплексного воздействия на воспалительный процесс является одним из ведущих для применения в педиатрической практике. Комбинил® содержит фторхинолон, обладающий бактерицидным действием, гормон, купирующий воспаление и отек, а также гидроксипропил-β-циклодекстрин, предупреждающий развитие синдрома сухого глаза и эпителиопатии (рис. 3).

В случае комбинированной формы повышается комплаентность к лечению, а также уменьшается риск появления дискомфорта и сухости. Кроме того, не



Рис. 1. Капли ушные и глазные Комбинил® могут применяться в комплексной терапии наружного отита и бактериального конъюнктивита у детей



Рис. 2. Препарат Визалергол®, компании ООО «Сентисс Рус» обладает двойным действием и максимальной эффективностью





# НОВОЕ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА

В одном из красивейших и уютных городов России – Казани – с 31 марта по 1 апреля состоялась 20-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные технологии лечения витреоретинальной патологии».

Компанией «Сентисс Рус» было организовано заседание спонсорского симпозиума на тему «Новое в периоперационном ведении пациента». Приглашенными спикерами стали Дмитрий Юрьевич Майчук – врач-офтальмолог, заведующий отделом терапевтической офтальмологии ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова» Минздрава России, д.м.н.; Файзрахманов Ринат Рустамович – заведующий Клиникой (Центром) офтальмологии ФГБУ «НМХЦ им. Пирогова» Минздрава России, врач-офтальмолог высшей категории, профессор кафедры, д.м.н.; Педанова Елена Константиновна – врач-офтальмолог, научный сотрудник отдела лазерной хирургии сетчатки ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова Минздрава России, к.м.н.

Первым выступил Майчук Д.Ю. с докладом на тему «Новое решение в противовоспалительной терапии – обоснование и собственный опыт применения».

Доктор Майчук уже в начале лекции отметил, что появление фторметолона и его комбинаций на российском медицинском рынке открывает новые перспективы эффективного и безопасного лечения воспалительных заболеваний глаз.

Несмотря на то, что топическое лечение с помощью кортикостероидов зачастую повышает внутриглазное давление (ВГД) в здоровых глазах и в глазах пациентов с офтальмогипертензией, фторметолон вызывает повышение значений ВГД в меньшей степени, чем, например, дексаметазон.

С января 2015 по февраль 2016 года было проведено рандомизированное клиническое исследование (РКИ) с целью контроля воспалительного процесса после проведения операции по устранению косоглазия. В исследовании оценивался сравнительный эффект безопасности препаратов для местного применения: диклофенака натрия, фторметолона и дексаметазона. Случайным образом 99 человек были распределены на 3 группы. Критериями оценок стали конъюнктивальная инъекция (от 1 до 4 на 1-й, 2-й и 4-й неделе после операции (п/о)), уровень ВГД, степень боли в разные периоды, дискомфорт при применении капель, другие побочные эффекты.

Результаты исследования показали, что фторметолон обладает противовоспалительным эффектом, сопоставимым с дексаметазоном, по истечении 4 недель терапии. Не было выявлено статистически значимого различия между 3 группами по конъюнктивальной инъекции через 1 день п/о и через 4 недели п/о. Дмитрий Юрьевич также представил любопытное исследование, которое было проведено еще в 1984 году. Это сравнительное исследование по оценке повышения ВГД при приеме фторметолона и дексаметазона в течение 6 недель, выполненное Stewart R.H. и соавт. По истечении шести недель не достигли повы-

шения ВГД на 10 мм рт. ст. 35% пациентов, принимавших фторметолон, и 18% пациентов, принимавших дексаметазон. Следовательно, еще в 1984 году было показано, что фторметолон – наиболее предпочтительный топический стероид с точки зрения влияния на уровень ВГД.

Также следует отметить, что фторметолон 0,1% в форме глазных капель зарегистрирован в России под торговым наименованием Флоас Моно 28 июля 2022 года. И он разрешен к использованию у детей с 2 лет, что делает его препаратом выбора в педиатрической офтальмологии (рис. 1).

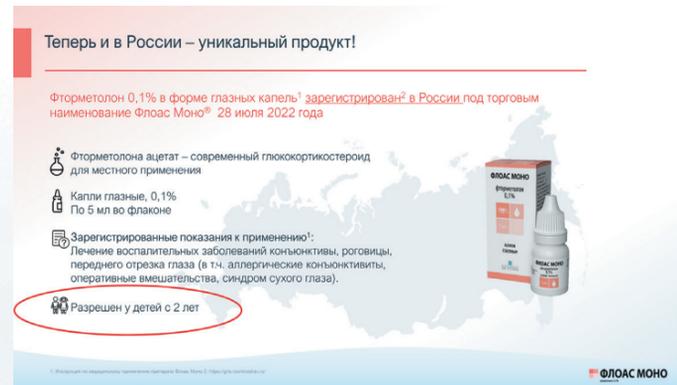


Рис. 1. Флоас Моно – первый глюкокортикостероид, разрешенный детям с 2 лет



Рис. 3. Неосложненный конъюнктивит при COVID-19 (из личных наблюдений Майчука Д.Ю.)

На сегодняшний день еще один препарат, который уже себя отлично зарекомендовал, это Флоас-Т® – комбинация тобрамицина 3,0 мг и фторметолона ацетата 1,0 мг.

При каких заболеваниях можно рекомендовать применение Флоас-Т® и Флоас Моно? Это широкий круг нозологий, и Дмитрий Юрьевич представил несколько примеров.

Например, назначение Флоас-Т® показано при синдроме сухого глаза (ССГ), осложненном блефаритом или дерматитом. Даже при отсутствии выраженного воспаления доктор Майчук советует старт терапии на 7–10 дней трижды в день с комбинацией стероидного препарата и антибиотика в сопровождении слезозаместителей.

Флоас-Т® показан пациентам с глаукомой, у которых аллергия на гипотензивные средства в рамках предоперационной подготовки к антиглаукомной операции (АГО) (рис. 2). Также данный препарат будет эффективен у пациентов в послеоперационном периоде в случае дебюта ССГ в комбинации со слезозаместителями.

Дмитрий Юрьевич показал фото глаз пациентов из личного архива, сделанные во время пандемии COVID-19 (рис. 3). Одним из нередких офтальмологических проявлений данного заболевания стал фолликулярный конъюнктивит с образованием фликтен с частой

локализацией на 3 и 9 часах. Лектор отметил, что в подобных неосложненных случаях одним из лучших решений было назначение Флоас-Т® трижды в день на 5–7 дней.

Европейское общество катарактальных и рефракционных хирургов рекомендует использовать в п/о ведении пациентов 3 монопрепарата: глюкокортикостероид (ГКС), антибиотик левофлоксацин (АБ) и нестероидное противовоспалительное средство (НПВС). И Флоас Моно является препаратом выбора у всех возрастных групп пациентов в силу его безопасности и высокой эффек-

тис происходит углубление передней камеры (ПК), и любопытной находкой стало то, что были обнаружены также изменения в сетчатке. Это деформация фовеолярного профиля, кистозный отек макулы, витреомакулярный тракционный синдром, наличие периферического кровоизлияния.

Следовательно, у данной группы пациентов существуют особенности лечения и варианты фиксации интраокулярных линз (ИОЛ).

Один из самых популярных методов – это установка переднекамерной ИОЛ. Но существуют особенности: отсутствие



Рис. 2. Пример лекарственной аллергии на гипотензивные средства



Рис. 4. Возможные осложнения имплантации переднекамерных ИОЛ

тивности. Применения только препаратов компании «Сентисс» достаточно для перекрытия всего послеоперационного ведения пациентов: Флоас Моно, Сигницеф и Броксинак вполне соответствуют данным критериям.

Флоас Моно также незаменим в терапии аллергических конъюнктивитов, в том числе лекарственных; после перенесенных герпетических или аденовирусных кератитов для контроля неоваскуляризации, для снижения интенсивности рубца и профилактики рецидивов; после пересадки роговицы в качестве противовоспалительного и местного иммуносупрессивного лечения.

Таким образом, сложно переоценить важность применения фторметолона в офтальмологической практике как монопрепарата, так и в комбинации с антибиотиком. Его появление на российском медицинском рынке открывает новые горизонты результативного и надежного лечения воспалительных заболеваний глаз.

Следующий докладчик, Файзрахманов Ринат Рустамович, представил сообщение на тему «Ведение пациента с альтернативными методами фиксации ИОЛ».

Существует определенный срез пациентов с «афакичными глазами» при витреоретинальной патологии. Они имеют ряд особенностей анатомии глаз: сдвиг радужки, в результате которого

полной блокады ПК, недостаточная тампонада витреальной полости, отсутствие полного мидриаза, сдвиг иридохрусталиковой диафрагмы, изменение рефракции, выход силикона в ПК, блокада коломом.

Следующие довольно широко используемые методы – это фиксация ИОЛ к радужке или к склере ab interno (ab externo). Чаще всего используются трехчастные ИОЛ или с тонкой гаптической во избежание повреждений. Линза Carlevalle создана специально для транссклеральной фиксации.

При всех преимуществах вышеуказанных методов стоит упомянуть о возможных осложнениях (рис. 4). К интраоперационным относятся гифема, гемофтальм, иридолиз, децентрация ИОЛ, отсутствие полной герметизации, к послеоперационным – отек роговицы, повышение ВГД, гипотония, децентрация ИОЛ, сублюксация или люксация ИОЛ, ущемление оптики, ретинальные разрывы, макулярный отек, гифема, гемофтальм, эндофтальмит и др.

Одним из нередких послеоперационных осложнений является повышение ВГД (даже на максимальном гипотензивном лечении). Ринат Рустамович представил несколько клинических случаев. У пациентов А. и Б. с ранее имплантированными переднекамерными ИОЛ на фоне полной гипотензивной терапии наблюдалось повышение ВГД до 30 и 32



Рис. 5. Удобство дозирования Броксинака®

мм рт. ст. соответственно. Им была проведена сложная реоперация с имплантацией транссклеральной ИОЛ первым этапом и удалением переднекамерной ИОЛ. Был получен прекрасный послеоперационный результат и по оптическим параметрам, и по снижению ВГД. Особенности хирургии Ринат Рустамович продемонстрировал на видеослайдах.

Далее был представлен пациент В., которому ранее транссклерально имплантировали ИОЛ, при поступлении было 40 мм рт. ст. В витреальной полости была обнаружена дополнительная ИОЛ. Пациенту провели АГО и удалили ИОЛ из витреальной полости. Был продемонстрирован фильм с ходом операции.

Профессор Файзрахманов продолжил доклад о послеоперационном ведении пациентов и отметил, что это довольно непростая задача.

Классическая схема лечения включает применение ГКС (до 30 суток), АБ (до 14 суток), НПВС (до 14 суток).

В качестве ГКС Ринат Рустамович рекомендует использование фторметолон – Флоас Моно. Его преимущество по сравнению с дексаметазоном – минимальное влияние на уровень ВГД, что снижает риски прогрессирования глаукомы и реопераций у вышеуказанной группы пациентов.

Важный момент в работе с пациентами – комплаентность. И НПВС с минимальной кратностью закапываний при максимальной эффективности – это находка! Минимальный режим дозирования снижает негативное воздействие основного лекарственного вещества (ЛС) и вспомогательных компонентов (например, консерванта) (рис. 5). Идеальный вариант – использование Броксинак® 1 раз в сутки, ведь его действующее вещество – бромфенак 0,09% – повышает липофильность молекулы препарата и облегчает ее проникновение через мембраны клеток различных тканей. Бромирование четвертого атома углерода фенильного кольца усиливает обезболивающие и противовоспалительные свойства препарата. Модификация бромом данного средства приводит к более активному ингибированию циклооксигеназы (ЦОГ), отвечающей за синтез медиаторов воспаления.

Завершая свой доклад, профессор Файзрахманов выразил благодарность компании «Сентисс Рус» за широкий спектр эффективных препаратов, столь необходимых в лечении пациентов с офтальмопатологией.

С завершающим докладом на тему «Лазерное лечение периферических дегенераций сетчатки у пациентов с катарактой» выступила доктор Педанова Елена Константиновна.

Известно, что риск регматогенной отслойки сетчатки (ОС) повышается после факоэмульсификации катаракты (ФЭК), и частота ее варьирует в пределах 0,36–2,9%. Это в 10 раз выше, чем у пациентов без выполнения ФЭК. Сле-

дует отметить, что с каждым годом этот риск снижается на 0,1–0,2%. К основным рискам ОС после ФЭК относятся (в порядке убывания): интраоперационная потеря СТ, большая аксиальная длина глаза, мужской пол, неопытный хирург.

Каков же патогенез развития регматогенной ОС? Она возникает в результате динамической витреоретинальной тракции, которая выражена центростремительной силой со стороны СТ, действующей на сетчатку ЗОСТ, а также повышаются риски при уже существующей витреоретинальной адгезии в виде разрывов сетчатки, периферических витреоретинальных дегенераций (ПВХРД).

Одними из самых опасных разрывов сетчатки являются клапанный и атрофический разрывы, разрыв с крышечкой. Предрасполагающими к ОС ПВХРД являются решетчатая дегенерация, след улитки, ретиношизис и витреоретинальные пучки.

Все эти состояния сетчатки являются показанием к профилактическому лазерному лечению.

Лазерная коагуляция сетчатки (ЛКС) у пациентов с катарактой не отличается от других случаев (рис. 6). Проводится, как правило, за 2 недели до или через 2 недели после ФЭК.

Для ЛКС используется панфундусная контактная линза, длина волны 577 нм (желтая), мощность до получения коагулята 2–3-й степени (побеление средней интенсивности), не менее трех рядов коагулятов, близких к слиянию.

Осложнения ЛКС встречаются при интенсивной коагуляции больших по площади зон и высоких энергетических параметров. Это макулопатия – кистозный макулярный отек, эпиретинальный фиброз, а также внутренняя офтальмоплегия и снижение аккомодации при повреждении парасимпатических нервов.

Отдаленными осложнениями является образование эпиретинальной мембраны (ЭРМ) через 11–12 месяцев после проведения ЛКС.

Немаловажную роль в возникновении ЭРМ играет воспалительная реакция – выброс провоспалительных цитокинов после ЛКС.

Для профилактики осложнений рекомендуется снижение энергетической нагрузки за счет применения паттерновых лазеров, при коагуляции больших по площади зон и высоких энергетических параметров, использование противовоспалительной терапии в п/о периоде.

Одним из лучших НПВС на медицинском рынке является препарат бромфенак 0,09% – Броксинак®, преимуще-



Рис. 6. Особенности лазеркоагуляции сетчатки у пациентов с катарактой



Рис. 7. Эффективность бромфенака по сравнению с диклофенаком и амфенаком

ство которого в высокой эффективности при кратности закапывания всего 1 раз в день. Было установлено, что он в 3,7 раза активнее диклофенака и в 6,5 раза активнее, чем амфенак (рис. 7). Важно помнить, что бромфенак обладает самой низкой ингибирующей концентрацией среди НПВС. Внедрение брома в его

состав усиливает липофильность молекулы, улучшает проникающую способность, увеличивает скорость и глубину пенетрации, продлевает анальгезирующее и противовоспалительное действие, увеличивает подавляющее действие циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2).

Было установлено, что клиническая эффективность однократного и двукратного приема бромфенака 0,09% с целью профилактики развития макулярного отека после ФЭК сопоставимы.

Для лечения п/о воспаления у пациентов, перенесших экстракцию катаракты, следует закапывать по 1 капле офтальмологического раствора бромфенака в пораженный глаз 1 раз в день начиная с 1-го дня до операции, продолжать в день операции и в течение первых 14 дней п/о периода.

Завершая свой доклад, Елена Константиновна резюмировала, что ЛКС – эффективный инструмент профилактики и лечения периферических дистрофий сетчатки, и отметила важную роль фармакологического сопровождения в п/о периоде.

Целью данного симпозиума стало обсуждение современных подходов к периоперационному ведению пациента с катарактой и витреоретинальной патологией. Были предложены профилактические меры и схемы лечения, рассмотрены интересные клинические случаи.

В завершение стоит отметить, что компания «Сентисс Рус» способна полностью обеспечить профилактику и лечение заболеваний органа зрения благодаря максимально полному присутствию разнонаправленных ЛС в своем арсенале.

К.М.Н. Шамсетдинова Л.Т.

# БРОКСИНАК®

бромфенак 0,09%

## Одно надежное касание для лечения послеоперационного воспаления<sup>1</sup>

**24** Действие в заднем отрезке глаза в течение 24 часов<sup>2</sup>

Уменьшает развитие макулярного отека, в том числе и у пациентов с диабетической ретинопатией<sup>3,4,5</sup>

Не снижает чувствительность роговицы<sup>6</sup>

1. Инструкция по медицинскому применению препарата Броксинак®.  
 2. Baklayan GA, Patterson HM, Song CK, et al. 24-hour evaluation of the ocular distribution of (14C)-labeled bromfenac following topical instillation into the eyes of New Zealand White rabbits. J Ocul Pharmacol Ther. 2008;24:392-4.  
 3. Sheppard John. Topical bromfenac for prevention and treatment of cystoid macular edema following cataract surgery: a review. Clinical Ophthalmol. 2016;10:2099-2111.  
 4. Walter Keith A et al. Management of Ocular Inflammation following Routine Cataract Surgery—Topical Corticosteroid (Prednisolone) versus Topical Non-steroidal (Bromfenac). US Ophthalmic review. 2011;4(2):97-100.  
 5. Pina-Antonia et al. Bromfenac eye drops in the treatment of diabetic macular edema: a pilot study. Eur J Ophthalmol. 2016.  
 6. Yama K, et al. Corneal sensitivity after topical bromfenac sodium eye-drop instillation. Clin Ophthalmol. 2013;7:741-744.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

115432 МОСКВА, ПРОЕКТИРУЕМЫЙ 4062-Й ПРОЕЗД, Д.6, СТР.16, 3ТАЖ 4, КОМ. 12  
 WWW.SENTISS.RU ТЕЛ.: +7 (495) 229-7663 E-MAIL: SENTISS@SENTISS.RU



# МАСТЕР-КЛАСС КОМПАНИИ ООО «СЕНТИСС РУС» «ОТ МЕТОДА К ДИАГНОЗУ»

Модераторы: Страхов В.В., Прокурина О.В.

22 апреля 2023 года в рамках IV Межрегиональной конференции «Аккомодация. Проблемы и решения» в г. Ярославле при поддержке компании ООО «Сентисс Рус» состоялся мастер-класс, посвященный наиболее частым проблемам аккомодации и вергенции у детей.

В ходе мастер-класса специалисты обсудили доступные методы исследования аккомодации и вергенции в условиях амбулаторного приема, а также аккомодографию как объективный метод исследования аккомодации.

Перед началом симпозиума с приветственным словом выступил Владимир Витальевич Страхов – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой глазных болезней Ярославского государственного медицинского университета, генеральный директор клиники «ОфтаКИТ». Владимир Витальевич выразил слова признательности компании ООО «Сентисс Рус», благодаря которой у коллег есть возможность всем вместе разобрать практические аспекты ведения приема пациентов и обратить внимание на интересные детали.

## ДОСТУПНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АККОМОДАЦИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

**Хватова Наталья Владимировна**, врач высшей категории, кандидат медицинских наук, сотрудник медицинского центра «Оптикор» г. Иваново, рассказала о доступных методах исследования аккомодации в условиях амбулаторного приема пациентов.

В начале своего доклада Наталья Владимировна подчеркнула, что проблема исследования аккомодации является чрезвычайно актуальной и активно обсуждается врачами как на конференции, так и в кулуарах.

Экспертным советом по аккомодации принято выделять спазм аккомодации, привычно-избыточное напряжение аккомодации (ПИНА), парез/паралич аккомодации, слабость аккомодации, аккомодационную астенопию, а также нарушения аккомодации после рефракционных операций и пресбиопию, которую можно отнести к аккомодационным нарушениям лишь условно.

Слабость аккомодации – состояние, при котором существует трудность при стимулировании аккомодации. Аккомодационная же неустойчивость характеризуется отсутствием снижения амплитуды, несмотря на возникшие сложности при стимулировании. Понятие эксцесса аккомодации – ситуация, при которой аккомодационный ответ превышает аккомодационный стимул.

Говоря о методах исследования аккомодации, основными являются: исследование объема абсолютной аккомодации (AA), определение объема относительной аккомодации (PRA – positive relative accommodation, NRA – negative relative accommodation), оценка аккомодационной гибкости и определение аккомодационного ответа.

Начинается исследование всегда с амплитуды аккомодации, так как это тест монокулярный. Амплитуда аккомодации – разница в рефракции одного глаза при установке его на ближайшую и дальнейшую точки ясного видения, выраженная в диоптриях. Исследование проводится при полной коррекции, так называемый push up тест. Однако он неудобен для применения у детей, в связи с этим в практике детского врача часто используется аккомодометр Шаповалова.

Метод отличается точностью и дает наиболее стабильные результаты в случае повторных измерений в равных условиях. Для проведения исследований требуется аккомодометр (проксиметр) – простой прибор, состоящий из линейки, подвижной каретки и осветителя с оптоотипом (вращающимся кольцом Ландольта). Прибор может быть изготовлен самостоятельно. С помощью него определяют положение ближайшей и дальнейшей точек ясного зрения, повторяют измерения в каждой точке три раза.

Следующий и очень важный тест – оценка объема относительной аккомодации (ООА). Это разница, выраженная в диоптриях, в рефракции в условиях максимального напряжения и расслабления аккомодации при бинокулярной фиксации неподвижного объекта, находящегося на конечном расстоянии от глаза. Объем относительной аккомодации измеряют бинокулярно при расположении текста на расстоянии 33 см при наличии полной коррекции для дали и бинокулярного зрения.

Измерение проводят с помощью пробной оправы (фороптера) и таблицы Д.А. Сивцева. Сумма абсолютных значений положительной и отрицательной части составит ООА. Особое значение придается положительной части относительной аккомодации – силе максимальных отрицательных линз. Ее называют запасом относительной аккомодации (ЗОА) (positive relative accommodation). Это резервная (неизрасходованная) часть аккомодации, которая может быть потенциально использована. Снижение ЗОА свидетельствует о высоком риске возникновения и прогрессирования миопии.

Отрицательная (израсходованная – negative relative accommodation) часть относительной аккомодации, определяемая с помощью положительных линз возрастающей силы, также имеет диагностическое значение. Отрицательная часть относительной аккомодации должна быть равна 3,0 дптр. Более низкие значения свидетельствуют о гипокоррекции (то есть неадекватной коррекции) имеющейся миопии или спазме аккомодации, более высокие значения – о гиперкоррекции миопии. В обоих случаях требуется уточнение объективной циклоплегической рефракции.

Гибкость аккомодации, оценка динамики аккомодационного ответа проводятся монокулярно (МАГ) и бинокулярно (БАГ) с полной коррекцией для дали. Тестирование с флиппером, состоящим из положительных и отрицательных стекол, проводится в течение 60 секунд. При смене стекол ребенку требуется время, чтобы снова сфокусироваться и продолжить читать текст. Количество циклов смены стекол и характеризует гибкость аккомодации. Проводя этот тест бинокулярно, следует учитывать проблемы вергенции.

МЕМ-ретиноскопия – монокулярный оценочный метод исследования статической и динамической рефракции. Пациент фиксирует взгляд на объекте, расположенном вблизи в руке доктора, одновременно держащей ретиноскоп. Врач меняет стекла до нейтрализации движения ретиноскопа. Объект на расстоянии 40 см создает стимул в 2,5 дптр. Нормальный аккомодационный ответ предполагает задержку нейтрализации в +0,25 – +0,75 дптр. Если нейтрализация произошла при большем плюсе, можно говорить о недостаточности аккомодации; если нейтрализация произошла при нуле или минусе, можно говорить о перенапряжении аккомодации.

Несмотря на то что МЕМ-ретиноскопия считается тестом для проверки аккомодационной функции, бинокулярное зрение при этом также оценивается. Например, если полученное плюсовое значение ниже ожида-

емого, то это может отражать как избыточное использование аккомодации, так и высокую степень экзофории со сниженной положительной фузионной вергенцией. По тем же причинам в результате проведения МЕМ-ретиноскопии может быть получено значение выше ожидаемого. Это может свидетельствовать как о недостаточном использовании аккомодации вследствие общей аккомодационной недостаточности, так и о высокой степени экзофории со сниженной отрицательной фузионной вергенцией.

В заключение своего доклада Наталья Владимировна еще раз подчеркнула важность исследований аккомодации, ведь только при верно проведенной диагностике можно грамотно подойти к лечению, методы которого довольно обширны и представлены на слайде (рис. 1).



Рис. 1. Методы коррекции и лечения нарушений аккомодации

## ДОСТУПНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРГЕНЦИИ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА

**Слышалова Наталья Николаевна** – врач высшей категории, кандидат медицинских наук, сотрудник медицинского центра «Оптикор» г. Иваново, в своем докладе остановилась на доступных методах исследования вергенции в условиях амбулаторного приема.

Начиная свой доклад, Наталья Николаевна остановилась на расшифровке слова «вергенция». Вергенция (от лат. vergere «клониться, склоняться») – одновременное движение обоих глаз в противоположных направлениях, чтобы получить или сохранить целостное бинокулярное зрение. Вергенция является необходимым условием для существования аккомодации и для поддержания изображения на корреспондирующих точках сетчатки и как следствие – бинокулярного зрения. Соответственно нарушения вергенции приводят не только к нарушениям аккомодации, но и к нарушениям бинокулярности.

Аккомодация – лишь часть реакции бинокулярной системы на изменение фокусного расстояния. Стимулом к рефлексу аккомодации являются круги светорассеяния на сетчатке от близко расположенных объектов и их диспаратность на сетчатках обоих глаз. Корковый центр в лобной доле через ядро Эдингера дает сигнал к аккомодации, а через моторное ядро глазодвигательного нерва обеспечивает конвергенцию и торсию. Каждому расстоянию бификсации соответствует определенная степень конвергенции и вергентный тонус аккомодации.

Чрезвычайно важным является направление осей на объект фиксации, и здесь очень важно упомянуть термин «фории»: положение зрительных осей относительно друг друга при полном отсутствии бинокулярного зрения. Оптические оси не будут отклоняться, пока сохраняется фузия. Если ликвидировать одно ретинальное изображение, то оптическая ось этого глаза отклонится и займет положение согласно фории.

В клинической практике зачастую встречается несогласованность аккомодации и вергенции. Например, в случае направления конвергенцией зрительных осей на объект аккомодация может быть перегружена, при этом конвергенция дополнительно усиливается, и мы получаем экзофорию и клинику эксцесса аккомодации (вариант ПИНА). Слабая конвергенция в свою очередь, напротив, вводит в стресс аккомодацию. Фиксационная диспаратность приводит к напряжению аккомодации в попытке подключить аккомодационную конвергенцию. Мы получаем повышенное напряжение аккомодации на фоне экзофории, что уже является не ПИНА, а слабостью вергенции.

Два основных механизма связывают аккомодацию и конвергенцию: работа аккомодационной конвергенции (осуществляется за счет сокращения внутренних прямых мышц) и фузионная конвергенция (стимулом является фиксационная диспаратность, возникающая каждый раз при приближении предмета к глазам). Для определения силы и правильности этой связи принято исследовать отношение аккомодационной конвергенции (АС) к аккомодации (А) (в норме 4 к 1). Именно это отношение определяет величину фории вблизи, напротив, фория вдаль зависит от тонуса глазодвигательных мышц (рис. 2).



Рис. 2. Особенности отношения аккомодационной конвергенции (АС) к аккомодации (А) и их значимость в клинической практике

В связи с этим особое внимание стоит уделить анализу взаимосвязи аккомодации и конвергенции и провести следующие исследования: исследование ближайшей точки конвергенции, определение фории (потраченная вергенция), оценку соотношения АС/А, определение резервов фузионной вергенции (запас, амплитуда).

Среди существующих нарушений вергенции Наталья Николаевна выделила основные и остановилась на их особенностях. Избыточная конвергенция – состояние, при котором ответ конвергенции превышает вергенционный стимул. Чрезмерная работа на близком расстоянии приводит к излишнему сокращению внутренних прямых мышц. Слабость конвергенции – состояние, при котором существует трудность при стимулировании конвергенции. Для того, чтобы проанализировать, что же является первичным – нарушения аккомодации или вергенции, стоит обратить внимание на выполнение аккомодационных тестов монокулярно: если все они выполнены без затруднений, значит, имеет место нарушение вергенции.

Существует алгоритм, позволяющий верно установить диагноз (по Эдлеру и Абрамсу). В первую очередь необходимо определиться с видом фории на близком расстоянии и вдаль. Вторым этапом определяем соотношение АС/А – низкое, высокое или нормальное. В зависимости от



полученных результатов можно сделать выводы относительно существующей патологии (рис. 3).

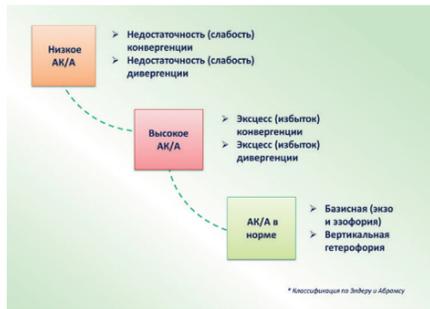


Рис. 3. Роль отношения аккомодационной конвергенции (AC) к аккомодации (A) в постановке диагноза

В случае бинокулярных нарушений могут присутствовать также вертикальные аномалии (правая или левая гиперфория), аккомодационные нарушения, о которых мы говорили ранее, и глазодвигательные нарушения (нарушения фиксации, саккад, прослеживающих движений).

Завершая свое сообщение, Наталья Николаевна еще раз обратила внимание на то, что понимание патогенеза, проведение верных исследований и постановка диагноза являются ключевыми для назначения дальнейшей коррекции и терапии в случае ее необходимости (рис. 4).

Диагноз	Рекомендации к основному лечению	Рекомендации к дополнительному лечению
<b>Низкое AC/A</b>		
Слабость конвергенции	Зрительная терапия	Призма
Слабость дивергенции	Призма	Зрительная терапия
<b>Высокое AC/A</b>		
Избыток конвергенции	Аддидация «+»	Зрительная терапия
Избыток дивергенции	Зрительная терапия	Аддидация «-»
<b>Нормальное AC/A</b>		
Базис эзофория	Зрительная терапия, «+» аддидация	Призма
Базис экзофория	Зрительная терапия	Аддидация «-»
Вергенционная дисфункция	Зрительная терапия	

Рис. 4. Дифференциальный подход к терапии форий

### «АККОМОДОГРАФИЯ - ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ АККОМОДАЦИИ. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ»

Махова Марина Валерьевна, заведующая детским отделением клиники «Офтальмит» (Ярославль), рассказала о комплексном подходе к терапии прогрессирующей миопии, а также об аккомодографии как объективном методе исследования аккомодации.

Возможность объективной оценки функции цилиарной мышцы появилась благодаря аппарату аккомодографа, который позволяет не только регистрировать величину аккомодационного ответа, но и отражает качественные характеристики состояния цилиарной мышцы.

Исследования последних лет показывают, что тонус цилиарных мышц постоянно находится в колебании. Эти колебания были названы аккомодационными микрофлюктуациями (АМФ). АМФ состоят из высоко- и низкочастотных компонентов. Клиническое значение имеет высокочастотный компонент, который отображает флюктуации формы хрусталика. Визуальная оценка аккомодограмм позволяет формировать мнение о работоспособности, функциональных возможностях цилиарной мышцы. Для более углубленного изучения состояния аккомодации используются количественные показатели, предложенные профессором Жаровым С.С. с соавторами в 2007 г., – коэффициент аккомодационного ответа (КАО) и коэффициент микрофлюктуаций (КМФ).

КАО показывает соотношение аккомодационного ответа и аккомодационного

стимула на каждой конкретной «ступени» исследования. По данному коэффициенту возможно оценить величину аккомодационного ответа (амплитуду аккомодации). КМФ характеризует состояние аккомодации: чем выше коэффициент, тем больше напряжение цилиарной мышцы.

В результате анализа выполненных аккомодограмм было выделено шесть основных состояний аккомодации (рис. 5).

Состояние аккомодационной мышцы	КАО	КМФ
Нормальное состояние аккомодации с нормальным аккомодационным ответом	0,85-0,95	≤ 61,0
Нормальное состояние аккомодации с высоким аккомодационным ответом	> 0,95	≤ 61,0
Недостаточность аккомодации	< 0,85	≤ 61,0
Перенапряжение аккомодации с нормальным аккомодационным ответом	0,85-0,95	> 61,1
Перенапряжение аккомодации с низким аккомодационным ответом	< 0,85	> 61,1
Перенапряжение аккомодации с высоким аккомодационным ответом	> 0,95	> 61,1

Рис. 5. Аккомодографические критерии различных состояний аккомодации

В ходе работы, выполненной Мариной Валерьевной и ее коллегами, были обследованы 62 пациента (124 глаза) от 10 до 18 лет с миопической рефракцией. Пациенты были разделены на 6 групп в зависимости от вида нарушения аккомодации. Всем пациентам было проведено обследование объективными методами – с помощью аккомодографа (аккомодограф Speedy-I) с определением коэффициента аккомодационного ответа (КАО) и коэффициента микрофлюктуаций (КМФ) и МЕМ-ретиноскопии с определением аккомодационного ответа, а также субъективными методами – с помощью проксиметрии с определением амплитуды аккомодации и флиппера ±2 дптр с определением аккомодационной гибкости. Выбор субъективных методов основывался на монокулярном исследовании, чтобы исключить влияние вергентного тонуса аккомодации. Целью исследования стало изучение взаимосвязи объективных (аккомодографических) и субъективных критериев различных видов нарушений аккомодации.

В результате исследования было доказано, что для оценки амплитуды аккомодации можно опираться как на КАО, так и данные проксиметрии. Взаимозаменяемость объективных и субъективных методов исследования аккомодации означает, что силу аккомодационного ответа можно определить с помощью КАО или МЕМ-ретиноскопии. А устойчивость аккомодационной мышцы можно оценить как с помощью КМФ, так и путем определения аккомодационной гибкости.

Предлагаемая трактовка нарушений аккомодации дает возможность практикующим врачам определиться с оптической коррекцией и выбрать адекватный метод лечения нарушений аккомодации.

Марина Валерьевна отметила, что, как показывает личный опыт, для снятия перенапряжения аккомодации целесообразно использовать медикаментозное лечение – инстилляцию препарата Ирифрин® БК, либо применить комплексный подход: сочетание медикаментозного лечения и аккомодационно-релаксационных тренировок. При недостаточности аккомодации рекомендуется использовать оптико-рефлекторные тренировки аккомодации и домашние упражнения, такие как «метка на стекле».

Для оценки воздействия препарата Ирифрин® БК 2,5% на состояние аккомодации были обследованы 142 школьника (284 глаза) в возрасте от 8 до 19 лет с миопической рефракцией от -0,25 до -9,0 дптр с неизменной и измененной ОК-линзами формой роговицы. Все эти дети были разделены на три группы. В 1-й группе школьникам с обычной контактной коррекцией (52 ребенка, 104 глаза) закапывали Ирифрин® БК 2,5% ежедневно на ночь 30 дней, 2-й группе – 33 ребенка (66 глаз) с обычной контактной коррекцией – закапывали Ирифрин® БК 2,5% также ежедневно на ночь, но

уже 60 дней, 3-й группе – 57 детей (114 глаз) с ОК-коррекцией – закапывали препарат ежедневно на ночь 30 дней. Контрольная группа составила 28 глаз. В результате исследования было установлено, что курс лечения препаратом Ирифрин® БК 2,5% длительностью 30 дней эффективен при любых видах коррекции.

Аналогичное исследование было проведено среди пациентов 11-18 лет с применением препарата Мидримакс®. В основную группу были включены 88 пациентов (176 глаз) с прогрессирующей миопией, использующих ОК-линзы. В группу контроля вошли 108 пациентов (216 глаз) с оптической коррекцией монофокальными очками и мягкими контактными линзами. В течение года у пациентов этих двух групп исследовали аккомодативную функцию с помощью аккомодографа Speedy-I с расчетом коэффициента аккомодационного ответа и коэффициента аккомодативных микрофлюктуаций (КМФ). Аккомодографическое исследование в основной группе проводилось до ношения ОК-линз, через 1 и 6 мес, а также через 1 год их ношения. В группе контроля аккомодацию исследовали в сроки 6 и 12 мес. Для оценки воздействия препарата Мидримакс® на перенапряжение аккомодации обследовали 70 детей (140 глаз) с ОК-коррекцией и разной степенью перенапряжения аккомодации. Применение препарата Мидримакс® курсом 30 дней у пациентов с ОК-коррекцией было эффективно при любой степени перенапряжения аккомодации.

Завершая свой доклад, Марина Валерьевна отметила, что, говоря о препаратах, содержащих фенилэфрин 2,5%, стоит обратить внимание на наличие в их составе гипромеллозы (рис. 6).



Рис. 6. Условная классификация мидриатических препаратов, содержащих фенилэфрин 2,5%

Исследования показали, что наличие в составе гипромеллозы способствует улучшению фармакодинамики и фармакокинетики действующего вещества за счет его ускоренного проникновения во влагу передней камеры, повышения локальной биодоступности и пролонгирования времени экспозиции, что и обуславливает более выраженную клиническую эффективность препаратов Ирифрин® БК и Мидримакс®.

Проблема сохранения зрения у детей находится в фокусе внимания «Сентисс». Так, компанией был запущен проект «Мама рядом». На специальном сайте родители могут найти ссылки на полезные материалы о проблемах детского зрения, включая нарушения аккомодации, воспользоваться помощью чат-бота, который своевременно напомнит о закапывании капель или гимнастике для глаз, а также получить скидки на некоторые препараты «Сентисс».

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

с 1990 года  
УСПЕШНОЕ ПАРТНЁРСТВО  
И ЗАБОТА О ПАЦИЕНТАХ В РОССИИ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЯМИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ. МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ.

\* Инструкции по медицинскому применению на препараты компании ООО «Сентисс ус». Государственный реестр лекарственных средств. Информация на 23.05.2022 г. <https://grfs.rosminzdrav.ru/default.aspx>

115432 Москва, Проектируемый 4062-й проезд, д. 6, стр. 16, этаж 4, ком. 12  
+7 (495) 229-7663 / [www.sentiss.ru](http://www.sentiss.ru) / [sentiss@sentiss.ru](mailto:sentiss@sentiss.ru)



# ДЕНЬ СОБАКИ-ПОВОДЫРЯ

26 апреля во всем мире отмечают День собаки-поводыря. Кинологи, воспитывавшие таких собак, говорят, что она не станет глазами своего хозяина, но сделает его жизнь другой, принесет в нее больше свободы и тепла.

О том, как и где воспитываются собаки-поводыри, рассказала заместитель директора по фандрайзингу учебно-кинологического центра «Собаки-помощники» **ЭЛИНА РАВИЛОВНА ПОЧУЕВА**.

– Элина, благодарю Вас за то, что согласились побеседовать и рассказать о работе вашего центра. Как возник центр «Собаки-помощники инвалидов», чем он занимается и кто его организатор?

– Учебно-кинологический центр «Собаки-помощники инвалидов» был зарегистрирован в 2003 г. Его бессменный основатель – потрясающая женщина Елена Николаевна Орочко – занимается обучением собак-помощников всю свою жизнь. Она начала свою карьеру тренера-дрессировщика в 1980-х в школе собак-проводников при ВОС, где проработала более 20 лет.

Она говорит, что однажды выбранный путь стал ее судьбой. Поэтому сокращение в кризис 1998 г. было трагедией для нее и многих ее коллег. Конечно, кинологи могли бы выбрать жизнь частных дрессировщиков, но решили пойти более сложным путем и продолжили прежнюю деятельность как волонтеры. Однако Елена, понимая, что дальнейший волонтерский путь не имеет перспектив, пошла на весьма авантюрный шаг и открыла учебно-кинологический центр «Собаки-помощники». В этом году ему исполняется 20 лет. Основная задача центра – социальная реабилитация людей с инвалидностью с помощью специально обученных собак, в частности собак-поводырей для незрячих людей. Таких центров в России всего два. Это очень мало.

– Элина, сколько стоит подготовить собаку-поводыря и на какие средства существует ваш центр? Сколько собак обучили за 20 лет?

– Хочу отметить, что мы автономная некоммерческая, то есть благотворительная организация, существующая благодаря пожертвованиям от частных и физических лиц, корпоративным пожертвованиям от коммерческих компаний, и только 20% мы получаем от государства.

Несмотря на то что подготовка одной собаки составляет около 1 млн 200 тыс. рублей, мы отдаем собак людям с инвалидностью по зрению бесплатно. Наши корпоративные партнеры могут спонсировать подготовку как отдельной собаки (и даже дать ей кличку), так и нескольких собак или делать корпоративные пожертвования на развитие поддерживающих программ центра.

Помимо подготовки собак-поводырей мы также занимаемся просветительской деятельностью, направленной на повышение уровня информированности людей о правах и жизни людей с инвалидностью по зрению, принимаем активное участие в разработке доступной среды для них. Проводим тренинги по общению с незрячими людьми с собакой-поводырем.

За двадцать лет мы обучили более 290 собак. В год обучаем от 20 до 25 собак-поводырей. Еще у нас есть проект «Солнечный пес», в рамках которого мы готовим собак-терапевтов для реабилитационных занятий с детьми с особенностями развития.

– С какими породами работают ваши кинологи?

– Во всем мире лабрадоры считаются универсальными собаками для работы с человеком, они любят все человечество на земле, не агрессивны, что необходимо для собаки-поводыря, к тому же за ними легко ухаживать.

Иногда мы берем золотистых ретриверов, но все же отдаем



предпочтение лабрадорам.

Лабрадоры могут быть разной комплекции и роста. Это важно, ведь собаке и человеку должно быть и физически удобно друг с другом.

Лабрадоры любят покушать и за лакомый кусочек готовы работать всегда, что делает их обучение легким.

– Из любого лабрадора можно сделать помощника или происходит отбор собак?

– Далеко не каждый щенок может стать поводырем. Наши специалисты тщательно отбирают и лично тестируют будущих поводырей. Для того чтобы это было удобнее делать и не надо было ездить далеко, мы сотрудничаем с заводчиками Москвы и Московской области.

Прежде всего кинологи смотрят, чтобы щенок был дружелюбным, не боялся необычных вещей, громких звуков, например, выстрела стартового пистолета, и был ориентирован на человека. Важно, чтобы он интересовался человеком больше, чем своими сородичами или игрушками.

В среднем нам подходит один из десяти просмотренных щенков. И мы его покупаем.

– Вы приобретаете щенка – и что происходит дальше?

– У собаки начинается важный этап социализации. До года щенки воспитываются в домашних, городских условиях у наших помощников-волонтеров, которые прививают щенку хорошие манеры, учат правильно вести себя на улице. Раз в 10 дней к щенку приезжает тренер-куратор и занимается с ним, ходит в общественные места, ездит на транспорте. Наша задача – воспитать собаку и подготовить ее к основному этапу обучения.

Когда собаке исполнится год, она покидает волонтерскую семью и переезжает в наш центр в Московскую область, прикрепляется к тренеру-дрессировщику, с которым она проведет 6–8 месяцев. У каждого тренера параллельно воспитываются 2, максимум – 3 собаки.

Песики проходят общий и специальный курсы дрессировки.

Общий курс включает в себя базовые команды послушания: сидеть, стоять, лежать, место, фу, апорт (по этой команде собака приносит незрячему человеку любой упавший предмет прямо в руки).

Специальный курс – это суть работы собаки-поводыря. От нее требуется уверенно провести человека по определенному маршруту из одного пункта в другой, предупредив его обо всех возможных преградах на пути: висающих ветках деревьев, шлагбауме, неровности на дороге, бордюрном камне, ступеньках. Собака должна обвести хозяина так, чтобы он не наступил в лужу, не споткнулся о камень, не затерялся в толпе людей и не получил травму, ударившись о столб.

– Потрясающе! Собаки обучаются каким-то особым методом?

– Собаки-помощники обучаются контрастным методом дрессировки, получают лакомство и похвалу за правильное поведение и воздействие за нежелательное поведение или ошибку – строгий голос или рывок поводком. Таким образом собака обучается тому, что от нее требуется. От работы собаки зависит жизнь ее спутника. Кроме того, за это время собаки учатся вы-

держке, терпению, вниманию, не реагировать на кошек и прочим нюансам, важным в их дальнейшей работе. Безусловно, у собаки есть и свободное время, когда с нее снимается шлейка, и она превращается в обычного пса.

После курса обучения собака обязательно сдает экзамены, подтверждая свою квалификацию. Далее наш старший методист по реабилитации – Наталья Николаевна Громова – смотрит лист ожидания. На сегодня в нем более 100 человек с инвалидностью по зрению первой или второй группы. Ждать собаку приходится один-два года. Наталья выбирает 5–10 кандидатов из списка ожидания, изучает их анкеты и анализирует, кому подойдет наш «выпускник». Здесь учитываются многие





параметры: рост, вес человека и комплекция собаки, уровень активности собаки и человека, есть ли у человека специальные пожелания, которые мы стараемся выполнить. Например, если у будущего хозяина есть остаточное зрение и он видит светлые объекты, мы можем подобрать светлую собаку. Или человек говорит, что у него большая семья и есть другие животные, тогда мы будем подбирать собаку с более гибкой психикой и адаптивными способностями.

Когда пара выбрана, мы приглашаем человека в наш центр, и он две недели проходит обучение по работе с собакой, слушает лекции об уходе за ней. Собака и новый хозяин привыкают друг к другу.

Далее в рамках Всероссийской программы кураторства мы следим за общением в паре, помогаем обучить собаку проходить новые маршруты и решать вопросы коммуникации собаки и хозяина. Собака-поводырь способна запомнить около 30 маршрутов.

– Элина, Вы сказали, что занимаетесь еще и просветительской работой. Какие основные моменты важно знать при общении с человеком с белой тростью и с собакой-поводырем? И насколько у нас в стране общественные места приспособлены для людей с собаками-поводырями?

– Ни в коем случае нельзя отвлекать собаку, кормить ее, гладить без разрешения ее спутника. Любое отвлечение собаки может привести к риску для жизни ее хозяина. Важно помнить, что собака-поводырь не просто собака, а средство реабилитации человека с инвалидностью по зрению. Незрячий человек по законодательству может находиться с собакой-поводырем везде, поэтому очень обидно, когда его куда-нибудь не пускают. А такое, увы, часто бывает, особенно в транспорте. На каждую собаку после окончания специального курса выдается специальный документ – паспорт на собаку-поводыря. Она облачена в специальное обмундирование, шлейку, на которой написано «Собака-поводырь». Мы стараемся распространять эти сведения, но, к сожалению, наше общество не всегда их воспринимает. У нас есть проекты, в рамках которых мы обучаем персонал компаний и фирм общению с незрячими людьми с собаками-поводырями. В таких программах уже приняли участие сотрудники музеев «Гараж», «Пушкинский» и «Новая Третьяковка», театр «Современник» и «Театр кукол им. С.В. Образцова», Сбербанк, сеть кофеен «Кофикс». Надеюсь, что таких компаний будет больше.

– Элина, расскажите, пожалуйста, об истории возникновения школы собак-поводырей у нас в стране.

– Первые профессиональные собаки-поводыри в нашей стране появились после Великой Отечественной войны. Тогда в них возникла острая необходимость, много было людей, потерявших зрение на фронте. Для их социально-трудовой реабилитации были открыты производственные предприятия с обучением, но им не хватало свободы передвижения. Для этого требовались собаки-проводники, обучением которых занялась Центральная школа служебного собаководства при Всероссийском обществе слепых. Для обучения собак были привлечены специальные кинологи-фронтвики, которые



работали с собаками-минерами и санитарями. Конечно, это другие виды работы, но все же они требовали определенных навыков дрессировки, многое в обучении собак-поводырей

приходилось «изобретать» дрессировщикам самим. В то время для воспитания собак использовались немецкие наработки в кинологии, позже стали использовать материалы других стран, шведской школы.

Школа кинологов тогда располагалась в Вешняках, а потом переехала в Купавну. Именно в этой школе и начинала свою карьеру Елена Николаевна Орочко. Сейчас школа называется «Российская школа подготовки собак-проводников ВОС», которая вместе с нашим центром готовит собак-поводырей для всей России.

– Элина, Ваша должность называется «фандрайзер»,

чем Вы занимаетесь в центре, как и почему пришли сюда работать, что Вам больше всего нравится в Вашей работе?

– Фандрайзинг – это привлечение ресурсов и потенциальных благотворителей, спонсоров в благотворительные фонды. В центре я уже работаю 7 лет, а до этого занималась маркетингом, инвестициями, бизнес-процессами в аэропорте Домодедово, у меня экономическое образование. Проработав в Домодедово 5 лет, я абсолютно потеряла интерес к тому, чем я занимаюсь, мне захотелось приносить больше пользы людям. И я нашла себе работу в Центре подготовки собак-помощников. Я очень люблю собак, как и каждый наш сотрудник. Люди приходят сюда работать с собаками, а остаются из-за людей, для которых мы работаем. У меня появилось здесь много друзей и приятелей среди людей, взявших себе собак. На моих глазах меняются их жизни. Я чувствую себя здесь нужной и уже не мыслю себя без этой работы.

мыслю себя без этой работы.

– Элина, я представила себе, что воспитываю почти год щенка, а потом его отдаю. Как волонтеры расстаются с собаками?

– Конечно, они привязываются к собакам, но, беря на себя ответственность по содержанию и воспитанию собаки, выполняют определенную миссию. У меня по соседству живет одна из наших волонтерских семей, в которой сейчас подрастает уже четвертый пес-помощник, фотографии предыдущих воспитанников висят у них в квартире, и они гордятся тем, что вырастили настоящих помощников для людей. Согретые теплом их семьи лабрадоры разъехались по разным уголкам нашей страны. Верта уехала в Екатеринбург, Хан отправился в Челябинск, а Лаки – в Калининград. Сейчас у них подрастает Умка. Со всеми хозяевами собак волонтеры общаются.

– Наверное, про каждую собаку можно рассказать отдельную историю. Ваши выпускники – большие умнички, за их воспитанием стоит огромная и важная работа. Я желаю вашему центру процветания, а сотрудникам не терять интерес к работе и с увлечением продолжать вашу благородную миссию.

– Спасибо и Вам за интерес к нашему центру.

Конечно, мы будем рады, если читатели захотят поддержать собак-поводырей или стать волонтерами. Всю информацию о нашей деятельности можно найти у нас на сайте: <https://www.guidedogs.ru/>

## ГАЗЕТА «МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ», № 2 (64), ИЮНЬ 2023

Профессиональная газета для офтальмологов и оптометристов

В газете публикуются материалы электронного издания «Российская офтальмология онлайн» [www.eyepress.ru](http://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](mailto:publish_mntk@mail.ru)  
 По вопросам размещения рекламы обращаться по телефону: (499) 906-17-68  
 Тираж – 3000 экз. Заказ № 23-1383  
 Подписано в печать 14.06.2023.  
 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., д.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  
 Шилловских 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

# Vivinex™ Toric iSert™

ИДЕАЛЬНОЕ ЗРЕНИЕ И  
ВЕЛИКОЛЕПНАЯ РОТАЦИОННАЯ  
СТАБИЛЬНОСТЬ



- Гидрофобный, свободный от глистенинга, акриловый материал ИОЛ
- Запатентованная асферическая конструкция оптики улучшает качество изображения
- Обработка активным кислородом, гладкая поверхность и прямоугольный оптический край снижают вероятность помутнения задней капсулы (ПЗК)
- Средняя ротация  $1.1^\circ$  [диапазон:  $0.0^\circ - 5.0^\circ$ ]  
100% линз (n=103) показали **не более  $5^\circ$  ротации** от целевой оси в конце операции и во время всех последующих посещений: **через 1 час, 1 неделю, 1 месяц и 6 месяцев**
- Привычный и надежный инжектор iSert® обеспечивает контролируемую имплантацию

**HOYA**  
SURGICAL OPTICS

**Surgix**

ophthalmic surgical products

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

