

ПРЯМЫЕ СОГЛАШЕНИЯ – НОВЫЙ УРОВЕНЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С РЕГИОНАМИ

Реализация проекта НМИЦ основана на прямом взаимодействии с регионами. Наполнение этой работы, уровень и масштабность решаемых вопросов – базовые условия (критерии) эффективности деятельности НМИЦ как головного учреждения по своему профилю оказания медицинской помощи.

Генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России **Д.Г. Арсютов** указал в качестве главного критерия оценки эффективности взаимодействия с регионами – достижение практических результатов.

Сегодня наша работа с регионами характеризуется усилением практического аспекта взаимодействия, когда у региона формируется высокая встречная заинтересованность в расширении и интенсификации взаимодействия с курирующим Федеральным центром.

Руководители региональных офтальмологических служб понимают, что сотрудничество с НМИЦ – генератором и носителем инновационных разработок в области диагностики, лечения и образования – это долгосрочный стратегический путь развития региона. Научно-методическая деятельность НМИЦ охватывает практически все аспекты аналитики оказания офтальмологической помощи. Федеральные центры становятся проводниками перспективных организационных форм управления, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи населению, разработчиками которых выступают подведомственные Минздраву России учреждения (ЦЭКМП, ЦНИИОИЗ и др.). В данном аспекте НМИЦ оказывает организационно-методическую поддержку и проводит мониторинг внедрения этих новелл на местах.

С начала 2023 года ведется широкая работа по заключению соглашений с регионами, предметом которых является прямое взаимодействие НМИЦ с закрепленными медицинскими организациями МО 3-го уровня. Соглашения позволяют конкретизировать мероприятия в рамках осуществляемого организационно-методического руководства НМИЦ с выделением актуальных и насущных задач, стоящих перед регионами.



В частности, формируется прямой диалог с регионами по вопросам подготовки кадров. Важным моментом является направление региональных врачей в целевую ординатуру и аспирантуру. Разработанный учреждением картографический интерфейс кадровой обеспеченности в курируемых территориях позволяет выявлять и ранжировать кадровый дефицит с выявлением критических зон. Эффективным решением вопроса подготовки кадров и кадрового планирования является предоставление образовательного потенциала НМИЦ МНТК «МГ» для подготовки и повышения профессионального уровня медицинских и научных кадров на бюджетной или внебюджетной основе на образовательных циклах, а также стажировки на рабочих местах.

Генеральным директором НМИЦ МНТК «МГ» Д.Г. Арсютовым придается первостепенное значение вопросу усиления регионального кадрового потенциала с использованием мощной образовательной базы НМИЦ МНТК «МГ».

Маршрутизация пациентов из регионов со сложной патологией в федеральный центр – это не только возможность оказания пациентам высокотехнологичной помощи экспертного уровня. Сегодня стоит задача использования телемедицинских технологий для проведения специалистами НМИЦ МНТК «МГ» и МО 3-го уровня совместных разборов и анализа лечебной тактики каждого сложного, нестандартного клинического случая, что, безусловно, будет способствовать обогащению знаний и профессионального опыта.

Представляет большой практический интерес разработанная в учреждении система интегрального ранжирования состояния офтальмологической службы регионов. Сгруппированные по степени значимости показатели, характеризующие состояние офтальмологической службы, оцениваются не только на конкретную дату, но и соотносятся с динамикой их изменений в определенный период времени, что позволяет оценивать уровень и прогнозировать темпы развития офтальмологической помощи региона и принимать своевременные управленческие решения.

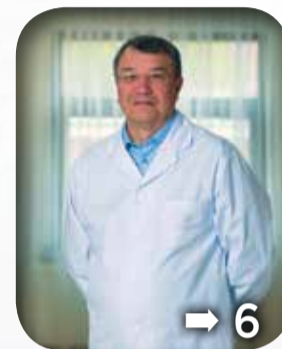
В ЭТОМ НОМЕРЕ:



→ 2



→ 4



→ 6



→ 12



→ 18



→ 20



→ 26



→ 40

1825 ОФТАЛЬМОЛОГОВ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В «ФЁДОРОВСКИХ ЧТЕНИЯХ-2023»

- #«ФЁДОРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-2023» В ЦИФРАХ:
- 1825 УЧАСТНИКОВ
- 14 СТРАН
- 84 СУБЪЕКТА РФ
- 83 НАУЧНЫХ СЕССИЙ
- 107 СПИКЕРОВ
- 114 ДОКЛАДОВ

5 и 6 июня состоялась традиционная Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Фёдоровские чтения». 107 молодых офтальмологов представили на суд профессионального сообщества результаты своих научных изысканий и практических наработок.

«Значимость данной конференции очень сложно переоценить. Мне очень приятно, что эти два дня будут максимально насыщены полезной информацией, начиная с вопросов, которые помогут нашим молодым специалистам успешно и своевременно защитить кандидатские диссертации, и заканчивая серьезными фундаментальными докладами, которых так не хватает сегодня в нашей научной среде», — отметил, открывая Фёдоровские чтения, **Дмитрий Геннадьевич Арсютов**, генеральный директор ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

ФЁДОРОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

5-6 июня 2023



ОРГАНИЗАТОРЫ



ONLINE-ФОРМАТ

России, к.м.н., заслуженный врач Российской Федерации.

Средний возраст участников «Фёдоровских чтений» ежегодно уменьшается. В конференции принимают участие не только аспиранты, ординаторы, молодые доктора, но и студенты. Их с каждым годом становится все больше, что свидетельствует об интересе к офтальмологии уже со студенческой скамьи.

Программа «Фёдоровских чтений-2023» охватила самые актуальные вопросы, решение которых определяет тренды современной офтальмологии. «Мы сегодня об-

Продолжение на стр. 10 →



ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ УЧИТЕЛЯ

8 АВГУСТА 2023 Г. ИСПОЛНИЛОСЬ 96 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ОФТАЛЬМОЛОГА, АКАДЕМИКА СВЯТОСЛАВА НИКОЛАЕВИЧА ФЁДОРОВА. ГЕНИАЛЬНЫЙ УЧЕНЫЙ, БЛЕСТЯЩИЙ ХИРУРГ, ТАЛАНТЛИВЫЙ ОРГАНИЗАТОР, ИЗВЕСТНЫЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ И ПОЛИТИЧЕСКИЙ ДЕЯТЕЛЬ, ИЗОБРЕТАТЕЛЬ И НОВАТОР – СВЯТОСЛАВ НИКОЛАЕВИЧ ПРОИЗВЕЛ РЕВОЛЮЦИЮ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ.



В 1994 г. Святослав Николаевич был признан мировым сообществом выдающимся офтальмологом XX века. В 2004 г. в память о нем и в знак уважения к его заслугам был учрежден профессиональный праздник – **Международный день офтальмологии**.

Каждый год 8 августа сотрудники ФГАУ НИИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава РФ проводят праздничные мероприятия, посвященные памяти Святослава Николаевича. Ключевым мероприятием традиционно стала торжественная конференция, которая прошла в Головной организации.

Генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» **Арсютлов Дмитрий Геннадьевич** на открытии конференции отметил: «Я горжусь тем, что стою за

этой трибуной. Не имея возможности лично общаться с академиком Федоровым, я считаю себя полноценным его учеником, потому что, придя в 2000 году в систему МНТК, я с первых дней работы был заряжен той энергетикой, тем духом, который присутствовал тогда в Чебоксарском филиале и во всем Комплексе. И мне очень отрадно, что на сегодняшний день я имею возможность участвовать в развитии дела нашего Учителя – Святослава Николаевича. Мы находимся на витке развития офтальмологии. Наша специальность является одной из самых инновационных, в ней с гордостью работают и развиваются десятки тысяч врачей в России и за рубежом, потому что она напрямую связана с именем академика Федорова как родоначальника современных, динамичных и прогрессивных технологий».

Дмитрий Геннадьевич также поздравил коллег с праздником: «Сегодня это

праздник нашей профессии, праздник нашей большой, дружной и профессиональной команды! Новых вам профессиональных побед, успехов во всех начинаниях и успешного прогрессивного развития! Мы постараемся сделать все возможное, чтобы идеи Святослава Николаевича Федорова продолжали жить!».

«Самым главным достижением Святослава Николаевича было то, что на основе созданной им научной базы возникла школа академика Федорова. Это уровень научных достижений, это профессиональное мастерство и это все мы, сидящие здесь в зале, соратники и последователи!» – отметила в своем приветственном слове соратник и единомышленник С.Н. Федорова, д.м.н., профессор Копалева Валентина Григорьевна.

Уникальность таланта и харизматичность Святослава Николаевича отметили его родные и близкие: дочь, к.м.н.

Федорова Ирина Святославовна, и племянник, д.м.н., профессор **Кожухов Арсений Александрович**. «Он зажигал людей, для каждого у него было свое искреннее, душевное слово», – рассказала Ирина Святославовна. «Он умел изменять реальность под те цели, под те задачи, которые ставил перед собой!» – дополнил Арсений Александрович.

О том, каким запомнился Святослав Федоров коллегам, рассказал заведующий отделом клиничко-функциональной диагностики, д.м.н., профессор **Александр Анатольевич Шпак**: «Я ездил в институт прежде всего для того, чтобы побывать на утренней конференции, где выступал Святослав Николаевич. Это был сгусток энергии, это были бурлящие идеи об офтальмологии, о создании МНТК, о переустройстве общества... Они так вдохновляли, что после этих конференций я выходил настолько воодушевленный, что готов был горы свернуть».

«В настоящее время молодые ученые, хирурги, специалисты МНТК всецело поддерживают федоровский дух, разрабатывают новые методы лечения для нашей страны и мира», – подчеркнул председатель Совета молодых ученых МНТК, доктор медицинских наук **Алексей Николаевич Паштаев**.

Во время конференции прозвучало много прекрасных добрых слов в адрес Учителя, единомышленника, друга и наставника от директоров филиалов МНТК «Микрохирургия глаза», которым посчастливилось работать вместе с академиком Федоровым. Воспоминания некоторых из них вошли в фильм «Святослав Федоров глазами своих соратников».

Праздничные мероприятия продолжились вне стен МНТК возложением цветов у памятников С.Н. Федорову, расположенных на территории Комплекса и парка в районе метро «Селигерская», названного в честь великого офтальмолога.

В этот день благотворительные акции «**Прекрасные глаза – каждому**» прошли во всех филиалах МНТК.



ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГАУ «НИИЦ «МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» ИМ. АКАД. С. Н. ФЕДОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ

Уважаемые коллеги,
приглашаем Вас на тематический цикл!

«ДЕТСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

36 часов (36 баллов НМО)
Дата проведения: 02.10-06.10.2023

Что Вас ждет в ходе цикла?

- ✓ Насыщенный лекционный материал от ведущих специалистов отдела микрохирургии и функциональной реабилитации глаза у детей
- ✓ Знакомство с работой детского отделения
- ✓ Практические занятия по плеоптоортоптическому лечению, определению клинической рефракции
- ✓ Осмотр пациентов, обсуждение тактики лечения и послеоперационного ведения

Куратор курса: д.м.н. Маркова Е.Ю.

ПОДАЧА ЗАЯВОК: profedu@mntk.ru
8 (499) 488-84-44

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ:



Темы, которые планируется рассмотреть:

- ✓ Анатомо-физиологические и клинические особенности органа зрения ребенка
- ✓ Косоглазие у детей
- ✓ Клиническая рефракция. Методы коррекции аметропий
- ✓ Ортокератология
- ✓ Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний у детей.
- ✓ Особенности техники хирургического лечения у детей

ГЛУБИНА ФОКУСА, ИСХОДЫ В ОТНОШЕНИИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ И НЕЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОЧКОВ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ НОВЫХ ДИФРАКЦИОННЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПРЕСБИОПИИ (DEPTH OF FOCUS, VISUAL OUTCOMES, AND SPECTACLE INDEPENDENCE OF A NEW DIFFRACTIVE PRESBYOPIA-CORRECTING INTRAOCULAR LENS)

Оценить эффективность в отношении остроты зрения, независимость от очков и симптомы со стороны зрения при использовании ИОЛ Synergy по сравнению с ИОЛ PanOptix. Robert Ang, MD; Alberto Villarrubia, MD; Carlos Palomino, MD, PhD, FEBO; Alfredo Castillo, MD, PhD; D. Priya Janakiraman, OD; Eugenia Thomas, OD; Cameron Sefton, OD, MS; Linda Tsai, MPH.

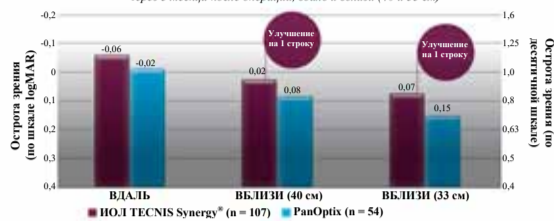
Представлено на ESCRS 2020 г.

Характеристики дефокусировки бинокулярного зрения



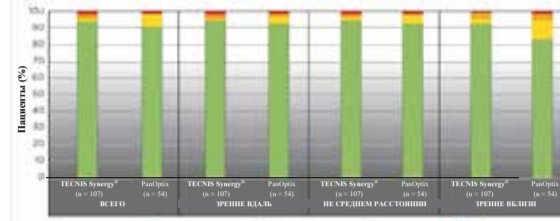
Острота бинокулярного зрения

Средняя корригированная острота бинокулярного зрения вдаль и вблизи в фотических условиях
Через 3 месяца после операции, вдаль и вблизи (40 и 33 см)



Частота ношения очков в зависимости от расстояния через 3 месяца после операции

Ответы по опроснику (PRSIQ): За последние 7 дней как часто вы носили очки (включая очки для чтения), контактные линзы или использовали лупу для...



Цели

Оценить эффективность в отношении остроты зрения, независимость от очков и симптомы со стороны зрения при использовании ИОЛ TECNIS Synergy® по сравнению с ИОЛ PanOptix.

Дизайн исследования

ИОЛ TECNIS Synergy® по сравнению с трифокальной ИОЛ AcrySof IQ PanOptix. 12-месячное проспективное многоцентровое рандомизированное (2:1) клиническое исследование билатеральной имплантации, проведенное в 12 центрах (Сингапур, ЕС, Филиппины, Новая Зеландия).

Двусторонняя катаракта или хрусталик без помутнений (если удаление прозрачного хрусталика является утвержденным показанием к применению) у пациентов с пресбиопией без другой офтальмологической патологии.

Доступны данные через 3 месяца после операции

108 пациентов после билатеральной имплантации ИОЛ TECNIS Synergy®, 54 пациента после билатеральной имплантации PanOptix

Ключевые конечные точки исследования

- Бинокулярная глубина фокуса при коррекции вдаль
- Бинокулярная корригированная острота зрения вдаль и вблизи
- Распределение значений корригированной бинокулярной ОЗ вдаль
- Опросник независимости от очков и удовлетворенности (PRSIQ)
- Непрямые зрительные симптомы

ВЫВОДЫ:

ИОЛ TECNIS Synergy® демонстрирует непрерывный диапазон зрения на расстоянии до 33 см

- Более высокая ОЗ и более длинная кривая бинокулярного дефокуса, чем у PanOptix
- От 0,1 logMAR (0,8 по десятичной шкале) до -3,0 дптр бинокулярного дефокуса
- От 0,2 logMAR (0,6 по десятичной шкале) до -3,5 дптр бинокулярного дефокуса

ИОЛ TECNIS Synergy® обеспечивает лучшую бинокулярную остроту зрения вдаль и вблизи

- Бинокулярная острота зрения вдаль и вблизи лучше, чем у PanOptix
- Большее количество пациентов с ИОЛ TECNIS Synergy® достигли 0,0 logMAR для дали и 0,1 logMAR вблизи (40 и 33 см) по сравнению с ИОЛ PanOptix

Отсутствие потребности в ношении очков > 90% для зрения вдаль, вблизи и на среднем расстоянии при использовании ИОЛ TECNIS Synergy®

- Меньшая независимость от очков для зрения вблизи по сравнению с ИОЛ PanOptix и сравнимая независимость от очков для зрения вдаль и среднем расстоянии
- Обе ИОЛ демонстрируют высокие показатели удовлетворенности пациентов и сходный профиль дисфотопсий

Только для медицинских специалистов. Полный список показаний и важная информация по технике безопасности указаны в инструкции по применению. В случае возникновения каких-либо вопросов свяжитесь с нашими специалистами.

Все упоминаемые в настоящем тексте сторонние товарные знаки являются собственностью их соответствующих владельцев и указаны исключительно в информационных целях.

Производство TECNIS Synergy® является медицинским изделием. Регистрационное удостоверение: 2023/19412 от 24.01.2023

© Johnson & Johnson Surgical Vision, Inc. 2023 | PP2023CT4554

Johnson & Johnson VISION

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
ФИРН М www.firm.ru

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

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

ОФТАЛЬМОФЕРОН®

Интерферон альфа-2b + дифенгидрамин
КАПЛИ ГЛАЗНЫЕ



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 человеческого рекомбинантного и противоаллергический компонент

Рег. уд. P N 002902/01

БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
ФИРН М www.firm.ru

Отпуск без рецепта
Информация для специалистов



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



КОНФЕРЕНЦИИ

НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ ВПЕРВЫЕ ПРОШЕЛ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ САММИТ

1 июля завершился трехдневный Северо-Кавказский офтальмологический саммит. Мероприятие прошло в г. Махачкале впервые и объединило участников сразу на двух площадках: в Историческом парке «Россия – Моя история» и в Центре медицины высоких технологий им. И.Ш. Исмаилова.

«От зрения человека напрямую зависит качество его жизни. Мы это понимаем и потому активно развиваем офтальмологию, укрепляем материально-техническую базу республиканских офтальмологических клиник. Мы стремимся к тому, чтобы со временем уровень нашей офтальмологии достиг таких высот, что жители республики все реже будут ездить в федеральные центры на лечение», — отметила министр здравоохранения Республики Дагестан **Татьяна Васильевна Беляева**.

Участники встречи — ведущие ученые и специалисты лучших офтальмо-



логических клиник Северного Кавказа и Юга России, специалисты-офтальмологи федеральных центров. Были обсуждены все ключевые направления офтальмологии: хирургия катаракты, лечение инфекционно-аллергических заболеваний глаз, витреоретинальная патология, болезни придаточного аппарата глаза и орбиты, большое внимание уделялось хирургии травматических повреждений органа зрения.

На торжественном открытии мероприятия генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» **Дмитрий Геннадьевич Арсютов** подчеркнул, что

«этот саммит — весомая поддержка для врачей Северо-Кавказского федерального округа. Основная его цель — образовательная. Мы хотим поделиться знаниями об использовании новых технологий для дальнейшего качественного внедрения их в ведущие клиники СКФО».

Кроме теоретических выступлений, в программу саммита вошло проведение «живой хирургии». 10 офтальмохирургов в прямом эфире из операционных блоков нескольких медицинских центров продемонстрировали инновационные хирургические техники.

«Эта земля богата на таланты. Поэтому мы имели возможность не только поделиться своими разработками, но и узнать то новое, что предлагают наши коллеги. Саммит предоставил нам редкую и от того еще более ценную возможность обеспечить щедрый обмен знаниями и клиническим опытом», — сказал председатель Общества офтальмологов России, заместитель ге-



нерального директора по научной работе МНТК «Микрохирургия глаза», член-корреспондент РАН **Борис Эдуардович Малюгин**.

МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» НА ПУТИ РАЗВИТИЯ РЕГИОНОВ СКФО

Представители всех семи субъектов Северо-Кавказского федерального округа стали участниками круглого стола «Пути развития офтальмологической службы в Северо-Кавказском федеральном округе».



ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

АЛИОМАР АХМЕДОВ: «НАМ ПРЕДСТОИТ БОЛЬШАЯ РАБОТА ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВЕЙШИХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПРОДЕМОНСТРИРОВАННЫХ В РАМКАХ САММИТА»

Директор Государственного бюджетного учреждения Республики Дагестан «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр микрохирургии глаза» к.м.н. **АЛИОМАР КАМИЛОВИЧ АХМЕДОВ** поделился впечатлениями о прошедшем в Дагестане офтальмологическом саммите и планами на будущее.

— Алиомар Камирович, как Вы оцениваете уровень организации проведения данного мероприятия, что возьмете в копилку знаний? Какие технологии хотели бы начать внедрять в себя в клинике в ближайшее время?

— В первую очередь я хотел бы поблагодарить генерального директора ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России кандидата медицинских наук Дмитрия Геннадьевича Арсютова за поддержку и участие в работе 1-го Северо-Кавказского офтальмологического саммита.

ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» является курирующим национальным медицинским исследовательским центром (НМИЦ) по профилю «офтальмология» для Республики Дагестан, и мы очень ценим вклад, который вносит МНТК в развитие инноваций в сфере здравоохранения, укрепления кадрового, в том числе научного потенциала и создания условий для плодотворного сотрудничества.

Огромная благодарность председателю Общества офтальмологов России, заместителю генерального директора по научной работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» член-корреспонденту РАН, доктору медицинских наук, профессору Борису Эдуардовичу Малюгину за то, что впервые в нашей республике был организован конгресс всероссийского масштаба, за доверие и возможность участвовать в создании офтальмологического праздника.

Нам удалось не только наблюдать «живую хирургию» самых лучших и виртуозных офтальмохирургов нашей страны, но и принимать активное участие в работе саммита.

1-й Северо-Кавказский офтальмологический саммит — это огромное научно-практическое событие в офтальмологической жизни нашей Республики, который прошел на высоком уровне. Многие технологии и подходы в лечении пациентов мы на сегодняшний день применяем в работе «Дагестанского центра микрохирургии глаза», но также нам предстоит большая работа по внедрению ряда новейших технологий, которые были продемонстрированы нам в рамках саммита.

— Какие доклады или секции Вы могли бы отметить?



— Все доклады наших коллег были продемонстрированы на высоком научном уровне, в рамках саммита были затронуты все актуальные направления и самые новейшие технологии в офтальмологии.

Отдельное внимание хотелось бы уделить секции по организации офтальмологической службы в регионах Северо-Кавказского федерального округа, которая прошла под председательством директора МНТК «Микрохирургия глаза» Дмитрия Геннадьевича Арсютова.

Несомненно, важным достижением является то, что впервые в рамках Северо-Кавказского офтальмологического саммита было подписано Соглашение о взаимодействии между ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Фёдорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза», которое является гарантом плодотворного сотрудничества с целью взаимодействия и объединения усилий, направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан Республики Дагестан, развития сотрудничества в пределах имеющихся полномочий, связанных с совершенствованием оказания медицинской помощи экспертного уровня пациентам Республики Дагестан по профилю «офтальмология».

Данное соглашение дает возможность и перспективы развития прямого взаимодействия ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России с ГБУ РД «НКО ДЦМГ» для повышения координации и интенсификации совместной работы по развитию офтальмологической службы Республики Дагестан.

Актуальность развития офтальмологии в нашей республике подчеркивает проявленный интерес и участие в работе данной секции министра здравоохранения Республики Дагестан Татьяны Васильевны Беляевой.

Не могу не отметить наших молодых начинающих специалистов, которые уверенно докладывали о своих научных и практических изысканиях.

— Расскажите, пожалуйста, про клинику Центр микрохирургии глаза в Дагестане. Каково оснащение, укомплектован ли кадровый состав? Какие патологии лечите? Сколько пациентов лечите за год? Какие есть трудности, какие достижения?

— Я возглавил «Дагестанский центр микрохирургии глаза» (ДЦМГ) в начале 2021 г. Большая часть оборудования не обновлялась с момента открытия клиники, т.е. с 2002 года. Однако за прошедшие 2 года нам удалось полностью обновить парк диагностического, хирургического и анестезиологического оборудования. Ежегодно в ДЦМГ проводится более 7 тысяч операций. Нами за прошедший 2022 г. оказано в 10 раз больше высокотехнологичной медицинской помощи. Конечно, есть и проблемы, которые нужно решать: ДЦМГ нуждается в проведении капитального ремонта, необходимо дооснащение высокотехнологичным оборудованием, чтобы мы могли оказывать всю необходимую помощь по профилю «офтальмология» в нашей Республике, и пациентам не приходилось выезжать за ее пределы.

— Какие проблемы существуют в офтальмологической отрасли в Дагестане? Как они решаются? Как этому решению способствует проведение таких мероприятий как саммит офтальмологов?

— В Дагестане есть направления, которые только начинают развиваться, — это кератопластика, это сложная комбинированная хирургия, которая требует дополнительного оснащения и определенных навыков у хирурга. Пациенты с офтальмоонкологией также направляются за пределы Дагестана для оказания квалифицированной высокотехнологичной помощи.

Прошедший саммит сыграл большую роль в становлении молодых специалистов-офтальмологов, которые только выбирают, в каком направлении развиваться, а опытным офтальмологам удалось обменяться своим клиническим опытом и рекомендациями.

— Расскажите, пожалуйста, про себя. Почему решили стать офтальмологом? Чем нравится Ваша профессия?

— Я еще в детстве решил, что хочу быть офтальмологом. Мой дедушка, с которым я был очень близок, ослеп из-за врачебной ошибки, вместо глаукомы ему был выставлен диагноз катаракта, и с высоким внутриглазным давлением он ждал, когда она созреет. В итоге полностью ослеп, так как парный глаз потерял еще в молодости. Тогда я понял, что значит для человека зре-

Опыт и перспективы сотрудничества с ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России», организованного МНТК «Микрохирургия глаза».

Встреча состоялась в рамках I-го Северо-Кавказского офтальмологического саммита и была посвящена перспективам развития офтальмологической службы СКФО.



Участники круглого стола поделились проблемами и достижениями офтальмологических служб республик (Дагестан, Северная Осетия — Алания, Кабардино-Балкария, Ингушетия, Карачаево-Черкесия, Чечня), а также Ставропольского края.

Несмотря на различия в организации офтальмологической помощи регионов,

существуют общие вопросы, требующие единого подхода к их решению. Именно выявление и обозначение единых проблем, их дальнейшее решение стало целью круглого стола.

Одной из главных проблем выделен недостаточный охват диспансерным наблюдением пациентов с заболеваниями глаз, лежащими в основе развития слепоты и слабовидения, и в связи с этим высокий уровень инвалидности населения. Кроме того, в регионах СКФО отмечается недостаточное применение современных методов и технологий лечения, а также дефицит кадров.

В ходе яркой дискуссии были выработаны наиболее важные направления успешного развития регионов Северо-Кавказского федерального округа. Так, для устранения нехватки кадров решено проводить стажировки врачей-офтальмологов на рабочем месте в структурных подразделениях НМИЦ МНТК и в целом развивать направление повышения квалификации врачей и среднего медперсонала.

Кроме того, необходимо делать акцент на профилактике глазных заболева-

ний среди детей и взрослых, более масштабно проводить диспансеризацию, активнее информировать население о том, как заботиться о своих глазах и как их лечить. Просветительской работе такого рода, по мнению участников круглого стола, будет способствовать, в частности, создание в медцентрах «школ пациентов».

Более активное использование телемедицины также поможет развитию офтальмологической службы СКФО. В результате телемедицинских консультаций пациентов при необходимости будут направлять в федеральные центры. Развитие данных технологий также будет способствовать трансляции знаний врачей-офтальмологов.

«Круглый стол позволил провести яркую дискуссию и выработать наиболее важные направления для успешного развития данных территорий», — подчеркнул директор МНТК «Микрохирургия глаза» Дмитрий Арсютов.

В ходе круглого стола глава комплекса Дмитрий Арсютов и главный офтальмолог Республики Дагестан, директор

#САММИТ В ЦИФРАХ:

- 606 УЧАСТНИКОВ ОЧНО
- 374 СЛУШАТЕЛЯ ОНЛАЙН
- 130 СПИКЕРОВ
- 17 НАУЧНЫХ СЕКЦИЙ
- 155 ДОКЛАДОВ
- 2 СЕКЦИИ «ЖИВОЙ» ХИРУРГИИ
- 1 КРУГЛЫЙ СТОЛ

Дагестанского центра микрохирургии глаза Алиомар Ахмедов подписали соглашение о сотрудничестве. Теперь клиники совместными усилиями будут работать над сохранением и укреплением здоровья жителей, совершенствованием медицинской помощи и развитием офтальмологической службы Дагестана.

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ

ние, и решил, что стану офтальмологом и с Божьей помощью буду лечить людей.

— Кто были Ваши учителя?

— Я с огромной благодарностью и теплотой вспоминаю моих наставников и научных руководителей: Бориса Эдуардовича

Малюгина, Сергея Анатольевича Борзенка, моих учителей — Викторию Вениаминовну Агафонову, Зинаиду Ивановну Мороз, Светлану Борисовну Измайлову, Татьяну Анатольевну Морозову, Елену Христовну Тахчиди, Григория Владимировича Сороколетова, Татьяну Вячеславовну Тепловодскую, Наталью Ярославовну Глинчук, Татьяну Семеновну Семикову, Владимира Леонидовича Тимохова, Александра Михайловича Чух-

раёва, а также весь коллектив МНТК, где коллеги всегда тепло отвечали на любую просьбу и давали важные клинические советы.

Благодарю за беседу!
Беседовала В. Терехова

«ОФТАЛЬМОЛОГИЯ – НЕ МЕСТО ДЛЯ РАВНОДУШНЫХ ЛЮДЕЙ»

В одном из своих интервью Главный научный консультант ГБУРД НКО «Дагестанского центра микрохирургии глаза», отличник Здравоохранения СССР, заслуженный врач Республики Дагестан, лауреат Госпремии РД, лауреат международной премии им. академика С.Н. Фёдорова, заведующий кафедрой офтальмологии №1 с усовершенствованием врачей Дагестанского государственного медицинского университета, председатель республиканского совета по внедрению новых технологий диагностики и лечения в клиническую практику Минздрава РД и ДГМУ Алиев Абдулгамид Давудович сказал:

«Офтальмология – не место для равнодушных людей. Когда нет равнодушия, есть желание продвигаться вперед – это самое главное. Нельзя останавливаться. Остаться – значит отступить. Надо научиться увидеть не только то, что будет завтра, но и то, что будет за горизонтом».

Вся жизнь д.м.н., профессора А.-Г.Д. Алиева связана с офтальмологией. С 1970 г. профессор Алиев работает в практическом здравоохранении. Он является основателем современной офтальмологической школы в Республике Дагестан. Совместно с практическими врачами им внедрено более 60 современных технологий диагностики и лечения глазных заболеваний. Им была создана современная система последипломного образования и повышения профессиональной квалификации врачей-офтальмологов в Дагестане. Это ему принадлежит заслуга в подготовке и повышении квалификации специалистов-офтальмологов Дагестана, которые, прослушав его содержательные тематические лекции, участвуя вместе с ним в выполнении сложных операций, присутствуя на клинических конференциях и консилиумах, несут свои знания каждому нуждающемуся человеку.

Чтобы научить начинающего врача современным технологиям диагностики и лечения, наставнику нужно не только уметь четко, ясно и доступно излагать свои мысли, но и встать рядом с ним за операционный стол, показать, как провести ту или иную операцию, решить сложную диагностическую задачу, выбрать оптимальный метод лечения. Именно так проводит обучение врачей, клинических ординаторов, аспирантов заведующий



кафедрой глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей Дагестанского государственного медицинского университета профессор А.-Г.Д. Алиев.

А.-Г.Д. Алиев – автор 517 научных работ, многие из которых опубликованы в зарубежной печати. На его счету более 40 патентов РФ на изобретения и полезные модели. Совместно с коллегами им разработано более 50 учебно-методических пособий для врачей-офтальмологов и курсантов последипломного образования.

Под руководством профессора А.-Г.Д. Алиева выполнено и защищено около 10 кандидатских и докторских работ.

Абдул-Гамид Давудович более 15 лет возглавлял крупнейший в республике «Дагестанский центр микрохирургии глаза». Офтальмологическая помощь в Дагестане стала более доступной благодаря работе Центра, в котором применяются самые прогрессивные технологии по диагностике и лечению глазных заболеваний.

В 2016 г. решением Республиканской общественной комиссии по присвоению почетных званий за внедрение современных методов восстановления зрения, профилактики слабовидения и слепоты в клиническую практику Дагестана и СКФО, а также за большой вклад в развитие науки и подготовки профессиональных медицинских кадров А.-Г.Д. Алиеву присвоено звание «Народный герой Дагестана» с вручением золотой звезды.

Основными направлениями практических разработок и научных исследований А.-Г.Д. Алиева являются: клиническая аберрология оптической системы глаза, исследования, направленные на изучение влияния качества оптической системы глаза на зрительные функции при различных оптико-реконструктивных вмешательствах и патологических состояниях.

Как человек глубоких общемедицинских знаний, он умеет распознать самое передовое и перспективное не только в офтальмологии, но и во всей медицинской науке. С его именем связано не одно приоритетное научное направление. Профессор А.-Г.Д. Алиев является разработчиком и руководителем

республиканского Совета по внедрению новых технологий диагностики и лечения в клиническую практику лечебно-профилактических учреждений Минздрава Республики Дагестан; в 2009 г. издан совместный приказ министра здравоохранения РД и ректора ДГМА, проводится активная работа по внедрению передовых технологий диагностики и лечения в клиническую практику.

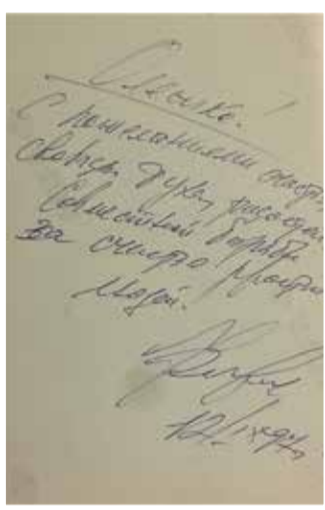
Большое внимание А.-Г.Д. Алиев уделяет научно-организационной и издательской деятельности. Является членом редакционных коллегий и советов многих федеральных периодических офтальмологических изданий: «Рефракционная хирургия и офтальмология», «Глаукома», «Российский офтальмологический журнал», «Новое в офтальмологии», «Офтальмохирургия», «Вестник офтальмологии» и др.

Совершенно не удивительно, что в Абдул-Гамиде Давудовиче сплелись нити дагестанской и европейской культуры, высокой профессиональной нравственности, глубокой и всеобъемлющей образованности, добротой и человечностью в сочетании с высокой требовательностью к себе и окружающим. Профессор А.-Г.Д. Алиев живет активной творческой жизнью, ему многое интересно увидеть, изучить, сопоставить.

Профессор А.-Г.Д. Алиев широко известен и уважаем коллегами в России и за рубежом, постоянно участвует в европейских и мировых конгрессах. Неоднократно достойно представлял офтальмологию Дагестана и России на Всероссийских и Международных конгрессах и симпозиумах: VI-VIII Всероссийский съезд офтальмологов (г. Москва, 1986-2014 гг.), международные конгрессы офтальмологов: Милан (Италия) 1995 г., Эйлат (Израиль) 1997 г., Нью-Йорк (США) 2001 г., Рим (Италия) 2004-2012 гг., Париж (Франция) 2005 г., Болонья (Италия) 2009 г., Барселона (Испания) 2009 г., Женева (Швейцария) 2010 г., Осло (Норвегия) 2011 г., Рейкьявик (Исландия) 2013 г., Турку (Финляндия) 2014 г., Мадрас (Индия) 2015 г., Швейцария (Берн) 2018 г. и др.

В июле Абдул-Гамиду Давудовичу исполнилось 75 лет. Присоединяемся ко всем поступившим в адрес профессора А.-Г.Д. Алиева поздравлениям с Днем рождения! Общество офтальмологов России и редакция газеты «Мир офтальмологии» желают Вам долгой, наполненной яркими и интересными событиями жизни, здоровья, веры в лучшее и оптимизма!

ЮБИЛЕИ





“ КАК СОЗДАТЬ ЗДОРОВУЮ АТМОСФЕРУ В КОЛЛЕКТИВЕ И ПЛАТФОРМУ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КЛИНИКИ НА 25 ЛЕТ - ОЛЕГ ШИЛОВСКИХ “

Осенью этого года Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» отмечает 35-летие, а возглавляющий в течение 22 лет его генеральный директор, главный офтальмолог Свердловской области, Заслуженный врач России **ОЛЕГ ВЛАДИМИРОВИЧ ШИЛОВСКИХ** – 60-летие. В интервью «Миру офтальмологии» юбиляр доктор Шиловских рассказал об этапах создания одного из крупнейших офтальмологических центров страны, поделился собственной историей в профессии и тонкостями руководства большим амбициозным коллективом. В свою очередь друзья и коллеги Олега Владимировича вспомнили свои истории знакомства с ним и раскрыли, что им в нем импонирует.

– Олег Владимирович, зачастую дети идут в медицину по стопам родителей. Ваша история – семейная? Как Вы выбрали профессию врача и хирургию?

– Я не из медицинской семьи: моя мама работала на заводе, а папа – на железной дороге в Шадринске. У меня рано сформировалась мечта в отношении профессии: я четко знал, что буду военным моряком. Собирался поступить в Суворовское училище в Свердловске, а после него в Высшее военно-морское училище имени М.В. Фрунзе в Ленинграде. Но в восьмом классе выяснилось, что я немного близорук. Это разрушило мои детские и юношеские мечты. На носу был девятый класс, и я пребывал в состоянии растерянности по поводу выбора специальности. Когда родители стали ориентировать меня на медицину, из чувства противоречия я начал сопротивляться, однако к зиме десятого класса этот вариант принял.

Вопрос о выборе места обучения практически не стоял, поскольку в Свердловске жила родная сестра мамы. Впрочем, если бы я решил поступать в вуз в Тюмени или Челябинске, родители не стали бы возражать. Я выбрал Свердловский медицинский институт, хотя понимал, что выдержать конкурс будет непросто, а страховать меня некому. Одно неверное движение – и окажусь за бортом. С этим же ощущением я учился примерно до четвертого курса, поэтому практически не отрывался от занятий. Прохлаждаться было некогда.

К пятому курсу я вновь оказался перед выбором: необходимо было определиться со специальностью. Я точно понимал, что мне нужна хирургия. Но вот какая? И тут, назовем это счастливым стечением обстоятельств, наша группа попала к молодому ассистенту кафедры глазных болезней Христо Тахчиди. Он сам и его манера вести занятия очень располагали. И зимой на пятом курсе в моей голове прозвучал тот самый «щелчок»: это мое. Именно в студенческом кружке, который вел Христо Периклович, в организованном там «симуляционном центре», я начал практиковаться в офтальмохирургии. На этой «базе» мы отрабатывали этапы операций. Мой институтский однокашник и нынешний заместитель Олег Фечин в родительском гараже перетачивал общехирургический инструмент в микрохирургический. Еще он сконструировал держатель для глаза. В пункте проката мы брали технические микроскопы, а «операционный» материал – свиные глаза – на мясокombинате. Я до сих пор помню, как отправился туда, а потом гордо вез пакет с добычей через весь город. По институту пошел слух, что в кружке Тахчиди не только читают доклады, но и что-то делают своими руками. Он стал очень популярен. На шестом курсе, когда я был старостой кружка, его посещали уже 80 человек. В дальнейшем некоторые кружковцы стали сотрудниками Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза».

– Закономерно возникает вопрос: как возник Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»? И когда Вы начали в нем работать?

– Наш Центр стал одной из 12 офтальмологических клиник в стране, открывшихся благодаря Святославу Николаевичу Федорову. Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР о создании современных офтальмологических центров в рамках системы межотраслевых научно-технических комплексов – МНТК – вышло 26 апреля 1986 года, а уже через два года был открыт наш филиал МНТК «Микрохирургия глаза».

Свердловска сначала не было в списке городов, где должны были появиться клиники. В то время строить оперативно могли только иностранцы, но доступ в закрытые города для них был невозможен. Председатель Совета Министров СССР



Николай Иванович Рыжков, ранее возглавлявший Уралмашзавод, лично внес Свердловск в список и сделал строительство филиала финской компанией возможным. В результате нашу клинику на ул. Бардина, 4а, построили и оснастили оборудованием всего за девять месяцев.

Святослав Николаевич Федоров предложил возглавить Свердловский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» Христо Перикловичу Тахчиди. А он в свою очередь забрал меня из больницы в Первоуральске, в которой я в тот момент работал по распределению после института. Это был 1987 год. Христо Периклович пришел в филиал на стадии котлована, а я – фундамента. Я помню, как мы по нему ходили, и мой учитель показывал, где будет операционная, где диагностический блок, где стационар. Кстати, у меня сохранился пропуск на стройку. Сейчас это реликвия.

Разумеется, сразу встал кадровый вопрос. Христо Периклович сказал: «Нужны хорошие ребята, мы будем их искать в стройотрядах». Я поддержал идею. В 1980-е стройотряды были мощным движением, я в течение шести лет в них работал, поэтому многих знал. Там собирались энергичные, активные студенты. Конечно, мы смотрели на результаты в учебе и на средний балл успеваемости, но они точно не были определяющими при выборе членов команды.

Позднее мы с молодыми врачами регулярно ездили в Москву на обучение в головную организацию МНТК. В свою очередь доктора из столицы прилетали сюда и оперировали вместе с нами. Работали почти круглосуточно с небольшими перерывами на сон. Это было очень интересное время.

– Вам посчастливилось быть лично знакомым со Святославом Федоровым. Ваша первая встреча произошла в стенах Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» или раньше? Каким он был человеком?

– Я бы переформулировал: не мне посчастливилось знать Святослава Николаевича, а мне посчастливилось, что он знал меня. Впервые я встретил его в 1985 году. Христо Периклович отправил меня с докладом в Москву на студенческую конференцию (и мы получили за него первый приз). С.Н. Федоров выступал с лекцией в первый день мероприятия. Он показал фильм и слайды, что само по себе произвело неизгладимое впечатление. Когда он закончил, мы, студенты со всей страны, взяли его в кольцо и забросали вопросами. Вдруг кто-то спросил, нельзя ли посетить его НИИ микрохирургии глаза. Он ответил: запросто. На следующий день за нами приехал автобус (его организовал Святослав Николаевич) и привез в институт. Федоров лично встретил нас и провел по институту. Нас поразило буквально все, мы словно побывали в космосе!

Потом я неоднократно встречался со Святославом Николаевичем и в Москве, в Екатеринбурге. Каким он был? Он был

очень цельным, харизматичным, притягательным. Я никогда не встречал человека с таким магнетизмом. Он мог зажечь на любое дело. После разговора с ним хотелось сворачивать горы. А еще он был невероятным жизнелюбом.

– За годы вашего руководства Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» открывал новые клиники и филиалы в разных городах и регионах, привозил передовые офтальмологические технологии и создавал собственные. Что Вы считаете своим главным достижением в должности генерального директора?

– Все эти годы мы действительно внедряли технологии, открывали новые отделения, строили новые филиалы. Как и мечтал наш Учитель, Святослав Николаевич Федоров. В регионе, пожалуй, каждая семья соприкоснулась с нашей клиникой – через Центр прошло более 5,5 млн пациентов, прооперировано свыше 1 млн 300 тысяч – это колоссальное количество. И я лично приложил к этому руку: выполнил более 30 тысяч операций, как и все хирурги, работающие здесь 35 лет.

Но самым значимым событием при моем директорстве я считаю концессионное соглашение с Минздравом РФ, которое мы заключили в 2017 году. Потому что оно стало платформой для развития на 25 лет вперед. Суть соглашения в следующем: Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» проведет реконструкцию здания на Бардина, 4а, включая оснащение, за счет собственных средств. В соглашении утверждены все направления деятельности Центра и его участие в территориальных программах госгарантий (ОМС). Последний пункт очень важен, он позволит Центру «Микрохирургия глаза» сохранить утвержденный объем госзаказа – 25 тысяч бесплатных операций в год. Он может измениться, но только в сторону увеличения.

Сотрудничество в такой форме выгодно и нам, и государству. Государству – поскольку мы взяли на себя столь серьезные обязательства, хотя не получаем денег из бюджета на строительство, закупку оборудования и т. д. Кроме того, мы вносим концессионную плату, лечим в рамках системы ОМС и платим налоги. Выгода Центра состоит в том, что концессионное соглашение дает нам определенную стабильность в работе на длительный срок. Кроме того, мы приобрели новый статус и избавились от необходимости каждые пять лет продлевать с государством договор аренды основного здания на ул. Бардина.

Я прекрасно понимаю, что не я буду завершать концессионное соглашение, по крайней мере не на посту директора. Но смена подрастает, и я вижу перспективу.

Кстати, если продолжить список достижений, которые я могу записать в свой личный актив, то это климат в коллективе. У нас здоровые товарищеские и деловые отношения.

– Как удалось создать такую атмосферу? Что помогает достичь некой стабильности в коллективе, ведь многие сотрудники работают в Центре десятилетия?

– Что важно для сотрудников? Приходить на работу с удовольствием. Это ощущение складывается из нескольких составляющих. Первое – условия труда. Надо стараться, чтобы на предприятии было хорошо и красиво, будь то организация питания, интерьеры – и вплоть до деревьев, которые растут рядом с клиникой. Второе – условия для профессиональной реализации и перспектива развития (особенно она важна для врачей). Если специалист ездит по миру, посещает передовые клиники, участвует в научных конгрессах и убеждается в том, что работает на самом современном уровне и говорит с лучшими специалистами на одном языке, это мощный стимул. Третье – нормальная зарплата, на размер которой ты можешь влиять. Зарплата каждого сотрудника Центра, включая меня, зависит от того, что он умеет делать и сколько работает. Это прозрачная, понятная всем система. Если, условно, врач дежурил и оперировал в дополнительные дни, сделал публикацию в научном журнале и в этом месяце мы получили два патента на его изобретения, его зарплата будет выше, чем у коллеги. И это работает для каждого. Добавлю, что прозрачная система оплаты труда способствует и формированию нормального климата в коллективе.

В целом наши сотрудники знают, что быть крутым профессионалом экономически выгодно, что инициатива поощряется. Поэтому у них есть желание расти и совершенствоваться в этой структуре, предлагать идеи и решения, которые могут способствовать развитию общего дела. Еще у многих есть же-



ЮБИЛЕИ

вание стать лучшим в коллективе. Этот стимул не менее мощный, чем материальная выгода. Так эти две пружины – соревновательная и финансовая – работают в унисон, толкая всех наверх.

Есть и еще одна мощная составляющая – это социальная программа. Сотрудники и их дети получают дотации на оздоровление, материальную помощь. Организованы спортивный досуг, корпоративные мероприятия, создана своя хоккейная команда, есть музыкальный ансамбль. Ежемесячно дополнительную пенсию от Центра получают 88 ветеранов клиники. Мы более 10 лет шефствуем над детским садом для слабовидящих детей, помогая с ремонтом помещений и территории, приобретая необходимую мебель, оборудование, инвентарь.

– Вы демократичный руководитель?

– Я точно не авторитарен. Я очень похож по складу характера на маму. Примерно до десятого класса я был уверен в том, что в семье всем управляет отец и что он принимает все решения. Но потом понял, что это не совсем так: все решала мама, однако она действовала очень тонко и правильно. Думаю, я перенял у нее тонкость управления, которая в первую очередь проявляется в командной игре. Я всегда привлекаю сотрудников к обсуждению серьезных вопросов, поэтому при реализации новых проектов нам сложно установить их авторство – все были вовлечены в процесс, все генерировали идеи. Я считаю, что командная игра эффективнее и лучше единоличного принятия решений в том числе потому, что плоды коллективного труда лучше принимаются и поддерживаются, ведь каждый видит в них результат своей работы.

– Какие качества Вы больше всего цените в людях в целом и в сотрудниках в частности? И какими личными качествами надо обладать, чтобы стать хорошим руководителем?

– Главное для меня – правильный человеческий стержень, честность и порядочность. Разумеется, в жизни встречаются разные люди. Коллектив Центра огромный (более 750 человек), и полностью составить команду из людей, соответствующих твоим идеалам на 100%, невозможно. Но с такими людьми мне проще работать и общаться.

Нельзя действовать в отношении сотрудников так, как тебе не хотелось бы, чтобы действовали в отношении тебя. Прежде чем принять решение, стоит поставить себя на место человека. Я не идеален, но у меня есть представление о порядочности и честности, и я все пропускаю через себя.

– Вы руководите Центром, при этом много оперируете (более 1000 операций в год) и консультируете. Почему для Вас важно оставаться действующим хирургом?

– Ответ очень простой: мне это нравится. Как профессионал я получаю удовольствие от врачебной работы. Я хотел быть хирургом, и я им остаюсь. Мне интересно обсуждать сложных пациентов с коллегами, в том числе с теми, кто намного моложе меня. Порой в ходе дискуссий высказываются интересные мысли, и я беру их на заметку. То же самое касается хирургической техники: я вижу, кто и как быстро преодолевает определенные технические аспекты, и обязательно подхватываю удачные решения. В целом врачебная специальность для меня на первом месте.

В административной работе нет такого драйва. Она несопоставима с работой хирурга по степени внутреннего удовлетворения. Конечно, административная работа тоже его приносит. Например, на финише нового проекта, когда мы вместе с командой чего-то достигаем. Решили сделать – и сделали, и каждый ощутил себя причастным к этому событию. А в ежедневном рутинном руководстве ничего привлекательного нет.

– В ноябре 2022 года Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» запустил масштабный проект – большую консультативно-диагностическую поликлинику с приоритетом приема больных с глаукомой в Екатеринбурге. Возьмете ли Вы после этого некоторую паузу в масштабировании бизнеса?

– Для меня бизнес – сродни авиалайнеру. Что с ним произойдет в случае остановки? Он упадет. То же самое произойдет с предприятием, если оно замрет, откажется от движения вперед. Поэтому у нас есть планы развития на несколько лет, они связаны со строительством новых клиник в Каменске-Уральском, Тюмени, Нижнем Тагиле. Сейчас у Центра 18 филиалов, и все они загружены по полной программе. Уверен, что и новые наши представительства будут востребованы. Разумеется, встает вопрос финансирования. До сих пор мы реализовывали проекты либо самостоятельно, либо в партнерстве с крупными компаниями, такими как «УГМК-Холдинг» и «Атомстройкомплекс». Сейчас мы тоже ведем переговоры с потенциальными партнерами.

Таким образом, у Центра есть четкие планы на будущее и, надеюсь, хорошие перспективы их реализации.

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

МАЛЮГИН Борис Эдуардович



Д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, академик РАЕН, Заслуженный деятель науки РФ, председатель Общества офтальмологов России, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» МЗ РФ, профессор кафедры глазных болезней ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ.

– Мне представляется, что роль Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» в здравоохранении региона является системообразующей. Под этим я понимаю следующее: Центр – это сердце офтальмологии региона, окружающие его филиалы – более или менее крупные – сосудистая сеть, структурно ориентированная и пронизывающая основные крупные территориальные образования. Такая организация обеспечивает постоянный ток пациентов, часть из которых, требующая сложных медицинских мероприятий, направляется центростремительно, а затем, после их осуществления, возвращается.

Собственно, такой принцип и был заложен С.Н. Федоровым при организации системы МНТК «Микрохирургия глаза» с его головной организацией и филиалами. И на екатеринбургской земле он получил хорошее развитие. Я неоднократно был в Екатеринбургском центре, общался с коллегами, участвовал в научных мероприятиях, оперировал. Самым ценным в этих поездках было то, что я всегда увозил что-то новое и полезное для своей профессиональной деятельности. Будь то какой-то новый хирургический прием или интересный, новый подход к лечению. Поэтому всегда с удовольствием приезжаю сюда снова. И для того чтобы поделиться, и для того чтобы узнать.

Если перефразировать Л.Н. Толстого, то можно сказать, что все хорошие медицинские организации счастливы одинаково. То есть они работают качественно, эффективно, на современном уровне и являются финансово успешными. А все остальные несчастливы по-разному. Здесь я имею в виду, что для оправдания плохой работы можно отыскать массу объяснений, привести множество причин и целый ряд внешних обстоятельств. Все они могут быть разными, но суть одна: данное медицинское учреждение не соответствует требованиям времени.

С Олегом Владимировичем Шиловских я познакомился лет двадцать назад. Мне сложно назвать точную дату, но точно не меньше. И его пациентом я не был, хотя уверен – будь я на этом месте, все было бы на высоте. Сильная черта Олега в том, что он может хорошо балансировать свою работу в качестве эффективного медицинского менеджера-организатора, сочетая это с работой высококлассного хирурга. Это непростая задача, решить которую удается не многим. Еще одна важнейшая черта – он всегда открыт новому, готов к восприятию информации и при этом к ее критической оценке.

Одной из важнейших черт современной офтальмологии является постоянная генерация новых методов лечения и диагностики, оборудования и приборов. Многие из них дают существенный импульс к развитию нашей специальности. Но при этом далеко не все. На моей памяти целый ряд многообещающих технологий не выдержали проверку временем. Мне нравится, что Олег погружен в проблемы профессии, всегда в курсе современных тенденций. Ну и помимо всего прочего он яркий человек, с ним интересно общаться и всегда есть что обсудить.

Комбинация «руководитель клиники – практикующий врач», как мне кажется, уходит корнями в историческую глубь нашей профессии. Корифеи медицины, чьи имена у нас на слуху, были великими врачами, учеными и организаторами. Мне представляется важным, чтобы эта связь не разрывалась. Руководитель медицинского учреждения должен чувствовать «пульс» специальности. У меня перед глазами есть хорошие примеры из жизни МНТК, такие как академик С.Н. Федоров. Но в памяти сохранились и другие, к счастью – бывшие, руководители нашей организации, так называемые эффективные менеджеры. В историю офтальмологии эти имена не войдут.

ФЕДОРОВА Ирина Святославна



К.м.н., генеральный директор глазной клиники «Центр ФИС».

– Мы с Олегом знакомы почти четверть века. Это достаточный срок, чтобы составить верное представление о человеке. Мы встречались на разных территориях: в Москве, в Екатеринбурге, в Америке и Европе, даже вместе мерзали в Пыть-Яхе, где в 2007 году Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» отмечал 10-летие своего филиала. Так что наша дружба проверена и в жару, и в холод.

Олег принадлежит к тому редкому типу мужчин, на которых можно полностью положиться. С ним можно идти на любое хорошее дело, в том числе рискованное (я бы даже сказала, особенно на рискованное), и быть уверенным, что он не подведет. Надежность – одно из главных его качеств, но далеко не единственное: он обладает многими талантами. Я не буду говорить о его таланте врача и хирурга, думаю, об этом скажут другие коллеги, я же отмечу его человеческие достоинства.

Для этого достаточно знать Олега столько, сколько его знаю я. Наша первая встреча состоялась, страшно сказать, в 1999 году. Я только что вернулась из Италии, где проработала много лет, поэтому практически не была знакома с сотрудниками региональных филиалов. На территории польского посольства был организован летний прием. На него были приглашены руководители головной организации и ведущие сотрудники региональных филиалов МНТК «Микрохирургия глаза», а также представители ведущих частных клиник Москвы. Я несколько припозднилась.

Когда пришла на мероприятие, все места за столами были заняты. Возникло минутное замешательство – но ребята из Екатеринбургского центра быстро организовали для меня место за своим столом. Я никого из них не знала, но уже через полчаса почувствовала себя как в компании друзей. У нас нашлась масса общих тем, и главное, оказался абсолютно одинаковый взгляд на жизнь. Мы шутили и смеялись, наш стол был самым веселым на этом приеме. Все нам завидовали!

Шло время, обстановка в стране менялась, погиб мой гениальный папа, и в МНТК «Микрохирургия глаза» наступил период безвременья. Все было очень сложно. Однако Екатеринбургский филиал оставался самой яркой звездой в созвездии МНТК. И именно ребята из Екатеринбургского центра воплотили в жизнь мечту моего отца о народном капитализме. Он считал, что доходы предприятия должны принадлежать тем, кто там работает, и что труд должен быть свободным. Екатеринбургский центр добился этого, приобрел самостоятельность. Это говорит о таланте руководства и сформированной им команды.

Олег обладает важнейшим для руководителя талантом – быть лидером. Кроме того, у него прекрасное чувство юмора. На мой взгляд, оно очень важно и для работы, и для жизни. С Олегом очень комфортно и приятно общаться. Каждая встреча с ним становится радостью, и я бы даже сказала, праздником.

Поздравляю его с Днем рождения и желаю ему огромного здоровья, сохранения статус-кво в команде и дальнейших успехов во всем!

ЩУКО Андрей Геннадьевич



Д.м.н., директор Иркутского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой офтальмологии хирургического факультета ИГМА последипломного образования, заведующий кафедрой глазных болезней ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, главный специалист, эксперт-офтальмолог Министерства здравоохранения Иркутской области, Почетный гражданин Иркутской области.

– В этом году исполняется 35 лет нашего знакомства, а потом и дружбы с Олегом Владимировичем Шиловских. Мы встретились в 1988 году в Санкт-Петербурге, куда прибыли для отбора медсестер-оптометристов для работы в будущих филиалах МНТК «Микрохирургия глаза». Екатеринбургский филиал открылся в этом же году, наш Иркутский филиал – через год.

В 1995 году Екатеринбургский филиал стал первым местом, куда я отправился, чтобы познакомиться и поучиться, после утверждения в должности директора. Наше общение с Олегом Владимировичем продолжилось. Все следующие годы мы встречались в Екатеринбурге и Иркутске, в других городах России и даже за рубежом.

Жизнь сталкивает нас с разными людьми. Могу сказать, что таких честных, порядочных и принципиальных людей, как наш юбиляр Олег Владимирович, я в последние годы не встречал. Поэтому я отношусь к нему с большой теплотой и по-дружески.

Олег Владимирович – лидер крупнейшего офтальмологического центра страны, я бы даже сказала, офтальмологического холдинга. Меня впечатляют его успехи. Бурное развитие, новые филиалы и подразделения, изумительное оборудование, потрясающие технологии – все это во многом зависит от лидера.

Екатеринбургскому центру МНТК «Микрохирургия глаза» очень повезло в начале, при выборе акционерного общества как формы собственности. Этому способствовал предыдущий директор Христо Периклович Тахчиди. Олег Владимирович продолжил его дело. Окажись на его месте кто-то другой, такого успеха и такого развития не было бы.

Я считаю большим плюсом то, что Олег Владимирович остается практикующим хирургом. Благодаря этому он знает все процессы изнутри. Я убежден, что узкоспециализированный высокотехнологичный медицинский комплекс должен возглавлять специалист соответствующего профиля. Обратные примеры, когда руководителями назначаются люди, не имеющие отношения к специальности, всем известны, и мы видели, к чему это приводит. Здорово, что Олег Владимирович обладает и врачебным талантом, и талантом организатора.

Я желаю ему здоровья и процветания его Центру. И чтобы судьба позволила нам встретиться еще много раз и отметить следующие юбилеи.

Олег Владимирович выполняет завет нашего учителя Святослава Николаевича Федорова: «Только вперед!» И я хочу сказать ему: только вперед, Олег!

ЧЕРНЫХ Валерий Вячеславович



Д.м.н., директор Новосибирского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, профессор, председатель межрегионального Новосибирского областного общества офтальмологов.

– Я знаю Олега Владимировича очень давно, наша дружба началась задолго до того, как мы стали руководителями филиалов. Фактически мы одновременно росли и формировались как офтальмологи и руководители предприятий.

Много лет назад, возглавив Новосибирский филиал, я посетил филиал в Екатеринбурге в числе первых. Здесь я расширял свои познания о работе клиники и тонкостях руководства такой структурой. В тот момент для нас была очень важна поддержка екатеринбургских коллег: они приезжали в Новосибирск и помогали нам создавать новые отделения, выстраивать хирургию глаукомы и многое другое. Наш коллектив очень ценит эту поддержку.

На протяжении десятилетий возглавляемый Олегом Владими-



ровичем Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» растет и развивается. Он занимает значимое место в системе здравоохранения Екатеринбурга, Уральского региона и всей страны и во многом служит примером для коллег. Нельзя не отметить ключевую важность построения Центром филиальной сети в регионах – этот вектор развития был принят в 1990-е годы, и сегодня понятно, что он был абсолютно правильным. Результатом огромного, фантастического труда команды Центра по созданию отделений в разных городах стало реальное приближение качественной высокотехнологичной офтальмологической помощи населению.

В Екатеринбургском центре МНТК прекрасно развито наставничество, воспитание профессиональных кадров: ведущие специалисты в своих направлениях возвращают молодых докторов. Важно, что Центр готовит офтальмологов не только для себя, но и для системы здравоохранения в целом. Это большая ответственность и большая нагрузка на организацию и команду.

Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» – одна из самых больших частных медицинских структур страны. При этом, на мой взгляд, особенно важно, что получение прибыли для предприятия – не самоцель. Значительные средства направляются на развитие, расширение возможностей диагностики и лечения. И в этом, безусловно, большая заслуга управленческой команды и лично руководителя.

Руководитель клиники должен быть не только успешным управленцем, но и разбираться в таких вопросах, как организационные, юридические, хозяйственные, экономические. Здорово, когда при этом ему удается заниматься любимым делом – оперировать. Олегу Владимировичу это удается! И сегодня он является одним из ведущих специалистов в стране как практикующий хирург и врач-офтальмолог.

Я хочу пожелать Олегу Владимировичу не останавливаться на достигнутом и дальше укреплять и развивать Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», постигать неизведанное, заниматься научной деятельностью и быть счастливым человеком. Здоровья и побед!

ПЕРШИН Кирилл Борисович

Д.м.н., медицинский директор системы офтальмологических клиник «Эксимер», профессор, академик РАЕН.

ПАШИНОВА Надежда Федоровна

Д.м.н., главный врач офтальмологической клиники «Эксимер» (Москва), профессор, академик РАЕН.

– Истинная свобода человека не определяется ни материальной независимостью, ни счастьем жить в свободном демократическом обществе, а возможностью прямо смотреть в глаза другому человеку. Не снизу вверх, не сверху вниз, а именно прямо, по определению республиканской Свободы Филиппа Петита. Даже живя в свободном обществе, человек находится под постоянной угрозой быть несвободным материально, административно, профессионально или по какому-либо другому поводу, быть от кого-то зависимым, даже если этот другой этого не хочет.

Нам с тобой обалденно повезло, что мы можем смотреть друг другу в глаза прямо! Занимаясь одним любимым делом, мы независимы друг от друга ни в чем, кроме искреннего интереса, что позволяет получать истинное удовольствие от человеческого и профессионального общения.

Мечтай, как в 18, и будь здоров для того, чтобы реализовывать свои мечты!

УЛЬЯНОВ Алексей Николаевич

Заместитель генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» по лечебной работе

– Я знаю Олега Владимировича с института. В годы нашего студенчества основная жизнь кипела вокруг строительных отрядов. Я был в отряде «Атлант», Олег Владимирович – в Свердловском медицинском объединении конкурировали между собой за объекты хозяйственной деятельности, за места в конкурсах агитбригад и за внимание женских строительных отрядов. Если посмотреть на коллективные фото из моего архива, скорее всего там будет не только мое лицо, но и Олега Шиловских.

Но плотно взаимодействовать друг с другом мы начали только в стенах Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза». Так, в 1992 году мы отправились в турне по КНР в поисках контактов для работы сотрудников. За 10 дней мы совершили более 14 перелетов и поездок. Было много площадок, переговоров с компаниями, которые хотели видеть представителей «школы Федорова» у себя. К сожалению или к счастью, они не смогли предложить нам адекватные финансовые условия. По результатам поездки руководство приняло решение о развитии деятельности нашего Центра исключительно на территории РФ. Чем мы успешно занимаемся в течение последних четырех десятилетий.

Олег Владимирович с первого дня курировал все проекты, в которых и мне удалось поучаствовать. Это проект «Новая оптика», в рамках которого мы первыми привезли в Екатеринбург дизайнерские и брендовые оправы (за ними выстраивались огромные очереди). И проект, целью которого была разработка новых инструментов для микрохирургии (совместно с компанией «Медин-Урал»). Нас сближала работа по организации «Глазного банка» для трансплантации роговицы. Мы развивали новые технологии. С 2003 года я подключился к международной научной деятельности и начал регулярно посещать конгрессы. Часто вместе с Олегом Владимировичем. Мы вместе проходили курсы обучения. Общая работа способствовала тому, что мы понимаем друг друга с полуслова, с полувзгляда.

Одним из самых масштабных проектов Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» за все годы стал Центр рефрак-

ционно-лазерной хирургии – самостоятельный диагностическо-хирургический блок за пределами основной базы на ул. Бардина. Я возглавлял его на начальном этапе. В рамках этого проекта нам удалось реализовать многие современные решения, в частности электронный документооборот.

Олег Владимирович родом из семьи железнодорожника. В нашем коллективе он является не только локомотивом, который тянет всех за собой, он, по сути, прокладывает рельсы и шпалы, благодаря которым понятно, куда двигаться.

Я ценю в нашем руководителе его демократичность. Он дает возможность каждому высказать свое мнение и быть услышанным. Это важное качество позволяет нам развиваться и идти вперед.

Я желаю Олегу Владимировичу долгих лет жизни и активного творчества на том пути, который был выбран в студенческие годы!

ФЕЧИН Олег Борисович

К.м.н., заместитель генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» по хирургии.

– Мы с Олегом Владимировичем со студенческой скамьи, вот уже более 40 лет, вместе шагаем по жизни и из них 35 лет вместе работаем в нашем Центре.

Нужно сказать, что Олег Владимирович всегда проявлял отличные организаторские способности. Заметив это, наш учитель Христо Периклович Тахчиди сначала сделал его руководителем студенческого офтальмологического кружка, а потом и своим заместителем по развитию и координации медицинской деятельности Свердловского филиала МНТК «Микрохирургия глаза».

Наш первый директор и Олег Владимирович мыслили проективно, и уже в середине 1990-х приступили к созданию сети собственных филиалов. В открытии каждого была огромная заслуга Олега Владимировича: он ездил по городам УрФО, Свердловской области, искал помещения, курировал работы по реконструкции, занимался подбором кадров. Моя роль была более скромной: я помогал в обеспечении клиники медицинским оборудованием.

Когда Центр оказался в крайне сложной ситуации судебных разбирательств в 2011–2012 годах, Олег Владимирович приложил массу усилий для ее разрешения. В результате нам удалось не только остаться в здании на ул. Бардина, 4а (из которого нас хотели выселить), но и сохранить весь коллектив. Позднее наш руководитель вложил много сил и энергии в проект концессионного соглашения с МЗ РФ. Мы мало чем могли ему помочь, разве что в подготовке наполнения этого соглашения. Благодаря оформлению 25-летнего партнерства с государством сегодня мы спокойно работаем.

Совместные проекты клиники с бизнесом, с такими авторитетами, как «УГМК-Холдинг», «Атомстройкомплекс», – тоже заслуга Олега Владимировича. Последние из его «плодов» – филиалы нашего Центра в Реже, Красноуральске, Кировграде, Шадринске, Верхней Пышме, большая консультативно-диагностическая поликлиника в центре Екатеринбурга.

Олег Владимирович поддерживает наши инициативы и идет нам навстречу, если понимает, что они направлены на пользу Центра и всех, кто в нем работает. Как капитану хоккейной команды врачей мне импонирует, что он заботится о своих сотрудниках, их здоровье, о том, чтобы они не только интенсивно работали, но и активно отдыхали, занимались спортом. У нас есть значимые социальные проекты, например, наши ветераны получают дополнительную пенсию, а на оздоровление по санаторным путевкам ежегодно выезжают более 150 сотрудников и их детей.

В Центре каждый год происходит что-то интересное в развитии. А еще – и это, пожалуй, самое главное, – все мы с удовольствием ходим на работу!

Хочу пожелать Олегу Владимировичу исполнения всех жизненных замыслов, мечтаний и надежд, крепкого здоровья и личного счастья!

РЕБРИКОВ Сергей Викторович

Заместитель генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» по развитию.

– Так получилось, что все 35 лет моей работы в Центре я нахожусь в команде Олега Владимировича и у него в подчинении. Он на два года старше меня. Сейчас мы друг для друга ровесники, но в молодости эта разница в возрасте казалась значительной. Когда я пришел на работу в Свердловский филиал МНТК «Микрохирургия глаза», Олег Владимирович уже был опытным офтальмохирургом, а я и другие новички – начинающей молодежью. Нашу работу курировали Христо Периклович Тахчиди и Олег Владимирович, и мы показывали им чуть ли не каждого пациента.

Мне хочется рассказать о нем не как о гениальном руководителе (а он, бесспорно, таковым и является) и великом профессионале-офтальмохирурге (а он талантливый хирург высочайшего уровня), а как о человеке. Волею судеб я, уже будучи заведующим отделением лазерной хирургии, оказался вовлечен в программу развития внешней инфраструктуры Центра. Ее возглавлял Христо Периклович, Олег Владимирович был первым его заместителем, а я – в команде при нем. Я участвовал во всех встречах и переговорах, мы много времени проводили вместе в поездках по городам – Сургут, Пыть-Ях, Нижневартовск, Нефтеюганск...

Обычно в таких ситуациях люди устают друг друга, им надоедает общение, даже возникают конфликты. Но рядом с Олегом Владимировичем у меня всегда было ощущение абсолютного комфорта. И мне до сих пор невероятно комфортно работать под его руководством.

У него большой разноплановый коллектив, в котором, я уверен, все его любят и уважают как руководителя и человека. А человек он очень хороший. Судьба нам послала много испытаний, но все они делают Олега Владимировича и нас как коллектив только сильнее.

60 лет – серьезная дата, но в Олеге Владимировиче много энер-

гии и задора. Когда мы подписали концессионное соглашение с Минздравом на 25 лет, он сказал, что продлевать его уже будут другие люди. Мы посчитали – получились, нам будет по 80 лет. Судя по нашему состоянию и настроению, полагаю, возможны и другие варианты.

Я желаю Олегу Владимировичу здоровья, личного счастья, удачи и дальнейшего процветания нашей команде и предприятию!

ИВАНОВ Дмитрий Иванович

Д.м.н., заведующий II хирургическим отделением Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза».

– Я познакомился с Олегом Владимировичем 40 лет назад будучи еще студентом Свердловского медицинского института, когда меня отбирали в студенческий стройотряд. В 1983 году Олег Шиловских был в нем комиссаром. У нас с ним небольшая разница в возрасте –



три года, но в институте это создавало дистанцию. В стройотрядах же свободно общались студенты всех курсов. По сути, стройотрядовцы были большой командой, члены которой не только вместе работали, но и вместе отдыхали, занимались творчеством. В этой среде Олег Владимирович сразу привлекал своей открытостью и своей какой-то особенной, жизнерадостной улыбкой. Он был хорошим комиссаром.

По сути, я оказался в офтальмологии благодаря ему. Он руководил студенческим научным кружком, и я подумал: почему бы и мне не попробовать в офтальмохирургии. Там я познакомился с Христо Перикловичем Тахчиди и с другими будущими коллегами по нашему Екатеринбургскому центру МНТК «Микрохирургия глаза».

Знакомство с Олегом Владимировичем постепенно переросло в дружбу, которая сохраняется по сей день. Он мягкий человек, но достаточно жесткий руководитель. В то же время всегда деликатен. Он замечательный дипломат, умеющий разрешать конфликтные ситуации. Тактичен и интеллигентен – такова его внутренняя сущность. А еще он надежный человек. Наш коллектив – огромная его заслуга, он умеет настраивать, мотивировать и поддерживать.

Я хочу пожелать Олегу Владимировичу и нам всем, чтобы внешние силы, внешние обстоятельства не вмешались и не разрушили созданный всеми нами мир. Чтобы все оставалось стабильным. И конечно, чтобы здоровье не подводило!

КАЗАЙКИН Виктор Николаевич

Д.м.н., ведущий научный сотрудник Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза».

Я знаком с Олегом Владимировичем с 1988 года, с момента открытия нашего Центра. Тесно общаться мы начали примерно 15 лет назад на почве совместных проектов. С конца 1980-х в нашем Центре



стало активно развиваться новое направление офтальмологии – витреоретинальная хирургия (хирургия заднего сегмента глаза – сетчатки и стекловидного тела). И в 2000-х годах в Центре оперировали уже восемь витреохирургов. У каждого из нас появились свои интересные наработки, хирургические приемы. Но зачастую, даже оперируя на соседних столах, коллеги не знали о новшествах друг друга или узнавали не сразу, поскольку не было структуры, в которой транслировался бы индивидуальный опыт и все процессы были бы под контролем. По инициативе Олега Владимировича в 2014 году у нас в Центре было создано отделение витреоретинальной хирургии, и я его возглавил.

В последнее время в нашей клинике особое внимание уделяется научной работе. Эта деятельность была у нас с самого открытия, но сейчас стала одним из приоритетов развития Центра. Взяв курс на подготовку кандидатов и докторов медицинских наук, причем с обязательным прикладным использованием результатов их исследований в повседневной лечебной практике. Научная работа в условиях нашего Центра – сложное мероприятие, поскольку выполняется без отрыва от основной работы, которая весьма интенсивна. Наш генеральный директор всемерно стимулирует эту деятельность, в том числе финансово. При этом проявляет особенное качество – никогда не навязывает себя в соавторы публикаций или патентов коллег, что, пожалуй, большая редкость.

Из основных качеств Олега Владимировича как руководителя я бы выделил уважительное отношение ко всем сотрудникам Центра, независимо от статуса. Он умеет разговаривать с людьми, обладает способностью увидеть достоинства человека и реализовать их в интересах как самого сотрудника, так и клиники. Чувствуется, что он очень болеет за Центр и за каждого из нас.

От души поздравляю Олега Владимировича с прекрасным событием, желаю ему здоровья, долголетия, дальнейших успехов в труде и личной жизни!



Авторская программа с О.В. Шиловских «Предопределение или случайность?»



Авторская программа с О.В. Шиловских «Нам 35! Как все начиналось?»



КОНФЕРЕНЦИИ

1825 ОФТАЛЬМОЛОГОВ ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В «ФЁДОРОВСКИХ ЧТЕНИЯХ-2023»

Продолжение. Начало на стр. 1 ➔

суждаем проблемы, которые наиболее остро стоят перед российской и мировой офтальмологией. Это современные подходы к диагностике, новые разработки в лазерной офтальмохирургии и микрохирургии глаза, наконец, экспериментальные исследования в офтальмологии», — отметил профессор **Борис Эдуардович Малюгин**, председатель Общества офтальмо-

гов России, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ.

Почетным гостем конференции стала профессор Харбинского университета Чжан Хун. Она подчеркнула, что «комплекс МНТК «Микрохирургия глаза» является ведущей и самой авторитетной офтальмологической орга-

низацией в России и может гордиться своими выдающимися достижениями в области научных исследований и лечения офтальмологических заболеваний. МНТК — ориентир для всех офтальмологов России и Китая».

В завершение конференции были названы авторы лучших докладов во всех научных секциях. 33 талантливых офтальмолога получили денежные призы: за 1-е место — 50 000 руб., за 2-е — 30 000 руб., за 3-е — 15 000 руб.

Денежные средства были выделены по решению Президиума Общества офтальмологов России с целью поддержки молодых талантов. «Я уверен, что решение о поддержке молодежи абсолютно правильное и своевременное. Это вклад профессионального сообщества в будущее нашей офтальмологической науки и практики», — сказал Борис Эдуардович Малюгин.

УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ



САМОХВАЛОВ НИКОЛАЙ: «МЕЧТЫ СБЫВАЮТСЯ, НУЖНО ТОЛЬКО ПОСТОЯННО РАБОТАТЬ НАД ДОСТИЖЕНИЕМ ПОСТАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ!»

— Ваш доклад занял 2-е место на секции «Диагностика». Расскажите, пожалуйста, о нем.



— Тема моего доклада, представленного на конференции в секции «Диагностика», «Морфометрические особенности, характеризующие повышенный риск развития острого приступа закрытоугольной глаукомы у пациентов с осевой гиперметропией высокой степени, планирующих проведение рефракционной операции».

— В чем его новизна и какова практическая значимость данной работы?

— Эффективная профилактика острого приступа закрытоугольной глаукомы — актуальная проблема офтальмологии. Зачастую предпосылки к развитию данного состояния есть уже у молодых пациентов с гиперметропией, планирующих проведение рефракционной операции на роговице. Данный вид хирургии позволяет исправить аномалию рефракции, однако никоим образом не изменяет морфометрические особенности переднего отрезка таких глаз: «короткая» переднезадняя ось глаза, более «мелкая» передняя камера, несоответственно большой объем хрусталика. Альтернативная методика — проведение рефракционной линзэктомии с имплантацией ИОЛ. Однако это полостная операция с более высокими рисками интра- и послеоперационных осложнений, выбор в пользу которой должен быть строго обоснован. Поиск наиболее оптимального варианта хирургической коррекции в конкретных случаях может быть определяющим для зрительных функций в перспективе. На сегодняшний день нет строгих объективных дифференцированных критериев выбора той или иной хирургической методики коррекции гиперметропии высокой степени. Их разработка снизит риск развития острого приступа закрытоугольной глаукомы и первичной закрытоугольной глаукомы у таких пациентов.

— Как, на Ваш взгляд, будет развиваться метод дальше?

— В дальнейшем мы планируем разработать прогностический алгоритм, основываясь на исходных данных морфометрии переднего отрезка глаза, целью которого будет выбор наиболее оптимального метода хирургической коррекции гиперметропии высокой степени, что позволит своевременно проводить профилактику такого опасного состояния, как острый приступ закрытоугольной глаукомы и первичная закрытоугольная глаукома.

— Каким направлением в офтальмологии планируете заниматься?

— На данный момент я занимаюсь хирургическим лечением заболеваний переднего отрезка глаза — преимущественно хирургией катаракты. В дальнейшем хочу освоить витреоретинальную хирургию.

— Расскажите немного о себе, пожалуйста.

— Меня зовут **Николай Владимирович Самохвалов**. В 2017 году с отличием окончил Дальневосточный государственный медицинский университет, после чего освоил ординатуру по специальности «Офтальмология». В настоящий момент я работаю врачом-

офтальмологом 1-го офтальмологического отделения Хабаровского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России.

— Почему в медицинском институте Вы сделали выбор в пользу офтальмологии?

— Всем нам рано или поздно приходится сталкиваться с выбором жизненного пути. Лично меня офтальмология как специальность заинтересовала на 5-м курсе университета — я мечтал стать именно офтальмохирургом. Глаз как один из органов чувств человека представляет собой удивительный инструмент, через который мы воспринимаем почти 90 % информации. Заниматься лечением его заболеваний для меня — что-то космическое! И теперь, работая в 1-м хирургическом отделении своего родного и любимого Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова, занимаясь одним из самых востребованных и интересных направлений хирургии, я могу смело сказать: мечты сбываются, нужно только постоянно работать над достижением поставленных целей!

— Какие доклады слушали на конференции и могли бы отметить?

— Мне очень понравился доклад, который был представлен в секции «Диагностика» докладчиком Викторией Валерьевной Макухиной на тему «Оптическая когерентная томография в оценке состояния микроциркуляторного русла переднего отдела глаза».

— Что нового для себя узнали на конференции?

— С большим интересом воспринял видеодоклад Евгении Михайловны Свистуновой на тему «Офтальмодрофиляриоз. Чужой среди своих, свой среди чужих?», так как в повседневной клинической практике такие состояния достаточно редки и требуют определенной тактики ведения пациентов с данной нозологией.

АНДРЕЙ ИВАНОВ: «ЕСТЬ ЖЕЛАНИЕ ОСВОИТЬ КАК МОЖНО БОЛЬШЕ НАПРАВЛЕНИЙ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ»

— Пожалуйста, расскажите о себе.



— Меня зовут **Андрей Александрович Иванов**, работаю в дружном коллективе 1-го офтальмологического отделения Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» в течение трех лет.

— Вы первый раз участвовали в конференции ФЧ?

— Участвовал впервые. Но начиная с ординатуры, ежегодно становился слушателем «Фёдоровских чтений». Помимо этого всегда слежу за выступлением своих коллег по филиалу.

— С каким докладом выступали?

— Доклад был на тему «Зависимость частоты спонтанной люксации комплекса «капсульный мешок — ИОЛ» от материала и веса линзы».

— Ваш доклад занял 1-е место на секции «Новые разработки в микрохирургии глаза». В чем актуальность темы?

— Большинство хорошо известных и доказанных факторов, способствующих люксации ИОЛ, в отдаленном периоде не поддаются коррекции (ПЭС, осевая близорукость, предшествующие операции, воспаления и травмы). Следовательно, поиск регулируемых факторов риска, ограничение которых поможет снизить частоту данного осложнения, является весьма актуальным. В настоящее время малоизучено влияние материала и веса искусственного хрусталика. В данной работе нами проведен анализ влияния этого фактора. По результатам исследования уже можно предположить, что вес ИОЛ может играть важную роль в патогенезе вывиха искусственного хрусталика. Основываясь на данных работах, ведется разработка рекомендаций по снижению риска данного осложнения у пациентов с исходной комбинацией некорректируемых факторов риска, осложняющих состояние связочного аппарата хрусталика.

— Какие доклады коллег Вы отметили?

— К сожалению, выслушать все доклады не было возможности. Из того, что видел, хотелось бы отметить следующие доклады: «Опыт применения рекомбинантного фактора роста нервов», «Применение моделей искусственных нейронных сетей при расчете оптической силы интраокулярных линз».

— Как видите свое развитие в офтальмологии?

— Есть желание освоить как можно больше направлений офтальмохирургии. С интересом наблюдаю за появлением новых хирургических методик. Подхожу к их освоению вдумчиво, с терпением и опираясь на опыт коллег.

— Как, по Вашему мнению, будет развиваться офтальмология?

— Думаю, что офтальмология пойдет еще дальше по пути минимизации и травматизации хирургического лечения. Мы уже начинаем профилактировать отдаленные послеоперационные осложнения, добавляя в хирургию определенные техники. Пример тому — превентивная фиксация ИОЛ при подвывихе хрусталика.

ЕВГЕНИЯ СВИСТУНОВА: «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ СТАНЕТ ЕЩЕ БОЛЕЕ ДОСТУПНОЙ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ ВСЕХ РЕГИОНОВ СТРАНЫ»

— Будьте добры, представьтесь, пожалуйста.



— Меня зовут **Евгения Михайловна Свистунова**, я являюсь клиническим ординатором 2-го года обучения кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ. Официального места работы врачом-офтальмологом пока что нет, появится только после сдачи ГИА и прохождения аккредитации в августе 2023 года.

— Евгения Михайловна, поделитесь, пожалуйста, Вашими впечатлениями о прошедшей конференции «Фёдоровские чтения». Какой доклад Вы представляли на мероприятии?

— В соавторстве с М.В. Мелиховой под руководством д.м.н. профессора И.Е. Пановой был представлен доклад (видеофильм), в котором разбирался клинический случай поражения орбиты паразитом вида *Dirofilaria repens*.

УЧАСТНИКИ КОНФЕРЕНЦИИ

— Ваш доклад занял 1-е место на секции «Видео доклады». В чем актуальность представленной темы?

— Актуальность проблемы состоит в том, что, согласно имеющимся публикациям, раньше большинство случаев заражения людей *D. repens* регистрировалось в южных странах (Франция, Турция, Армения, Италия, Балканский полуостров, Иран и др.) и южных регионах Российской Федерации, однако в последнее время отмечается тенденция к распространению данного заболевания в северных регионах, что подтверждается в нашем докладе.

Поражение органа зрения дирофиляриями — одно из частых проявлений данного заболевания. Чаще всего гельминт располагается субконъюнктивально, вызывая ощущение шевелящегося инородного предмета, жгучие боли, слезотечение и зуд при движении паразита. В таких ситуациях постановка диагноза не вызывает затруднений, и иногда пациенты могут обнаружить паразита самостоятельно.

Новизна нашего доклада состояла в презентации интраоперационного обнаружения живого гельминта и удаления его вместе с капсулой, находящейся в орбите. При локализации гельминта в тканях век или орбите, как правило, больных начинает беспокоить периодическое появление гиперемии и отека кожи век, блефароспазма и зуда, а также формирование плотного очага в пораженной области. В подобных ситуациях диагностика состояния на основании данных инструментальных методов исследования, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), вызывает трудности, хотя в литературе описаны случаи обнаружения паразита на дооперационном этапе. Поэтому для постановки диагноза нередко прибегают к диагностическим оперативным вмешательствам с интраоперационным обнаружением паразита после вскрытия ула или гранулемы, как было продемонстрировано в нашем докладе.

С учетом роста заболеваемости данной патологией практическая значимость доклада состоит в том, чтобы обратить внимание специалистов к вероятным паразитарным поражениям органа зрения, в том числе с орбитальной локализацией.

— Как Вы видите развитие офтальмологии?

— По моему мнению, развитие офтальмологии будет в еще большем распространении доступной высокотехнологичной офтальмологической помощи всему населению во всех регионах нашей страны, а также в формировании среды для всестороннего развития молодых специалистов.

— Расскажите, пожалуйста, о Ваших учителях.

— Моими учителями были и остаются весь профессорско-преподавательский состав кафедры офтальмологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова под руководством д.м.н., профессора Э.В. Бойко, а также практикующие врачи Санкт-Петербургского филиала ФГАУ НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» — д.м.н., профессор И.Е. Панова, к.м.н. Е.В. Самкович, к.м.н. М.В. Мелихова, к.м.н. М.Н. Немсишверидзе, И.В. Хижняк, к.м.н. И.Б. Литвин

Хотела бы выразить безмерную благодарность им за возможность учиться и развиваться под их руководством!

— Какие доклады, секции Вам наиболее понравились?

— На конференции мне понравились доклады в секции «Фундаментальные и прикладные исследования в офтальмологии».

ИСКАНДЕР ВАЛИШИН: «СЧИТАЮ, ЧТО НУЖНО ИДТИ БОК О БОК С НАУКОЙ»

— Расскажите о себе, пожалуйста. Почему решили стать офтальмологом, чем интересна для Вас эта специальность?



— Меня зовут **Валишин Искандер Дамирович**, окончил с отличием лечебный факультет Башкирского государственного медицинского университета в 2020 г. Красный диплом не был моей целью, мне просто было интересно учиться.

Специальность «Офтальмология» мне понравилась после самой первой лекции, где нам показали широчайший спектр технологий. Помню, как меня тогда удивило, что в лечении такого небольшого органа, как глаз, есть множество различных направлений и точно можно найти себе что-то по душе. Ординатуру проходил также в стенах альма-матер. За время учебы я побывал в разных больницах, но больше всего меня привлек «Уфимский НИИ глазных болезней» возможностью заниматься как научной деятельностью, так и клинической практикой. После окончания у меня не было сомнения, где я хочу работать. И теперь я научный сотрудник Уфимского НИИ глазных болезней.

— Расскажите, пожалуйста, про доклад, который был Вами представлен на конференции и получил 3-е место на секции «Клинические случаи».

— Нами представлен доклад о клиническом случае каротидно-кавернозного соустья у 52-летней пациентки, которую экстренно направили на хирургическое лечение левосторонней флегмоны орбиты. Ухудшение зрения левого глаза с заметным его покраснением и умеренным выпячиванием, а также припухлость, покраснение век и щеки слева появились у пациентки на 62-й день после черепно-мозговой травмы. Дежурным врачом-офтальмологом пациентка в экстренном порядке была направлена на стационарное лечение, где врачи-офтальмологи произвели вскрытие и дренирование левой орбиты в нижне-наружном сегменте глаза. На фоне проводимой интенсивной противовоспалительной терапии на 5-й день стационарного лечения пациентку начали беспокоить распирающие боли в левом глазу и появившийся шум в голове (напоминающий «шум паровоза»), в связи с чем ей были рекомендованы дополнительные обследования, и только проведенная селективная компьютерная томография с ангиографией позволила установить окончательный диагноз: посттравматическое каротидно-кавернозное соустье слева, по поводу которого было рекомендовано хирургическое лечение.

— Почему была выбрана именно эта тема доклада?

— Тема выбрана неслучайно, данный клинический случай редко встречается в клинической практике и поэтому интересен как для молодых офтальмологов, так и для опытных специалистов. Это заболевание находится на стыке смежных специальностей, при котором важны своевременная диагностика и неотложное эндоваскулярное хирургическое вмешательство, которое является на сегодняшний день единственным способом лечения данной патологии.

— Каким видите свое дальнейшее развитие в профессии?

— Мне нравится одно изречение: «Практика без науки слепа. Наука без практики мертва». Такая же позиция и у меня. Считаю, что нужно развиваться не только в одном направлении, а идти бок о бок с наукой и практикой. А получится ли это у меня? Узнаем со временем.

— Спасибо. Желаем Вам удачи на выбранном пути!

ИЛЬЯ АРСЮТОВ: «ХОЧУ ПОЖЕЛАТЬ КОЛЛЕГАМ ВЕРИТЬ В СЕБЯ И СО СТУДЕНЧЕСКИХ ЛЕТ ДВИГАТЬСЯ ВПЕРЕД, ЗАНИМАЯСЬ ЛЮБИМЫМ ДЕЛОМ!»

— Представьтесь, пожалуйста.

— Меня зовут **Илья Дмитриевич Арсютов**, я студент 4-го курса лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова.



— Расскажите, пожалуйста, о Вашем докладе, который занял 3-е место на секции «Видеодоклады».

— На «Фёдоровских чтениях» я выступал с видеодокладом на тему «Роль компьютерной томографии в тактике офтальмохирурга при осколочных ранениях глаза», в нем был представлен интересный клинический случай длительно персистирующего в глазу металлического инородного тела.

Примечательно, что локализовано оно было с помощью компьютерной томографии, а клинически проявлялось металлозом глаза.

Мы с соавторами решили поделиться нашей тактикой в такой ситуации и привлечь внимание молодых специалистов к важности рентгенологических методов в дифференциальной диагностике глазных патологий. В результате работа заняла 3-е место на секции!

— Поделись, пожалуйста, впечатлениями от конференции.

— Я посещаю «Фёдоровские чтения» не первый год и каждый раз отмечаю глубину изучения материала докладчиками и качество подготовки докладов. Безусловно, этот год не стал исключением. Каждый доклад был по-своему полезен, познавателен, уникален. А наиболее интересными для меня оказались секции по диагностическим и хирургическим аспектам в офтальмологии.

Безусловно, дистанционный формат подарил много возможностей: от большого количества докладов из множества регионов нашей огромной страны до быстрого переключения между секциями, не выходя из дома, но все же сильно не хватает атмосферы выступлений вживую, это совсем другие эмоции!

— Почему Вы решили стать офтальмологом?

— Офтальмология — великолепная специальность, требующая от врача множества навыков и знаний в возвращении зрения людям! Не описать словами впечатления от наблюдения за макромиром глаза в микроскоп!

— Что Вы хотели бы пожелать молодым специалистам?

— Коллегам хочу пожелать верить в себя и со студенческих лет двигаться вперед, занимаясь любимым делом!

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

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

ПЕРФТОРДЕКАЛИН материал офтальмологический

- ✓ 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



КОНФЕРЕНЦИИ

КОСМИЧЕСКИЙ КОРАБЛЬ ПОД НАЗВАНИЕМ «МНТК» ПРОДОЛЖАЕТ ПОЛЕТ. И МЫ КАК ЧАСТЬ БОЛЬШОГО ЭКИПАЖА ЛЕТИМ ВМЕСТЕ С НИМ

28 и 29 апреля 2023 года в Санкт-Петербурге состоялась Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция с международным участием «Лазерная интраокулярная и рефракционная хирургия», которая по праву является одним из ярких событий научного сообщества офтальмологов нашей страны. В этом году она проходила в очном формате и была посвящена 35-летию Санкт-Петербургского филиала. Два дня активной научной работы, выставка медицинского оборудования и лекарственных препаратов, в которой представлены самые последние новинки в области офтальмологии, долгожданные встречи коллег и друзей, теплая атмосфера, очное общение в дискуссиях и научных спорах.

О масштабности проведения мероприятия говорят цифры:

- свыше 1600 участников;
- 1045 очных участников;
- 557 участников онлайн;
- широкая география мероприятия — более 20 стран: Россия, Беларусь, Германия, Румыния, Ангола, Азербайджан, Армения, Вьетнам, Грузия,



- Казахстан, Кыргызстан, Китай, Латвия, Молдова, Украина, ОАЭ, остров Норфолк, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан;
- «живая хирургия» в новом формате;
- 9 научных секций;
- 3 спонсорских симпозиума;
- 163 спикера;
- более 190 докладов;
- 2 дня занятий на тренажере EyeSi Surgical Simulator.



Открыли конференцию генеральный директор ФГАУ НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова канд. мед. наук, Заслуженный врач РФ **Д.Г. Арсютов**, ректор ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова д-р мед. наук, профессор **С.А. Сайганов** и д-р мед. наук, Заслуженный врач РФ, профессор, директор Санкт-Петербургского филиала **Э.В. Бойко**.

Дмитрий Геннадьевич Арсютов в своей приветственной речи отметил: «Производство отечественного лазерного оборудования исторически берет свое начало на невосской земле. И соответственно все те победы, которые сегодня имеет офтальмология Северо-Западного округа и в частности, Санкт-Петербурга во многом связаны с развитием донно-лазерной хирургии, витреоретинальной хирургии, самой развитой школы офтальмотравмы, обучением молодых врачей. Эта коллаборация возможностей и делает сегодня Санкт-Петербургский филиал лидером в лазерном направлении офтальмологии».

Доклад директора Санкт-Петербургского филиала Э.В. Бойко был посвящен истории развития лазерных технологий в нашей стране. Эрнест Витальевич подчеркнул, что Святослав Николаевич Фёдоров всегда мечтал о создании энергетической хирургии и многие лазерные технологии были разработаны и усовершенствованы именно в Санкт-Петербургском филиале МНТК «Микрохирургия глаза».

Секция «Живая хирургия»: фемтохирургия катаракты с имплантацией инновационных ИОЛ» открыла первый день конференции. В онлайн-режиме офтальмохирурги Санкт-Петербургского филиала (С.В. Шухаев, Л.В. Чиж, М.Г. Немсицверидзе и И.В. Хижняк) продемонстрировали свое мастерство и провели пять офтальмологических операций на инновационном оборудовании с использованием современных моделей премиальных интраокулярных линз. Участники впервые за историю конференций могли увидеть на следующий день результаты «живой хирургии», которые были запечатлены на фотографиях и видеозаписях, что дало возможность сверить данные об остроте зрения пациентов до операции и после нее и услышать положительные отзывы о своем самочувствии самих пациентов.

Параллельно с трансляцией «живой хирургии» проходила секция по лазерной и витреоретинальной хирургии заболеваний сетчатки, которую открыл директор Иркутского филиала МНТК д-р мед. наук, профессор **Андрей Геннадьевич Щуко** с докладом о таком социально значимом и многофакторном заболевании, как диабетическая ретинопатия. Были рассмотрены особенности клинических проявлений и дифференциальной диагностики. В продолжение данной тематики выступил канд. мед. наук **Федор Евгеньевич Шадрин**, который осветил вопросы лечения диабетической ретинопатии и диабетического макулярного отека.

Отдельное внимание было отведено проблеме отслойки сетчатки. В лечении данной патологии **Л.А. Крыль** с группой авторов поделились опытом применения транспуиллярной лазерной ретинопатии для снижения риска развития отслойки сетчатки, а канд. мед. наук **У.Р. Алтынбаев** подробно разобрал вопрос применения обогащенной тромбоцитами плазмы в лечении центральной отслойки сетчатки и ретиношизиса у пациентов с осложненной миопией. Продолжая тематику патологии сетчатки, **А.Н. Казеннов** поделился опытом хирургического лечения рецидивов макулярного разрыва. Авторы предлагают методику «инвертированного лоскута», которая позволяет снизить риск механической травматизации сетчатки и показывает высокую эффективность. В случаях невозможности выкраивания лоскута внутренней пограничной мембраны авторы переходили на механическое сближение краев разрыва, однако они отмечают большую травматизацию нейрорепиталия по данным послеоперационного ОКТ.

Докладчики из Санкт-Петербургского филиала МНТК в своих сообщениях затрагивали вопросы дооперационного и послеоперационного анализа исходов хирургии патологии сетчатки. Так, **Т.А. Докторова** предлагает вариант дооперационной оценки функционального состояния сетчатки при сквозных макулярных разрывах, что является крайне актуальной задачей в хирургии макулярных разрывов, так как особенности заболевания не дают возможности достоверно оценить исход после операции. **И.В. Хижняк** представил анализ изменений цитокинового профиля в



ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ ЦЕНТР
МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» | 35 ЛЕТ
СОЗВЕЗДИЕ ПРОФЕССИОНАЛОВ



УЧЕБНО-СИМУЛЯЦИОННЫЙ ЦЕНТР

КУРС WETLAB «СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ. Продвинутый уровень», 36 ч

6–10 ноября 2023 г., 11–15 марта 2024 г.

В симуляционном центре Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» проводятся курсы дополнительного профессионального образования для действующих врачей-офтальмохирургов, желающих улучшить свою хирургию и поднять уровень в работе с возможными осложнениями.

На данном курсе обучающийся получает навыки проведения наиболее современной деликатной хирургии при работе с любыми типами хрусталиков, подшивания ИОЛ, выполнения передней витректоми, а также сочетанной хирургии катаракты и глаукомы. Теорию и практику на курсе преподают ведущие специалисты Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза».

После прохождения полного курса обучения и успешной итоговой аттестации обучающимся выдается документ о повышении квалификации установленного образца с внесением сведений об образовании в Федеральную информационную систему «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и/или квалификации, документах об обучении».



Заявку направляйте через сайт Центра:
<https://www.eyeclinic.ru/specialist/obuchenie/zayavka-na-obuchenie/>
По всем вопросам пишите на e-mail: wetlab_mntk@mail.ru
Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»
620149, Россия, г. Екатеринбург, ул. Академика Бардина, 4а.
Лицензия на образовательную деятельность ЛО35-01277-66/00634269 от 28.12.2022
АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»

подсиликоновой жидкости, для которой была разработана авторская методика забора. Данное исследование показало статистически значимую зависимость макулярного кистозного отека в послеоперационном периоде с рядом провоспалительных факторов и вызвало активную дискуссию.

Актуальной тематикой стали вопросы лечения патологии глазного дна ингибиторами ангиогенеза, обсуждению которых было посвящено пять докладов.



Отдельно хочется выделить доклад канд. мед. наук **С.В. Сосновского**, в котором он рассказал о новой молекуле в лечении хориоидальной неоваскуляризации — «фарицимаб». Детально были рассмотрены аспекты двойного ингибирования и интервальность в проведении интравитреальных инъекций новым препаратом.

Большое внимание было отведено стадиям развития макулярной хориоидальной неоваскуляризации. Одним из осложнений развития хориоидальной неоваскуляризации являются субмакулярные кровоизлияния. О послеоперационных результатах малоинвазивного лечения данного осложнения рассказал **Э.Д. Босов**, который представил вариант лечения, включающий в себя субретинальное введение проурокиназы, пневмодислокацию и последующее введение ингибиторов ангиогенеза для подавления активности хориоидальной неоваскуляризации.

Одним из заболеваний, часто приводящих к значительным кровоизлияниям, являются ретинальные макроаневризмы. **М.А. Бурнашева** представила доклад о вариантах лазерного лечения данной патологии, рассказала о рисках кровоизлияния с лазерным лечением и без него, было отмечено, что риск кровоизлияний после лечения оказался ниже.

И.А. Фролычев поделился с аудиторией данными по частоте выявления интраокулярного воспаления при применении ингибиторов ангиогенеза. В данном докладе рассматривались варианты неинфекционного внутриглазного воспаления и методика консервативного лечения.

Подход к проведению лазерного витреолизиса в случае диффузной деструкции стекловидного тела осветил **Д.А. Буряков**. Доклад включал в себя не только подход к хирургическому лечению, но и варианты диагностических манипуляций.

Во второй части секции три доклада описывали современные подходы к диагностике и лечению центральной серозной хориоретинопатии. Заведующий лазерным отделением, д-р мед. наук **П.Л. Володин** и врач лазерного отделения, канд. мед. наук **Е.В. Иванова** представили два доклада, посвященных анализу результативности и методики совершенствования подходов к лазер-

ному лечению центральной серозной хориоретинопатии. Павел Львович предложил использовать оптическую когерентную томографию с ангиорежимом для более точного определения патологического очага. В продолжение данной тематики д-р мед. наук **Д.С. Мальцев** рассказал о лазерном лечении центральной серозной хориоретинопатии в сложных случаях. **Е.В. Иванова** с целью поиска наиболее эффективных и наименее травматичных параметров для микро-

импульсного лазерного лечения проанализировала данные большой группы пациентов.

Канд. мед. наук **Ю.А. Сидорова** выступила с докладом от группы авторов из Калужского филиала МНТК и продемонстрировала выполнение различных вариантов коагуляции сетчатки. С использованием компьютерного моделирования было выявлено, что коагуляция паттерном «квадрат», «прямоугольник», «треугольник» и др. является менее эффективной и удобной в отличие от паттерна «гексагон», который отличается удобством применения, хорошей плотностью заполнения, невысоким риском чрезмерно интенсивной лазерной коагуляции.

Д-р мед. наук **М.В. Гацу** представила вниманию участников клинический случай пациента с редким генетическим заболеванием: болезнь Тея – Сакса.

Возможности применения оптической когерентной томографии с сосудистым режимом показаны в двух докладах. Особенности микроциркуляции при передней ишемической оптической нейропатии были представлены в докладе, составленном под руководством д-ра мед. наук **Е.Э. Иойлевой**. А в докладе **Н.В. Помыткиной** рассматривались аспекты выявления транзиторной ретинопатии и прогрессирования диабетической ретинопатии у беременных женщин, страдающих сахарным диабетом.

Про субретинальные транзиторные гипорефлективные фокусы доложила врач-офтальмолог **А.Н. Панфилова**. Работа включает в себя интересные клинические случаи, визуализацию транзиторных фокусов по данным ОКТ, а также литературные данные.

В заключение заседания секции был представлен доклад **А.В. Молодкина**, в котором он продемонстрировал роль мультимодального подхода в диагностике сочетанной патологии глазного дна: гемангиомы хориоидеи и центральной серозной хориоретинопатии.

Также в первый день конференции, после «живой хирургии», заседание было посвящено современной хирургии катаракты: «Осложнения и осложненная хирургия катаракты», в нем приняли участие ведущие эксперты в хирургии катаракты с информативными и актуальными докладами.

Сессию открыл профессор **И.Э. Ио-**

шин. В своем сообщении он осветил современные тенденции и сложности в расчете интраокулярных линз у пациентов после кератотомии, что является очень актуальным, учитывая увеличение с каждым годом пациентов с катарактой после рефракционных операций, требующих индивидуального подхода в расчете интраокулярных линз.

Фемтолазерная энергия все шире применяется в хирургии катаракты, сразу несколько докладчиков — **Д.Э. Ара-**

келян, канд. мед. наук **М.Н. Немсицверидзе**, канд. мед. наук **Е.П. Гурмизов**, **Г.Д. Хджодж** — в своих сообщениях отметили преимущества фемтоассистированной хирургии при факоэмульсификации, особенно в осложненных случаях — при подвывихе хрусталика 3-й степени, сверхплотной (бурой) катаракте и при катаракте с врожденной аниридией. Были рассмотрены преимущества и недостатки данной технологии.

Общеизвестно, что сложности в хирургии катаракты могут быть обусловлены заболеванием глазной поверхности, в частности синдромом сухого глаза, — данной теме был посвящен доклад **И.Т. Биченовой** в соавторстве с д-ром мед. наук **И.А. Мушковой**.

В Санкт-Петербургском филиале НМТК «Микрохирургия глаза» с каждым годом увеличивается количество операций катаракты у детей. Очень важно выбрать правильную интраокулярную коррекцию. Доклад заведующего операционным блоком **И.В. Хижняка** показал возможности ИОЛ с удлинённым фокусом (EODF технологии) в детском возрасте.

Интерес вызвала серия докладов хирургии в нестандартных случаях, например, при иридокорнеальном эндотелиальном синдроме (**А.А. Воскресенская**); особенности фиксации ИОЛ при силиконовой тампонаде (**Г.О. Карпов**); оптимизация факоэмульсификации при морганиевой катаракте (**Е.С. Пирогова**); оптико-реконструктивная реабилитация пациентов после удаления опухоли иридоцилиарной зоны (**Е.П. Судакова**). **М.Р. Таевере** в своем докладе акцентировала внимание на лазерном лечении при постоперационной патологии иридохрусталиковой диафрагмы.

В заключение профессор **И.Э. Иошин**, подводя итоги работы, отметил ценность каждого доклада, вызвавшего интересные дискуссии.

С полной версией обзора конференции можно ознакомиться на сайте РОО <https://eyepress.ru/article.aspx?58401>



Современная ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ПРОТИВОГЛАУКОМНЫЕ ПРЕПАРАТЫ



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Северная ЗВЕЗДА
Нам доверяют!



“ СВЯТОСЛАВ НИКОЛАЕВИЧ ФЁДОРОВ — ЭТО НЕОБЫКНОВЕННАЯ ЛИЧНОСТЬ. ЭТОТ ЧЕЛОВЕК РАДИ ДЕЛА МОГ ПОЙТИ НА ВСЕ ”

Ко дню рождения академика Святослава Николаевича Фёдорова предлагаем вашему вниманию воспоминания о нем его коллег, соратников, учеников и друзей.

Нонна Сергеевна Ярцева,

профессор, заслуженный врач РСФСР, ветеран ВОВ; ранее — заведующая учебной частью кафедры глазных болезней ММСИ (с 1979 г.)

«У Святослава Николаевича была прекрасная память, необыкновенная трудоспособность и большая пробивная сила. Мне приходилось спорить с ним по некоторым вопросам, я не всегда соглашалась с его мнением. Но Фёдоров болел за дело. Он говорил: «Чем мы оперируем такой нежный орган, как глаз? Топорами?» И очень скоро появился великолепный инструмент. Его начали выпускать на отечественных предприятиях, и добился этого благодаря своему упорству именно Святослав Николаевич.



А с каким трудом удалось добиться производства и применения интраокулярных линз! Видные окулисты, такие как, например, профессор В.Н. Архангельский, в 1960-е годы главный офтальмолог Минздрава СССР, выступал против имплантации инородного тела в глаз. Это была новая операция, еще полностью не изученная, поэтому основания для такой позиции у него, объективно говоря, были».

«Несомненно, он был уникально талантливым человеком. Думаю, он добился бы высот в любой сфере деятельности. Прекрасный педагог, отличный лектор, любил общение со студентами, всегда увлекательно рассказывал об офтальмологии, ее значении для человека и перспективах развития.

В том, что офтальмология стала престижной, бурно развивающейся отраслью медицины, огромная роль принадлежит С.Н. Фёдорову.

Академик был очень умным, проницательным человеком, умел видеть и ценить людей. Мы, его сотрудники, чувствовали себя рядом с ним как за каменной стеной».

Христо Периклович Тахчиди,

доктор медицинских наук, академик РАН, ранее — генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» (2001–2011 гг.)

«С.Н. Фёдоров создал научную школу, достижения которой вышли далеко за рамки МНТК «Микрохирургия глаза» и его филиалов, вырвались за пределы страны. Микрохирургические методы операций, открытые Святославом Николаевичем, во многих учебниках привычно называют «русскими технологиями».



Валерий Дмитриевич Захаров, профессор, ранее — заведующий отделом витреоретинальной хирургии МНТК «Микрохирургия глаза»

«Святослав Николаевич обладал удивительным чувством нового, перспективного. Мне посчастливилось работать с ним 40 лет, и я всегда поражался его умению видеть наиболее прогрессивное направление научного поиска. Я думаю, что это объясняется его стремлением помочь как можно большему количеству больных людей, его невероятной добротой.



Микрохирургия имплантации искусственного хрусталика, хирургия близорукости, витреоретинальная хирургия и другие методы позволили вернуть зрение миллионам пациентов. В этом основа его невероятных успехов и поистине всенародной любви.

Множество планов он не успел завершить, и наша задача состояла в том, чтобы продолжать его дело».

Леонид Федосеевич Линник,

профессор, академик РАЕН, ранее — заместитель генерального директора МНТК по научной работе (с 1979 г.)

«На протяжении более 20 лет наша работа со Святославом Николаевичем была как бы синхронизирована. Фёдоров давал полную свободу творчеству,



это способствовало более азартному развитию всех направлений научной и хирургической деятельности клиники».

Александр Дмитриевич Семёнов,

профессор, заслуженный врач РСФСР, ранее — почетный директор Центра лазерной хирургии МНТК «Микрохирургия глаза»



«Я 26 лет проработал с Фёдоровым. Я видел его очень разным. Он был не только хирургом, организатором, просто явлением в медицине и не только в медицине, а подобно Ньютону, Гельмгольцу, Флемингу смог изменить не только научные представления, но и сознание людей. Когда Святослава Николаевича не стало, мы потеряли огромную часть своего интеллекта и мощи. Аналогов МНТК «Микрохирургия глаза» нет, сохранить его — наш долг перед памятью Святослава, перед его совестью. С.Н. Фёдоров сформировал хорошую команду, врачи этой команды по-прежнему возвращают людям зрение в операционных по всей стране».

Альбина Ивановна Ивашина,

профессор, ранее — директор Центра рефракционной хирургии МНТК «Микрохирургия глаза»

«На втором курсе я стала заниматься в научном кружке офтальмологов, которым руководил Святослав Николаевич Фёдоров. Вместе с ним мы, кружковцы, работали над проблемой имплантации искусственного хрусталика. В 1967 году Святослав Николаевич Фёдоров, тогда еще ни академик, ни профессор, ни доктор наук, высадился с десантом из четырех 20-летних молодых людей на московской земле с идеей победить слепоту и избавить от слабоумия всех страдающих от этого.

Вся жизнь Федорова — это непрерывный поиск, активная позиция, сме-



АНТЕГИОН®

Мультимодальная платформа визуализации переднего отрезка глаза



Это Heidelberg Engineering

Это Swept Source технология

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

ASKIN&CO
ТЕХНИКА ДЛЯ ЗРЕНИЯ

лость, масштабность. Трудно сегодня по достоинству оценить его вклад в науку, практику, философию жизни. Секрет его успеха — потрясающая способность правильно определить цель, точно поставить задачи и обязательно решить их. Он всегда был убежден в правильности своих решений и идей. Он умел зажечь людей. Формула его жизни — это формула непрерывного творчества. Он остался человеком на все времена, явлением, не имеющим параллелей».

Валентина Григорьевна Копаева, профессор, действительный член РАЕН, ранее — директор Научно-педагогического центра МНТК «Микрохирургия глаза»



«Святослав Николаевич умел мыслить и смотреть одновременно вглубь и вширь. Задачу, которую он перед собой ставил как хирург; решал одновременно с позиций химика, физика, физиолога, морфолога. Он чувствовал перспективу там, где никто вообще не догадывался приложить усилия. Федоров профессионально и духовно рос всю жизнь, ни на минуту не останавливался. Он был личностью многомерной и многогранной, легко вписывался в обстановку операционной, светского банкета, зала заседаний Госдумы. Фёдоров всегда был естественным и неповторимым. Он летел по жизни. Нам надо не растерять этот азарт, мы просто обязаны его сохранить».

Элеонора Валентиновна Егорова, профессор, заслуженный деятель науки РФ, ранее — директор Центра по работе с филиалами МНТК «Микрохирургия глаза» (1989–2006 гг.), заведующая отделом хирургического лечения глаукомы МНТК «Микрохирургия глаза» (2006–2015 гг.)



«Находиться рядом со Святославом Николаевичем было все равно что попасть в эпицентр магнитной бури. Забыть невозможно его мощную энергию, эмоциональные всплески, непредсказуемые гениальные решения, которые рождались на наших глазах. Талант его был многогранным. Он много работал и умел радоваться жизни, был доверчив и восприимчив, а что касается науки — педантичен. Он заставлял нас всех понять простую истину: ты жив, пока способен творить. Он умел подобрать кадры так, что работающие в его коллективе добивались колоссальных успехов. Целая плеяда ученых выросла здесь, в нашем коллективе».

Зинаида Ивановна Мороз, профессор, ранее — заведующая отделом трансплантации и хирургии роговицы МНТК «Микрохирургия глаза»



«Целая жизнь прошла рядом со Святославом Николаевичем рядом. Великих людей много, талантливых тоже хватает, а гениальных, как он, — единицы. Как говорил Державин: «Река времен в своем течении уносит все дела, людей и топит в пропасти забвенья народы, царства и царей». И у нас часто бывает: ушел человек и забыли его. Со Святославом Николаевичем так не получится. Его имя будет жить вечно».

Татьяна Леонидовна Климова, кандидат медицинских наук, научный редактор журнала «Офтальмохирургия», ранее — ученый секретарь МНТК «Микрохирургия глаза», диссертационного совета

«В нем было столько энергии и идей, что мы даже многое не могли представить себе. Мы заражались и горели его идеями. А самое главное, в Фёдорове была его гуманность к больным, к которым он относился как к своим родным. Он умел поговорить с пациентами так, что больной уходил от него окрыленный. Даже у совершенно безнадежного пациента появлялась надежда на исцеление. Да и сам Святослав Николаевич верил, что все-таки когда-нибудь медицина дойдет до такого уровня, что сможет помочь безнадежному на данное время больному».



До середины 1980-х годов мы были, что называется, «впереди планеты всей». И мы лечили больных, от которых отказывались остальные клиники».

Виктор Константинович Зуев, профессор, академик РАЕН, ранее — заведующий отделом хирургической коррекции и профилактики миопии высокой степени МНТК «Микрохирургии глаза»

«После того как я закончил тему кератопротезирования, Святослав Николаевич поручил мне тему кератомилеза. Это было начало рефракционной хирургии. Нам хотелось избавить людей от очков с массивными толстыми стеклами. Этой идеей уже занимались за рубежом, но она развивалась неактивно. Святослав Фёдоров и другие хирурги имплантировали минусовые линзы в переднюю камеру

глаза, и операции давали осложнения. Я прочитал весь материал, касающийся факических линз, и стал думать, как сделать операцию совершеннее. В результате я предложил Святославу Николаевичу имплантировать линзу прямо на хрусталик, на что Святослав Николаевич заметил: «Это нужно было делать еще вчера!» Группа наших врачей выступила с докладом об имплантации факических линз в Лас-Вегасе. Привыкшие быть всегда первыми, американцы были очень удивлены нашим докладом. Зал взорвался овациями. Один президент крупной компании предложил нам приличную сумму



за дальнейшую разработку темы, но в те времена о патентах, продаваемых за рубеж, не было и речи. Мы ездили в США и патентовали нашу факическую линзу, получили пять патентов, после чего представилась возможность реализовать факическую линзу одной из зарубежных фирм».

Нэлла Тимофеевна Тимошкина, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача МНТК «Микрохирургия глаза»

«Святослав Николаевич Фёдоров прежде всего для меня учитель. Учитель не только по профессии, по жизни. Находясь с ним рядом, ты учишься. Всему:



и общению с людьми, и с больным. Когда в 1998 г. он назначил меня своим заместителем, да, я училась этому тоже. Быть похожим на него — невозможно. Он нестандартный и каждый раз разный, поэтому нет такого трафарета управленца и человека. Он непредсказуем даже в банальных случаях».

На утренней конференции он всегда с нами делился своими идеями. И вот однажды он посетил птицефабрику и нам с таким упоением рассказывал о том, как там устроен конвейер и захотел организовать у нас свой — фабрику прекрасных глаз. И уже через два с половиной года мы сидели за конвейером и работали на нем. Вот что значит Святослав Николаевич!

МНТК живет. Его дело живет. И не только потому, что достойное и хорошее. Это еще и потому, что мы очень верили Святославу Николаевичу, мы взяли в путь-дорожку в жизнь его принципы. И мы старались сохранить то, что было создано, мы понимали, какое это детище государственного значения».

По материалам книги: Нонна Ярцева «Одна жизнь», по архивным материалам кабинета-музея академика С.Н. Федорова

Материалы для микрохирургии

MBD.05.S

ILMB.05.S

ОКРАШИВАЮЩИЕ РАСТВОРЫ

ДЛЯ ВНУТРЕННЕЙ ПОГРАНИЧНОЙ И ЭПИРЕТИНАЛЬНОЙ МЕМБРАН

EFT-07-OCT

EFT-07-DEC

ПЕРФТОРДЕКАЛИН И ПЕРФТОРОКТАН

ДЛЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ТАМПОНАДЫ

SIL-1000-S

SIL-5000-S

СИЛИКОНОВОЕ МАСЛО

ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТАМПОНАДЫ

+7 (495) 646-72-51

info@focus-m.ru

www.focus-m.ru



В САМАРЕ ПРОШЛА VII НАУЧНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ЕРОШЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ 2023», ПОСВЯЩЕННАЯ 60-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ БОЛЬНИЦЫ ИМ. Т.И. ЕРОШЕВСКОГО

Событие объединило сотни коллег: на конференцию приехали более 500 врачей-офтальмологов со всей России и более 1500 специалистов подключились к онлайн-трансляции.

Конференция «Ерошевские чтения» является традиционной, проводится в память об известном отечественном офтальмологе Тихоне Ивановиче Ерошевском.

Самарская школа офтальмологов, созданная выдающимся ученым, и по сей день является одной из самых сильных не только в России, но и за рубежом. Поэтому научная конференция его имени всегда вызывает большой интерес российских и зарубежных офтальмологов.

Куйбышевская (ныне Самарская) глазная клиника, носящая имя Тихона Ивановича Ерошевского, была первой в СССР специализированной офтальмологической больницей.

Современный этап развития клиники Ерошевского — это мощный прорыв новых методов и технологий. В 1963 году больница была рассчитана на лечение 2000–3000 больных. Сейчас микрохирурги на тех же площадях делают 26 000 операций в год. Ежегодно самарские врачи консультируют 165 000 человек.

Больница им. Т.И. Ерошевского имеет полный доступ к технологиям международного уровня. В последние годы

особое внимание уделяется научно-технологическому развитию больницы, она исторически является базой для обучения студентов СамГМУ и врачей-офтальмологов.

Научная программа конференции охватила широкий круг проблем офтальмологии и организации офтальмологической помощи. Участники «Ерошевских чтений» также поздравили с юбилеем коллектив Самарской областной клинической больницы им. Т.И. Ерошевского.

Участников научного офтальмологического форума приветствовал д.м.н., профессор, председатель общества офтальмологов России Борис Эдуардович Малюгин:

— Я здесь потому, что мы празднуем замечательный юбилей этой клиники, и надо сказать, что она является одной из ведущих в Российской Федерации по нашему профилю, имеет очень глубокую историю и прочные корни. Тихон Иванович Ерошевский был одним из столпов отечественной офтальмологии, заложил замечательный фундамент. И я вижу, что сейчас клиника развивается очень хорошо и продолжает эту традицию, это последовательное движение к высотам, это замечательно.

— «Ерошевские чтения» — это уже сложившийся бренд среди офтальмологических конференций в России. По итогам прошлой конференции нас за-

сыпали просьбами проводить конференцию чаще, чем раз в пять лет, — **рассказал главный врач больницы им. Т.И. Ерошевского, главный офтальмолог Министерства здравоохранения Самарской области, заведующий кафедрой глазных болезней ИПО СамГМУ д.м.н. Андрей Владимирович Золотарев.** — Мы решили сделать конференцию ежегодной. Основные черты конференции решили сохранить, прежде всего политематичность, и в этом году особый акцент сделан на то, чтобы дать возможность продемонстрировать свои достижения сотрудникам больницы им. Ерошевского. Без ложной скромности, мы многого добились.

В рамках конференции были рассмотрены следующие темы: воспалительные заболевания органа зрения, проблемы глаукомы, совершенствование методик лечения катаракты, актуальные вопросы детской офтальмологии, молекулярно-биологические и генетические аспекты офтальмопатии, диагностика и лечение заболеваний сетчатки, инновационная генная терапия наследственных заболеваний сетчатки, представлена «живая хирургия», новые методики рефракционной микрохирургии, возможности современной диагностики офтальмологических заболеваний.

Секция «Живая хирургия» впервые продемонстрирована участникам конфе-

ренции с новыми техническими возможностями. В этом году в операционной больницы появились два рабочих места, оснащенных цифровой видеосистемой 3D NGENUITY, что позволило провести «живую хирургию» с полноценным эффектом присутствия: изображение на экране было удивительно высокого качества (3D/4K), именно такого, которое используют хирурги в операционной. Такую же 3D-картинку видели зрители.

Вниманию участников конференции была представлена новая актуальная секция — «Генетические аспекты офтальмопатологии». Генная терапия — это новейшее веяние в мировой офтальмологии. Доклад представил заместитель генерального директора ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» **Борис Эдуардович Малюгин.** В рамках секции были заслушаны доклады, посвященные организации работы и способам лечения таких пациентов.

На конференции были также представлены доклады и презентации известных специалистов-офтальмологов и врачей смежных специальностей, сателлитные симпозиумы, выставка офтальмологического оборудования и инструментария, лекарственных препаратов отечественных и зарубежных фирм-производителей.



5 ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ИОЛ LUXSMART™ ПО СРАВНЕНИЮ С МОНОФОКАЛЬНЫМИ ИОЛ^{1,2}

- Значительно выше показатели зрения на средних дистанциях – 60 см (DCIVA³ и UIVA⁴)
- Сравнимые высокие уровни зрения вдаль (UDVA⁵ и CDVA⁶)
- Аналогичный профиль дисфотопсии с меньшей частотой оптических побочных эффектов
- Высокая степень удовлетворенности пациентов зрением в повседневной жизнедеятельности
- Повышенная независимость от очков на дальних и промежуточных расстояниях

3DCVA – коррегированная острота зрения на среднем расстоянии для дали. 4UIVA – некоррегированная острота зрения на среднем расстоянии. 5UDVA – некоррегированная острота зрения вдаль. 6CDVA – коррегированная острота зрения вдаль.

LUXSMART™ Preloaded – Предзагруженная ИОЛ LUXSMART™
Инструкция по эксплуатации: <https://oszdrazvmdzdr.gov.ru/services/mibezach>
Ключевое слово: LUXSMART

RU Регистрационное удостоверение: P3H.2023/0487 от 03.02.2023

Набор офтальмологический для катарактальной хирургии в вариантах исполнения: LUXSMART™ в составе: Линза интраокулярная LUXSMART™ YELLOW. Система поставки для имплантации интраокулярных линз (Accusject Pro одноразовая). Инструкция по применению

ООО «Бausch Хелс»
Россия, 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5
Тел./факс: +7 495 510 28 79, www.bauschsurgical.ru

Технология полностью рефракционной оптики (ПРО)
Нет дифракционного оптического профиля. ИОЛ обладает рефракционной поверхностью по всей оптике линзы

- А Зона удлинённого фокуса**
2 мм в центре: комбинация сферических аберраций 4 и 6 порядков с противоположными знаками
- В Запатентованная переходная зона**
Предназначена для управления траекторией световых лучей, чтобы гарантировать, что ни один луч не находится за пределами поля зрения (нет потери света)
- С Периферия**
Рефракционная асферическая поверхность

BAUSCH + LOMB

Видеть лучше. Жить лучше



1. Volkan Tahmaz, Sebastian Stebelmann, Konrad R. Koch, Claus Cursiefen, Achim Langerbucher & Robert Hoerster (2022): Evaluation of a Novel Non-Diffractive Extended Depth of Focus Intraocular Lens – First Results from a Prospective Study, Current Eye Research, DOI: 10.1080/02713683.2022.2074046.
2. Campos N., Loureiro T., Rodrigues-Barros S., Carneira A. R., Moraes F., Carneira, P., & Machado I. (2021). Preliminary clinical outcomes of a new enhanced depth of focus intraocular lens. Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.), 15, 4401.



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

Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ:

- «Живая» хирургия патологии роговицы
- Особенности хирургии катаракты у пациентов с сопутствующей патологией роговицы
- Современные методы исследования переднего отрезка глазного яблока
- Диагностика, клиника, лечение воспалительной патологии переднего отрезка глаз
- Глазные тканевые банки и клеточные технологии: фундаментальные и прикладные аспекты
- Актуальные вопросы трансплантационной и оптико-реконструктивной хирургии
- Вопросы организации офтальмологической помощи пациентам с возрастной и осложненной катарактой
- Фармакологическое сопровождение катарактальной и кераторефракционной хирургии
- Мультифокальные и торические интраокулярные линзы
- Особенности хирургии катаракты и интраокулярной коррекции афакии в осложненных ситуациях

РАБОТА С УЧАСТНИКАМИ:

ТИМОШКИНА ТАТЬЯНА
 Тел.: +7 (925) 202-90-52
 Email: info@oor.ru

САЙТ МЕРОПРИЯТИЯ:
 cataract-congress.ru

НОВЫЙ ЖУРНАЛ!

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

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЭЛЕКТРОННЫЙ ЖУРНАЛ

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

БиСиКей-Эм 30
 офтальмологическое оборудование и интраокулярные линзы
 30 YEAR ANNIVERSARY

R-EVOLUTION

Аппарат офтальмохирургический
 Версия 2023 года

- Обновленное ПО
 Новый У/З режим - "High" для перезревших катаракт
- Устройство для контроля ирригационного раствора
- Новая программируемая эргономичная педаль

ОПТИКОН™
 Man and Technology

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



“ Я БЛАГОДАРЕН КАЖДОМУ ЧЕЛОВЕКУ, У КОТОРОГО СМОГ ПОЛУЧИТЬ КАКОЙ-ТО ОПЫТ “

Гость рубрики «Региональная офтальмология» главный специалист-офтальмолог Краснодарского края, заведующий отделением микрохирургии глаза ГБУЗ «Научно-исследовательский институт «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения, заведующий кафедрой офтальмологии, д.м.н., профессор МГТУ **АЛЕКСЕЙ ВЛАДИСЛАВОВИЧ МАЛЫШЕВ** считает, что офтальмология — это самое интересное и эстетическое направление в медицине, а вершина мастерства в специальности — хирургия, в которой можно развиваться всю жизнь. В 2010 г. герой нашей рубрики был удостоен звания «Лучший врач».

— Алексей Владиславович, расскажите, пожалуйста о себе.

— Родился я в городе Краснодаре, окончил педиатрический факультет Кубанского медицинского института. В период с 1992 по 1998 г. проходил обучение в интернатуре и аспирантуре Кубанской государственной медицинской академии, параллельно работал врачом-офтальмологом сначала в Детской краевой больнице, затем в Краевой клинической больнице города Краснодара. В 1997 г. защитил кандидатскую диссертацию.

Потом трудился в Краснодарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Фёдорова. А в 2007 г. меня пригласили заведовать офтальмологическим отделением ГБУЗ «НИИ Краевой клинической больницы №1 им. профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края. С 2008 г. я главный офтальмолог МЗ Краснодарского края.

В 2010 году занял первое место в 9-м Всероссийском конкурсе на звание «Лучший врач-2010 г.»

В 2015-м защитил докторскую диссертацию.

Более десяти лет преподавал на кафедре глазных болезней, занимал должность профессора КубГМУ. С 2020 г. член диссертационного совета при ФМБА России города Москвы, с 2013-го председатель правления Кубанской ассоциации врачей-офтальмологов.

С сентября 2022 г. — заведующий кафедрой офтальмологии, профессор Майкопского государственного технологического университета. У меня опубликовано более 100 научных статей, учебных пособий, патентов, монографий.

— Впечатляет! Спасибо. Почему решили стать именно врачом-офтальмологом?

— С третьего курса мединститута, по стечению ряда обстоятельств, сначала попал на практику, а потом начал работать медбратом в отделении офтальмологии Детской краевой больницы города Краснодара. Увлёкся! Ночами ассистировал в отделении хирургии травмы глаза, в летнее время (на каникулах) начал осваивать плановую хирургию. Втянулся, и к окончанию института проблемы выбора, куда идти работать, у меня уже не было. Шёл 1992 г. — интересное время. Пробившись на должность врача-офтальмолога в ту же Детскую краевую больницу, начал оперировать с первого месяца работы.

— Кто были Ваши учителя, чему они Вас научили? Что значит для Вас наставник?

— Главным моим наставником был заведующий кафедрой глазных болезней Кубанского медицинского института доктор медицинских наук, профессор Александр Иванович Еременко. Практически всей базе теоретических знаний в начале карьеры я обязан его лекциям и научному руководству. В практической хирургии он ассистировал мне при имплантации первой искусственной интраокулярной линзы, учил меня хирургии отслойки сетчатки и кератопластике. Это был замечательный Учитель, именно с большой буквы.

Вообще, я благодарен каждому человеку, у которого смог получить какой-то опыт, особенно хирургический, да и жизненный. Это неординарные люди, их было много, и каждый заслуживает отдельного рассказа.



Из всего сказанного выше можно сделать несложный вывод, что к наставничеству я отношусь хорошо. Как мог старался и сам быть хорошим наставником. Под моим руководством стали кандидатами наук шесть человек, двое работают заведующими отделениями, являются главными офтальмологами своих регионов. Все ведущие хирурги офтальмо-

гического отделения НИИ Краевой клинической больницы №1 города Краснодара являются моими учениками, многие достойно представляют нашу школу и в других медицинских учреждениях. Ни один не бросил офтальмологию. Теперь сами ученики уже передают свой опыт, являясь движущей силой офтальмологических кафедр Кубанского медицинского университета и Майкопского государственного технологического университета.

— Чем интересна для Вас специальность офтальмология?

— В большинстве своем, безусловно, — это эстетическое направление в медицине. Кому-то приходится подбирать очки, но и очки сегодня стали представлять собой косметическое совершенство, контактные линзы просто приятно рассматривать в биомикроскопе. Офтальмология очень разнообразна с точки зрения применения различных направлений науки. Вы не сможете стать совершенным офтальмологом без знаний по физике, механике, оптике, электронике, химической фармакологии, фармакокинетике и биохимии, даже математике и т.д.

Современный офтальмолог хотя и не всегда хочет, но является в чем-то инженером, анестезиологом, клиническим фармакологом.

Но больше всего повезло, конечно, тем, кто сумел стать хирургом. Глаз, хоть с виду и небольшой, но совершенный и разнообразный. Спектр хирургии огромный: от не очень сложных операций на веках до самых высокотехнологичных при патологии сетчатки и стекловидного тела. Так что осваивать эту хирургию можно всю жизнь, и это прекрасно.

— Вы работаете в Краевой клинической больнице им. С.В. Очаповского с 2007 г. Расскажите, пожалуйста, немного об истории больницы.

— Два первых южнороссийских офтальмолога работали в Казачьей больнице города Краснодара (как раз и ставшей впоследствии НИИ ККБ №1) еще с XIX-го века. История сохранила их фамилии: Петров и Хвьяля.

Первый серьезный прорыв в офтальмологии Кубани и в работе Казачьей больницы связывают с именем почетного гражданина Кавказа профессора С.В. Очаповского.

Станислав Владимирович родился 1 февраля 1878 г. В 1901 г. с отличием окончил Императорскую Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге. И осенью 1909 г. он приехал в Екатеринодар, получил должность заведующего глазным отделением Екатеринодарской войсковой казачьей больницы, насчитывавшей тогда всего 84 койки. При больнице имелась амбулатория Общества попечительства о слепых, которая вела бесплатный прием пациентов. С.В. Очаповский сумел превратить ее в офтальмологический центр, куда стекались больные со всего Северного Кавказа.

В 1921 г. при существенном содействии профессора создается Кубанский медицинский институт. Станислав Владимирович — организатор и заведующий кафедрой глазных болезней медицинского института (1921–1945 гг.). В те же годы Краевая больница приобретает статус клинической. Следует отметить, что в деле образования Краснодарского мединститута существенно большую роль сыграла неудавшаяся белая эмиграция, которая не успела вслед за Деникиным покинуть просторы нашей необъятной Родины.

Перу Очаповского принадлежит 112 работ. Офтальмологические статьи чередуются с работами по природоведению: «Красота природы как лечебный фактор», «Берега реки Белой».

При этом Очаповский формирует 22 «летучих» глазных отряда и побеждает трахому на Северном Кавказе.

В 1926 г. он награжден орденом Трудового Красного Знамени, его имя присвоено Краснодарской краевой клинической больнице, в годы Второй мировой войны он — депутат Верховного Совета СССР.

Не могу не отметить, что второй, практически революционный прорыв в работе НИИ Краевой больницы №1 города Краснодара совершается в настоящее время. Главный врач больницы Герой труда РФ академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Владимир Алексеевич Порханов



сумел вывести работу больницы на федеральный уровень. За время его руководства открылись кардиоторакальный, сосудистый, нейрохирургический, рентгенхирургический, ожоговый центры, созданы гибридные операционные, число коек превысило 1500, началась работа по трансплантации печени, почек, сердца, легких, существенно выросло на новом качественном уровне число пересадок роговицы. Так, к примеру, количество офтальмологических операций с четырех тысяч увеличилось до двенадцати в год в 2019 г., десять тысяч уже выполнено в текущем 2023 г.

С начала преобразований ближайшим соратником главного врача стал мой учитель профессор Александр Иванович Еременко. Он создал офтальмологическую школу, в которой большое внимание было уделено диагностике и лечению сосудистой патологии органа зрения, развивал и продвигал технологии имплантации ИОЛ, кератопластики и хирургии отслойки сетчатки. Преподавал в Краснодарском крае и Республике Адыгея.

– Как оборудовано офтальмологическое отделение? Какие патологии здесь лечат? Сколько пациентов пролечиваете за год? Какие сложности есть?

– На сегодняшний момент, на наш взгляд, отделение укомплектовано для лечения самого широкого спектра офтальмологических заболеваний. Так, из самого интересного, для бесконтактного и наиболее точного расчета оптической силы ИОЛ у нас имеются два биометра; в рефракционной диагностике мы применяем кератотопографы, в том числе пентокам, ОСТ для переднего отрезка, эндотелиальный микроскоп. В диагностике заднего отрезка используются ОСТ, ретинальная камера, УЗ (в) сканы. Конечно, нет пределов совершенству, да и здорово было бы, если бы оборудование никогда не ломалось. В наше время особенно. Шесть операционных отделений оснащены комплектом лазерного оборудования, необходимого для выполнения лазерных операций при патологии рефракции, глаукоме, вторичной катаракте и патологии сетчатки. Для витреоретинальных вмешательств мы используем четыре микрохирургические системы для переднего и заднего отрезка глазного яблока, для хирургии катаракты четыре микрохирургические системы для переднего отрезка (или их неожиданные сочетания при помутке того или другого).

Для операций в области онкологии имеется специальный «электронож».

Соответственно сегодня мы применяем хирургию сетчатки и стекловидного тела, патологии роговицы и рефракции, помутнения и подвывихи (вплоть до полных) хрусталика, глаукомы, некоторых видов онкологии и др. В небольших объемах осуществляем консервативное лечение острой патологии и оперируем травму глаза. Всего в отделении ежегодно проходят лечение около 11 000 человек, колебания связаны в основном с так называемым международным положением — пандемией, например.

Сложности, конечно, есть, прежде всего это осложнения, без которых трудно обойтись — уж больно в узком пространстве мы работаем. Ну и внешние сложности тоже, бесспорно, портят жизнь: то не успела вовремя «сыграть расходка», то что-то сломалось, а починить это теперь практически невозможно, то кто-то, как всегда, не вовремя заболел, а врачей жалко больше всего. Ну и конечно, всегда хочется большего финансирования. В общем, жизнь.

– Используются ли цифровые технологии?

– Прямо не знаю, как в современном мире можно не использовать цифровые технологии. В этом смысле наша мечта — полностью отказаться от бумажных технологий.

– С какими медицинскими и офтальмологическими учреждениями сотрудничаете? Что дает такое сотрудничество?

– В условиях нашей краевой больницы мы практически не нуждаемся в помощи других медицинских учреждений не офтальмологического профиля. К нашим услугам в родной



нии сложностей стараемся помочь всем нуждающимся в ней офтальмологическим клиникам. Хорошие параллельные связи сложились с нашими соседями — Майкопской республиканской и Ростовской областной больницами. В нашем городе также все муниципальные офтальмологические отделения и частные клиники поддерживают хорошие отношения, с нами Сочи, Новороссийск, Ейск, Армавир. При крайней необходимости пациентов с запущенной онкологией направляем по квотам в ведущие клиники Москвы.

Бескорыстное сотрудничество всегда прекрасно, оно помогает нам развиваться, получать дополнительный опыт, защищать врачей, попавших в сложную ситуацию. С этой целью на юге России нами создана Ассоциация независимых офтальмологов (АНО), ставшая наследницей Кубанской ассоциации врачей-офтальмологов (КАВО).

– Какие задачи стоят перед Вами как перед главным офтальмологом Министерства здравоохранения Краснодарского края и как Вы их решаете? Как укомплектован кадровый штат в крае?

– В продолжение ответа на предыдущий вопрос считаю, что главная задача любого главного специалиста — укрепление единства всей офтальмологической службы. Ну и безусловно, приходится способствовать оснащению государственных клиник. Также в меру сил стараемся следить за сохранением здоровья офтальмологов и их родственников, помогать с образованием самих врачей и их детей, защищать их от несправедливости. Легкими эти задачи не назовешь, решать их приходится с привлечением разных сил и средств, пока в целом успешно.

С кадрами у нас в крае все тоже сравнительно неплохо, так как в последнее время к нам хлынул поток «замерзших» переселенцев из северных регионов страны и вместе с численностью населения растет и число офтальмологов.

– Какие аспекты в работе кажутся Вам особенно сложными?

– Составление огромного количества отчетов. Вторая реальная сложность — это оснащение современным оборудованием, особенно офтальмологов первичного звена, поликлиник, районных больниц и т.п.

Ну и вставать на работу в рань несусветную тоже считаю достаточно сложным.

– Какое самое большое Ваше достижение?

– Я надеюсь, что оно еще впереди.

– Чем Вы любите заниматься в свободное время?

– Бездельничать.

– Расскажите о Вашей семье, пожалуйста.

– Я происхожу из медицинской династии. Правда, в моей семье встречались также геологи, артиллеристы, замполиты, историки, масоны и даже один худож-

ник, рисующий силуэты (почему-то именно он не пережил сталинских репрессий). Но главной основой семьи были все-таки медики. Отец военный хирург, позже занимался урологией, мама офтальмолог, бабушка фтизиатр, дед военврач, погиб на Второй мировой войне, прабабушки работали фельдшерицами, поленившись окончить медицинский институт, даже теща судмедэксперт, а тесть физиолог. Жена также окончила медицинский институт, работает неврологом. Сын учится в медицинском университете, перешел на 6-й курс и представляет уже пятое поколение медицинской династии. Очень на него надеюсь.

– Желаем Вам, чтобы возложенные надежды на сына оправдались, благодарю за интересную беседу.

Беседовала В. Терехова

больнице челюстно-лицевые хирурги, ларингологи, нейрохирурги, кардиологи, эндокринологи, онкологи и даже при синдроме Горнера, торакальные хирурги. При возникнове-



В ЭТОМ ГОДУ НАША КОМПАНИЯ «ТИТАН МЕДИКАЛ» ОТМЕЧАЕТ СВОЕ 15-ЛЕТИЕ!

КОЛИЧЕСТВО СОТРУДНИКОВ – БОЛЕЕ 50.

КОЛИЧЕСТВО ПАРТНЕРОВ – БОЛЕЕ 1400.

АССОРТИМЕНТ ПРОДУКЦИИ – БОЛЕЕ 1200 ИНСТРУМЕНТОВ.

СТАНОЧНЫЙ ПАРК НАСЧИТЫВАЕТ 40 СТАНКОВ, ИЗ КОТОРЫХ 10 С ЧПУ.

Пройдя через много трудностей, мы из небольшой фирмы смогли создать серьезную компанию по производству микрохирургических инструментов.

Мы гордимся тем, что до сих пор остаемся верными себе и нашим ценностям, которые были заложены в основание нашей компании с самого начала ее существования.

Наш путь был непростым, но благодаря упорству и трудолюбию каждого из нас мы сумели преодолеть все препятствия и стать лидерами рынка. Инструменты производства «ТИТАН МЕДИКАЛ» известны как в России, так и во многих странах мира.

Не останавливаясь на достигнутом, мы продолжаем развивать свою деятельность, повышать качество инструментов, быть ближе к клиентам и обеспечить им максимальный комфорт при работе с нашим инструментом и с нашей компанией.

Мы благодарим всех тех, кто поддерживает нас в течение этих 15 лет. Без вас мы никогда не могли бы достичь таких результатов. Спасибо за доверие и преданность, которые вы нам демонстрировали.

Мы и в дальнейшем будем работать над тем, чтобы сохранить свои позиции на рынке и дальше расти вместе со своими партнерами и клиентами.

Основанная Колпаковым Юрием Алексеевичем и Зинатуллин Айратом Исрафилевичем компания «ТИТАН МЕДИКАЛ» начинала как небольшое предприятие со скромной командой энтузиастов.

Имея четкую миссию производить качественные инструменты, компания решила стать лидером в своей отрасли.

Целеустремленность, трудолюбие и отраслевое предвидение Ю.А. Колпакова и А.И. Зинатуллина заложили основу для того, что вскоре «ТИТАН МЕДИКАЛ» возглавил лидирующие позиции среди фирм – производителей качественных микрохирургических инструментов.

Стремление компании обеспечивать клиентов качественными инструментами, опережать новые тенденции и адаптироваться к постоянно меняющейся динамике рынка вывело ее на передовые позиции в своей отрасли.

Одним из ключевых факторов успеха «ТИТАН МЕДИКАЛ» является ее подход, ориентированный на коллектив. Признавая, что люди являются их самым ценным активом, компания уделяет большое внимание условиям труда.

«ТИТАН МЕДИКАЛ» привлекает лучших специалистов отрасли, которые продолжают способствовать успеху компании.

Инновации и адаптивность к рынку были краеугольными камнями роста компании «ТИТАН МЕДИКАЛ». На протяжении многих лет компания внедряла новые технологии и вкладывала значительные средства в исследования и разработку, чтобы оставаться на шаг впереди.

Приверженность к инновациям помогла «ТИТАН МЕДИКАЛ» оставаться конкурентоспособной и позволила ей внедрить новаторские решения в изготовлении инструментов.



Зинатуллин Айрат Исрафилевич, Колпаков Юрий Алексеевич

На сегодняшний день станочный парк «ТИТАН МЕДИКАЛ» насчитывает более 40 станков с ЧПУ. Это позволяет в разы увеличить качество и стабильность выпускаемых инструментов.

Сложные в управлении станки с ЧПУ требуют от сотрудников высокой квалификации. Руководство «ТИТАН МЕДИКАЛ» всегда идет навстречу пожеланиям сотрудников повысить свое профессиональное образование и дает возможность сотрудникам постоянно проходить курсы повышения квалификации.

«ТИТАН МЕДИКАЛ» вступает в следующую главу своей истории с большой уверенностью в завтрашнем дне.

Новая эра для «ТИТАН МЕДИКАЛ» начинается с этого юбилея. Компания планирует продолжать инвестировать в

исследования и разработки, чтобы создавать новаторские продукты для клиентов.

«ТИТАН МЕДИКАЛ» также намерена расширять географические границы, наращивать свою долю рынка и укреплять свою позицию в отрасли.

Благодаря продуманному маркетингу и качеству своей продукции компания «ТИТАН МЕДИКАЛ» получила широкое признание врачей-офтальмохирургов.

«ТИТАН МЕДИКАЛ» постоянно следит за последними тенденциями и внедряет инновационные решения, чтобы удовлетворить потребности самых требовательных клиентов.

«ТИТАН МЕДИКАЛ» активно участвует в программе импортозамещения. Активно сотрудничает с отечественными производителями, помогая им повышать

качество и конкурентоспособность своей продукции. Это позволяет не только укреплять отношения с поставщиками, но и создавать благоприятную экономическую среду в стране, способствующую росту бизнеса национального производства.

Если вам требуются надежные и качественные медицинские инструменты, обратитесь к нам. Мы готовы предложить вам широкий ассортимент продукции, разработанной с учетом современных требований и потребностей врачей.

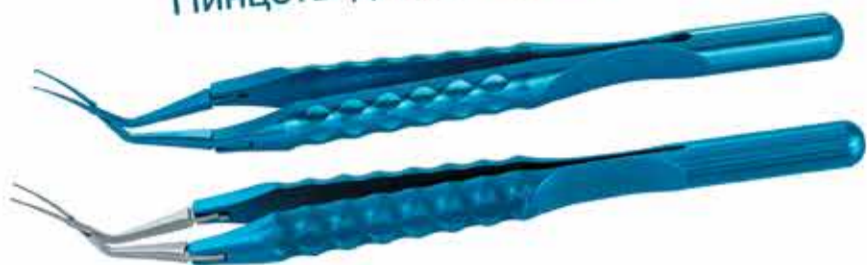
Контакты:
телефон: +7 (843) 558-07-78
Сайт: www.titanmedical.ru



АССОРТИМЕНТ ПРОДУКЦИИ «ТИТАН МЕДИКАЛ»

Пинцеты

Пинцеты для капсулорексиса



Канюли

Аспирационная канюля

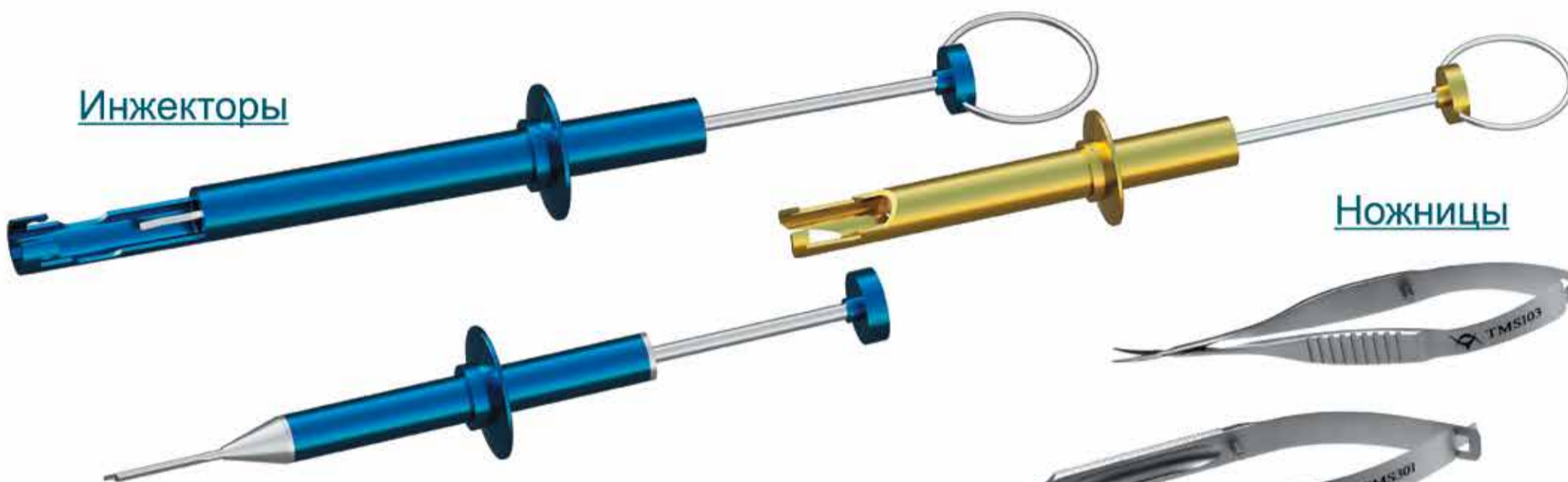


21G
22G
23G

Ирригационная канюля



Инжекторы



Ножницы



Выкусыватели



Иглодержатели



Микроинвазивные



Векорасширители

Пинцеты для завязывания нитей



Пинцеты роговичные



SMILE





ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОЙ КАТАРАКТЫ

30 июня 2023 года в рамках Северо-Кавказского офтальмологического саммита состоялся сателлитный симпозиум Экспериментально-технического производства «Микрохирургия глаза», посвященный инструментальному сопровождению хирургии осложненной катаракты.

Мероприятие провела **Антонова Ольга Павловна**, практикующий офтальмохирург, врач-офтальмолог, к.м.н., научный сотрудник отдела трансплантационной и оптико-реконструктивной хирургии переднего отрезка глазного яблока ФГАУ «НМИЦ «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова МЗ РФ».

Для достижения максимального результата при хирургии катаракты переднего и заднего отрезка глаза, особенно в осложненных случаях, необходим широкий спектр основных и вспомогательных инструментов: непосредственно микрохирургические инструменты, полимерные изделия для сопровождения осложненных случаев, интраокулярные линзы (ИОЛ), а также вспомогательные изделия (тупфера, канюли).

К микрохирургическим инструментам, производимым Экспериментально-техническим производством «Микрохирургия глаза», относятся пинцеты капсульные (рис. 1), чопперы (рис. 2), различные виды крючков (по Сински и крючок «вилка», крючок с шариком и крючок универсальный), инжектор для введения внутрикапсульных колец.



Рис. 1. Пинцет капсульный



Рис. 2. Чоппер

Одной из модификаций классического чоппера является чоппер с острой рабочей частью. Он обладает преимуществами при быстром выполнении процедуры дробления ядра при плотной катаракте и технике «stop and chop». Ольга Павловна отметила, что острый чоппер пригоден преимущественно для вертикального чопа. Так как данная методика сочетается с минимизацией использования ультразвуковой энергии, то, естественно, в свою очередь положительно влияет на эндотелиальные клетки роговицы и является профилактикой послеоперационного кистозного макулярного отека. Однако в руках неопытного хирурга острый чоппер может привести к повреждению передней и задней капсулы хрусталика, если нет достаточного контроля инструментом в другой руке.

Крючок по Сински и крючок «вилка», или толкатель (рис. 3), будут удобны при



Рис. 3. Крючок по Сински, крючок «вилка», или толкатель. Показания к применению: репозиция ИОЛ, эксплантация ИОЛ, имплантация и эксплантация кольца Малюгина, имплантация внутрикапсульного кольца и любые манипуляции с радужкой

таких манипуляциях в передней камере, как репозиция интраокулярной линзы (ИОЛ), эксплантация ИОЛ, имплантация и эксплантация зрачкового кольца Малюгина, имплантация внутрикапсульного кольца и любые манипуляции с радужкой, например, подшивание ИОЛ узловыми швами к радужке. А крючок с шариком для радужки и крючок универсальный применимы для репозиции, эксплантации ИОЛ, при подшивании ИОЛ за радужку, а также при других манипуляциях с шовным материалом в передней камере глаза (рис. 4).

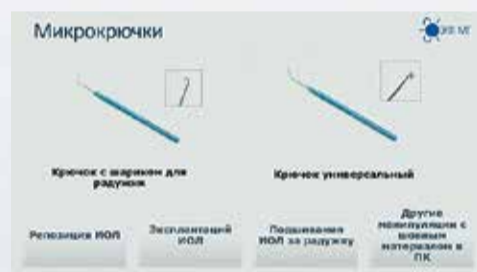


Рис. 4. Крючок с шариком для радужки и крючок универсальный удобны для репозиции, эксплантации ИОЛ, при подшивании ИОЛ за радужку, при манипуляциях с шовным материалом в передней камере глаза

Ольга Павловна представила клинический пример из своей хирургической практики. Пациенту проводилась сочетанная операция факэмульсификации катаракты (ФЭК) + имплантация ИОЛ. Так как у пациента был отек роговицы, то операция продолжалась последующим введением эндотелиального трансплантата. В связи с низкой видимостью из-за отека роговицы в ходе операции была повреждена капсула хрусталика, однако фрагменты хрусталика не дислоцировались в задний отрезок. Хирургом было принято решение имплантировать трехчастную модель ИОЛ. Эта линза удобна в подобных осложненных случаях, ее можно фиксировать и на остатки задней капсулы, и подшивать узловыми швами к радужке *ab interno* (не внутри передней камеры, а снаружи), используя крючок и толкатель, без травматизации окружающих структур (рис. 5).



Рис. 5. Сочетанная операция ФЭК + ИОЛ + введение эндотелиального трансплантата (хирург Антонова О.П.). Фото слева – фрагмент операции (хирург Антонова О.П.), фото справа – глаз до операции. Фото справа внизу – глаз после операции. Три фото внизу – используемые инструменты

Несмотря на то что внутрикапсульное кольцо можно имплантировать обычным пинцетом для завязывания, есть

специально разработанный и удобный в применении инжектор для введения внутрикапсульного кольца (рис. 6). Инжектор имеет титановый корпус, выдвигающуюся рабочую часть, подходит для всех размеров колец (от 11 до 13 мм), существенно уменьшает нагрузку на связочный аппарат при имплантации. Часто внутрикапсульное кольцо используется при выраженных подвывихах хрусталика, травматическом лизисе цинновых связок. Однако Ольга Павловна отметила, что сегодня внутрикапсульное кольцо также рекомендовано имплантировать всем пациентам с торическими ИОЛ для наиболее устойчивого положения ИОЛ в капсульном мешке. Известно, что ротация торической ИОЛ на 10° снижает послеоперационный эффект коррекции астигматизма на 30%. Соответственно если линза повернется на 30°, то, по сути, торическая линза уже не выполняет свою задачу.

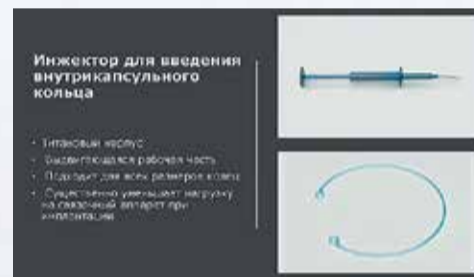


Рис. 6. Инжектор для введения внутрикапсульного кольца (справа сверху). Внутрикапсульное кольцо (справа внизу)

Продолжая свое выступление, Ольга Павловна подробно остановилась на полимерных изделиях для сопровождения осложненных случаев (рис. 7).



Рис. 7. Полимерные изделия для сопровождения осложненных случаев. Слева сверху – кольцо полимерное офтальмологическое внутрикапсульное; слева внизу – ирис-ретрактор четырехугольный (кольцо Малюгина); справа сверху – ретрактор ирис-капсульный; справа внизу – ирис-ретрактор для интраоперационного расширения зрачка

Ирис-ретрактор четырехугольный (кольцо Малюгина) имеет размер 6 × 6 мм, изготовлен из полипропилена. Имплантация кольца Малюгина показана в случае размера зрачка менее 5 мм (рис. 8). По мнению Ольги Павловны, также рекомендовано применение этого ирис-ретрактора начинающими хирургами, если у их пациента не полный мидриаз и бурая катаракта, для исключения такого осложнения, как синдром «Порру iris», который чаще встречается у



Рис. 8. Клинический пример (хирург д.м.н., проф. Малюгин Б.Э.). У пациента синдром Марфана, мидриаз 4–5 мм, эктопия хрусталика, проведена имплантация кольца Малюгина (ирис-ретрактор четырехугольный)

мужчин с сопутствующей соматической патологией. Ирис-ретрактор четырехугольный возможно имплантировать с помощью инжектора и (или) крючка и пинцета. Имплантация производится через основной разрез. Извлечение производят также с помощью инжектора либо вручную.

Ретрактор ирис-капсульный имеет общую длину 12 мм, длину крючка 3 мм, материал крючков – полипропилен, материал фиксаторов – силикон. Данный ретрактор необходим для капсульной поддержки. Применяется в случае слабости связочного аппарата (растяжения, отрыва связок); имплантируется через дополненный разрез; возможно применение у пациентов с синдромом Марфана, другой наследственной и ненаследственной патологией с вовлечением связочного аппарата. Имплантацию производят с помощью пинцета. Желательно имплантировать минимум 3 ретрактора. За счет своей удобной длины рабочей части при использовании ирис-капсульного ретрактора достигается стабилизация экватора хрусталика. Однако если парацентез выполнен некорректно или очень плоско, то крючок может не фиксироваться прочно и «соскакивать». Рекомендовано проведение парацентеза под более «крутым» углом (рис. 9). Также, учитывая особенность строения ретрактора, не спаянные между собой две части, рекомендовано фиксировать ретрактор за две составные части одновременно (рис. 10).



Рис. 9. Правильная техника выполнения парацентеза для успешной и стабильной установки ирис-капсульного ретрактора. Парацентез выполняется не параллельно оси радужки, а под тупым углом по отношению к ней



Рис. 10. Ирис-капсульный ретрактор. При работе с ним рекомендовано фиксировать ретрактор за две составные части одновременно

Далее были приведены случаи из практики. У пациента присутствовал подвывих и ротационное смещение хрусталика, что затрудняло даже проведение капсулорексиса. Для сохранения связок хрусталика и исключения риска повреждения капсульного мешка были применены ирис-капсульные крючки, достигнута надежная фиксация капсулы хрусталика. Следом использовали внутрикапсульное кольцо для стабилизации связочного аппарата. В итоге была проведена имплантация ИОЛ в капсульный мешок.

Существует более ранняя модификация ирис-ретрактора, о котором шла речь выше. Это ирис-ретрактор для интраоперационного расширения зрачка

ка (общая длина 50 мм, длина рабочей части 1 мм; материал крючков – полиамид, материал фиксаторов – силикон). Показаниями к применению данного ретрактора являются диаметр зрачка менее 5 мм и случаи синдрома « floppy iris ». Имплантацию проводят с помощью пинцета через дополнительные парацентезы.

При наличии у пациента слабости связочного аппарата рекомендовано применение кольца полимерного офтальмологического внутрикапсульного. Оно изготовлено из олигокарбонатметакрилата, имеет овальную форму трех размеров (от II до III мм) (см. рис. 7). Имплантация производится через основной разрез, предпочтительно иметь специальный инжектор. Возможна имплантация на различных этапах ФЭК. Ольга Павловна отметила, что в ряде случаев рекомендована имплантация кольца сразу после капсулорексиса до проведения гидродиссекции либо непосредственно перед имплантацией ИОЛ.

В осложненных случаях хирургии катаракты возможна имплантация жесткой ИОЛ. Материал оптической части линзы изготовлен из полиметилметакрилата, гаптики из полипропилена. А константа равна 118,6. Есть три модификации жесткой ИОЛ: хрусталик глаза

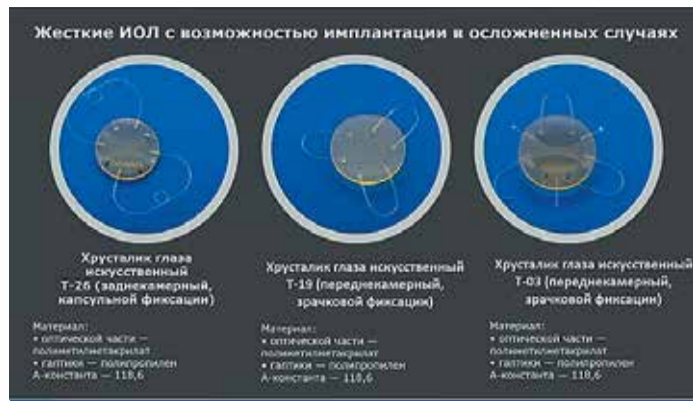


Рис. 11. Жесткие ИОЛ с возможностью имплантации в осложненных случаях - Т-26, Т-19, Т-03



Рис. 12. Вспомогательные материалы для факоемульсификации катаракты. Микротупферы на ручке/без ручки

искусственный Т-26 (заднекамерный, капсульной фиксации), Т-19 и Т-03 (оба переднекамерные, зрачковой фиксации) (рис. 11). Линза Т-26 за счет жесткой оп-

тической части и петель на гаптической части нередко необходима при таких сочетанных операциях, как замена линзы и вторичная имплантация ИОЛ при проведении кератопластики, когда нет возможности фиксировать линзу к радужной оболочке при ее дефектах и (или) отсутствии капсульного мешка.

Важным вспомогательным материалом как



Рис. 13. Вспомогательные материалы для факоемульсификации катаракты. Канюли

для факоемульсификации катаракты, так и любой другой офтальмохирургической операции является микротупфер на ручке/без ручки. Он необходим для удале-

ния секрета мейбомиевых желез перед началом операции, атравматичной фиксации глаза в ходе операции; удаления излишков влаги в ходе операции, а также верификации наличия фильтрации на завершающем этапе (рис. 12).

Активно применяются канюли из высококачественной нержавеющей стали для атравматичного введения необходимых растворов в переднюю камеру глаза (рис. 13). Существуют различные диаметры рабочей части (24G–27G).

В ходе доклада было продемонстрировано много случаев из хирургической практики Ольги Павловны и ее коллег.

В заключение выступления Ольга Павловна отметила, что все представленные в ходе выступления инструменты и вспомогательные материалы произведены Экспериментально-техническим производством «Микрохирургия глаза» и обладают конкурентоспособной ценой на рынке в сравнении с другими производителями.

Шурыгина М.Ф.,
врач-офтальмолог,
врач-генетик, к.м.н.

Уважаемые читатели!

Редакция газеты «МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ» благодарит вас за внимание к нашему изданию. Напоминаем вам, что вы можете не только читать наши материалы, но и стать их автором. Мы всегда открыты для творческого общения и сотрудничества с вами. Присылайте, пожалуйста, ваши материалы на адрес электронной почты редакции: publish_mntk@mail.ru



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 ирригационных канюль
- Остроконечных офтальмологических лезвий
- Искусственных хрусталиков!



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



ETPMICRO.RU

ETP-MNTK@MAIL.RU

+7 (499) 488-89-94



ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ZIEMER В ОФТАЛЬМОЛОГИИ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

30 июня 2023 года в рамках Северо-Кавказского офтальмологического саммита при поддержке компании Ziemer и Фемтомед состоялся сателлитный симпозиум, в ходе которого обсуждались возможности низкоэнергетической фемтолазерной платформы Femto LDV Z8, а также был представлен новый твердотельный лазер Aquariuz для абляции роговицы от компании Ziemer. Профессор, д.м.н. Борис Эдуардович Малюгин, заместитель генерального директора по научной работе ФГАУ «НИИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» (Москва), открывая заседание симпозиума, отметил, что спектр применения системы Femto LDV Z8 очень широк и продолжает расти.

Профессор, д.м.н. Алексей Юрьевич Слонимский (Московская Глазная Клиника, Москва) подчеркнул уникальность Femto LDV Z8: это универсальный компактный лазерный модуль, с помощью которого можно выполнить практически любую операцию на переднем отрезке глаза. Лазер генерирует очень короткие импульсы с низкой энергией и высокой частотой. Благодаря низкому уровню энергии лазер оказывает максимально точное и бережное воздействие на ткани глаза. Алексей Юрьевич оценил креативность швейцарской компании Ziemer, которая незамедлительно тестирует новые идеи и быстро внедряет их в практику. Потенциал фемтолазеров в офтальмологии очень высок, и множество идей ожидают воплощения в жизнь в ближайшее время. Идут исследования по фемтолазерному сопровождению кроссликинга. Разрабатывается техника фемтолазерного десцеметорексиса. Проводятся работы по использованию фемтолазера для пересадки боуменового слоя роговицы. Технологии развиваются очень активно и каждый день приносит инновации.

Femto LDV Z8 – самый компактный мобильный лазер в мире. В отличие от других лазерных установок Femto LDV Z8 менее требователен к условиям окружающей среды (температура, влажность и т. д.) и может быть выключен и включен в течение рабочего дня. Время от холодного старта с автокалибровкой до начала работы занимает меньше 10 минут. Оба модуля – роговичный и катарактальный – собраны в одной рукоятке; при этом роговичный модуль работает с аппланационным интерфейсом, а катарактальный модуль – с жидкостным интерфейсом. Ни пациенту, ни хирургу не нужно перемещаться между этапами операции: это очень удобно и позволяет в течение дня прооперировать большое количество пациентов. В рукоятку встроены и ультрасовременный оптический когерентный томограф, который обеспечивает интраоперационную визуализацию переднего отрезка глаза и помогает хирургу планировать операцию. Femto LDV Z8 позволяет точно и качественно выполнить многие этапы хирургических вмешательств. В ходе симпозиума хирурги представили новые разработки Ziemer и поделились опытом выполнения различных операций с использованием системы Femto LDV Z8.

ЛАЗЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЗРЕНИЯ ПУТЕМ ЭКСТРАКЦИИ ЛЕНТИКУЛЫ ПО ТЕХНОЛОГИИ CLEAR

CLEAR (Corneal Lenticule Extraction for Advanced Refractive correction, экстракция роговичной лентикюлы для продвинутой



Рис. 1. CLEAR – это новое направление фемтолазерной коррекции зрения на платформе Femto LDV Z8

коррекции аномалий рефракции) – это новое направление фемтолазерной рефракционной хирургии на платформе FEMTO LDV Z8 (рис. 1). CLEAR – минимально инвазивное вмешательство, сохраняющее структуру слоев роговицы. Поскольку при операциях CLEAR не создается роговичный клапан, у методики отсутствуют осложнения, связанные с флэпом (смещение клапана, подворот, полный срез, потеря флэпа и т.д.). По сравнению с клапанными методиками CLEAR обеспечивает лучшее сохранение биомеханических свойств роговицы, то есть создает меньше ограничений в послеоперационном периоде. Кроме того, CLEAR характеризуется минимальным индуцированием сферических aberrаций, а за счет меньшего повреждения нервных волокон менее склонна к развитию синдрома сухого глаза, чем клапанные методики. Преимуществом рефракционной экстракции лентикюлы методом CLEAR является и возможность доцентрации после докинга, а также высокая надежность вакуума на FEMTO LDV Z8.

Яна Алексеевна Дровняк рассказала об опыте рефракционной экстракции лентикюлы (CLEAR) на FEMTO LDV Z8 в клинике «МИЦАР» (Благовещенск). Она отметила, что FEMTO LDV Z8, работая переключаясь друг друга ультракороткими импульсами низкой энергии с большой частотой и маленьким диаметром, идеально разрезает ткань и создает лентикюлу с гладкими ровными поверхностями. Перемычки и тканевые мостики с FEMTO LDV Z8 практически отсутствуют. Низкая лазерная энергия щадит ткани и сводит к минимуму воспалительный ответ. Система обеспечивает очень стабильный вакуум – докинг прост, а потеря вакуума крайне маловероятна. FEMTO LDV Z8 позволяет центрировать лентикюлу после достижения аппланации и осуществляет контроль циклоторсии. Газ, образующийся в процессе работы лазера, отводится через туннельные разрезы, за счет чего снижается риск появления непрозрачного пузырькового слоя, который мог бы затруднить визуализацию. Интраоперационная оптическая когерентная томография (ОКТ) повышает прецизионность и безопасность удаления лентикюлы.

Яна Алексеевна и ее коллеги прооперировали 100 пациентов (200 глаз) с миопией от -2.0 до -9.0 дптр и астигматизмом от -0.5 до -2.0 дптр по методике CLEAR и проанализировали ранние и отдаленные результаты. У 87% пациентов (171 глаз) некорректированная острота зрения (НКОЗ) находилась на уровне 0.9–1.0 в первый же день после операции. Через год НКОЗ 0.9–1.0 имела у 97% пациентов (193 глаза). Исследователи заметили небольшой гиперметропический сдвиг в первые дни после операции ($+0.5/+0.75$ дптр), который исчезал к сроку 1 месяц после операции.

Артур Амирович Казакбаев поделился своим опытом освоения и применения технологии CLEAR в «Клинике лазерной хирургии» (Уфа). Группу наблюдения составили 52 пациента (104) глаза, проопе-

рированных по методике CLEAR в период за 2022–2023 годы. По результатам анализа, НКОЗ 0.8–1.0 через 1 месяц после операции имели 97,1% пациентов (101 глаз). Артур Амирович заключил, что технология CLEAR – это безопасный, комфортный, прогнозируемый и перспективный метод лазерной коррекции зрения. CLEAR является методом выбора для людей, ведущих активный образ жизни, и профессиональных спортсменов ввиду отсутствия клапанных осложнений.

ФЕМТОЛАЗЕРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ХИРУРГИИ ПТЕРИГИУМА

Ринат Амирович Казакбаев («Клиника лазерной хирургии», Уфа) представил современный подход к хирургии птеригиума. Он описал хирургическую технику, заключающуюся в выкраивании ауто трансплантата конъюнктивы фемтосекундным лазером Femto LDV Z8 с последующей пластикой конъюнктивы и фиксацией трансплантата фибриновым клеем. Ринат Амирович рекомендует использовать для трансплантации конъюнктивальный лоскут толщиной 70 мкм. Проанализировав различные варианты толщины лоскута (70; 80; 100 мкм), он пришел к выводу, что толщина в 70 мкм является оптимальной, поскольку такой лоскут точно не содержит фрагментов тенонной оболочки. Применение ультратонких трансплантатов способствует снижению частоты рецидивов птеригиума.

Ринат Амирович с коллегами сравнили результаты удаления птеригиума в трех группах пациентов: с выкраиванием ауто трансплантата конъюнктивы фемтосекундным лазером и фиксацией трансплантата фибриновым клеем ($n = 40$), с мануальной аутопластикой конъюнктивы и наложением швов ($n = 31$) и с пластикой амниотической мембраной и наложением швов ($n = 32$).

У пациентов после фемтолазер-ассистированного удаления птеригиума восстановление происходило быстрее, чем в других группах (рис. 2). У них быстрее исчезала инъекция сосудов, наблюдалось лучшее и более гладкое приживление трансплантата, рубцевание бульбарной конъюнктивы было менее выраженным. Глаза после операций с применением фемтосекундного лазера и фибринового клея были спокойнее. Резорбция фибринового клея происходила в течение одного месяца, операция давала прекрасный косметический эффект. Данные ОКТ свидетельствовали о полной адаптации трансплантата.

Применение фемтосекундного лазера позволило сократить время операции в 1,5 раза по сравнению с мануальной аутопластикой конъюнктивы и наложением швов или с пластикой амниотической мембраной. В группе фемтосопровождения ре-



Рис. 2. Динамика данных биомикроскопии после удаления птеригиума с фемтолазерным сопровождением на Femto LDV Z8 и применением фибринового клея в сравнении с удалением птеригиума и пластикой амниотической мембраной с наложением швов

наблюдались осложнения в виде диастазов между собственной конъюнктивой и трансплантатом (2,5 vs 6,4 vs 9,3%).

Очевидно, что фемтолазерное сопровождение удаления птеригиума позволило упростить и ускорить операцию. Методика проста в освоении, является бесшовной и обеспечивает оптимальный лечебный и косметический эффект.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ КЕРАТОПЛАСТИКА ПОСЛЕ СКП С ПРИМЕНЕНИЕМ LDV Z8

Эмиль Логманович Усубов, к.м.н. (Уфимский НИИ глазных болезней АН Республики Башкортостан, Уфа), рассказал о результатах фемтолазер-ассистированной задней послойной кератопластики при вторичной эндотелиальной недостаточности у пациентов после сквозной кератопластики (СКП).

Наилучшим вариантом для пациентов с дисфункцией эндотелия является технология DMEK – пересадка десцеметовой мембраны со слоем эндотелиальных клеток. Однако технические сложности операции и выкраивания тончайшего трансплантата настолько велики, что не позволяют рисковать и терять драгоценный донорский материал, поэтому DMEK проводится нечасто. Альтернатива DMEK – задняя послойная кератопластика: пересадка слоя стромы роговицы вместе с десцеметовой мембраной и эндотелиальными клетками. Различают неавтоматизированную эндотелиальную кератопластику (DSEK), автоматизированную эндотелиальную кератопластику, при которой трансплантат выкраивают с помощью кератома (DSAEK) или фемтосекундного лазера (FS-DSAEK). Естественно, чем тоньше слой пересаживаемой стромы, тем выше приживаемость трансплантата, реже иммунный конфликт и лучше результаты операции. Фемтосекундный лазер позволяет выкроить наиболее тонкие трансплантаты, однако фемтолазерная технология в целом имеет и некоторые недостатки: контакт поверхности интерфейса с эндотелием при использовании инвертированной техники, который провоцирует определенную потерю эндотелиальных клеток, и перемычки при выкраивании лоскута, которые затрудняют получение очень тонкого трансплантата.

Femto LDV Z8 позволяет безопасно сформировать эндотелиальный трансплантат толщиной от 80 мкм и сохранить эндотелиальный слой. «В комплект платформы Femto LDV Z8 входит, на мой взгляд, одна из самых удобных искусственных передних камер, – отметил Эмиль Логманович. – С ее помощью можно выкраивать трансплантаты как для передней послойной, так и для задней послойной кератопластики с минимальным воздействием на ткани. Трансплантат толщиной 80 мкм в послеоперационном периоде теряет влагу и становится настолько тонким, что его практически невозможно разглядеть не только невооруженным глазом, но даже на изображениях ОКТ». Доктор представил собственные результаты FS-DSAEK с применением платформы Femto LDV Z8 при вторичной эндотелиальной недостаточности у ограниченной когорты пациентов после СКП по поводу перфорированной язвы роговицы ($n = 6$).

Femto LDV Z8 позволил сформировать ультратонкие эндотрансплантаты, сравнимые с трансплантатами для DMEK. Во всех случаях удалось добиться прозрачного приживления трансплантата, повышения прозрачности роговицы и улучшения остро-

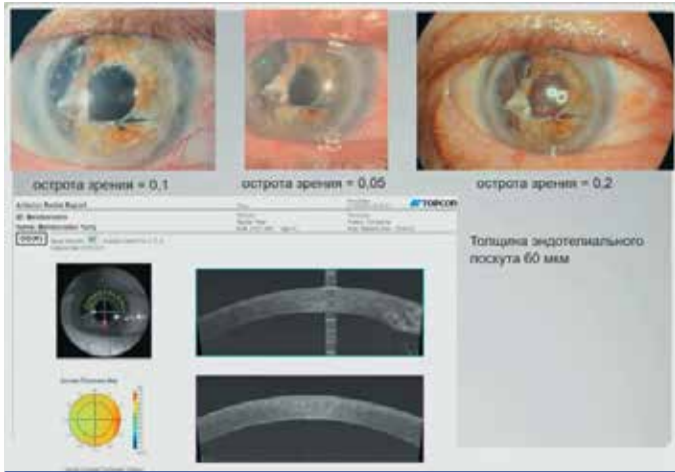


Рис. 3. Вверху слева: пациент после СКП. Вверху в центре: отек роговицы вследствие вторичной эндотелиальной недостаточности после СКП. Вверху справа: восстановление прозрачности роговицы после FS-DSAEK с помощью Femto LDV Z8. Снизу: ультратонкий эндотрансплантат на изображениях ОКТ с итоговой толщиной 60 мкм

ты зрения (рис. 3). Низкоэнергетическая система Femto LDV Z8 настолько бережно работает с тканями, что влияние фемтосекундного лазера на эндотелиальный слой оказалось клинически незначимым.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ФРАК НА FEMTO LDV Z8

В 2015 году Г.В. Ситник, А.Ю. Слонимский и Ю.Б. Слонимский предложили методику фемтолазерной рефракционной аутокератопластики (ФРАК). Это операция непроникающего типа, позволяющая уменьшить миопический и цилиндрический компоненты рефракции у пациентов со стабильным кератоконусом. ФРАК основана на моделировании собственной роговицы: в ходе операции фемтолазером формируется кольцевидный лоскут роговичной ткани с клиновидным профилем, который затем удаляется, а образовавшийся канал ушивается, в результате чего роговица уплощается и принимает более физиологическую форму. Важными преимуществами методики являются отсутствие необходимости использования донорского материала, дефицит которого является общемировой проблемой офтальмологии, сохранение собственного эндотелия и отсутствие риска развития иммунного конфликта.

Методика ФРАК появилась относительно недавно и продолжает дорабатываться.

Изначально ФРАК была разработана для хирургического лечения далекозашедшего кератоконуса (III–IV стадии болезни без грубых помутнений роговицы в оптической зоне).

Основным вопросом, требующим решения, до сегодняшнего дня являлось отсутствие персонализированного способа расчета параметров фемторезекции с учетом индивидуальных данных кератометрии и биометрии пациентов, что делало рефракционные результаты операции малопредсказуемыми.

Максим Александрович Тимофеев (ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова», Калуга) и его коллеги разработали оптимизированную персонализированную технологию ФРАК для лечения кератоконуса. Используя математическую модель, совместно с сотрудниками МГТУ им. Баумана они разработали формулу для индивидуального расчета параметров ФРАК – ширины клиновидной резекции и угла, под которым должна выполняться резекция. Совместно с сотрудниками компании Ziemer они создали программное обеспечение для фемтолазерной платформы Femto LDV Z8 (Ziemer, Швейцария) для проведения персонализированной ФРАК (рис. 4). Кроме того, они

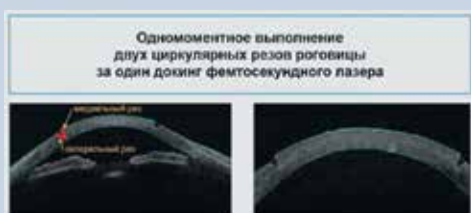


Рис. 4. Оптимизированная программа ФРАК для Femto LDV Z8



Рис. 5. Динамика изменения профиля роговицы, глубины передней камеры и остроты зрения у пациента с кератоконусом после персонализированной ФРАК

разработали метод комбинированной шовной фиксации краев циркулярного разреза роговицы: для более равномерного натяжения роговицы было предложено использование 16 узловых швов и одного непрерывного обвивного шва.

Анализ эффективности интрастромальной кератопластики позволил определить показания к ФРАК: ФРАК можно рекомендовать тем пациентам, у которых результаты интрастромальной кератопластики могут быть неудовлетворительными, то есть пациентам с пахиметрией роговицы в тончайшем месте менее 430 мкм, а в зоне, потенциально используемой для имплантации сегментов, – менее 500 мкм.

Персонализированная методика ФРАК была протестирована на 10 кадаверных глазах. В экспериментах разработанное программное обеспечение показало высокую воспроизводимость и прецизионное качество реза, что позволило перейти к практике. Максим Александрович с коллегами проанализировали результаты персонализированной ФРАК (n = 24) в сравнении с результатами интрастромальной кератопластики (n = 19) у пациентов с кератоконусом и одинаковым исходным состоянием роговицы. Срок наблюдения составил 36 месяцев.

Острота зрения в основной группе в послеоперационном периоде менялась. Изменение профиля роговицы сопровождалось выраженным гиперметропическим сдвигом, который с течением времени становился более физиологичным и приближался к эметропии (рис. 5). После снятия швов (через 12–14 месяцев после операции) сферический и цилиндрический компоненты рефракции стали стабильными и оставались лучше, чем в контрольной группе (сфера $p < 0,05$, цилиндр $p > 0,05$).

Если некорригированная острота зрения (НКОЗ) в основной группе сразу после операции была ниже, чем в контрольной группе, то к сроку 6 месяцев НКОЗ в группе ФРАК была уже достоверно выше по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Корригированная острота зрения (КОЗ) и НКОЗ в сроки от 12 до 36 месяцев после операции (после снятия швов) в группе ФРАК были лучше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Восстановление зрения после ФРАК занимает достаточно долгое время и требует терпения от пациента и хирурга, однако персонализированный подход позволяет добиться значительного стойкого итогового улучшения зрения у пациентов с кератоконусом без пересадки роговицы (рис. 6).



Рис. 6. Роговица пациента после ФРАК

НОВОЕ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ - ТВЕРДОТЕЛЬНЫЙ АБЛЯЦИОННЫЙ ЛАЗЕР «AQUARIUZ» (ZIEMER) ДЛЯ РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ

Профессор **Алексей Юрьевич Слонимский** представил новый твердотельный лазер Aquariuz швейцарской компании Ziemer для рефракционных операций (рис. 7). В отличие от эксимерных лазе-



Рис. 7. Лазер Aquariuz (Ziemer) – новейшая технология кератоабляции

ров, использующих для абляции газовые смеси, источником излучения в лазере Aquariuz является кристалл. Это обеспечивает главные преимущества работы Aquariuz – отсутствие расходных материалов, повышение уровня экологической безопасности и стабильность энергии излучения. Лазер работает бесшумно и не требует поддержания сухости операционного поля. Лазерная установка Aquariuz очень компактна и может быть интегрирована с фемтосекундным лазером Femto LDV Z8 и диагностической системой Galilei.

Алексей Юрьевич перечислил характеристики абляционного лазера Aquariuz: длина волны 205–215 нм; частота повторения импульсов 500 Гц; система слежения EyeTracker; система контроля циклоторсии, оптимизированный асферический профиль абляции; интуитивно понятный интерфейс и швейцарское качество. Результаты операций с применением абляционного лазера Aquariuz не уступают результатам операций с использованием эксимерного лазера. По данным конфокальной микроскопии, в зоне, прилегающей к области работы лазера Aquariuz, некротические изменения отсутствуют, кератоциты интактны. Это подтверждает отсутствие токсичности твердотельного лазера.

«Большая часть разрешений на новую лазерную установку Aquariuz в Швейцарии уже получена, – сказал Алексей Юрьевич. – В настоящее время нарабатывается клинический материал, а мы с нетерпением ожидаем появления этого лазера у нас, в России».

Материал подготовила врач-офтальмохирург к.м.н. Михайлова Т.Н.

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



C
L
E
A
R

Преимущества лентикулярной 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 лентикулы
- Оптимизация лазерной мощности, которая даёт минимальный воспалительный ответ

Направляющие тоннели для более легкого отделения лентикулы

Свободно программируемые разрезы:

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

Использование интраоперационного ОКТ (по желанию)

При формировании лентикулы 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
Лентикулы
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



ВЗГЛЯД В ПРАВИЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ: МАКСИМУМ СРЕДИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТЕРАПИИ

31 мая 2023 года в Санкт-Петербурге в рамках XXIX Офтальмологического конгресса «Белые Ночи» состоялся симпозиум «Взгляд в правильном направлении: максимум среди возможностей терапии». В рамках симпозиума ведущие офтальмологи представили слушателям результаты последних исследований в области фармакотерапии аллергических и воспалительных заболеваний глаз, а также глаукомы.

Антибактериальная, противоаллергическая терапия и лечение глаукомы – это актуальные вопросы для всех возрастных групп пациентов, и важно отмечать новые возможности в лечении этих состояний. (**Бржеский В.В.**)

Приветственным словом мероприятие открыла Виктория Барышникова, сотрудник офтальмологического направления компании Сан Фарма (SUN PHARMA). От лица компании Виктория поприветствовала аудиторию и поблагодарила слушателей за активный интерес к симпозиуму. Путь диагностики и лечения заболеваний глаз не всегда легок и прост как для пациента, так и для врача. Поэтому так важно смотреть и двигаться в правильном направлении! Виктория выразила уверенность, что препараты компании Сан Фарма (SUN PHARMA) будут надежным компаньоном и помощником на пути к выздоровлению пациентов.

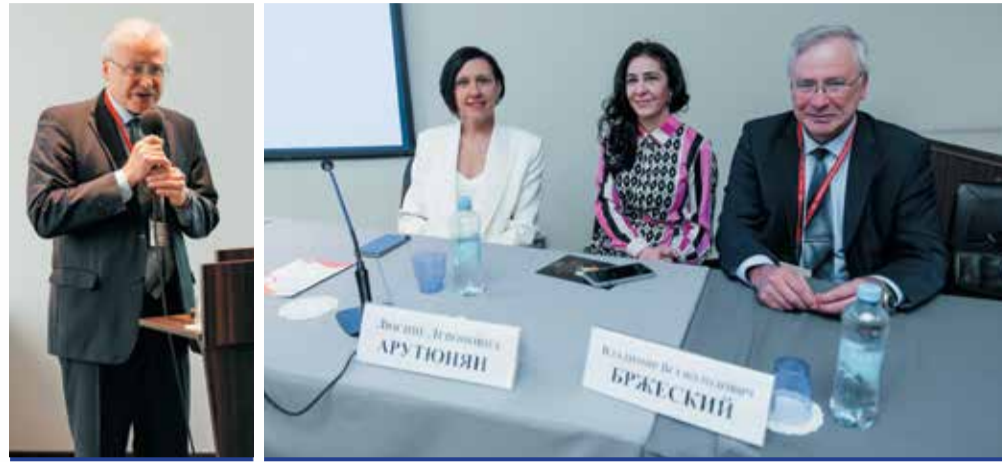
Первым докладом «**Новые возможности терапии сезонного аллергического конъюнктивита**» выступил **Владимир Всеволодович Бржеский**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета.

Профессор начал свой доклад с вопроса особенностей строения слезной пленки. Дело в том, что, как известно, защиту глазной поверхности и ее иммунологическую реактивность обеспечивают входящие в состав слезной пленки практически все классы иммуноглобулинов, лимфокины, факторы неспецифической резистентности, лизоцим, лактоферрин и др. Аллергическая реактивность в свою очередь обеспечивается мукоассоциированной лимфоидной тканью, которая ассоциирована со слизистой оболочкой слезной железы, конъюнктивы и слезоотводящих путей. Так, наибольшее скопление лимфоцитов происходит в месте наибольшего контакта с аллергеном – слезном озере и начале слезоотводящих путей, где слеза протекает медленно.

Что касается аллергических конъюнктивитов, то традиционно они классифицируются на поллинозный, или сезонный, острый/хронический круглогодичный, лекарственный, крупнопиллярный, или гигантососочковый, и весенний кератоконъюнктивит. Говоря о сезонном аллергическом конъюнктивите (САК), важно отметить, что для него характерна сезонность периодов обострения: весенний – 8%, летний – 75% и осенний – 7%.

Особое место в докладе Владимира Всеволодовича было отведено патогенезу аллергических заболеваний глаз.

Аллергическая реакция немедленно типа на клеточном уровне реализуется при участии В-лимфоцитов, которые в ответ на контакт с аллергеном превращаются в плазматические клетки, вырабатывающие специфические иммуноглобулины Е (IgE). Впоследствии IgE фиксируются на мембранах тучных клеток. Так происходит процесс сенси-



билизации. Повторный контакт с аллергеном приводит к тому, что аллерген связывается с фиксированным на мембране тучной клетки IgE, запуская процесс дегрануляции – выброса биологически активных веществ (гистамин, серотонин и т. д.), за счёт эффекта которых и развиваются характерные симптомы аллергии.

Базисная схема лечения больных с аллергическими заболеваниями глаз включает в себя выявление причинного аллергена, его устранение (элиминацию) или максимальное сокращение контакта, а также лекарственную терапию.

Основные группы препаратов для лечения аллергического конъюнктивита следующие: местные и при необходимости системные антигистаминные препараты; глюкокортикоиды (ГК); стабилизаторы мембран тучных клеток; деконгестанты; комбинированные формы препаратов.

К антигистаминным препаратам относятся: эпинастин (0,05%), олопатадин (0,1–0,2%), цетиризин, кетотифен (0,05%), азеластин (0,05%), астемизин (0,5%), левокабастин (0,05%).

Новым антигистаминным препаратом, сравнительно недавно появившимся на российском рынке, является Эпинепта®. Действующее вещество препарата – эпинастин 0,05% – отличается более высоким сродством к гистаминовым H1-рецепторам по сравнению с другими распространенными молекулами АГП. Так, по данным исследований, для эффективной блокады H1-гистаминовых рецепторов требуется меньшее количество эпинастина по сравнению с олопатадином, азеластином. Эффективность эпинастина 0,05% (Эпинепта) обусловлена его двойным действием: он является не только блокатором гистаминовых рецепторов, но и стабилизатором мембран тучных клеток.

Владимир Всеволодович обратил внимание аудитории на факт того, что на фоне терапии антигистаминными препаратами возможно развитие сухости глаз. Дело в том, что в норме стимуляция МЗ-холинэргических рецепторов связана с секреторной функцией слезной железы. В то время как конкурентный антагонизм АГП в отношении ацетилхолина может приводить к блокаде МЗ-рецепторов и уменьшению слезопродукции. Таким образом, на фоне применения АГП может развиваться синдром сухого глаза.

В экспериментальном исследовании установлено, что эпинастин 0,05% значительно в меньшей степени снижает объем слезной жидкости, чем олопатадин 0,1%. Таким образом, риск развития или усугубления сухости глаз на фоне терапии препаратом Эпинепта® минимален.

Еще одним важным преимуществом препарата Эпинепта® является скорость наступления эффекта. Так, по данным рандомизированного плацебо-контро-

лируемого исследования, эпинастин 0,05% уже через три минуты после применения на 78% эффективнее снижал выраженность зуда (**рис. 1**), а через пять минут после использования на 70% эффективнее уменьшал отек век у пациентов с аллергическим конъюнктивитом. Кроме того, результаты исследования подтвердили, что препарат может работать длительно – эпинастин 0,05% купировал симптомы сезонного аллергического конъюнктивита даже спустя 8 часов после закапывания.

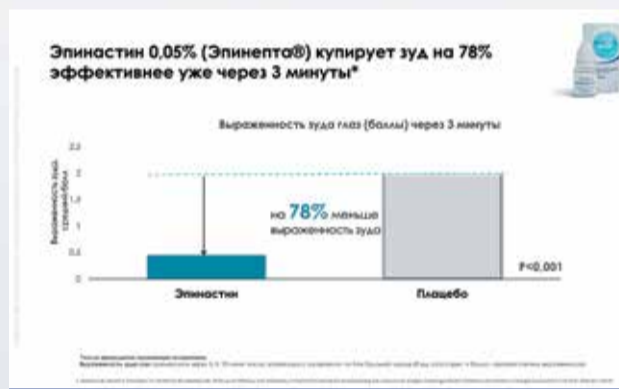


Рис. 1. Препарат эпинастин 0,05% эффективно купирует зуд на 78% уже через 3 минуты после закапывания (данные исследования)

Отличительными дополнительными эффектами молекулы эпинастина 0,05% являются ингибирование высвобождения провоспалительных цитокинов, активации нейтрофилов, эозинофилов.

Завершая выступление, профессор В.В. Бржеский подчеркнул, что оригинальный АГП эпинастин 0,05% (Эпинепта®) характеризуется быстрым наступлением эффекта, эффективно купирует основные симптомы аллергического конъюнктивита за счет высокого сродства к рецепторам гистамина, отличается минимальным риском развития сухости поверхности глаза.

Со вторым докладом, на тему «**Выбор терапии при лечении острого и хронического воспаления век и конъюнктивитов**», выступила д.м.н., профессор, заведующая кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский медицинский университет» **Елена Александровна Дроздова**.

Воспалительные заболевания переднего отрезка глаза – одна из наиболее частых причин обращения за амбулаторной офтальмологической помощью (ежегодно каждый второй гражданин России). К воспалением глазной поверхности относят блефариты, конъюнктивиты и кератиты инфекционной и неинфекционной этиологии.

Согласно данным мировой статистики, конъюнктивиты диагностируются более чем у 60%, а блефариты более чем у 40% пациентов с воспалительными заболеваниями глаз,

обратившихся за офтальмологической помощью. Хронический блефарит диагностируется чаще, чем острый, в том числе у 27–44% пациентов с розацеа, у 33% пациентов с себорейным дерматитом, более 35% хронического блефарита связаны с синдромом сухого глаза и дисфункцией мейбомиевых желез (МЖ).

Развитие бактериального конъюнктивита может быть ассоциировано, например, с активацией бактериальной флоры на фоне предшествующего вирусного конъюнктивита; первичным инфицированием от большого бактериальной инфекцией верхних дыхательных путей или бактериальным конъюнктивитом; контактное инфицирование: через инородные тела, грязные руки, носовые платки, полотенца и т. п.; при наличии предрасполагающих факторов: хронического блефарита и дисфункции МЖ, синдрома сухого глаза (ССГ), обструкции слезоотводящих путей и т. д.

Говоря о микрофлоре, высеваемой при бактериальном конъюнктивите, стоит отметить, что чаще всего высеваются грамположительные кокки – 73,4% (*Staph. epidermidis*, *Staph. aureus*, *Staph. saprophyticus*, *Staph. haemolyticus*, *Str. pneumoniae*); несколько меньше грамотрицательные – 9,5% (*Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Moraxella*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Proteus vulgaris*). У детей чаще обнаруживаются *Haemophilus influenzae* (44,8%) и *Str. pneumoniae* (30,6%).

Препаратами первого выбора в лечении бактериальных конъюнктивитов являются фторхинолоны III и IV поколения и аминогликозиды, обладающие широким антибактериальным спектром, хорошей проникающей способностью и пролонгированным эффектом, быстрым началом действия, низкой токсичностью и хорошей сочетаемостью с другими лекарственными препаратами.

Елена Александровна напомнила аудитории, что максимальная эффективность офтальмологических антибиотиков зависит от следующих факторов: скорости проникновения в очаг воспаления и достижения ингибирующих для возбудителя концентраций, минимизации распространения инфекции и возникновения резистентных бактерий.

Аудитории был представлен новый препарат Ксафлом® (МНН: моксифлоксацин 0,5%). Препарат относится к группе фторхинолонов IV поколения, применяется у взрослых и детей старше 1 года по 1 капле в каждый пораженный глаз 3 раза в день. Длительность курса зависит от тяжести состояния, клинических и бактериальных особенностей инфекционного процесса. Ксафлом® активен в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, анаэробных и атипичных бактерий (**рис. 2**). По данным исследований, высокая липофильность обеспечивает более

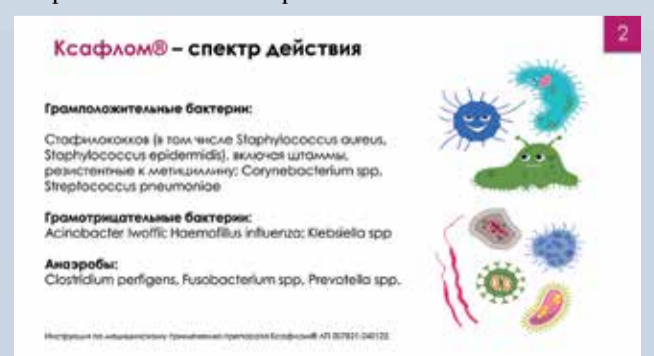


Рис. 2. Спектр действия препарата Ксафлом®

высокие концентрации моксифлоксацина (Ксафлом) в конъюнктиве по сравнению с другими фторхинолонами.

Елена Александровна отметила, что фторхинолоны, и в частности Ксафлом®, в наименьшей степени способствует росту числа резистентных микроорганизмов.

Стоит подчеркнуть, что моксифлоксацин 0,5% (Ксафлом®) рекомендован в качестве препарата первого выбора лечения бактериального конъюнктивита, согласно утвержденным клиническим рекомендациям.

Далее Елена Александровна отметила, что в некоторых клинических ситуациях может потребоваться подключение к терапии противовоспалительного компонента. Например, при выраженном болевом синдроме, при затяжном течении конъюнктивита, при появлении признаков аллергии или на фоне аллергических конъюнктивитов, а также при лечении хронических конъюнктивитов и блефароконъюнктивитов. В таких случаях клиницист может назначить комбинированные препараты, содержащие антибактериальный и противовоспалительный компоненты, например, фиксированную комбинацию тобрамицина 0,3% и дексаметазона 0,1% в новом препарате Рубродекс. Тобрамицин – антибиотик широкого спектра, являющийся препаратом выбора эмпирической антибактериальной терапии. Дексаметазон дополнительно оказывает выраженное противовоспалительное, противоаллергическое и десенсибилизирующее действие.

Помимо бактериального конъюнктивита показаниями к применению препарата являются кератоконъюнктивит, блефароконъюнктивит, блефарит, кератит, иридоциклит, а также профилактика и лечение воспалительных явлений в послеоперационном периоде. Препарат разрешен к применению у детей с 2 лет. ФК тобрамицин + дексаметазон включена в клинические рекомендации по лечению конъюнктивитов в РФ (рис. 3), а также рекомендована Американской Академией Офтальмологов.



Рис. 3. Фиксированная комбинация тобрамицин + дексаметазон включена в клинические рекомендации по лечению конъюнктивитов в РФ

В своем докладе Елена Александровна привела клинические примеры успешного применения препаратов Ксафлом® и Рубродекс в своей клинической практике.

Лусине Левоновна Арутюнян, д.м.н., профессор кафедры ФГБОУ ДПО РМАПО, заведующая диагностическим отделом глазного центра Восток-Прозрение представила аудитории доклад на тему «**Диагностика и лечение глаукомы: требуют ли пересмотра привычные парадигмы?**».

Ключевые методы диагностики и мониторинга глаукомы на сегодня – это оптическая когерентная томография (ОКТ) и статическая автоматизированная периметрия (САП). ОКТ предоставляет объективную информацию о толщине слоев сетчатки с высокой повторяемостью и воспроизводимостью результатов. Однако значения достигают

уровня, за пределами которого изменения с увеличением степени тяжести глаукомы не выявляются (эффект «пола»). При проведении САП нет эффекта «пола», однако значимые дефекты поля зрения выявляются при 25–35% потере ганглиозных клеток сетчатки (эффект «потолка»). В то же время САП – это субъективный метод исследования, требующий от пациента высокой концентрации, что снижает повторяемость и воспроизводимость результатов.

Комбинация тестов САП (24–2 или 30–2) и ОКТ – общая клиническая парадигма для выявления глаукомных повреждений.

Также стоит отметить, что в диагностике глаукомы плотность сосудов макулярного капиллярного сплетения является приоритетным информационным фактором. Масштабная транснациональная группа офтальмологов сообщила о преимуществах технологии оптической микроангиографии для описания прогрессирующей потери клеток ганглиозного и внутреннего плексиформного слоев сетчатки у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Установлено, что в структуре мониторинга пациентов с глаукомой изменения плотности микрососудов в фовеолярной, парафовеолярной областях, в поверхностном и глубоком сосудистом сплетении сетчатки более значимы, чем структурные (толщина слоя нервных волокон). А изменения в глубоком сосудистом макулярном сплетении (назальный сектор) могут быть многообещающим структурным диагностическим параметром при тяжелой глаукоме.

Лусине Левоновна напомнила аудитории, что в кровоснабжении преламинарной порции зрительного нерва участвуют сосуды хориоидеи (задние короткие цилиарные артерии). Они обеспечивают микроциркуляцию в зоне решетчатой пластинки, поэтому, когда мы говорим, что хориокапиллярный кровоток снижается, имеется в виду, что это меняет кровоток на уровне решетчатой пластинки.

Продолжая доклад, Лусине Левоновна представила аудитории новый препарат адъювантной терапии глаукомы – местный ингибитор карбоангидразы Лабриз (МНН: бринзоламид 1%). Препарат применяется для снижения ВГД при офтальмогипертензии и открытоугольной глаукоме: как в качестве монотерапии, так и в качестве дополнительной терапии к бета-адреноблокаторам или аналогам простагландинов. Режим дозирования препарата – по 1 капле 2 раза в день.

Лусине Левоновна представила аудитории данные рандомизированного многоцентрового двойного слепого исследования, где пациентам с ПОУГ в дополнение к терапии аналогом простагландина травопростом 0,004% добавили бринзоламид 1% или бримонидин 0,15% по 1 капле 2 раза в день в течение 3 месяцев. Результаты исследования показали, что усиление терапии за счет добавления бриндоламида 1% (Лабриз) было более успешным и способствовало дополнительно снижению уровня ВГД на 2,8 мм рт. ст. (рис. 4).

Лусине Левоновна привела клинический пример пациентки с назначенной терапией аналогов простагландинов. По данным ОКТ ангиографии в динамике было выявлено резкое снижение



Рис. 4. Среднее ВГД в разные временные точки через 3 месяца терапии. Добавление бринзоламида 1% (Лабриз) к терапии способствовало дополнительному снижению ВГД (на 2,8 мм рт. ст.)

перфузии зон сетчатки при сохраненных показателях компьютерной периметрии и отсутствии отрицательной динамики по толщине ганглиозного слоя сетчатки и толщине слоя нервных волокон сетчатки. Снижение показателей перфузии диктовало необходимость назначения препаратов, которые дадут возможность улучшить кровоток задних коротких цилиарных артерий. В данном случае можно добавить к лечению Лабриз как монопрепарат или использовать фиксированную комбинацию (Золасан Т).

Фиксированная комбинация дорзоламид + тимолол (Золасан Т) обладает высокой гипотензивной эффективностью, а также обеспечивает минимальные колебания уровня ВГД в течение суток.

ФК дорзоламид + тимолол хорошо знакома врачам-офтальмологам – это первая фиксированная комбинация, рекомендованная FDA, которая успешно применяется более 20 лет, включена в состав рекомендованных препаратов для терапии ПОУГ.

Важно отметить, что ингибитор карбоангидразы дорзоламид 2% в составе Золасан Т оказывает вазодилатирующий эффект и улучшает ретинальный кровоток.

Свою презентацию Лусине Левоновна заключила следующими выводами:

- Новейшие научные исследования мирового уровня постепенно создают строго доказательную платформу, позволяющую диагностировать ранние патологические изменения на все более тонком уровне. Что позволяет своевременно увидеть отрицательную динамику глаукомного процесса и принимать индивидуальные решения о коррекции терапии и о необходимости хирургического вмешательства.
- Снижение перипапиллярной, папиллярной и макулярной плотности сосудистой сети коррелирует с функциональными и структурными изменениями при глаукоме.
- Важную роль в диагностике глаукомы может играть снижение плотности сосудов в нижнем и нижневисочном секторе ДЗН и перипапиллярной сетчатки.
- Это может быть связано с тем, что именно в этих отделах чаще всего встречаются локальные дефекты в решетчатой пластинке.
- При офтальмогипертензии именно раннее нарушение папиллярной и макулярной перфузии может быть значимым фактором для назначения гипотензивных препаратов.
- Возможно, что снижение перфузии сетчатки и зрительного нерва предшествует структурным изменениям нервной ткани, что делает обоснованным проведение ОКТ-ангиографии для раннего выявления заболевания.

Шурыгина М.Ф., врач-офтальмолог, врач-генетик, к.м.н.

ЭПИНЕПТА®

Эпинастин 0,05%

ЭПИНЕПТА®
ВПЕРВЫЕ В РОССИИ¹

Быстрее аллергии. Нежнее к глазам

- С 3 минуты может купировать симптомы сезонного аллергического конъюнктивита²
- Оказывает минимальное влияние на продукцию слезной жидкости, что снижает риски ССГ^{3*}

СОКРАЩЕННАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА ЭПИНЕПТА®
Эпинепта®, МНН: Эпинастин. Лекарственная форма: капли глазные. Фармакотерапевтическая группа: Противоаллергическое средство – H1-гистаминовых рецепторов блокатор. Показания к применению: Лечение симптомов сезонного аллергического конъюнктивита. Противопоказания: Повышенная чувствительность к эпинастину и/или другим компонентам препарата, детский возраст (до 12 лет). С осторожностью: При беременности, в период грудного вскармливания. Способ применения и дозы: Местно. Взрослым и детям старше 12 лет рекомендуемая доза – по 1 капле в каждый пораженный глаз 2 раза в день. Препарат применяют до исчезновения симптомов, но не более 8 недель. Побочное действие: Не часто – головная боль, часто – ощущение жжения, раздражение глаз; не часто – итерения конъюнктивы/глаз, выделение из глаз, сухость глаз, зуд глаз, нарушение зрения, повышенное слезоотделение, боль в глазах, не часто – жжение, раздражение слизистой оболочки носа, ринит, нечасто – дисхемия. Срок годности: 2 года. Вскрытый флакон использовать в течение 30 дней. Не использовать после истечения срока годности. Условия отпуска: По рецепту. Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению препарата Эпинепта® ЛП-005127-221018.
* Полная информация – см. инструкцию по медицинскому применению препарата Эпинепта®.
¹ синдром сухого глаза 1. По данным FPLC <https://plc.rosminzdrav.ru/>. Дата доступа: 03.04.2023. 2. Abelson MB, Gomes P, Crumpton HJ, Schiffman RM, Bradford RR, Whitcup SM. Efficacy and Tolerability of Ophthalmic Epinastine Assessed Using the Conjunctival Antigen Challenge Model in Patients with a History of Allergic Conjunctivitis. Clin Ther. 2004;26(1):35-47. 3. Villareal AL, Farley W, Pflugfelder SC. Effect of Topical Ophthalmic Epinephrine and Oxpapradine on Tear Volume in Mice. Eye Contact Lens. 2006;32(6). Инструкция по медицинскому применению препарата Эпинепта® ЛП-005127, последнее изменение №2 от 17.05.2022

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ССГ

В рамках Международного офтальмологического конгресса «Белые Ночи», прошедшего с 29 мая по 2 июня в Санкт-Петербурге, компанией Алкон были организованы сателлитные симпозиумы, посвященные здоровью поверхности глаза и инновациям в контактной коррекции зрения.

- Первая часть симпозиума была посвящена теме «Возрастной пациент на приеме. Как справиться с обилием жалоб?», куда вошли доклады:**
- «Особенности патогенеза и клинического течения синдрома сухого глаза у пациентов различного возраста» профессора, д.м.н. Бржеского Владимира Всеволодовича;
 - «Вторичный ССГ, связанный с глаукомой и сахарным диабетом», к.м.н. Голубева Сергея Юрьевича;
 - «Обзор алгоритма лечения и подготовки пациента к операции при катаракте с ДМЖ», профессора, д.м.н. Беликовой Елены Ивановны.

Во второй части симпозиума уделялось внимание теме «Инновации в контактной коррекции зрения». С докладом «Технологии контактной коррекции для пользователей цифровых устройств» выступила Захарова Ольга Александровна.

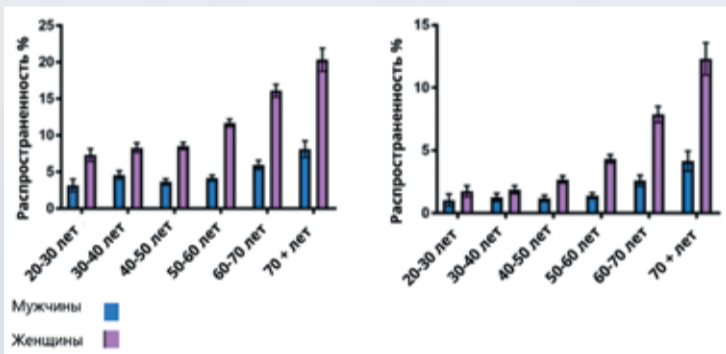
Остановимся на докладах. В работе «Особенности патогенеза и клинического течения синдрома сухого глаза у пациентов различного возраста» профессора Бржеского Владимира Всеволодовича были продемонстрированы данные ретроспективных исследований пациентов с синдромом сухого глаза (ССГ), которым страдает до 90% людей. ССГ может проявляться в любом возрасте, при этом причины его возникновения будут отличаться. Можно наблюдать развитие ССГ при пороках развития век и слезных желез, при ношении контактных линз и др.

Основные факторы развития ССГ в возрастных группах

	Причины ССГ	Группа риска	Встречается реже	Редко
1	Пороки развития век и слезных желез	До 1 года		
2	Компьютерный зрительный синдром (КЗС)	18–50 лет	До 18 лет	Старше 50 лет
3	Ношение контактных линз	18–50 лет	До 18 лет	Старше 50 лет
4	Кераторефракционные операции	18–50 лет	Старше 50 лет	
5	Дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ)	Старше 50 лет	18–50 лет	
6	Системные заболевания	Старше 50 лет	18–50 лет	До 18 лет
7	Перименопауза	Старше 50 лет	18–50 лет	
8	Воздействие глазных капель	Старше 50 лет	18–50 лет	До 18 лет

С помощью оценок OSDI и теста Ширмера было выявлено, что распространенность ССГ увеличивается с возрастом, происходит уменьшение времени разрыва слезной пленки, развитие дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ). Также выявлена гендерная зависимость, у женщин ССГ появляется чаще во всех возрастных группах:

Распространенность ССГ среди мужчин и женщин разных возрастных групп



Артифициальный синдром сухого глаза также становится актуальным в любом возрасте из-за большого количества хирургических вмешательств и других ятрогенных факторов:



Далее докладчик рассказал о методах диагностики синдрома сухого глаза и продемонстрировал поэтапную схему обследования, которой пользуются во всем мире.

При получении одного положительного теста врач определяет тип ССГ. Исследуются водный дефицит ДМЖ. Во время осмотра пациента важно учитывать возраст, врач может наблюдать характерные изменения состояния поверхности глаза для возрастных групп.

Доля участников с диагностированной болезнью сухого глаза, дисфункцией мейбомиевых желез и дефицитом водянистой слезы по возрастным группам. Оптимальный прогностический пороговый возраст для клинических маркеров указан стрелками над графиком

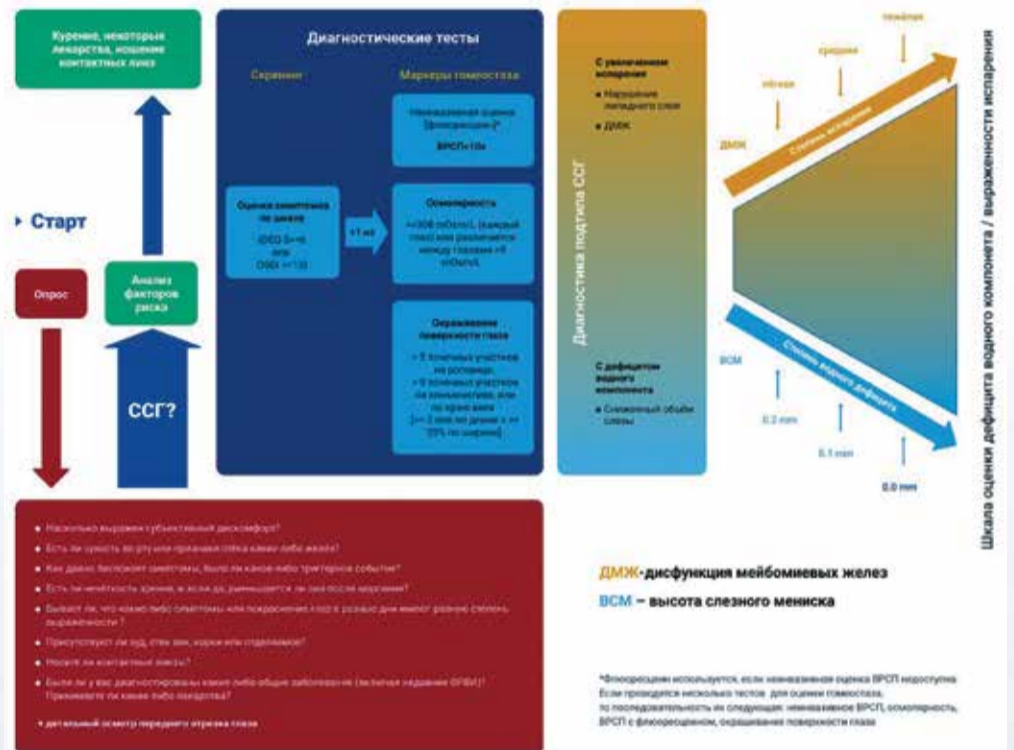
Поскольку при ДМЖ страдает состав и количество липидного слоя, важно назначать слезозаменители, которые позволяют восстанавливать липидный слой и уменьшать испарение слезы.

Систейн Баланс содержит в своем составе натуральный увлажняющий компонент ГП-Гуар и микрокапсулы липидов и фосфолипидов¹², что позволяет увеличить толщину липидного слоя на 40% и повысить стабильность слезной пленки (на 65% увеличивается ВРСП в сравнении с исходным уровнем).

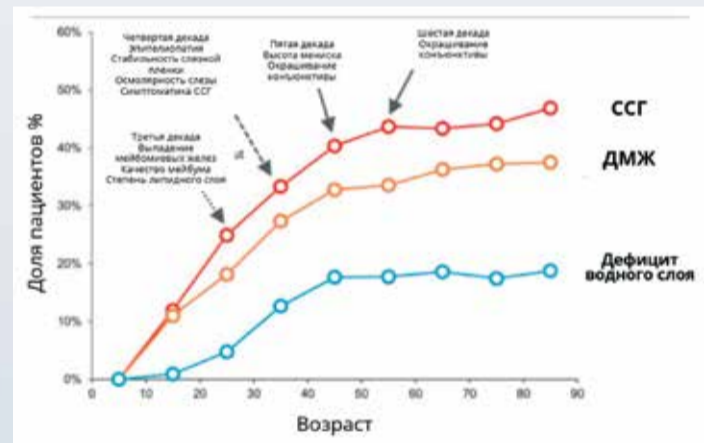
Артифициальный синдром сухого глаза



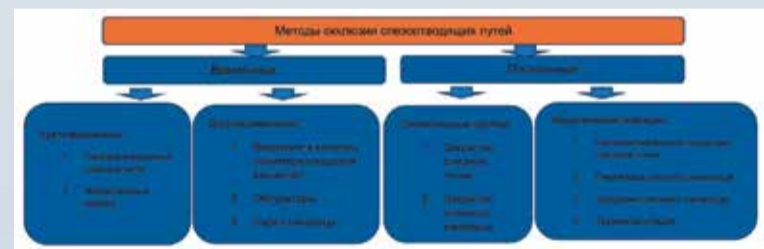
Алгоритм диагностики ССГ (TFOS DEWS II)



Доля участников с диагностированной болезнью сухого глаза, дисфункцией мейбомиевых желез и дефицитом водянистой слезы по возрастным группам



Как один из методов лечения ССГ – obturation слезных канальцев.



Сначала следует применять временную obturation, при положительном эффекте возможно применение постоянного obturatorа.

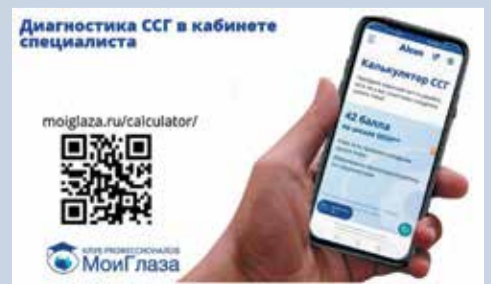
Противовоспалительная терапия допускается при лечении ССГ врачом, включает в себя глюкокортикоиды, НПВС, антибиотики. А также иммунокорректирующая терапия – циклоспорин 0,05% и 0,1%, назначается согласно рекомендациям рабочей группы DEWS2 при отсутствии эффекта при назначении слезозаменителей.

В докладе «Вторичный ССГ, связанный с глаукомой и сахарным диабетом», к.м.н. Голубев Сергей Юрьевич рассказал о влиянии глаукомы на развитие синдрома сухого глаза. До 59% процентов с глаукомой имеют ССГ, и чем выше стадия глаукомы, тем больше его проявлений. Многие пациенты даже не осведомлены о синдроме сухого глаза, только 23% пациентов с глаукомой знают, что он у них есть, 61% считают, что у них его нет, 16% ничего не знают про ССГ.

Выявить выраженность ССГ можно при помощи онлайн-калькулятора ССГ (на основе опросника OSDI):

Основная проблема ССГ с глаукомой, считает Сергей Юрьевич, в том, что пациент менее привержен к назначенной терапии и даже может отказаться от назначенного лечения.

83% пациентов с глаукомой соблюдают терапию, если нет признаков ССГ, и лишь 64% пациентов с глаукомой соблюдают терапию при наличии ССГ.





НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ТЕРАПИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

29 мая 2023 года в рамках XXIX Международного офтальмологического конгресса «Белые Ночи» им. проф. Ю.С. Астахова при поддержке ООО «Бауш Хелс» состоялся сателлитный симпозиум «Новые тенденции в терапии офтальмологических пациентов». Участники симпозиума обсудили целый спектр глазных заболеваний – от болезней глазной поверхности до патологии глазного дна.

АЛЬТЕРНАТИВЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ



Елена Владимировна Яни, кандидат медицинских наук, начальник отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России (Москва)

Елена Владимировна Яни, к.м.н. (Москва), выступила с сообщением о современных возможностях лечения бактериальной офтальмоинфекции. Бактериальная инфекция – одна из самых распространенных причин воспалительных заболеваний глаз, особенно переднего отдела глазного яблока. Это наиболее частая проблема, с которой сталкиваются практикующие офтальмологи. Во всем мире ежегодно регистрируются около 5 млн случаев бактериальных конъюнктивитов, а истинное число больных может быть значительно выше, поскольку статистика не учитывает те случаи, когда пациенты не обращаются к врачу и лечатся сами. Существует определенная сезонность заболеваемости – пик бактериальной офтальмоинфекции приходится на декабрь – апрель. Заболевание глаз могут предшествовать простуда или ОРВИ.

Любые микроорганизмы – даже те, которые присутствуют на конъюнктиве в норме, – при благоприятных для микрофлоры условиях могут вызвать инфекционное воспаление. Благоприятными условиями для микроорганизмов могут стать снижение иммунитета глазной поверхности, снижение местного иммунитета кожи век, снижение общего иммунитета, использование некоторых лекарственных препаратов или системные патологические состояния, которые косвенно тоже могут снижать иммунитет.

Местная антибактериальная терапия необходима при следующих воспалительных заболеваниях переднего отдела глаза: бактериальный блефарит, бактериальный конъюнктивит (или другой конъюнктивит, осложненный бактериальной инфекцией), кератит (бактериальный или с нарушением целостности эпителия), язва роговицы, увеит.

Линейка антибактериальных препаратов компании «Бауш Хелс» представлена антибиотиками разных групп: это препараты фторхинолонового ряда, аминогликозиды и комбинированные препараты. Лекарственные средства выпускаются в виде глазных капель и мазей. Все препараты имеют отличный профиль безопасности и хорошо переносятся пациентами.

Флокссал глазные капли и Флокссал глазная мазь

Флокссал (офлоксацин) – препарат с широким спектром антибактериальной активности для лечения бактериальных инфекций переднего отдела глаза. Офлоксацин выпускается в двух лекарственных формах – в виде капель и мази без консервантов. Эти препараты известны каждому офтальмологу России. Мазь Флокссал позволяет поддерживать терапевтическую концентрацию препарата в тканях глаза течение суток при назначении глазных капель днем и мази на ночь. Мазевая форма пролонгирует антибактериальный эффект, а также играет роль защитного покрытия – при эрозиях, язвах роговицы, бактериальных кератитах. Офлоксацин отличается низкой цитотоксичностью в сравнении с другими фторхинолонами (О.И. Александрова, И.Н. Околов, 2015).

Неттацин глазные капли и Неттависк глазная мазь

Антибиотик нетилмицин эффективен в отношении как грамотрицательных микроорганизмов, так и в отношении ряда грамположительных бактерий. Нетилмицин также выпускается в виде двух лекарственных форм – глазных капель Неттацин и глазной мази Неттависк. Была отмечена возможность комбинации препаратов в виде капель и мазей при терапии бактериальной инфекции переднего отдела глаза.

Колбиоцин – комбинированный антибактериальный препарат

Глазная мазь Колбиоцин содержит три антибактериальных вещества – тетрациклин, хлорамфеникол и колиместат натрия. Колбиоцин показан в составе комплексной терапии бактериальных блефаритов, блефароконъюнктивитов, конъюнктивитов, в том числе хламидийных конъюнктивитов, бактериальных кератитов, гнойных язв роговицы и дакриоциститов. При лечении бактериальной инфекции или язвы роговицы возможно комбинирование препаратов из группы фторхинолонов и аминогликозидов. Широко используется назначение мази Колбиоцина до 4 раз в день в терапии микст-инфекций.

В заключение Елена Владимировна отметила, что компания «Бауш Хелс» продолжает поддерживать стабильное фармакологическое обеспечение нашей страны. Препараты фирмы «Бауш Хелс» помогают российским офтальмологам принимать правильные решения, назначать эффективное лечение, получать положительные результаты и благодарность выздоравливающих пациентов.

ТЕОРИЯ СТАРЕНИЯ И ВМД



Павел Андреевич Нечипоренко, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры офтальмологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

Павел Андреевич Нечипоренко, к.м.н. (Санкт-Петербург), подробно описал изменения, происходящие в сетчатке при возрастной макулярной дегенерации (ВМД). На сегодняшний день основной теорией старения является теория повреждения клеток. Согласно этой

теории, старение – это результат природного процесса накопления клетками повреждений, с которыми организм пытается бороться, однако в результате не очень успешной борьбы нарушается баланс между различными системами в организме.

С возрастом в сетчатке уменьшается количество фоторецепторов, мембрана Бруха утолщается, хориоидея, напротив, истончается, на периферии сетчатки появляются твердые друзы. Эти изменения происходят даже в норме, однако ВМД развивается не у всех пожилых людей. Почему? Пожилой возраст – главный фактор риска ВМД. Стареющие клетки начинают выделять провоспалительные факторы и цитокины; тем самым организм старается бороться с повреждениями, но если сетчатке не удастся сохранить баланс цитокинового профиля и поддержать нормальный гомеостаз, изменения усугубляются, а в макуле появляются специфические для ВМД мягкие друзы.

Общим элементом всех молекулярных механизмов в патогенезе ВМД является оксидативный стресс. Из-за усиления оксидативного стресса усиливается воспаление, развивается гиперлипидемия, появляется неоваскуляризация. Единственной возможностью влиять на оксидативный стресс до сегодняшнего дня остается использование антиоксидантов, на основе которых компания «Бауш Хелс» разработала линейку оригинальных нутрицевтиков. Эффективность компонентов, входящих в их состав, доказана крупномасштабными международными исследованиями с участием более 9000 человек. Так, по результатам исследования AREDS 1 (2001) стало ясно, что прием витаминов С и Е, цинка и бета-каротина снижает риск прогрессирования ВМД. По данным исследования LUNA (2007), прием лютеина и зеаксантина в сочетании с антиоксидантами приводит к увеличению оптической плотности макулярных пигментов в центральной зоне сетчатки. Исследование CARMA (2009) показало, что лютеин и зеаксантин, витамины С и Е, минералы цинка, медь способствуют сохранению зрительных функций и замедляют прогрессирование ВМД. Наконец, исследование AREDS 2 (2009–2013, 2018) подтвердило, что прием лютеина и зеаксантина, витаминов С, Е и цинка значительно снижает риск развития ВМД. Компания «Бауш Хелс» предлагает несколько вариантов нутрицевтиков.

Окувайт® форте

Окувайт® форте – классический нутрицевтик со сбалансированным содержанием лютеина, зеаксантина, витаминов и минералов. При выборе препарата нужно ориентироваться не только на состав, но и на форму доставки компонентов. У пожилых пациентов часто имеется сопутствующая патология органов ЖКТ, которая не позволяет в полной мере усваивать питательные вещества. Окувайт® форте, напротив, обеспечивает более высокую биодоступность лютеина и зеаксантина у пожилых пациентов благодаря технологии микрокапсулирования. Биодоступность компонентов улучшает и специальная крахмальная матрица.

Окувайт® Макс

Окувайт® Макс – это максимальное количество каротиноидов (лютеина, зеаксантина), докозагексаеновой кислоты (ДГК), витаминов С, Е и цинка для под-

держания здорового зрения. В каждой стике Окувайт® Макс содержится 10 мг лютеина и 2 мг зеаксантина. С этих доз следует начинать терапию. Лютеин и зеаксантин обеспечивают естественную защиту сетчатки и хрусталика от повреждающего действия солнечного света. Витамин С укрепляет сосудистую стенку и улучшает всасывание лютеина. Цинк необходим для нормальной работы мозга и обеспечения когнитивных функций, а также снижает риск развития катаракты и ВМД. Витамин Е – биологический антиоксидант, снижающий риск развития катаракты. Омега-3 жирные кислоты (ДГК) уменьшают риск развития глаукомы, ВМД и синдрома сухого глаза. Эти вещества в достаточном количестве должны поступать в организм годами и десятилетиями.

Визлея

Капсулы Визлея содержат лютеин и зеаксантин, обеспечивающие защиту сетчатки, витамины группы В, поддерживающие нормальную работу нервной системы глаза, а также троксерутин, витамины С и Е, укрепляющие сосудистую стенку, обеспечивают более комплексное действие. Прием Визлея можно рекомендовать не только пациентам с ВМД, но и пациентам с глаукомой, сахарным диабетом или артериальной гипертензией.

Подводя итог своему выступлению, Павел Андреевич подчеркнул, что начавшийся в клетке процесс старения необратим. Поэтому прием антиоксидантов требуется не только пациентам с развитыми стадиями ВМД, но и молодым людям для сохранения здоровья глаз.

ВЛИЯНИЕ БЕСКОНСЕРВАНТНОЙ ТЕРАПИИ ГЛАУКОМЫ НА СОСТОЯНИЕ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ И ПРОГНОЗ ГЛАУКОМНОЙ ХИРУРГИИ



Сергей Юрьевич Петров, доктор медицинских наук, начальник отдела глаукомы, ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России (Москва)

Сергей Юрьевич Петров, д.м.н. (Москва), рассказал о современных возможностях безопасной и эффективной терапии глаукомы. Он подчеркнул, что длительная местная медикаментозная гипотензивная терапия является одним из факторов риска неудачи антиглаукомной операции. В составе гипотензивных капель пациенты годами закапывают и консерванты. Естественно, они оказывают негативное влияние на глазную поверхность, слезопродукцию, состояние конъюнктивы и фильтрационной подушки. «С одной стороны, капли необходимы для сохранения зрения, а с другой стороны, чем дольше пациент закапывает капли, тем больший вред наносится тканям глаза, – сказал Сергей Юрьевич. – Как заведующему глаукомным отделением мне часто приходится наблюдать пациентов с токсико-аллергическими конъюнктивитами, которые крайне сложно подобрать терапию и выхаживать после операции».

Консерванты, в частности самый распространенный консервант бензалкония хлорид, кумулируются в тканях



БХ и глубокие ткани глаза
результат масс-спектрометрического анализа

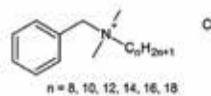
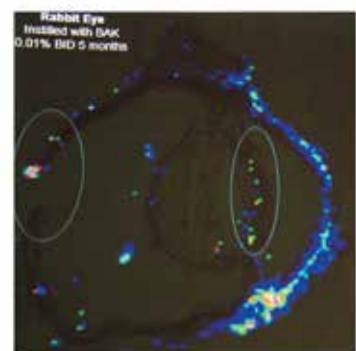


Рис. 1. Консервант бензалкония хлорид при длительном применении накапливается в тканях глаза, причем не только в роговице и конъюнктиве, но и в хрусталике, стекловидном теле и сетчатке

Травиолан® первый в России монокомпонентный препарат на основе травопроста в мультидозовом флаконе без консервантов для лечения глаукомы

Травиолан (травопрост 0,004%)

- ✓ Относится к аналогам простагландина. Улучшает отток внутриглазной жидкости
- ✓ МНН травопрост снижает давление на 25–35%¹. Может применяться с гипотензивными препаратами других групп
- ✓ Консервант отсутствует
- ✓ В случае замены другого гипотензивного препарата травиолан назначается без перерыва (на следующий день)
- ✓ Применяется 1 раз в сутки²



Рис. 2. Травиолан® – первый в России антиглаукомный препарат на основе травопроста в мультидозовом флаконе без консервантов

Артелак® Ночной

это поддержание всех трех слоев слезной пленки для снижения симптомов ССГ средней и тяжелой степени при повышенной испаряемости слезы¹

- Поддерживает все три слоя слезной пленки за счет карбомера, гиалуроната натрия, глицерина и триглицеридов
- Гиалуроновая кислота 0,24% способствует увлажнению
- Многодозовый автоматический флакон с серебряной пружиной и системой фильтров, не пропускающей бактерии внутрь
- Без консервантов и буферных растворов
- Производство в Германии

Рис. 3. Артелак ночной за счет нескольких активных компонентов поддерживает все три слоя слезной пленки

глаза (рис. 1), оказывают прямое токсическое воздействие на эпителий роговицы и конъюнктиву, вызывают аллергический и воспалительный ответ в тканях конъюнктивы, стимулируют фибробластогенез и субконъюнктивальный фиброз. Долгосрочная гипотензивная терапия индуцирует субклиническое воспаление с увеличением числа фибробластов, лимфоцитов, макрофагов и тучных клеток, что снижает вероятность успеха фильтрующей хирургии. Согласно российским и европейским клиническим рекомендациям, бесконсервантные гипотензивные капли показаны пациентам с заболеваниями глазной поверхности, с дисфункцией мейбомиевых желез и хроническими аллергическими реакциями, а также в качестве стартовой терапии с целью снижения внутриглазного давления (ВГД). Поскольку консерванты играют существенную роль в изменении состояния глазной поверхности, то следует избегать их приме-

нения у пациентов, которым планируется хирургическое лечение глаукомы.

Травиолан®

Травиолан® (травопрост 0,004%) – первый в России монокомпонентный препарат на основе травопроста в мультидозовом флаконе без консервантов для лечения глаукомы (рис. 2). Травопрост относится к аналогам простагландинов и улучшает отток внутриглазной жидкости. Травопрост – один из лидеров по гипотензивному эффекту среди других антиглаукомных препаратов: он снижает ВГД на 25–35% от исходного уровня. Травиолан® не содержит консервантов. Препарат применяется один раз в сутки и хорошо переносится.

Артелак® Ночной

Почти все пациенты с глаукомой имеют синдром сухого глаза (ССГ), который может прогрессировать на фоне гипо-

тензивной терапии, поэтому больным глаукомой необходимо увлажнение глаз. Особенно актуально это после оперативного лечения, когда конъюнктиве важно быть здоровой. Пациентам с глаукомой нравятся такие капли, как Артелак®: если от гипотензивных капель они могут чувствовать дискомфорт, то после закапывания слезозаменителей они чувствуют облегчение.

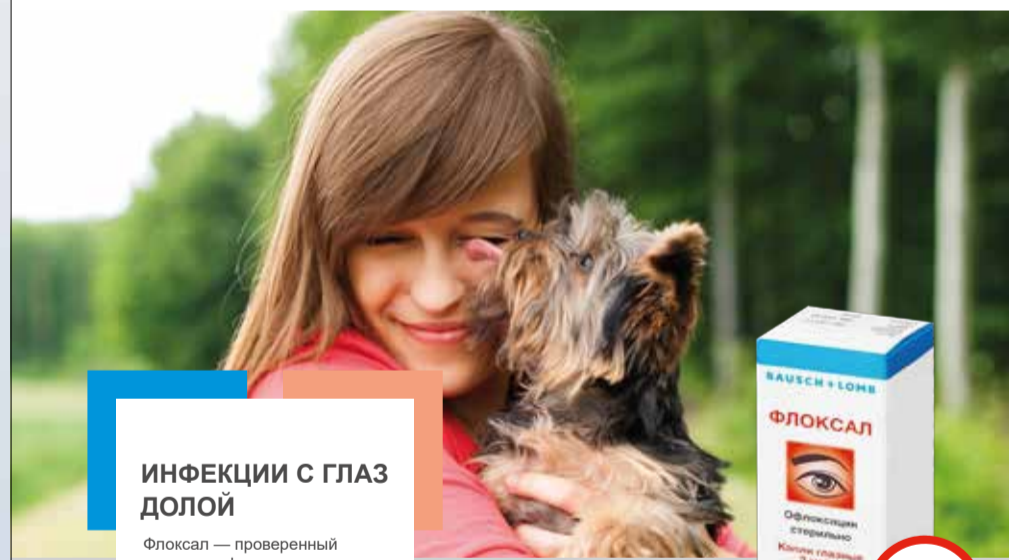
Артелак® Ночной поддерживает все три слоя слезной пленки за счет карбомера, гиалуроната натрия в концентрации 0,24%, глицерина и триглицеридов (рис. 3). Препарат показан для снижения выраженности симптомов ССГ средней и тяжелой степени при повышении испаряемости слезной пленки. Триглицериды восполняют липидный слой слезы, уменьшают испарение влаги с поверхности роговицы и способствуют более выраженному и длительному увеличению толщины слезной пленки. Гиалуроновая

кислота и глицерин притягивают влагу, восстанавливая водный слой слезной пленки. Карбомер связывает молекулы воды и поддерживает муциновый слой слезной пленки. Артелак® производится в Германии, выпускается в многодозовых автоматических флаконах с серебряной пружиной и системой фильтров, не пропускающих бактерии внутрь, не содержит консервантов и буферных растворов.

«Сегодня у нас появилась возможность лечить пациентов препаратами без консервантов и выбирать по-настоящему эффективные и безопасные лекарства, – отметил Сергей Юрьевич. – Не стоит упускать такую возможность. Я рекомендую Травиолан® и Артелак® к клиническому применению».

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

BAUSCH+Health



ИНФЕКЦИИ С ГЛАЗ ДОЛОЙ

Флоксал — проверенный временем фторхинолон для терапии инфекционно-воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза в форме глазных капель и мази

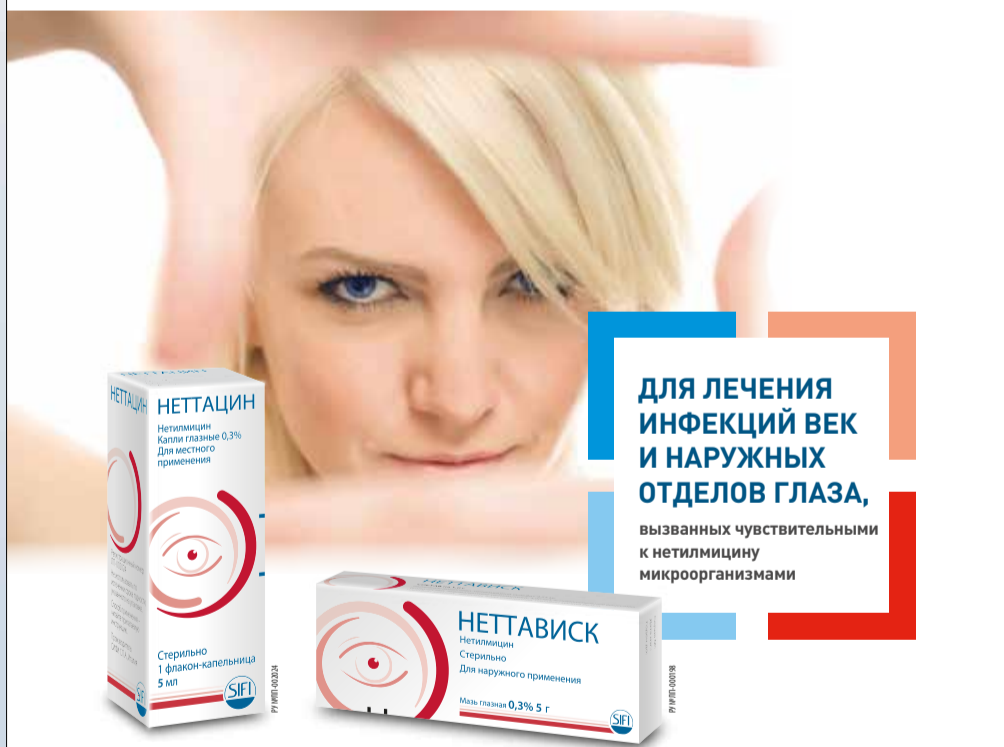


- Широкий спектр действия, включая хламидии¹
- Низкий риск цитотоксического воздействия* на клетки роговицы²
- Две формы выпуска: капли и мазь

Мазь — лекарственное средство, рег. уд. П №015920/01 от 16.11.2019. Капли — лекарственное средство, рег. уд. П №015920/02 от 16.11.2019.
¹ Относительно представленных в статье фторхинолонов (см. список 2 ниже).
² Инструкция по применению препарата Флоксал.
³ Боров А. Е. Офлоксацин 0,3% глазные капли и мазь в современной терапии воспалительно-инфекционных заболеваний глаз (обзор литературы). Клиническая офтальмология. 2012. №3.
 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/

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

BAUSCH+Health



ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ ВЕК И НАРУЖНЫХ ОТДЕЛОВ ГЛАЗА, вызванных чувствительными к нетилмицину микроорганизмами



Аминогликозиды широкого спектра действия на основе нетилмицина 0,3% для терапии инфекционно-воспалительных заболеваний у детей старше 3 лет и взрослых в форме глазных капель

- Широкий спектр противомикробного действия¹
- НЕТАЦИН и НЕТАВИСК можно сочетать²

¹ Инструкция по применению лекарственных препаратов Неттацин и Неттависк.
² Александрова О. И., Корольская Ю. И., Майчук Ю. Ю., Белинова М. И. Исследование общей цитотоксичности антибиотиков аминогликозидного и фторхинолонового ряда на клеточных культурах. Вестник офтальмологии. 2015; 131(6): 43–53. https://doi.org/10.17116/oftalma2015131543-53.
 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/

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

RUS-OPH-NTC-NTV-12-2021-3320



ВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

30 мая 2023 года в рамках XXIX Международного Офтальмологического Конгресса имени Ю.С. Астахова «Белые Ночи» при поддержке биотехнологической компании ФИРН М состоялся сателлитный симпозиум, посвященный вирусным заболеваниям глаз и актуальным проблемам их диагностики и лечения.

В ходе симпозиума ведущие специалисты нашей страны обсудили характерные особенности цитомегаловирусного кератита, специфику клинической картины и лечения вирусных заболеваний у детей, нейротрофические кератиты, развившиеся на фоне герпесвирусной инфекции, а также влияние COVID-19 на орган зрения.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНЫЕ КЕРАТИТЫ – ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ

Дмитрий Юрьевич Майчук, доктор медицинских наук, заведующий отделом терапевтической офтальмологии ФГАУ НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова (Москва), в своем докладе поднял проблему наиболее часто встречающейся патологии у больных – цитомегаловирусных (ЦМВ) кератитов.

Дмитрий Юрьевич начал свой доклад с того факта, что данное заболевание – достаточно распространенное, однако диагностировать цитомегаловирус не всегда просто. Всего воспалительные заболевания глаза герпетической этиологии могут вызывать 7 типов вирусов: альфагерпесвирусы (вирус простого герпеса 1-го и 2-го типов, вирус ветряной оспы), бетагерпесвирусы, (цитомегаловирусы, вирусы герпеса человека 6-го и 7-го типа) и гаммагерпесвирусы (вирус Эпштейна – Барр).

Цитомегаловирус распространен повсеместно – от 40 до 100% населения имеют нейтрализующие вирус антитела. К ЦМВ тропны все клетки организма, кроме клеток лимфоидной системы, что определяет быстрое его распространение по всему организму. Вирус при этом обнаруживается во всех биологических средах, что создает благоприятные условия для его контактной передачи.

Классические варианты поражения органа зрения ЦМВ-этиологии представлены в научной литературе и чаще всего схожи с проявлениями, характерными для ретинита, увеита или эндофталмита. Клиническая картина кератита, вызванного ЦМВ, не укладывается в стандартные общепринятые критерии поражения органа зрения и характеризуется возникновением одного или нескольких субэпителиальных инфильтратов с частичным нарушением эпителизации, а также наличием контакта зоны поражения с лимбом. Помимо этого существует и ряд других признаков (рис. 1).

Переходя к особенностям диагностики, докладчик отметил, что стандартные

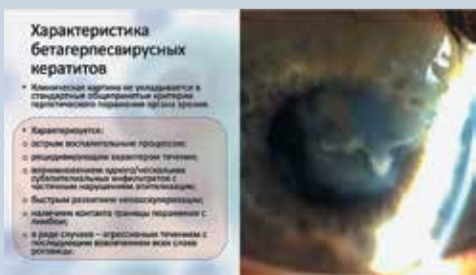


Рис. 1. Характеристика и клинические особенности бетагерпесвирусных кератитов (цитомегаловируса)

методы включают иммунохимический анализ и полимеразную цепную реакцию (ПЦР). Однако иммунохимический анализ часто неинформативен по причине частой инфицированности популяции несколькими видами герпесвируса. ПЦР-диагностика также имеет свои недостатки, один из них – вероятность получения отрицательного результата по причине низкого содержания вирусных частиц в месте забора биопробы.

Специфическим признаком ЦМВ-инфекции считаются так называемые клетки по типу «совиного глаза» («owl's eye cells»), которые впервые были выявлены в 1957 году как клетки со специфическими включениями в сетчатке и сосудистой оболочке новорожденного. Гистологически они характеризуются наличием базофильных включений в цитоплазме клетки и перинуклеарным ореолом. Их также возможно визуализировать при проведении конфокальной микроскопии – выявляются огромные клетки с гипорефлективным ядром, окруженные гипорефлективным ореолом.

Дмитрий Юрьевич поделился данными собственного исследования, включавшего 12 пациентов (12 глаз) с кератитом, не укладывающимся в картину типичной герпесвирусной инфекции. Каждому пациенту помимо стандартного офтальмологического обследования, иммунохимического анализа и ПЦР была проведена конфокальная микроскопия роговицы, а одному из пациентов удалось в связи с проведением сквозной кератопластики выполнить в том числе и гистологическое исследование. Результаты конфокальной микроскопии и гистологического исследования пациента с цитомегаловирусом подтверждают наличие клеток по типу «совиного глаза», а также характерных гигантских клеток с гипорефлективным ореолом (рис. 2). Во всех случаях диагноз удалось подтвердить с помощью проведенной конфокальной микроскопии.

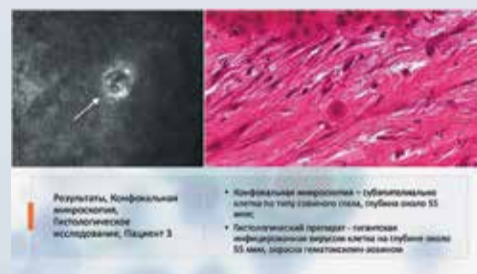


Рис. 2. Результаты конфокальной микроскопии и гистологического исследования пациента с цитомегаловирусом

Наиболее подробно Дмитрий Юрьевич остановился на схеме лечения цитомегаловирусного кератита и важности применения интерферона у таких пациентов. Интерферон представляет собой высокоочищенный рекомбинантный протеин, полученный из клона *Escherichia coli* путем гибридизации плазмид бактерий с геном человеческого лейкоцита, кодирующим синтез интерферона. Интерферон оказывает противовирусное действие, которое обусловлено взаимодействием со специфическими мембранными рецепторами и индукцией синтеза РНК и в конечном счете белков. Последние в свою очередь препятствуют нормальной репродукции вируса или его высвобождению.

Иммуномодулирующее действие интерферона альфа-2b проявляется в повышении фагоцитарной активности макрофагов, усилении специфического цитотоксического действия лимфоцитов на клетки-мишени, изменении количественного и качественного состава секре-

тируемых цитокинов, а также изменении функциональной активности иммунокомпетентных клеток. Один из наиболее изученных и доступных препаратов интерферона альфа-2b, широко применяемый в офтальмологии, – отечественный оригинальный лекарственный препарат в форме стабильных глазных капель Офтальмоферон® биотехнологической компании ФИРН М.

Основные принципы назначения препаратов интерферона заключаются в следующем: назначение до 10-го дня болезни (до выработки специфических антител к вирусу) и частые инстилляции от 6 раз в сутки.

Следующая схема будет оптимальной для назначения местно: ацикловир (Зовиракс) 5 раз в день 5–7 дней, Вирган (в РФ недоступен) 5 раз в день 21 день и Офтальмоферон® 6 раз в день 7 дней. Системно Валцикловир от 2000 до 3000 мг в день (10–20 дней) или Фамцикловир от 1000 мг (7–10 дней). Дополняются в первые 7–10 дней назначает нестероидный противовоспалительный препарат, антибиотики и мидриатики, репаранты; также допустимо назначение антигистаминных препаратов внутрь и стероидов парабюльбарно. С 7–10-го дня при наличии положительной динамики переходят к инстилляциям кортикостероидов, а также в обязательном порядке продолжают активное применение репарантов, от 4 раз в день. В случае наличия в анамнезе рецидивирующих кератитов проводится профилактическая терапия каждые три месяца в течение года: Вирган – 4 раза в день 21 день и Офтальмоферон® 4 раза в день 10 дней.

В заключение Дмитрий Юрьевич подчеркнул, что понимание патогенеза заболевания, а также основных принципов действия лекарственных препаратов остается ключевым в терапии воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

Маркова Елена Юрьевна, доктор медицинских наук, заведующая отделом микрохирургии и функциональной реабилитации глаза у детей ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» (Москва), профессор кафедры офтальмологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, в своем докладе уделила повышенное внимание особенностям клиники и лечения вирусных заболеваний глаз у детей.

Прежде всего Елена Юрьевна отметила, что диагностика и лечение заболеваний роговицы у детей – сложная задача. Это связано с многообразием клинических форм, сложностью верификации диагноза, особенно у детей младшего возраста, и с сопутствующими неврологическими нарушениями. В то же время отсроченное и неэффективное лечение воспалительных заболеваний у детей ведет к осложнениям и впоследствии к амблиопии и рефракционной миопии.

Воспалительные заболевания глаз у детей чаще, чем у взрослых, возникают как проявление общего системного заболевания. Наиболее часто встречаются вирусные конъюнктивиты, которые связаны с заболеваниями верхних дыхательных путей или кожи (аденовирусной или герпетической природы).

Аденовирусные конъюнктивиты занимают 10–12% случаев от всех аденовирусных поражений организма. Среди острых конъюнктивитов доля аденовирусной инфекции составляет от 48 до 62%.

Аденовирусный конъюнктивит также называют фарингоконъюнктивальной лихорадкой, в связи с тем, что заболевание часто начинается с фарингита и подъема температуры. Для таких конъюнктивитов характерно наличие корнеального синдрома, отека век и конъюнктивы, а также скудное слизистое отделяемое. Различают три формы данного заболевания: катаральную, фолликулярную и мембранозную. В случае мембранозной формы в обязательном порядке требуется исключить у пациента дифтерию.

Аденовирус может также стать причиной аденовирусного эпидемического кератоконъюнктивита, в результате которого инфекция способна поразить целые семьи и коллективы. Помимо вышеперечисленных признаков, характерных для конъюнктивита, на роговице возникают множественные точечные инфильтраты, а также часто в патологический процесс вовлечены лимфатические узлы: подчелюстные и околоушные – болезненные при пальпации.

Разновидность аденовирусной инфекции, обладающая чрезвычайно высокой контагиозностью, – эпидемический геморрагический конъюнктивит (ЭГК). Заболевание помимо типичных симптомов характеризуется появлением обширных субконъюнктивальных кровоизлияний, иногда также возможно возникновение точечных инфильтратов на роговице, проявлений околоушной аденопатии и боли в горле.

Герпетический кератоконъюнктивит вызывается вирусом простого герпеса 1-го или 2-го типа, это заболевание часто поражает детей. Клиническая картина начала заболевания нередко стертая и вялотекущая, однако при появлении характерных поражений роговицы диагностика возможна даже при биомикроскопии. В большинстве случаев герпетический кератоконъюнктивит сопровождается также появлением типичных герпетических высыпаний на коже.

Елена Юрьевна детально остановилась на аспектах лечения вирусного кератоконъюнктивита. Ключевым в данном случае остается лечение основного заболевания при клинике системного поражения, а также назначение местно противовирусных препаратов, антисептиков, НПВС и мидриатиков, иногда глюкокортикостероидов. В случае герпетической инфекции обязательны препараты ацикловира.

Безусловно, поскольку речь идет о вирусной инфекции, на первый план выходит применение противовирусных препаратов. Препаратом выбора служит отечественный оригинальный комбинированный препарат Офтальмоферон® (в форме глазных капель), оказывающий комплексное действие. Благодаря входящему в состав интерферону альфа-2b препарат обеспечивает выраженный противовирусный эффект и местное иммуностимулирующее действие, а за счет дифенгидрамина (димедрола) – антигистаминный (противоаллергический) и противоотечный эффекты. Борная кислота выступает в качестве мягкого консерванта и оказывает антибактериальное действие. Полимерная основа пролонгирует действие лекарственного препарата и выполняет функцию искусственной слезы, исключая или уменьшая потребность в дополнительных инстилляциях слезозаменителей, необходимых для профилактики и лечения вторичного нарушения слезной пленки (рис. 3).



Рис. 3. Офтальмоферон® – комплексный препарат для лечения различных заболеваний глаз вирусной этиологии

Спектр применения данного препарата очень широк: это не только вирусные конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты вирусной и в том числе герпетической этиологии, но и синдром сухого глаза, хламидийные конъюнктивиты, аллергические заболевания глаз. Также применение Офтальмоферона показано при предоперационной подготовке перед различными хирургическими вмешательствами.

Елена Юрьевна представила результаты собственного исследования по применению Офтальмоферона. В рамках своего отделения профессор вместе с коллегами проанализировали результаты лечения 140 детей в возрасте от 2 до 13 лет с различными заболеваниями глаз вирусной этиологии. Всем пациентам Офтальмоферон® назначали в составе комплексной терапии, кратность инстилляций составила 5–6 раз в день. Препарат продемонстрировал высокую терапевтическую эффективность и хороший профиль безопасности. Выздоровление через 2–5 недель отмечено в 92% наблюдений.

В заключение своего доклада Елена Юрьевна еще раз подчеркнула, что воспаления глаз у детей часто бывают симптомом системного заболевания. При этом во многих случаях можно отметить стертость клинической картины. Только своевременная диагностика и лечение позволяют купировать симптомы воспаления и предотвратить осложнения.

НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЕ КЕРАТИТЫ, РАЗВИВШИЕСЯ НА ФОНЕ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

С докладом о нейротрофических кератитах, развившихся на фоне герпесвирусной инфекции, выступил кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии ОмГМУ, врач-офтальмолог высшей категории **Суров Александр Владимирович**.

Нейротрофический кератит – дегенеративное заболевание роговицы, сопровождающееся нейрогенным воспалением. Заболевание обусловлено нарушением чувствительной иннервации тройничного нерва и характеризуется пониженной чувствительностью роговицы и ухудшением процесса ее заживления.

К наиболее распространенным причинам развития нейротрофического поражения роговицы относится герпетический кератит, однако к возникновению данного поражения могут также привести сахарный диабет, химические ожоги, ятрогенные травмы при офтальмологических операциях, внутричерепные новообразования, нарушения мозгового кровообращения и нейрохирургические вмешательства.

Первичное заражение герпесом, прежде всего вирусом простого герпеса (ВПГ), происходит после инокуляции слизистых оболочек или кожных покровов при прямом контакте. Считается, что большинство глазных заболеваний, вызванных ВПГ, представляет собой реактивацию вируса после установления латентного периода. Латентный период развивается после того, как вирус проникает в сенсорные нейроны и перемеща-

ется в сенсорные ганглии (ганглии тройничного нерва при заболеваниях глаз). Вирус остается в ганглиях на протяжении всей жизни человека.

Профилактика возможных нейротрофических изменений роговицы включает раннюю диагностику и своевременное лечение герпетического кератита. Исследуются соскобы (цитологический анализ, ПЦР) и сыворотка крови (ИФА, иммуноблоттинг). Изменения роговицы при прогрессировании нейротрофического кератита имеют 3 степени: эпителиопатия (1-я степень), персистирующая эрозия (2-я степень), язва и ее осложнения (3-я степень). Во всех случаях происходит вынужденное снижение чувствительности роговицы вплоть до ее отсутствия (**рис. 4**).



Рис. 4. Изменения роговицы при нейротрофическом кератите по степени поражения

Что же приводит к изменениям в роговице? Снижение слезопродукции и дегенерация эпителия приводят к уменьшению нейтрофинов (NGF-нейротрофина), необходимого для метаболизма и регенерации симпатических и сенсорных нейронов и эпителия роговицы. Нарушение метаболизма эпителия замедляет его обновление (миграцию клеток от лимба к центру роговицы) с формированием в центре дефицита гликокаликса, нарушением распределения слезной пленки и развитием эпителиопатии, а затем и язв роговицы.

К лечению подходят ступенчато в зависимости от стадии заболевания и степени выраженности симптомов, переходя от консервативных методов лечения и амбулаторных процедур (бандажные контактные линзы, оперативные методики) к радикальной хирургии (тарзорафия, конъюнктивопластика, прямая невротизация).

Остановившись более подробно на медикаментозном лечении нейротрофического кератита, докладчик отметил, что ключевым является лечение этиологической причины (вирус герпеса, сахарный диабет, онкологические заболевания), в связи с чем лечение часто проводят совместно с наблюдением у инфекциониста, иммунолога или онколога. Особое внимание стоит уделить назначению противовоспалительных препаратов, в том числе ГКС, и антибиотиков (для предотвращения развития вторичной инфекции), а также корнеопротекторов и слезозаместителей. При далеко зашедшей степени заболевания возможно также применение цитостатиков. В случае развития вирусной инфекции необходимо назначение противовирусных препаратов, преимущественно комплексного воздействия, таких как комбинированный лекарственный препарат Офтальмоферон®.

Подводя итоги своего выступления, Александр Владимирович подчеркнул, что нейротрофический кератит – тяжелое осложнение герпетического кератита, не поддающееся традиционной терапии воспаления роговицы. Дистрофические изменения эпителия роговицы постепенно прогрессируют с нарастанием явлений кератита глазной поверхности. Своевременное применение противовирусных препаратов, в том числе препарата Офтальмоферон®, профилактирует развитие нейротрофических изменений роговицы.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Эмилия Михайловна Миронова, доктор биологических наук, профессор представила доклад о влиянии COVID-19 на состояние органа зрения.

Первое сообщение о вспышке новой инфекции COVID-19 было сделано в декабре 2019 года врачом-офтальмологом из г. Уханя. Возбудитель болезни – вирус SARS-CoV-2 – относится к бета-коронавирусам и проникает в клетки организма человека через рецепторы для ангиотензин-превращающего фермента 2. Чувствительны к вирусу легкие, сердце, кишечник, мозг, глаза и другие органы; изменениям также подвержено микроциркуляторное русло сосудистой системы.

На начальном этапе основным клиническим проявлением COVID-19 считали конъюнктивит (Майчук Д.Ю. и соавт., 2020). Его распространенность, по данным различных авторов, колебалась от 0,8 до 31,6%. Глазные проявления чаще наблюдались у пациентов с высоким уровнем С-реактивного белка, лейкоцитов, прокальцитонина и лактатдегидрогеназы.

В процессе накопления практических знаний и опыта, а также более глубокого изучения заболевания появились данные о повреждении других структур глаза, в частности сетчатки. Результаты, полученные с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ), свидетельствуют о наличии гиперрефлективных изменений на уровне ганглиозных клеток и внутреннего плексиформного слоя, более выраженных в папилломакулярной области. При офтальмоскопии были зафиксированы также ватообразные очаги и микрокровоизлияния вдоль сосудистых аркад.

Выделяют два основных способа микрососудистого повреждения сетчатки у пациентов с COVID-19: состояние гиперкоагуляции, то есть диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), и процесс, схожий с васкулитом из-за прямого вирусного воздействия на эндотелиальные клетки. В связи с этим возможно развитие большого количества осложнений, таких как окклюзия и тромбозы сосудов сетчатки, поражение стекловидного тела (витриит), острый некроз сетчатки, хориоидиты.

В качестве одной из потенциальных мишеней при COVID-19 рассматриваются мембранные рецепторы ионных каналов семейства TRP (Transient Receptor Potential Channels).

TRP каналы включают 6 субсемейств TRPV-рецепторных каналов (TRPV 1–6). TRPV1 – это большое суперсемейство мембранных рецепторов, способных формировать катионселективные каналы, которые могут активироваться разнообразными стимулами (температура, pH, растяжение и др.), а также химическими лигандами (анандамид, АТФ, NH₃, полиамины и др.). Будучи активированы TRPV1 проводят преимущественно ток ионов кальция в клетку, избыточное поступление которого при гиперактивации TRPV1 играет основную роль в клеточных нарушениях, вызывая деполяризацию, выброс индукторов альгезии и воспаления (Brito R. и соавт., 2014).

Данные последних десятилетий показали, что TRP-каналы участвуют в развитии многих заболеваний глаз, включая синдром сухого глаза, глаукому, ишемию, нейропатию (Yang и соавт., 2022).

В связи с тем, что TRPV-рецепторные каналы остаются уникальными универсальными интеграторами физических

и химических стимулов, сопровождающих различные повреждающие воздействия на клетки, ведутся активные поиски избирательных антагонистов TRPV1-каналов. Ввиду этого весьма перспективной, но остающейся без должного внимания является субстанция, которая, по предварительным данным, также способна эффективно подавлять TRPV1-каналы (Mironova E. и соавт., 2013; 2017). Это – экстракт ламинарии (*Laminaria saccharina*), который содержит большое количество физиологически активных веществ. Возможное участие этого уникального природного комплекса в подавлении активности TRPV1-каналов до сих пор не изучалось. Сухой экстракт морской водоросли ламинарии – основное действующее вещество лекарственного препарата – геля Оковидит®. Данный препарат уже используется в офтальмологии, однако, возможно, его лечебные свойства как блокатора TRPV1-рецепторных каналов и протектора вирусных инфекций типа COVID-19 еще недостаточно полно изучены (**рис. 5**).



Рис. 5. Препарат Оковидит® – инновационная российская разработка

Эмилия Михайловна поделилась данными собственного исследования, проведенного на базе Института биоорганической химии им. акад. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН. В эксперименте при аппликации разведенного сухого экстракта ламинарии на клетки культуры линии СНО с экспрессированным рецептором TRPV1 была выявлена способность экстракта подавлять клеточную флуоресценцию Са-чувствительного зонда, запускаемую аппликацией капсаицина на клетки линии СНО. Экстракт морской водоросли проявлял значительную ингибирующую активность по отношению к Са-сигналам, формируемым в клетках СНО в ответ на действие на них капсаицина.

В заключение своего доклада Эмилия Михайловна еще раз подчеркнула важность данной разработки и необходимость проведения дальнейших исследований в данном направлении в силу его актуальности и перспективности.

В ходе симпозиума его участники обсудили особенности клинической картины и лечения цитомегаловирусного кератита, а также основные признаки манифестации вирусных заболеваний глаз у детей. Помимо этого, были рассмотрены подходы к лечению нейротрофических кератитов, развившихся на фоне герпесвирусной инфекции. Ведущие специалисты нашей страны особо подчеркнули важность своевременного применения оригинального противовирусного препарата Офтальмоферон® в терапии различных заболеваний глаз вирусной этиологии, а также представили новую разработку – гель Оковидит® и обсудили возможность его назначения пациентам с поражением органа зрения вирусом COVID-19.

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



РЕФРАКТОГЕНЕЗ: АККОМОДАЦИЯ, АБЕРРАЦИИ, ДЕФОКУС – УНИСОН ИЛИ ДИССОНАНС?

В рамках XXIX Международного офтальмологического конгресса «Белые Ночи» имени профессора Ю.С. Астахова и XIX конгресса ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов» 30 мая 2023 года компанией «Сентисс Рус» был организован сателлитный симпозиум, посвященный рефрактогенезу и роли в его становлении аккомодации, аберраций и дефокуса. Приглашенными спикерами стали **Тарутта Е.П.** – начальник отдела патологии рефракции, бинокулярного зрения и офтальмоэргоники ФГБУ НИИ Центр глазных болезней им. Гельмгольца МЗРФ, врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, д.м.н., профессор, член Московского научного общества офтальмологов, член Европейского общества исследователей глаза и зрения (EVER), член Европейского общества ортокератологов (EuOK) с 2019 года, амбассадор IMI с 2020 года (Москва); **Проскурина О.В.** – ведущий научный сотрудник ФГБУ НИИ Центр глазных болезней им. Гельмгольца МЗРФ, врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, д.м.н., профессор кафедры глазных болезней ФДПО МГМСУ (Москва); **Махова М.В.** – врач высшей категории, заведующая детским отделением «Офтальмологической клиники инновационных технологий», ассистент кафедры ЯГМУ (Ярославль); **Блинова Е.В.** – д.м.н., профессор кафедры фармацевтической технологии и фармакологии и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ.

Симпозиум открыла профессор **Елена Петровна Тарутта** с докладом на тему «Новый способ многофакторной количественной оценки сигналов аккомодации и его клиническое значение».

Аккомодация – это единый механизм оптической установки глаза к любому расстоянию, реализующий преимущественно с помощью изменений рефракции (ЭСАР, 2010), в котором всегда участвуют, сложно взаимодействуя, и парасимпатический, и симпатический отделы вегетативной нервной системы (Э.С. Аветисов, 1986).

Радиальные волокна (мышца Иванова) имеют симпатическую иннервацию, при сокращении подтягиваются к месту прикрепления, меняют конфигурацию короны и смещают ее в направлении корня радужки. Увеличение тонуса радиальных волокон мышцы Иванова приводит к ослаблению тонуса мышц Мюллера и Брюкке и, как следствие, к устранению привычно избыточного напряжения аккомодации (ПИНА) (Воронцова Т.П., Бржеский В.В., 2016).

Известно, что работа на близком расстоянии и отставание аккомодационного ответа индуцируют гиперметропический дефокус, который изменяет биохимию, приводит к ремоделированию склеры и ведет к избыточному росту глаза.

Псевдомиопия – достоверный предиктор близорукости, увеличивает риск ее развития в 3,03 раза. Частота псевдомиопии у детей, у которых впоследствии развилась миопия, может достигать 77,8% (Дашевский А.И., 1973; Розенблюм Ю.З., Онуфрийчук О.Н., 2007).

Отрицательная сферическая аберрация индуцирует рост глаза, а положительная, напротив, ингибирует его, снижая тенденцию к развитию близорукости. Устройства, обеспечивающие присутствие в глазу положительной аберрации, способны сдерживать развитие миопии.

Уже довольно длительное время ведутся споры о микрофлюктуациях аккомодации (МФА). Одни авторы утверждают, что они влияют на прогрессирование миопии и являются некими предикторами (Collins, Campbell), другие авторы считают, что МФА всего лишь отражают нестабильность аккомодации и не играют существенной роли в общей деятельности аккомодационной системы (Charman, Hegerl). Также было установлено, что имеет смысл исследовать общий уровень МФА без разделения на высокочастотные и низкочастотные компоненты (ВЧК и НЧК).

Какие же существуют объективные методы исследования аккомодации? Это инфракрасный сканирующий аккомодометр, аккомодограф Righton Speedy-K ver. MF-1, Acomoref 2 K-model, бинокулярный авторефрактометр открытого поля Grand Seiko WR-5100K, WW-5500 и др.

В аккомодографе Righton Speedy-K ver. MF-1 и Acomoref 2 K-model аккомодационная задача создается виртуальным приближением объекта к глазу из бесконечности на расстояние, равное 3,0 дптр или, реже, 5,0 дптр. По мере приближения объекта прибор пошагово регистрирует динамическую рефракцию глаза. Величину аккомодационного ответа можно получить, вычитая из этого показателя собственную рефракцию глаза. При этом не предусмотрена возможность очковой коррекции – эметропизации имеющейся рефракции. Понятно, что адекватное напряжение аккомодации в таких условиях возможно лишь при гиперметропии, эметропии или миопии не выше 1,0 дптр. Поэтому собственно величину аккомодационного ответа рассматривают крайне редко. Как правило, исследование ограничивается оценкой ВЧК МФА. Степень напряжения аккомодации классифицируется цветом. Слабое напряжение соответствует зеленому цвету, сильное – красному, промежуточное – желтому. Далее профессор Тарутта представила слайд с разными состояниями аккомодации, которые были получены при аккомодографии (рис. 1).

Исследование аккомодации с помощью прибора WW-5500 (Япония) осуществляется в реальном времени и

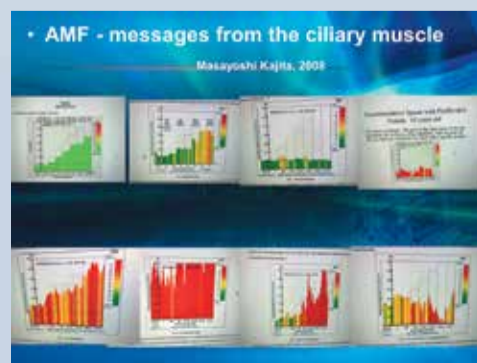


Рис. 1. Виды микрофлюктуаций аккомодации, полученные при аккомодографии

пространстве благодаря конструктивной опции «открытого поля». Предусмотрена возможность исследования с очковой коррекцией или в пробной оправе, то есть эметропичного глаза. После определения рефракции вдаль в пробную оправу помещают сферические и цилиндрические стекла, полностью корригирующие выявленную аметропию, и после этого в открытом пространстве предъявляют для фиксации объект на выбранном расстоянии от 20 до 50 см, что соответствует аккомодационной задаче соответственно в 2,0–5,0 дптр. При удержании фиксируемого объекта в течение отрезка времени до 60 секунд прибор в автоматическом режиме производит порядка 360 измерений (то есть с частотой 6 замеров в секунду, или 6 Гц) динамической рефракции эметропизированного глаза. Это и есть аккомодационный ответ. В итоге измерения исследователь получает величину минимального, среднего и максимального аккомодационного ответов.

Лектор и ее коллеги представили результаты работы, целью которой было разработать способ объективной многофакторной оценки параметров аккомодации, включая ее устойчивость и МФ, с помощью бинокулярного авторефрактометра открытого поля WW-5500 (Grand Seiko) и оценка его диагностической ценности.

В результате полученных данных было предложено три пограничных критерия для определения неустойчивости аккомодации: частоту МФ более 1,4 Гц, нисходящий тренд уровня более 0,35 дптр и размах сигнала более 1,2 дптр.

Был проведен корреляционный анализ перечисленных ранее признаков: наклона тренда, частоты МФ, величины минимального аккомодационного ответа (МАО) и его максимального размаха. Тренд умеренно отрицательно коррелировал с размахом сигнала и слабopоложительно – с минимальным МАО, размах МАО – отрицательно с минимальным и положительно с максимальным МАО. Слабая отрицательная связь была обнаружена между размахом сигнала и частотой МФ. Корреляции частоты МФ с аккомодационным ответом не было обнаружено.

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям «Миопия у детей», назначение медикаментозной терапии является неотъемлемой частью контроля прогрессирования миопии у детей. Одним из эффективных препаратов является комбинированный препарат Мидримакс® (рис. 2). Он доказанно нормализует и улучшает аккомодативную функцию глаза в 83,5% случаев. Курс включает ежедневное применение его в течение 2–4 недель 4 раза в год, благодаря чему осуществляется более надежный и непрерывный контроль прогрессирования миопии. Мидримакс® показан



Рис. 2. Влияние Мидримакса® на аккомодативную функцию глаза

при нарушениях аккомодации и лечении прогрессирующей миопии в составе комплексной терапии у детей с 12 лет.

Далее Елена Петровна показала результаты лечения Мидримаксом у пациентов, которым впервые были проведены аккомодография на Righton Speedy-K ver. MF-1 и исследование аккомодации с помощью авторефрактометра открытого поля WW-5500 (Япония). Оказалось, что на обоих приборах были получены положительные результаты медикаментозной терапии.

Таким образом, были предложены параметры количественной оценки сигналов аккомодации по характеру и уровню тренда аккомодационного ответа, его максимальному размаху, частоте МФ. Также был разработан способ объективной многофакторной оценки параметров аккомодации, включая ее устойчивость и МФ, в реальном времени и пространстве.

Следующий докладчик, **Ольга Владимировна Проскурина**, представила доклад на тему «Комбинированный метод лечения прогрессирующей миопии. Результаты первого этапа исследований».

Метод заключается в комплексном использовании очковых линз, формирующих периферический миопический дефокус, и инстилляции комбинированных капель Мидримакс® (0,8% тропикамид и 5% фенилэфрин).

Целью работы стало выявление вклада медикаментозного сопровождения лечения прогрессирующей миопии, способствующего влиять на динамическую рефракцию глаза.

Пациенты были разделены на две группы (средний возраст составил 10,5 года, средняя величина миопии – минус 3,98 дптр: пациенты только с очковой коррекцией (контрольная группа) и пациенты, получающие терапию дополнительно препаратом Мидримакс® в течение одного месяца ежедневно (основная группа).

Всем детям были проведены авторефрактометрия открытого поля, определены аккомодационный ответ и периферическая рефракция, биометрия, aberрометрия, исследование контрастной чувствительности, объективная аккомодометрия и пуриллометрия, изменение толщины хориоидеи.

На момент представления доклада дети были обследованы в начале, через один месяц ношения очков и еще через один месяц закапывания капель в основной группе.

Через один месяц монокулярная острота зрения в контрольной группе, в которой применяли только очковую коррекцию, составила 0,94, а в основной группе, где дополнительно в течение месяца закапывали Мидримакс®, – 1,05 (рис. 3).

Также улучшились показатели аккомодации: привычный тонус аккомодации (ПТА), запас относительной

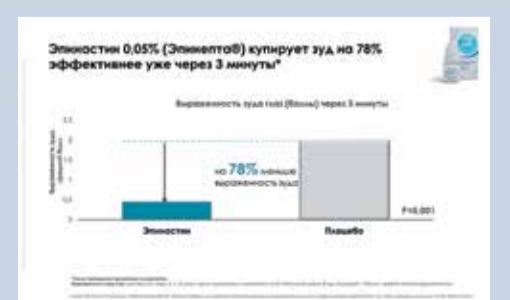


Рис. 3. Изменение остроты зрения в основной и контрольной группах

аккомодации (ЗОА), бинокулярный аккомодационный ответ (БАО), показатели объективной абсолютной аккомодации, и опять более высокие показатели были в основной группе, где пациенты инстиллировали на ночь Мидримакс®.

Бинокулярное взаимодействие и соотношение аккомодационной конвергенции к аккомодации (АК/А) у 15 из 30% пациентов в результате комбинированной терапии тоже претерпело положительные изменения по сравнению с начальными данными (рис. 4).

Одним из важных результатов стало значимое увеличение толщины хориоидеи у всех групп детей с 256 до 264 мкм в контрольной группе (только очки) и до 268 мкм в основной группе (очки + Мидримакс®), что говорит о тормозящем прогрессировании миопии эффекте и его усилении при использовании медикаментозного лечения.

Завершая свой доклад, Ольга Владимировна резюмировала: в результате проведенного исследования уже на начальном его этапе выявлена тенденция к нормализации аккомодации при сочетании применения очков, инициирующих миопический дефокус, и капель Мидримакс® и иные позитивные факторы через 2 месяца от комбинированного лечения. Это повышение ЗОА на 0,71 дптр, уменьшение ПТА открытого поля до 0,01 дптр, отсутствие отрицательного влияния на мезопическую контрастную чувствительность, увеличение хориоидеи.

Третий лектор, Марина Валерьевна Махова, выступила с сообщением на тему «Комплексный поход к терапии прогрессирующей миопии».

Увеличение частоты развития миопии нельзя объяснить только наследственностью. Скорее всего это влияние факторов внешней среды и, в частности, оптических погрешностей. Миопия – это мультифакторное заболевание, в патогенезе которого можно выделить несколько наиболее важных звеньев: отставание аккомодации, приводящее к формированию гиперметропического дефокуса; избыточное напряжение аккомодации, при котором затруднен рост глаза в экваториальном направлении и он увеличивается в передне-заднем направлении; аберрации.

Одним из центральных направлений контроля прогрессирования миопии на сегодняшний день является коррекция, основанная на теории ретинального дефокуса. Это коррекция ортокератологическими линзами (ОКЛ) стандартного и кастомизированного дизайна и оптические методы: дефокусные мягкие контактные линзы (МКЛ) и очковые линзы, формирующие периферический миопический дефокус.

Несмотря на то что вышеперечисленные методы высокоэффективны, по результатам аккомодографии (Rightop Speedy-K ver. MF-1) было установлено, что у пациентов, применяющих ОКЛ и дефокус-МКЛ, увеличена частота микроамплитудных колебаний – микрофлюктуационный эксцесс. Чем больше исходная степень миопии, тем больше изменение претерпевает кривизна роговицы на средней периферии и тем больше инду-

цируемый миопический периферический дефокус и количество аберраций. Более высокий уровень аберраций возбуждает аккомодацию, что может привести к ее перенапряжению. Этот процесс может утомлять аккомодационную мышцу как мышечное волокно и снижать время распознавания мозгом при рассмотрении конкретного объекта.

Механическое напряжение цилиарного тела и хрусталика во время аккомодации вызывает натяжение и сдвиг хориоидеи, ограничивает рост глаза в экваториальном направлении и ускоряет его аксиальный рост, что является еще одним механизмом влияния избыточного напряжения на рефрактогенез. Поэтому нормализация аккомодации играет важную роль в стабилизации миопического процесса.

Эффективным способом является медикаментозное воздействие на разные порции цилиарной мышцы: альфа-адреномиметики (Ирифрин®) действуют на мышцу Иванова, м-холинолитики (атропин, циклопентолат, тропикамид) – на порции Брюкке и Мюллера (рис. 5). Наиболее удобным способом является использование комбинированного препарата, содержащего оба компонента, – Мидримакс.

Доктором Маховой и коллегами были обследованы 70 детей (140 глаз) в возрасте от 11 до 16 лет с миопической рефракцией от минус 2,00 до минус 4,00 дптр, которые использовали ОК-линзы и имели разную степень перенапряжения аккомодации. Все дети были разделены на 2 равные группы исследования: основную (закапывали Мидримакс® на ночь ежедневно 30 дней) и контрольную (без медикаментозного лечения). Основная группа была разделена на 2 подгруппы: в первой (21 человек) дети продолжали носить ночные линзы и инстиллировали Мидримакс®, во второй (14 человек) линзы были отменены на 2 месяца и только закапывали препарат. В контрольной группе пациенты были разделены на подгруппы по тому же принципу: 21 человек продолжал носить ОКЛ, у 14 отменили на 2 месяца.

Исследование аккомодации на аккомодографе Speedy-i проводилось до лечения и через 30 дней лечения.

До ношения ОК-линз 50,5% пациентов имели нормальную аккомодативную функцию, 33% – недостаточность аккомодации, и только у 16,5% отмечено перенапряжение аккомодации разной степени. Через 6 месяцев использования ОК-линз аккомодационная картина поменялась: у 33,5% пациентов сохранилась нормальная аккомодационная функция, снизилась частота (до 15,5%) недостаточности аккомодации, но увеличилось число пациентов (до 51%) с перенапряжением аккомодации разной степени. В течение последующих 6 месяцев ношения ОК-линз состояние аккомодации практически не изменилось: у 39,5% сохранилась нормальная аккомодативная функция, 10,5% имели недостаточность аккомодации и 49,5% – перенапряжение аккомодации. После курса лечения препаратом Мидримакс® в течение 30 дней

у пациентов с ОК-коррекцией выявлено достоверное снижение КМФ.

Таким образом, использование ОК-линз стимулирует аккомодацию, уменьшая число пациентов с недостаточностью аккомодации и увеличивая число пациентов с перенапряжением аккомодации. Применение препарата Мидримакс® курсом 30 дней у пациентов с ОК-коррекцией эффективно при любой степени перенапряжения аккомодации.

Завершающий доклад на тему «Влияние гипромеллозы на динамику мидриатического эффекта фенилэфрина в эксперименте» представила Екатерина Валериевна Блинова.

Приспособление к изменяющимся условиям освещения происходит с помощью зрачкового рефлекса. Ширина зрачка уменьшается при ярком свете благодаря сокращению кольцевых мышц, управляемых парасимпатическими волокнами глазодвигательного нерва, а при слабом освещении зрачок расширяется с помощью радиальных мышц, получающих симпатическую иннервацию.

Медикаментозное расширение зрачка применяется для диагностических, хирургических манипуляций и в комплексном лечении прогрессирующей миопии.

В основе фармакологического мидриаза лежит воздействие на цилиарную мышцу двумя группами препаратов: м-холиноблокаторов (непрямых мидриатиков) и симпатомиметиков (прямых мидриатиков).

Основной проблемой всех офтальмологических капель является низкая вязкость среды, что приводит к быстрому вымыванию лекарственных средств (ЛС), в связи с этим биодоступность препаратов снижается, а терапевтический эффект сводится к минимуму (рис. 6).

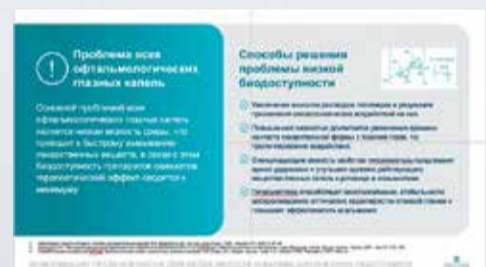


Рис. 6. Основная проблема офтальмологических капель и способы их решения

Какие существуют решения?

Для этого стоит увеличить вязкость растворов полимеров в результате применения механохимических воздействий на них и повысить их вязкость для увеличения времени контакта лекарственной формы с тканями глаза. Использование гипромеллозы продлевает время удержания и улучшает адгезию действующего вещества глазных капель к роговице и конъюнктиве. Также гипромеллоза способствует восстановлению, стабильности слезной пленки и повышает эффективность всасывания.

Профессором Блиновой и ее коллегами было проведено исследование, целью которого стало определить основные характеристики мидриатического эффекта готовых лекарственных форм фенилэфрина, содержащих и не содержащих гипромеллозу в качестве вспомогательного компонента, а также изучить их локальную биодоступность и влияние на слизистую оболочку.

Сравнивались Ирифрин® (содержащий гипромеллозу), Ирифрин® БК (содержащий гипромеллозу и гиалуроновую кислоту) и два препарата А и Б фенилэфрина 2,5%, не содержащих гипромеллозу и гиалуроновую кислоту (рис. 7). В работе были использованы лабораторные животные – кролики.

Исследование состояло из трех этапов: оценки динамики развития ми-



Рис. 7. Мидриатические препараты фенилэфрина 2,5%, содержащие и не содержащие гипромеллозу

дриатического эффекта, определения местного раздражающего действия и концентрации действующего вещества во влаге передней камеры глаза.

Результаты исследования глубины и динамики развития мидриатического эффекта показали, что Ирифрин® и Ирифрин® БК, содержащие в качестве вспомогательного вещества гипромеллозу, обладают оптимальными характеристиками мидриатического эффекта по сравнению с отобранными воспроизведенными ЛС, не содержащими гипромеллозу (рис. 8). Также принимая во



Рис. 8. Результаты исследования глубины и динамики развития мидриатического эффекта разных форм препарата ирифрина 2,5%

внимание максимальную глубину и длительность мидриатического эффекта на фоне инстилляции Ирифрина® и Ирифрина® БК, можно сделать предположение об их более длительном фармакологическом воздействии на цилиарную мышцу за счет более высокой степени проникновения активного вещества к структурам глаза.

Результаты определения концентрации действующего вещества во влаге передней камеры (ПК) показали более высокие значения пиков концентрации фенилэфрина, что позволяет говорить о том, что при применении препаратов Ирифрин® и Ирифрин® БК в клинической практике можно рассчитывать на более полный и предсказуемый фармакологический эффект в отличие от отобранных воспроизведенных лекарственных препаратов. Полученные результаты исследований позволяют допустить, что в основе оптимизации локальной биодоступности и фармакодинамики Ирифрина® и Ирифрина® БК лежит способность гипромеллозы облегчать прохождение фенилэфрина через тканевый барьер глаза и задерживать его элиминацию, повышая локальную экспозицию действующего вещества.

Таким образом, гипромеллоза в составе Ирифрина® и Ирифрина® БК способствует усилению мидриатического эффекта, снижает местное раздражающее действие и позволяет сохранять более высокие их концентрации во влаге ПК.

Приведенные результаты исследований и живая дискуссия в рамках прошедшего спонсорского симпозиума в очередной раз показали, что препараты Мидримакс® и Ирифрин®/Ирифрин® БК являются неотъемлемой частью комбинированной терапии миопии.

К.м.н. Шамсетдинова Л.Т

Бинокулярное взаимодействие			
	Формула Бино. А	Формула Бино. Б	И.Т.
Начало	25°	2,8	2,2
70	5°	2,8	2,2
Очки	2,2	2,2	2,8
+ капли	1,8	2	2,2

Рис. 4. Улучшение бинокулярного взаимодействия в основной и контрольной группах



Рис. 5. Действие медикаментов на цилиарную мышцу



КОМПЛЕМЕНТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ТРАДИЦИЙ И НОВАЦИЙ. ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

В рамках XXV офтальмологического конгресса «Белые Ночи» 29 мая 2023 года в Санкт-Петербурге состоялся симпозиум при поддержке ООО «СЕНТИСС РУС», на котором выступил **Дмитрий Юрьевич Майчук**, д.м.н., заведующий отделом терапевтической офтальмологии ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, член президиума Общества офтальмологов России, председатель Экспертного совета по воспалению глаза Российской ассоциации офтальмологов, национальный представитель в Экспертном совете Общества офтальмологов Европы.

Его доклад на тему «**Дифференциация диагностики и ведения бактериальных, вирусных и аллергических конъюнктивитов**» был посвящен сложностям, с которыми сталкиваются офтальмологи, когда на прием приходят пациенты с конъюнктивитами неясной этиологии, принявшими затяжной характер, несмотря на предшествующее лечение.

Дмитрий Юрьевич начал свое выступление с клинических примеров, на которых было достаточно сложно дифференцировать один вид конъюнктивита от другого и понять его этиологию (рис. 1). В таких случаях перед каждым врачом встает вопрос назначения адекватной терапии. Доктор Майчук, разобрав недочеты предыдущего лечения, предложил «работающую» стартовую терапию хронического конъюнктивита неясной этиологии (рис. 2). В первые семь дней Сигницеф® (левофлоксацин) 4 раза в день, Офтальмоферон – 6 раз, Броксинак® – 1 раз и Офтолик® – 4 раза. Через неделю – адаптация лечения: Флоас моно® 3 раза в день 10 дней, Визаллергол® 1 раз в день до 3 месяцев (если аллергическая этиология), Офтолик® или смена слезозаместителя (при синдроме сухого глаза (ССГ)).

Лектор отметил, что Сигницеф® является препаратом первого выбора в терапии инфекционных заболеваний глаз и отвечает всем основным требованиям современной антибактериальной терапии, обладая высокой эффективностью: полностью подавляет рост и деление бактерий, препятствует хронизации заболевания, снижает риск рецидивов. Минимальный курс лечения составляет всего 5 дней, что позволяет пациенту полностью соблюдать рекомендованное лечение. Препарат безопасен: разрешен

с 1 года и хорошо переносится как взрослыми, так и детьми, можно использовать в течение жизни многократно без привыкания. Сигницеф® – единственный антибиотик, который содержит гипромеллозу, что увеличивает продолжительность контакта левофлоксацина с тканями глаза, уменьшает его системное воздействие и профилактирует вторичный ССГ (рис. 3). Было установлено, что концентрация Сигницеф® во влаге передней камеры (ПК) на 40% выше, чем у Офтаквикса и на 33% – чем у Вигамокса через 3 часа после инстилляции.



Рис. 1. Пример хронического конъюнктивита. Состояние бульбарной конъюнктивы



Рис. 2. Стартовая терапия конъюнктивита неясной этиологии

с 1 года и хорошо переносится как взрослыми, так и детьми, можно использовать в течение жизни многократно без привыкания.

Сигницеф® – единственный антибиотик, который содержит гипромеллозу, что увеличивает продолжительность контакта левофлоксацина с тканями глаза, уменьшает его системное воздействие и профилактирует вторичный ССГ (рис. 3). Было установлено, что концентрация Сигницеф® во влаге передней камеры (ПК) на 40% выше, чем у Офтаквикса и на 33% – чем у Вигамокса через 3 часа после инстилляции.

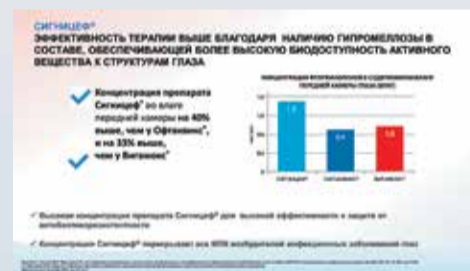


Рис. 3. Преимущества Сигницеф® перед другими антибиотиками

Для максимального комфорта пациента при конъюнктивите целесообразно назначить нестероидное противовоспалительное средство (НПВС) для уменьшения покраснения, отека, боли, нередко сопровождающих конъюнктивит.

Лучшим, по мнению Дмитрия Юрьевича, согласно данным исследований и личному опыту, является Броксинак®. Действующее его вещество – бромфенак – в 3,7 раза активнее, чем диклофенак, и в 6,5 раза, чем амфенак, в подавлении циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2). Минимальный режим дозирования снижает негативное воздействие основного лекарственного вещества (ЛС) и вспомогательных компонентов (например, консерванта). Идеальный вариант – использование Броксинак® 1 раз в сутки. В отличие от непафенака он сохраняет определяемую как в переднем, так и в заднем отрезке глаза концентрацию до 24 часов. Действующее вещество Броксинак® – 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 ЦОГ-2, отвечающей за синтез медиаторов воспаления.

Следует отметить, что Броксинак® – специально разработанная форма бромфенака против воспаления в переднем и заднем отрезке глаза, способствующая повышению местного иммунитета и дополнительной защите глаза за счет наличия в составе Повидон К-30. Последний способствует защите роговицы и конъюнктивы от негативных факторов; повышает смачиваемость гидрофобного эпителия, обеспечивая профилактику ССГ; стимулирует выработку эндогенного интерферона; способствует более глубокому проникновению активного вещества к структурам глаза; минимизирует риск системного влияния.

Доктор Майчук отметил, что после первого этапа лечения, который был назначен на 7 дней, большинство пациентов не приходят на контрольный осмотр, так как им становится значительно лучше или наступает выздоровление (хотя, возможно, временное).

Как правило, через неделю лечения уже можно установить этиологию заболевания и, если она не вирусная или не вызвана хламидиями (*Chlamydia trachomatis*), рационально назначить глюкокортикостероиды (ГКС).

Наиболее мягким и лишенным грозных осложнений, характерных для ГКС, на сегодняшний день является Флоас Моно. Появление фторметолона 0,1% 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.

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. 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.

Какова же возможная этиология хронического конъюнктивита, с которым пришел пациент на прием? Любая: бактериальная, вирусная, аллергическая реакция, хламидийная, грибковая, ССГ. Лектор предложил разобрать разные варианты.

Первый вариант – бактериальная, хотя маловероятно. Единственное подтверждение: мазок и бакпосев. Тем не менее необходимо сразу назначить лечение. Лучшим вариантом, сохраняющим высокую приверженность к лечению, является назначение монопрепарата для

ТОНКАЯ НАСТРОЙКА СЛОЖНОГО МЕХАНИЗМА ГЛАЗА

ИРИФРИН® фенилэфрин 2,5%

Исследования показали, что применение препарата Ирифрин® в составе комплексной терапии:

- Повышает запас относительной аккомодации на 1,88 дптр¹
- Замедляет прогрессирование миопии на 0,75 дптр/год¹
- Уменьшает ПИНА* на 0,25 дптр в течение 1 месяца²

Рекомендованный курс терапии: по 1-2 капле 1 раз в день на ночь, 2-4 недели, курсами 4 раза в год³

МИДРИМАКС® фенилэфрин 5%, тропикамид 0,8%

Исследования показали, что применение препарата Мидримакс® в комплексном лечении:

- Увеличивает объем аккомодации на 2 дптр в течение 1 месяца²
- Улучшает показатели аккомодограмм в 83,3% случаев при лечении ПИНА²
- Уменьшает ПИНА на 0,5 дптр в течение 1 месяца²

Рекомендованный курс терапии: по 1-2 капле 1 раз в день на ночь, 2-4 недели, курсами 4 раза в год³

* ПИНА – привычно-избыточное напряжение аккомодации. 1. Е.П. Тарутта и соав. «Влияние Ирифрина 2,5% на показатели аккомодации и динамику рефракции у пациентов с прогрессирующей миопией» РОЖ Т.3, №2, 2010 г. 2. Т.Н. Воронцова «Результаты медикаментозной терапии привычно-избыточного напряжения аккомодации у детей и студентов» РОЖ, №2, 2016 г. 3. Федеральные клинические рекомендации «МИОПИЯ» <http://avoportal.ru/doc/fkr/item/257-miopiya>. Дата посещения 08.07.2020 г. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Ирифрин®.

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

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

максимального удобства пациента. Идеальный вариант: сочетание АБ и ГКС – Флоас Т® (фторметолон + тобрамицин) 4 раза в день на 7 дней. Если после лечения симптомы вернулись, значит, пропущен аллергический конъюнктивит или ССГ.

Второй вариант хронического конъюнктивита – аденовирусный. Такого не бывает! В литературе нет подтверждения хронизации аденовирусного конъюнктивита, если только не происходит повторного заражения другими штаммами, что маловероятно. При осложнении в виде инфильтратов на роговице или остаточном воспалении показано назначение ГКС с 10-го дня (Флоас Моно или Дексаметазона).

Третий вариант – аллергический конъюнктивит. По мнению Дмитрия Юрьевича, это наиболее вероятная причина, которая часто не диагностируется. Важно тщательно собрать анамнез! Нередко пациенты утверждают, что аллергии у них нет. Но необходимо обратить внимание на непереносимость пищевых продуктов, реакцию на эпидермальный аллерген животных, сезонность, а при осмотре за щелевой лампой – на наличие реактивных фоликулов.

Терапия любого аллергического конъюнктивита, который длительно существует, должна начинаться с назначения комбинированного препарата, в составе которого есть АБ и ГКС для «очистки и успокоения» глазной поверхности, так как активация условно патогенной микрофлоры при длительно существующем воспалении неизбежна.

Для этого рекомендовано использование Флоас-Т® 4 раза в день в течение 7 дней.

Параллельно необходимо назначение антигистаминного препарата до 3 месяцев. Если симптомы ярко выражены, лучше начать с комбинированного препарата, содержащего антигистаминный и сосудосуживающий компоненты, далее обязательно перевести до 3 месяцев на ЛС, содержащие антигистаминные и кромогликаты, – Визаллергол®, например.

Четвертый возможный вариант – ССГ. Доктор Майчук считает, что это наиболее часто диагностируемое состояние. Но требует подтверждения специфическими тестами. Известно, что если ССГ истинный, то закапывание любого слезозаместителя приводит к улучшению на 1–2 часа. Если облегчение наступило на более короткий срок, то нужно искать другую причину. При подозрении на хронический конъюнктивит, вызванный ССГ, терапия предполагает использование комбинированного ЛС – Флоас-Т® 4 раза в день 10 дней и препарата искусственной слезы, например, Офтолика®, также 4 раза в день.

Лектор напомнил, что фторметолон усиливает экспрессию муцинов в эпителии роговицы и конъюнктивы, уменьшая сухость глаз и ускоряя процесс восстановления. Муциновые клетки в слезной пленке удерживают и стабилизируют ее, защищают поверхность глаза от трения, смазывают поверхность клеток, уменьшают механическое раздражение во время моргания.

Если симптомы после лечения конъюнктивита, вызванного ССГ, вернулись, значит, следует предполагать, что это, возможно, аллергический конъюнктивит.

Пятый вариант – конъюнктивит, вызванный *Chlamydia trachomatis*, который встречается крайне редко. Основной клинический признак – наличие огромных фолликулов рядами. Анамнез при этом всегда характерен (болел больше года, обострения каждые пару месяцев, становится легче после местного применения АБ, при этом нет положительного эффекта от закапывания слезозаместителей и ГКС). Легко подтверждается анализами: ИФА крови на наличие специфического возбудителя и ПЦР с конъюнктивы. Оптимальное лечение: Сигницеф® 4 раза в день – 21 день, Броксинак® 1 раз в день – 14 дней. Через 2 недели рекомендовано закапывание Флоас Моно в течение 14 дней по 3 раза в день и Визаллергола 1 раз в день – 1 месяц.

Шестой вариант – грибковый конъюнктивит, который также встречается очень редко, и диагностика его крайне затруднена. Специфического лечения официальными препаратами фактически не существует. Подтверждается анализами: мазок и посев с конъюнктивы.

Одним из любопытных состояний, редко диагностируемых у пациентов, является аллергический конъюнктивит, который дебютирует после перенесенного COVID-19 постепенно в сроки 3–8 недель. Присутствуют характерные жалобы, при осмотре мелкие и средние фолликулы, расширена капиллярная

сеть, особенно у лимба. В основе всех поражений глазной поверхности при COVID-19 лежит аутоиммунный воспалительный процесс, требующий применения кортикостероидов местно. Как правило, после проведенной терапии Флоас-Т® 4 раза в день в течение 7 дней пациент отмечает значительное улучшение. Возможно добавление препарата Визаллергол® 1 раз в день на 30 дней.

Таким образом, завершая свой доклад, доктор Майчук резюмировал, что лечение пациентов, страдающих хроническим конъюнктивитом, должно быть последовательным и вдумчивым (рис. 4).

Наиболее частые ошибки при диагностике и терапии конъюнктивитов

1. Использование старых антибиотиков
2. Использование антибиотиков долго (более 7 дней)
3. Использование 1 раз в день мазей с антибиотиками
4. Использование ацикловира, левофлоксацина, атиполола, полудана, тауфона
5. Недооценка поражения роговицы
6. Непонимание роли НПВС
7. Боязнь назначить Флоас-моно или Дексаметазон в конце лечения
8. Пропуск аллергических конъюнктивитов

Рис. 4. Наиболее частые ошибки при диагностике и терапии конъюнктивитов

Стоит избегать использования несовременных АБ, в том числе длительно (более 7 дней), применять мази с АБ однократно на ночь (повышает резистентность микроорганизмов), оценивать состояние роговицы, не бояться назначать НПВС в начале и ГКС в конце лечения. Помнить, что наиболее частой причиной хронических конъюнктивитов является аллергический.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

Вадим Петрович Николаенко, д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета СПбГУ, заместитель главного врача по офтальмологии СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», врач высшей категории выступил с докладом «Комплексный подход к периоперационному ведению пациента: новые возможности в клинической практике российского офтальмохирурга».

Вадим Петрович рассказал о новых возможностях ведения пациентов с катарактой и глаукомой в до- и послеоперационном периодах и использовании для этих целей современных препаратов.

Как любое другое повреждение, операция индуцирует воспаление – универсальную защитную реакцию организма. И неконтролируемая избыточная воспалительная реакция после факоэмульсификации катаракты (ФЭК) грозит рядом осложнений: развитием увеита, кистозного макулярного отека (КМО), вторичной глаукомы. А после антиглаукомной операции (АГО) – ранней утратой фильтрации и возникновением вторичной катаракты. В связи с этим наряду с антибактериальной противовоспалительная терапия является важнейшим аспектом послеоперационного (п/о) ведения пациентов.

Для купирования п/о воспаления используются препараты двух фармакологических групп – глюкокортикоиды (ГК) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), одновременное применение которых сопровождается синергическим эффектом.

Противовоспалительное действие ГК обусловлено многими факторами, ведущим из которых является подавление активности фосфолипазы А2. При этом ГК действуют опосредованно: они увеличивают экспрессию генов, кодирующих синтез липокортинов (аннексинов), ин-

дуцируют продукцию этих белков, один из которых – липомодулин – ингибирует активность фосфолипазы А2. Угнетение этого фермента приводит к подавлению либерации арахидоновой кислоты и торможению образования ряда медиаторов воспаления – простагландинов, лейкотриенов, тромбксана, фактора активации тромбоцитов и др. Кроме того, ГК уменьшают экспрессию гена, кодирующего синтез циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), дополнительно блокируя образование провоспалительных простагландинов. Также ГК улучшают микроциркуляцию в очаге воспаления, вызывают вазоконстрикцию капилляров, уменьшают экссудацию жидкости, стабилизируют клеточные мембраны, в том числе мембраны лизосом, предотвращая выход лизосомальных ферментов и снижая тем самым их концентрацию в месте воспаления. Таким образом, ГК влияют на альтернативную и экссудативную фазы воспаления, препятствуют распространению воспалительного процесса.

Большинство препаратов группы НПВП является неселективными ингибиторами фермента ЦОГ, подавляя действие обеих его изоформ (разновидностей) – ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Циклооксигеназа отвечает за выработку простагландинов и тромбксана из арахидоновой кислоты, которая в свою очередь получается из фосфолипидов клеточной мембраны за счет фермента фосфолипаза А2. Простагландин среди прочих функций являются посредниками и регуляторами в развитии воспаления.

Несмотря на схожие биологические эффекты ГК и НПВП – отсутствие существенных различий в выраженности противовоспалительного эффекта и в принципе синергизм ГК и НПВП, есть некоторое преимущество последних перед ГК. Это более эффективное восстановление гемато-офтальмического барьера (ГОБ), отсутствие индуцирован-

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.

* Инструкция по медицинскому применению на препараты компании ООО «Сентисс ус». Государственный реестр лекарственных средств. Информация на 23.05.2022 г. <https://grls.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 / sentiss@sentiss.ru



ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

ной офтальмогипертензии, анальгетический эффект, снижение риска вторичной инфекции.

На сегодняшний день, несмотря на проведение нескольких многоцентровых исследований, алгоритм противовоспалительного лечения не разработан.

В Федеральных клинических рекомендациях по оказанию офтальмологической помощи пациентам с возрастной катарактой указано, что в п/о периоде неосложненной хирургии катаракты назначают медикаментозное лечение в виде инстилляций антибактериальных препаратов (до 14 суток), ГК местного действия (до 30 суток) и НПВП (до 30 суток).

Маркетинговые исследования свидетельствуют о том, что самым популярным НПВП для лечения воспалительных заболеваний глаз в России является Броксинак® – специально разработанная форма бромфенака для купирования воспаления в переднем и заднем отрезках глаза, способствующая повышению местного иммунитета и дополнительной защите органа зрения благодаря наличию Повидон К-30 (рис. 1). Последний способствует протекции роговой оболочки и конъюнктивы от вредных факторов;



Рис. 1. Особенности формулы бромфенака, содержащего повидон К-30

увеличивает увлажнение гидрофобного эпителия, предупреждая возникновение синдрома сухого глаза (ССГ); стимулирует выработку эндогенного интерферона; способствует «адресной» доставке активного вещества к структурам глаза; уменьшает риск системного влияния.

Известно, что основной причиной п/о снижения остроты зрения (ОЗ) является КМО. Даже после неосложненной ФЭК. Как правило, возникает спустя 4–6 недель п/о. Частота встречаемости КМО зависит от уровня диагностики. При выполнении флюоресцентной ангиографии (ФАГ ОКТ) в сплошной выборке пациентов – до 20–40%, если поводом к диагностике является снижение ОЗ – до 2–4%.

Основной причиной развития КМО является повышение сосудистой прони-

цаемости под влиянием ПГ. Факторами риска появления КМО являются затяжная воспалительная реакция после ФЭК, интраоперационные осложнения, травма радужки; перенесенный увеит, который втрое повышает развитие КМО; окклюзия центральной вены сетчатки (ЦВС) и эпиретинальная мембрана, в то время когда задняя отслойка стекловидного тела (ЗОСТ) играет протективную роль; сахарный диабет (СД) даже без признаков диабетической ретинопатии и, возможно, гипотензивные препараты простагландинового ряда.

Экспериментально было установлено, что бромфенак влияет на концентрацию простагландинов в заднем отрезке глаза: инстилляцией НПВП значительно снижают уровень PGE2 в стекловидном теле подопытных животных и у пациентов с витреомакулярным тракционным синдромом. Поэтому применение в п/о периоде бромфенака целесообразно не только для купирования воспалительного процесса в переднем отрезке, но и для профилактики возникновения КМО. Для лучшего эффекта и предупреждения осложнений Броксинак® (бромфенак 0,09%) следует начинать применять за 1–3 суток до назначенной операции 1 раз в день и в п/о периоде до 14 суток, при осложненной ФЭК – до 30 дней наряду с ГК (рис. 2).



Рис. 2. Рекомендуемый алгоритм периоперационного фармакологического сопровождения неосложненной ФЭК

Доктор Николаенко представил результаты применения фторметолона 0,1% (Флоас Моно) в клинической практике российских офтальмологов с успешными результатами и сопоставимым с дексаметазоном противовоспалительным эффектом в послеоперационном периоде после ФЭК.

Далее лектор предложил перейти ко второй части выступления, которая посвящена фармакологическому сопровождению гипотензивных операций, которые составляют около 10–12% операций в хирургической активности офтальмохирургов.

К сожалению, существуют все известные неприятные последствия закапывания гипотензивных капель, снижающие приверженность к лечению. Это субклиническое воспаление конъюнктивы, метаплазия ее эпителия, псевдопемфигоид, субконъюнктивальный фиброз, нестабильность слезной пленки, поверхностный точечный кератит. Кроме того, длительная (более 1 года) местная терапия бета-блокаторами, альфа-агонистами, миотиками, а также их комбинациями существенно повышает риск фильтрации после АГО.

Грубой ошибкой является попытка избежать хирургии путем назначения лечения, включающего все основные группы гипотензивных средств. В связи с этим возникает вопрос: как долго и чем возможно лечить пациента с глаукомой, чтобы сохранить глазную поверхность минимально поврежденной? Ученые всего мира пришли к выводу, что наиболее оптимальным вариантом является сочетание аналогов простагландинов (АГА), бета-блокаторов (ББ) и ингибиторов карбоангидразы (ИКА). Если есть непереносимость ББ, то вместо него целесообразно использовать адrenomimetiki (АМ).

Как же долго можно использовать гипотензивную терапию до наступления необратимых изменений? Литературные данные свидетельствуют о том, что первые негативные проявления возникают через год после начала лекарственной терапии. Три года лечения любым монопрепаратом или его комбинацией снижает риск успешно проведенной синуктекулоэктомии (СТЭ) с 94 до 55% а трехлетняя терапия тремя гипотензивными ЛС удваивает риск неудачи хирургического лечения. Продолжение терапии ББ до 4 лет приводит к утрате фильтрации после СТЭ, а пролонгация терапии до 6 лет – к скачкообразному росту симптомов ССГ, в 5 раз повышает риск утраты фильтрации по сравнению с пациентами, у которых срок консервативного лечения составил в среднем 2 месяца.

Поэтому предшествующая гипотензивная терапия и ее длительность должны быть учтены при выборе оперативного пособия, выработке алгоритма периоперационного сопровождения и, в частности, при подготовке к СТЭ. Также для определения объема предоперационной подготовки как важный критерий имеет значение состояние глазной поверхности.

Что включает в себя предоперационная подготовка глаз пациента к АГО? Это переход на сберегающие глазную поверхность гипотензивные препараты за 1 месяц до планируемой операции; назначение слезозаместителей; инстилля-

ции Флоас Моно по 1 капле 4 раза в сутки в течение 1 месяца; дополнение терапии препаратом Броксинак® 1 раз в сутки при выраженных (уровень 3–4) симптомах и клинических признаках ЗПГ; опционально – циклоспорин 0,05% 2 раза в сутки и доксициклин.

Почему выбран фторметолон вместо привычного дексаметазона в рамках подготовки к АГО? Было установлено, что фторметолон в отличие от слезозаместителей существенно снизил популяцию провоспалительных дендритных клеток, не влияя на плотность бокаловидных клеток Бехера, также он стимулирует синтез муцина эпителием роговицы и конъюнктивы.

Несмотря на то что противовоспалительный потенциал выше у молекулы дексаметазона, фторметолона ацетат имеет ряд преимуществ: содержит атом фтора, который имеет такую же высокую противовоспалительную активность, характерную для фторированных ГК, при этом отсутствует (–ОН) в 21-м положении его молекулы, что обеспечивает минимальное влияние на ВГД в отличие от первого. В связи с этим фторметолон является предпочтительным топическим стероидом для пациентов с глаукомой, отвечающих на лечение стероидами повышением ВГД.

Схема использования ГК и НПВП для купирования воспаления следующая: фторметолон по пролонгированной до 6 недель убывающей схеме с еженедельной отменой одной инстилляцией в комбинации с НПВП – бромфенаком 0,09% – в раннем п/о периоде (первые 3 недели) (рис. 3).

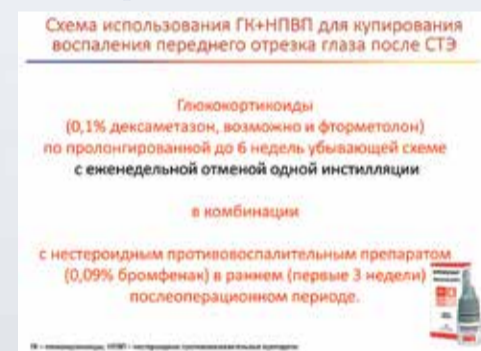


Рис. 3. Схема использования ГК+НПВП для купирования воспаления переднего отрезка глаза после СТЭ

Завершая свой доклад, Вадим Петрович обратил внимание слушателей на важные выводы (рис. 4).

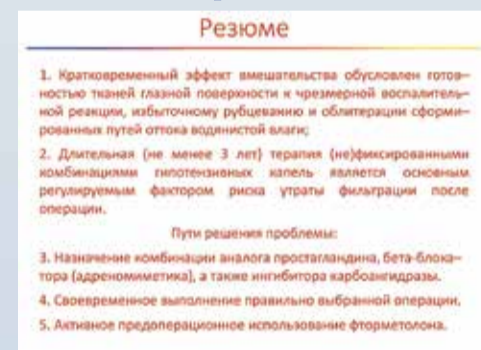


Рис. 4. Выводы

Кратковременный эффект вмешательства обусловлен готовностью тканевой глазной поверхности к чрезмерной воспалительной реакции, избыточному рубцеванию и облитерации сформированных путей оттока водянистой влаги. Длительная (не менее 3 лет) терапия нефиксированными комбинациями гипотензивных средств является основным регулируемым фактором риска утраты фильтрации после операции. Для предотвращения этого следует назначить комбинацию АПг, ББ(АМ) и ИГА, своевременно выполнить правильно выбранную операцию и активно использовать в предоперационной подготовке фторметолон.

К.м.н. Шамсетдинова Л.Т

«Российская офтальмология онлайн» – Ваш информационный партнер!



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

В базе данных более 20 000 статей по офтальмологии

Уважаемые читатели!

Редакция газеты «МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ» благодарит вас за внимание к нашему изданию. Напоминаем вам, что вы можете не только читать наши материалы, но и стать их автором. Мы всегда открыты для творческого общения и сотрудничества с вами. Присылайте, пожалуйста, ваши материалы на адрес электронной почты редакции: publish_mntk@mail.ru



100 ЛЕТ АКАДЕМИКУ АРКАДИЮ ПАВЛОВИЧУ НЕСТЕРОВУ

20 июня 1923 года, 100 лет назад, родился Аркадий Павлович Нестеров. Человек незаурядный судьбы, ученый, учитель, врач – и все это с большой буквы, о чем говорят его дела и многочисленные ученики. Начало жизненного пути Аркадия Павловича, как и у многих великих людей, прошло в небольшом городке.

Потом началась Великая Отечественная война, и он попал на Сталинградский фронт, служил шофером и дослужился до ефрейтора. После окончания войны было непросто уйти из армии, но руководство пошло ему навстречу: в 1946 году он становится студентом Куйбышевского государственного медицинского института. Он окончил ординатуру, аспирантуру, работал и учился на кафедре глазных болезней института под руководством великого ученого и педагога Тихона Ивановича Ярошевского. В тот период это была самая известная офтальмологическая школа.

В 1956 году Аркадий Павлович защищает кандидатскую диссертацию, но не останавливается на этом – работает над докторской диссертацией, которая была связана уже с вопросами глаукомы. В 1964 году защитил докторскую диссертацию, которая являлась в то время теоретическим и практическим эталоном вклада в развитие офтальмологии, в частности глаукомы. Тихон Иванович готовил не только большое количество учеников, но и распределял их для работы в разных уголках нашей страны. Докторская была защищена, значит, пришло время заниматься педагогической и научной работой. Из Куйбышева Аркадий Павлович был отправлен в Казань. 10 лет, с 1964 по 1974 год, Нестеров заведовал кафедрой глазных болезней Казанского медицинского института им. С.В. Курашова. Коллектив, в который он попал, был очень активным, дружным. Все идеи развивались, здесь появились интересные работы, например, по применению адреналиноподобных препаратов в лечении глаукомы, до этого использовали только пилокарпин, первые случаи медикаментозно вызванных приступов глаукомы. В то время невозможно было диагностировать открытоугольную глаукому.

1974 год – он закончил работать в Казанском медицинском институте, превратив клинику института в ведущую клинику по вопросам глаукомы. Там же он провел первую большую научно-практическую конференцию, а в то время конференции проводились редко. На конференции выступали будущие великие офтальмологи: Волков, Филатова-Скоробинская.

В 1967 году написал свою первую книгу «Гидродинамика глаза», за которую в 1969-м получил премию Академии медицинских наук им. Авербаха. В конце 1974 года Аркадий Павлович начинает рабо-



тать в мединституте им. Н.И. Пирогова. Здесь до 2001 года он возглавлял кафедру глазных болезней, на которой тоже было очень много сделано. Это работа академической группы, лаборатории микрохирургии глаза, если представить себе все количество сотрудников и академической группы, это равняется среднему НИИ, до 100 человек. Все сотрудники были счастливы работать с таким великим человеком.

В 1975 году за цикл исследований по микрохирургии и патогенетическому



обоснованию глаукомы Аркадий Павлович был удостоен Государственной премии СССР. В 1978-м за признание его заслуг ему присвоено звание члена-корреспондента Академии медицинских наук СССР. В 1985 году зарегистрирован диплом на открытия «Явления функциональной (обратимой) блокады склерального синуса глаза – эффект Нестерова». Причем эти экспериментально-клинические открытия были признаны не только в нашей стране, но и за рубежом. Время идет. Аркадий Павлович вырос и в 1993-м избирается уже в действительные члены РАМН, а в то время академиков можно было пересчитать, используя всего три пальца. За подготовку доклада о государственной политике в области охраны здоровья граждан и о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1994 году Аркадию Павловичу присуждена

премия им. Н.И. Пирогова РАМН. В 2000 году состоялось присуждение премии Правительства РФ – это был итог за 30 лет работы. Собрал группу сподвижников, лучших офтальмологов из разных медицинских учреждений, он создал наборы инструментов для офтальмологических операций. Премия вручается только за внедренные изобретения. Он писал много, его работы до сих пор важны и цитируются. Кроме научной, педагогической, лечебной и исследовательской работы, он отдавал много сил для методической и организационной работы, организовал и стал первым президентом (1999–2009 гг.) МОО «Ассоциация врачей-офтальмологов». Он провел колоссальную работу, чтобы поднять значимость офтальмологической российской науки.

С 2000 года был организатором и главным редактором журнала «Клиническая офтальмология». В 2001 году под его руководством проведена I Всероссийская школа офтальмолога. Эта школа стала ежегодной, Аркадий Павлович длительное время был ее руководителем.

Заседания этой школы проходят каждый год в г. Снегири. В 2005 году под его началом организовано «Российское глаукомное общество», занимающее второе место в Европе, в рамках которого выпускается «Национальное руководство по глаукоме» под прямым руководством Нестерова. Есть память об А.П. Нестерове – Почетная медаль «Академик А.П. Нестеров».

Фотографии предоставлены изданием «Новости глаукомы»



ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГАУ «НМИЦ «МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» ИМ. АКАД. С. Н. ФЕДОРОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ

Уважаемые коллеги,
приглашаем Вас на тематический цикл!

«ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ КАТАРАКТЫ. БАЗОВЫЙ КУРС. WETLAB»

72 часа (72 балла НМО)

Даты проведения: 09.10-20.10.2023

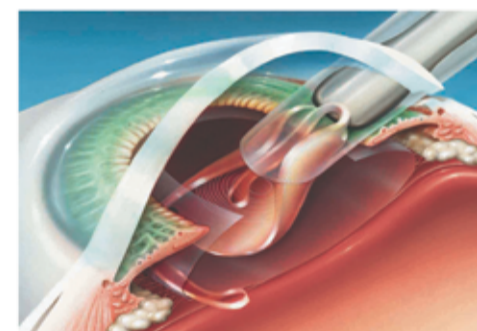
Что Вас ждет в ходе цикла?

- ✓ Насыщенный лекционный материал от ведущих научных сотрудников отдела хирургии катаракты и интраокулярной коррекции
- ✓ Работа в Wetlab с современными расходными материалами под руководством опытных хирургов
- ✓ Отработка практических навыков на симуляторе виртуальной реальности EYESI
- ✓ Просмотр «Живой хирургии» в формате 3D NGENUITY
- ✓ Посещение операционного блока с возможностью присутствия на операциях и общения с хирургом
- ✓ Прямая трансляция из оперблока «Живая хирургия» в исполнении ведущих специалистов

Куратор курса: д.м.н. Конаев С.Ю.

ПОДАЧА ЗАЯВОК: profedu@mntk.ru
8 (499) 488-84-44

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ
ИНФОРМАЦИЯ:



Темы, которые планируется рассмотреть:

- ✓ Оборудование и инструментарий необходимые для проведения ФЭК
- ✓ Различные техники ФЭК и нюансы их выполнения
- ✓ Расчет оптической силы ИОЛ
- ✓ Интраоперационные и послеоперационные осложнения
- ✓ Изучение причин осложнений фактоэмульсификации
- ✓ Послеоперационное ведение пациентов и профилактика эндофтальмита

ГАЗЕТА «МИР ОФТАЛЬМОЛОГИИ», № 3 (65), СЕНТЯБРЬ 2023

Профессиональная газета для офтальмологов и оптометристов

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

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

Адрес редакции:
Издательство «Офтальмология»
Россия, 127486, Москва, Бескудниковский б-р, 59а
Тел.: (499) 488-8925. E-mail: publish_mntk@mail.ru
По вопросам размещения рекламы обращаться по телефону: (499) 906-17-68
Тираж – 3000 экз. Заказ № 23-2420
Подписано в печать 15.09.2023.
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
Шуко 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° [диапазон: $0.0^\circ - 5.0^\circ$]
100% линз (n=103) показали *не более 5° 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 контролируруемую имплантацию

HOYA
SURGICAL OPTICS

Surgix

ophthalmic surgical products

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

