ЛЕ ЗРЕНИЯ

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

№4(6) **Август 2011**

ISSN 2221-7746



ВЕЛИКИЕ ИМЕНА

Святослав Федоров – лучший офтальмолог мира

8 августа 2011 года Святославу Николаевичу Федорову, выдающемуся офтальмологу, ученому-новатору, академику, хирургу, политику, предпринимателю, фермеру, экономисту, философу и писателю исполнилось бы 84 года.

этот памятный день один- и мы вместе с вами хотя бы на надцатый раз подряд прошла традиционная Международная благотворительная акция «Прекрасные глаза – каждому», которая была приурочена к годовщине со дня рождения великого врача. Офтальмологи России провели бесплатные консультации и операции нуждающимся в помощи, что является не только мерой профилактики глазных заболеваний, но и данью памяти Святославу Николаевичу Федорову, который посвятил всю жизнь служению человеку. Именно вы, врачи, можете реально помочь многим,

один маленький шаг приблизимся к мечте Святослава Федорова – дарить людям добро. За 11 лет, начиная с 2000 года, врачами России ближнего и дальнего зарубежья было проведено 49439 консультаций и сделано 3018 операций. Газета «Поле зрения» в лице Президента Фонда содействия развитию передовых медицинских технологий имени Святослава Федорова Ирэн Ефимовны Федоровой благодарит всех, кто принял участие в Акции-2011.

> стр. 8

КОНФЕРЕНЦИИ • СИМПОЗИУМЫ

IV Международный конгресс по глаукоме

29 июня – 2 июля 2011 года, Париж, Франция

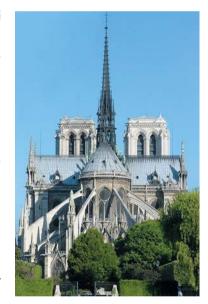
ариж, город-романтик, пахнущий кофе и круассанами, уютно расположился по обоим берегам Сены. И, решив провести IV Международный конгресс по глаукоме в Париже в начале лета, организаторы, признаться, рисковали недосчитаться части своей аудитории, которая, очарованная магией этого города, могла раствориться среди парижан на набережных и бульварах. Однако тридцатиградусная жара и духота,

опустившиеся на французскую столицу в дни проведения конгресса, сделали свое дело: глаукоматологи откладывали культурные мероприятия, спасаясь от палящего солнца в кондиционированных залах Парижского Дворца Конгрессов, который гостеприимно распахнул двери перед участниками заседаний.

Человеку непосвященному конгресс, с одной стороны, может показаться мероприятием с весьма

узкой тематикой, но не стоит забывать о том, что именно глаукома является одной из основных причин слепоты. Именно глаукома приковывала внимание ведущих офтальмологов прошлого и настоящего, а имена Маклакова, Краснова и Нестерова известны всей мировой офтальмологической общественности. Словно в подтверждение этого гости

> стр. 5



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГЕРМАНИИ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

УВИДЕТЬ МАЙНЦ И УЛУЧШИТЬ ЗРЕНИЕ

Кто из руководителей немецких глазных клиник может стать интересным собеседником для корреспондента газеты «Поле зрения»? Кто способен не только представить своё лечебное учреждение, но и рассказать о развитии немецкой офтальмологии и в целом системы здравоохранения Германии? Пресссекретарь Профессионального Союза глазных врачей Германии Георг Эккерт с лёгкостью ответил на этот вопрос: «Поезжайте в Майнц, столицу федеральной земли Рейнланд-Пфальц, к директору глазной клиники Майнцского университета Норберту Пфайфферу».



ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Успех лечения эндокринной офтальмопатии зависит от взаимопонимания и взаимодействия офтальмологов и эндокринологов

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

ЛЕКЦИЯ

Простая глаукома

Почетная лекция профессора В.В. Волкова

> ctp. 17

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ



«Аллоплант» помогает, когда возможности обычной хирургии исчерпаны

Интервью с профессором Э.Р. Мулдашевым

> стр. 23

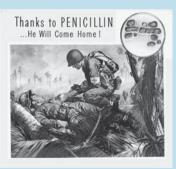
в помощь ПРАКТИКУЮЩЕМУ **ВРАЧУ**

Офтальмотонометрия

> ctp. 26

ИСТОРИЯ БРЕНДА

Pfizer > стр. 31



Также в номере:

Научные статьи

> ctp. 20

Слово купца

> стр. 28

Глубокоуважаемый мсье Луи Брайль!

> стр. 34

> стр. 13

Уважаемые читатели!

Рад приветствовать тех, кто случайно или нет, задержал свой взгляд на колонке редактора. Очередной номер газеты «Поле зрения» весьма насыщен интерес-

В рубрике «Великие имена» мы публикуем статью о Святославе Николаевиче Федорове, выдающемся офтальмологе, ученом-новаторе, хирурге, которому 8 августа 2011 года исполнилось бы 84 года. Мы расскажем о его работе над искусственным хрусталиком, о том, какие трудности пришлось испытать молодому ученому, прежде чем был признан новый метод лечения катаракты. Публикация в следующем номере будет посвящена московскому периоду жизни выдающегося офтальмолога.

В интервью директора МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца, профессора В.В. Нероева в обобщенном виде представлены материалы прошедшей в Москве научно-практической образовательной конференции по проблемам эндокринной офтальмопатии.

Стенографическая запись почетной лекции «Простая глаукома» профессора В.В. Волкова будет полезна для врачей, специализирующихся или повышающих свою квалификацию в области офтальмологии, нейроофтальмологии, офтальмофизиологии и нейрохирургии.

В рубрике «Здравоохранение Германии. Взгляд изнутри» предлагаем интервью с директором глазной клиники Майнцского университета, вице-президентом Немецкого офтальмологического общества, ведущим европейским экспертом по глаукоме, лауреатом многих престижных международных премий и наград Норбертом Пфайффером.

В нашем обществе люди не привыкли говорить во всеуслышание о своих собственных достижениях. Однако мы рискнули изменить устоявшиеся нормы и предоставили возможность поделиться результатами своих исследований доктору медицинских наук, профессору Э.Р. Мулдашеву.

В этом номере мы открываем новую рубрику – «История бренда». Вы узнаете о том, с чего начинали свой бизнес двоюродные братья Чарльз Пфайзер и Чарльз Эрхарт, как шаг за шагом компания «Pfizer» становилась фармацевтической империей.

А знаете ли вы, уважаемые читатели, что некоторым великим людям, умершим много десятилетий назад, благодарные потомки продолжают писать письма? Один из таких людей – французский педагог и просветитель Луи Брайль. Сегодняшний выпуск рубрики «К незримому солнцу» посвящен миру рельефно-точечной печати.

Я сердечно благодарю уважаемых авторов и читателей газеты за доверие. Желаю всем мира и благополучия.

Ваш главный редактор С.Э. Аветисов

СОВЕЩАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

сии Д.А. Медведев провел совещание, посвященное вопросам совершенствования законопроекта об охране здоровья граждан.

В совещании приняли участие заместитель Председателя Правительства – министр финансов РФ Алексей Кудрин, помощник Президента РФ Аркадий Дворкович, министр обсуждение законопроекта, в ко- дого гражданина нашей страны, здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова.

В своем вступительном слове гла-

По итогам совещания Аркадий Дворкович и Татьяна Голикова от-

А. ДВОРКОВИЧ: Главное решение, которое сегодня было принято на совещании по законопроекту об охране здоровья, – это то, что закон должен быть принят в этом году. Были обсуждены все вопросы, которые касаются этого закона. Все участники совещания высказали свои суждения, и в ближайшие недели продолжится доработка этого закона. Повторяю, цель - принять

ВОПРОС: Если примут закон, то будет узаконен ряд медуслуг, в том числе появятся новые. Сколько потребуется на это денег, и каковы источники финансирования?

Т. ГОЛИКОВА: Нисколько. Никакие деньги не потребуются в связи с введением новых видов медицинских услуг. Очевидно, Вы имеете в виду финансовое обеспечение стандартов оказания медицинской

Т. ГОЛИКОВА: Финансовая основа стандартов была принята в прошлом году, это закон об обязательном медицинском страхова-Правительства пока согласовывается федеральными органами исполнительной власти проект заоб ОМС, по установлению фиксированного платежа за неработаюповышению от уровня, который действует в 2011 году. Это вторая ния сбалансированности в систе-

больных редкими или орфанными

Т. ГОЛИКОВА: Эта тема давно известна, она давно обсуждается. Президент страны, как Вы знаете, в конце прошлого года давал по этому поводу поручение, чтобы узаконить, во-первых, что на сегодняшний день может относить- какие-то меры приняты? ся к редким заболеваниям, орфан-

в мире есть соответствующая ле- ответственное отношение людей к с ним мы сейчас приняли, по сути, насколько справедливы будут по личество абортов будет снижаться. и есть то самое сельское здравоотношению к российскому рынку Т. ГОЛИКОВА: Надо просто ска- охранение, которое на сегодняшфармацевтические компании, ко- зать здесь еще, что идет очень ний день испытывает недостаток

лась, изменились условия работы в работке законопроекта. экономике, изменились условия социальной защиты, внедряются передовые медицинские технологии, развивается частная медицина. Это зации здравоохранения, повышепривело к необходимости принятия

тором приняли участие медицинские и фармацевтические ассоциации, неправительственные оргава государства отметил, что основы низации, длилось более года. Свое законодательства в сфере здраво- мнение также высказали тысячи черкнул Д.А. Медведев.

3 августа 2011 года Президент Рос- охранения действуют с 1993 года, граждан страны. Часть замечаний однако ситуация в стране измени- и дополнений была учтена при до-

> Президент России выразил надежду, что новый закон будет способствовать дальнейшей модернинию качества и лоступности мелицинских услуг. «Все его положения Он напомнил, что публичное и статьи, по сути, касаются кажспособности. И это обстоятельство должно быть главным в ходе работы над законопроектом», - под-



на их реализацию в Российской Федерации

ВОПРОС: А что-то изменится для

Т. ГОЛИКОВА: Вы знаете, эта тема обсуждалась, она достаточно активно обсуждалась, и значительное количество граждан и медицинское сообщество говорили нии. А сейчас готовится, в недрах о том, что нужно такую возможность предоставить. Но это основы законодательства в сфере здравоохранения, они дают основные полокона, который вытекает из закона жения, а вслед за ними, если они 2012 году должен выйти более подщее население и поэтапному его робный закон о трансплантации органов и тканей. Но мы все настроены на то, чтобы новые технологии финансовая основа для обеспече- в России развивались и чтобы мы могли максимальную возможность ВОПРОС: Что изменится для условия для выздоровления и проведения таких операций.

ВОПРОС: Еще по абортам вводится новая мера, две недели тишины... Скажите, пожалуйста, Вы ожилаете дальнейшее сокрашение абортов? Потому что определенные результаты были достигнуты за последние пять лет. Могут быть еще

на, и президент оыл оо этом про- - даемость у нас тоже в этот период - реподготовке специалистов и улуч циалистами просчитали, но понят- прос культуры, а не вопрос закона. екты их активно реализуют. но, что это пока экспертная оцен- И есть вопросы, связанные с закока – таких заболеваний может быть нодательными нормами. Закон дол- то частично безотносительно к в России 86, не по всем из них даже жен стимулировать максимально этому закону, частично в связи карственная терапия. Число боль- этому вопросу. И введение нового новые образовательные стандарных чуть более 12 тысяч человек, института, по сути, периода, в течеты, которые предполагают сущеи потенциальные расходы в бюдже- ние которого будущая мать должна ственное увеличение доли практитах всех уровней на этих пациентов принять решение, позволит, с на- ческой подготовки на последних могут составить 4,6 миллиарда, это шей точки зрения, в значительной курсах, с тем чтобы специалисты максимальная цифра. Минималь- мере повлиять на формирование та- могли напрямую идти работать ная цифра будет зависеть от того, кого правильного отношения, и ко- в первичное звено, а это как раз

торые производят эти препараты продуктивный диалог с Русской в специалистах.

и которые устанавливают цены православной церковью по этому по этому поводу ведутся, и, как мы считаем, мы достигли абсолютного согласия. Проблема сейчас в согласовании самих формулировок, и здесь также важно обратить вниленный Правительством перечень социальных показаний прерывания падают такие причины, как нахождение женщины в местах лишения муж имеет инвалидность I или будут приняты в 2011 году, уже в И группы, или супруг умирает в педве темы наиболее активно обсуждаются, и мы считаем, что совертакие социальные ограничения и не подталкивать наличием такого к проведению искусственного прерывания беременности.

ВОПРОС: Татьяна Алексеевна, Вы отмечали нехватку специалистов, врачей, особенно в регионах. в сельских больницах. Этот закон как-то улучшит ситуацию?

Т. ГОЛИКОВА: В целом должна от этого закона мы ведем работу А. ДВОРКОВИЧ: Да. У нас за по- в рамках программы модернизаным, и у кого будут полномочия по следние пять лет практически в ции, в рамках Послания Президендва раза снизилось число абортов та Федеральному Собранию, уделяя Сегодня в статье проекта зако- в расчете на 100 тысяч родов. Рож- большее внимание детству, по пеинформирован в ходе совещания, повышалась, и действительно решению их квалификации. И у нас реализовано его поручение в пол- зультат хороший. Но все еще Рос- в рамках этой программы модерном объеме. Мы вводим специаль- сия остается страной с наиболь- низации и в рамках программы по ные критерии заболевания: один шим числом абортов в расчете на снижению напряженности на рынбольной на 10 тысяч населения. 100 тысяч родов. И здесь есть две ке труда есть специальные сегмен-Будет сформирован федеральный основные темы. Первая – это об- ты, и финансовые, и организационрегистр больных орфанными забо- щее отношение в стране, отноше- ные, которые направлены на перелеваниями, мы совместно со спе- ние людей к этому вопросу. Это во- подготовку кадров, и сейчас субъ-

Что же касается перспектив,

Нероев В.В.

Профессор В.В. Нероев:

«Успех лечения эндокринной офтальмопатии зависит от взаимопонимания и взаимодействия офтальмологов и эндокринологов».

12-15 мая 2011 года в Московском НИИ глазных болезней прошла уникальная научно-практическая образовательная конференция по эндокринной офтальмопатии. Конференция организована ФГУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца Минздравсоцразвития РФ», ФГУ «Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития PФ» совместно с EUGOGO (European Group on Graves' Orbitopathy). В работе конференции приняли участие врачи-офтальмологи и эндокринологи, представляющие все регионы России, а также специалисты стран СНГ (Украина и Казахстан) и дальнего зарубежья.

С просьбой рассказать о прошедшем форуме редакция газеты «Поле зрения» обратилась к Главному специалисту офтальмологу Минздравсоцразвития РФ, директору ФГУ «МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца», Заслуженному деятелю науки РФ, Заслуженному врачу РФ, доктору медицинских наук, профессору Владимиру Владимировичу Нероеву.

- Владимир Владимирович, в России подобная конференция проходила впервые. Как Вы оцениваете итоги этого форума?

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – очень тяжелое заболевание, неадекватное лечение которого приводит к инвалидизации ская ретинопатия и эндокринная цы, позволяющие выявить изменеработоспособного населения. В то офтальмопатия, которые нахолятже время до настоящего времени в России отсутствует общий под- докринологии. Прошедшая научноход к лечению больных ЭОП меж- образовательная конференция была и остается глюкокортикоидная тегами. Наряду с внутренними про- патии - патологии органа зрения, блемами существуют разногласия развившейся на фоне тиреопатии. в подходах к ведению пациентов между отечественными и зарубежными специалистами, что отрицатактах и вызывает непонимание РАМН А.Ф. Бровкиной. С середины между специалистами. Поэтому 90-х гг. прошлого века офтальмопрошедшая конференция была в логи, возглавляемые А.Ф. Бровкивысшей степени полезной, что от- ной, совместно с представителями а обоснованное по срокам провемечено не только российскими уче- Эндокринологического научного дение хирургического лечения поными, но и нашими европейскими центра стали внедрять мультидисколлегами во главе с председателем циплинарный подход к определе- метического результата. Внедрение EUGOGO. Мы надеемся, что такие иню тактики лечения этой категовстречи будут регулярными.

- Организаторами конференции выступили ФГУ «Московский мгольца Минздравсоцразвития ского НИИ глазных болезней им. РФ», ФГУ «Эндокринологический вития РФ», EUGOGO (European исследования по разработке новых ского результата лечения. Group on Graves' Orbitopathy). Такое серьезное представитель- кринной офтальмопатии, исследоство доказывает, насколько се- вания механизмов развития оптигодня актуальна тема офтальмо- ческой нейропатии, рефрактерноэндокринологии. Какие на сегод- сти к глюкокортикоидной терапии, няшний день разработаны новые вторичной гипертензии, исследометоды лечения и диагностики вания, направленные на разработэндокринной офтальмопатии? ку новых методов хирургической и достижениях EUGOGO. В чем

– При некоторых заболеваниях, которые находятся на стыке нескольких медицинских специальностей, высокого качества лечения удается добиться при объединении усилий врачей нескольких направлений. Тому пример диабетичеся на стыке офтальмологии и энпосвящена эндокринной офтальмо-

Приоритет в развитии этого направления офтальмологии в нашей стране принадлежит группе ученых под руководством академика рии больных В нашей стране на протяжении

последних 30-40 лет проблемой ЭОП глубоко занимаются специа-Гельмгольца. В научных центрах методов ранней диагностики эндо-

коррекции экзофтальма, положения глаза в орбите и т.д. Внедряются новые высокоразрешающие физиологические, оптическая когерентная томография диска зрительного нерва, сетчатки, рогови ния в их латентной стадии. Что касается лечения – «золотым

стандартом» лечения ЭОП была рапия. Однако неадекватное приме нение глюкокортикоидных препаратов ведет к развитию резистентности – и это проблема, с которой мы столкнулись в последнее десятилетие. Среди новых методов лечения в последние годы мы исполь зуем иммуносупрессивную терапию, которая позволяет в 98% позволило добиться устойчивого косв нашу повседневную практику комбинированного лечения ЭОГ (медикаментозное, лучевое, иммуносупрессивное, хирургическое, симптоматическое) позволяет на-НИИ глазных болезней им. Гель- листы нашего института – Москов- шим пациентам не только полностью восстановить утраченные зрительные функции, но и быть научный центр Минздравсоцраз- России проводились и проводятся удовлетворенными от косметиче-

> В Россию приехали ведущие европейские специалисты по эндокринной офтальмопатии, члены EUGOGO (European Group on Graves' Orbitopathy). Расскажите об истории создания



Выступает профессор Wilmar Wiersinga (Нидерланды)



Во время заседания



В президиуме профессор Л.А. Катаргина и профессор P. Perros (Великобритания)



Профессор Г.А. Мельниченко, профессор В.В. Нероев, профессор С.В. Саакян

заключается суть Амстердамской декларации? Как оценили работу Российского форума иностранные

 EUGOGO (European Group on Graves' Orbitopathy) – научная организация, объединяющая эндокринологов, офтальмологов, радиологов и иммунологов ведущих клиник Европейского союза. EUGOGO создана в 1999 году, исходя из необходимости мультидисциплинарного подхода к успешному изучению и лечению эндокринной офтальмопатии. Основной целью исследопатогенеза ЭОП, разработка патогенетически обоснованного лечения ЭОП, проведение обучения как специалистов, занимающихся этой проблемой, так и самих пациентов. EUGOGO ежегодно проводит обучение специалистов в разных странах мира совместно с национальными мологическими ассоциациями.

ми в 9 европейских странах. После достижения консенсуса в стандартизации клинической картины разных стран мира. К сожалению, ЭОП EUGOGO выпустило учебное тогда представителями России депособие по ЭОП (EUGOGO BOOK), опубликовало результаты мультицентровых научных исследований по оптической нейропатии, декомпрессионным операциям на орбите, явилось первым шагом к консолирезультатам анкетного опроса пациентов о качестве их жизни. Кроме того, в центрах EUGOGO выполнены и продолжаются рандомизировансредней тяжести, тактике ведения и слушали лекции по эпидемиологии. лечения ЭОП легкого течения

В настоящее время EUGOGO

представлено 13 научными центра-

В октябре 2009 года в Амстердаме прошло заселание международных экспертов, занимающихся проблемами эндокринной офтальмопатии. Было отмечено увеличение чению и профилактике ЭОП. заболеваемости тиреопатиями во



Обсуждение тактики лечения ведут профессор G. Kahaly (Германия) и профессор С.В. Саакян



Выступает заместитель директора Эндокринологического научного центра профессор В.В. Фадеев

чи были отражены в Амстердамской

офтальмологов и эндокринологов

кой образовательной конференции

дации с международными органи-

зациями, занимающимися этой про-

чески всех регионов России - про-

ных исследований. Интерес, про-Больные ЭОП в ряде случаев имеявленный участниками конфеют низкое качество жизни, проблеренции к освещаемым проблемам эндокринной офтальмопатии, не мы психосоциальной реабилитации. В связи с чем возникла необходиостался незамеченным членами мость в разработке мероприятий EUGOGO. Дискуссия по классификак для представителей органов кации ЭОП, диагностике и тактиздравоохранения, так и для медике лечения продолжилась на пракцинских менеджеров для уменьшетических занятиях и в перерывах ния заболеваемости ЭОП, предотмежду заседаниями. Для российвращения развития ЭОП в группах ских врачей на конкретных больвысокого риска, улучшения качества ных были продемонстрированы методы оценки тяжести и активжизни пациентов. Для решения глобальной цели на ближайшие 5 лет ности течения ЭОП, планирование сформулированы задачи, включа- лечения. Конечно, мы не можем во ющие в себя развитие специализивсем согласиться с представителями EUGOGO, поскольку сами расрованных мультидисциплинарных центров по типу «Thyroid-Eye clinic», полагаем огромным опытом лечения таких больных. Но, по моему которые позволили оказывать высокопрофессиональную специалимнению, объединение имеющихся зированную помощь заболевшим, зволит в нашей стране во многом сократить время от постановки диагноза до начала лечения, оказырешить задачи, сформулированные вать взаимную поддержку и необв Амстердамской декларации. ходимую помощь между центрами внедрение радиойодтерапии при диффузно-токсическом зобе, выявление групп риска развития ЭОП и профилактика ее развития, проведение совместных международных наvчных исследований. Все эти зада-

 В учебных группах института прошли практические занятия и презентации. Какие современные подходы к обследованию и лечению пациентов с болезнью Грейвса были продемонстрированы?

Из участников конференции

были сформированы 10 групп, кодекларации, которая подписана 82 общественными организациями торые поочередно провели клинические разборы 10 больных разными формами течения ЭОП. Проводили практические занятия постоянные члены EUGOGO, Проведение научно-практичеспрофессора и ведущие специалисты Европы: офтальмологи – по эндокринной офтальмопатии M. Mourits, L. Baldeschi, K. Ponto, K. Boboridis, A. Boschi, C. Neoh, G.F. von Arx, S. Pitz; среди эндокринологов – W.M. Wiersinga, P. Perros, блемой. В рамках конференции 150 L. Bartalena, C. Marcocci, M. Salvi, участников – представители практи-G. Krassas, J. Orgiazzi, J. Lazarus, Ch. Daumerie и G.J. Kahaly. Все методы диагностики, которые испольпатогенезу, диагностике (оценка тязовались на практических занятиях, хорошо известны российским офтальмологам. Большой интерес офтальмопатии, использованию визуализирующих методов исследова- офтальмологов из регионов вызвали классификации ЭОП по степе ния и современным подходам к лени активности и тяжести, которые Наши гости – представители приняты во всем мире. Методоловсем мире, и ежегодный прирост со- 9 европейских стран – высоко оце- гия этих классификаций положена ставляет сотни тысяч больных ЭОП. нили наши профессиональные в основу стандартизации оценки



В дискуссии участвует д.м.н. О.Г. Пантелеева

возможности и результаты науч- клинической картины ЭОП и позволяет доступно понять предлагаемый алгоритм лечения больных. Классификации CAS (шкала клинической активности) и NOSPECS няются у нас в стране только в ведущих клиниках, и практические нических примерах увидеть, как они могут быть использованы.

методов лечения был представлен ритуксинаб – иммунодепрессант, обладающий специфичностью к CD20 – антигену, который принимает участие в патогенезе ЭОП. подавляя В-клеточный иммунитет Мы услышали не только результаты клинических исслелований. но и профессор G. Krassas (Грезнаний, опыта и возможностей по- ция) поделился собственным опытом использования ритуксинаба в клинической практике. Профессор M. Salvi (Италия) представил результаты рандомизированного исследования Селена в лечении легкой формы ЭОП.

- Какие основные выводы сделали участники «круглого стола» по вопросам диагностики и лечению эндокринной офтальмопатии?

Сама идея проведения «круглого стола» в рамках EUGOGO оказалась очень удачной. По сути, это была первая в России офтальмоэндокринологическая конференция. которая позволила определить болевые точки, наметить пути сближения между офтальмологами и стоящего времени у нас в стране отсутствует единая точка зрения по вопросам классификации ЭОП, оценки тяжести больных и их лечения. Успех лечения зависит от единого для офтальмологов и эндокринологов протокола ведения больных. По решению «круглого стола» эта важная работа будет активно продолжаться.

- Благодарю Вас за интервью.

Беседу вела **Лариса Тумар**



Профессор P. Perros проводит занятие с курсантами

IV Международный конгресс по глаукоме

29 июня – 2 июля 2011 года, Париж, Франция

< ctp. 1

конгресса заполняли залы с раннего утра, активно участвовали в лебатах и интересом осматривали выставочные стенды

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

На сегодняшний день существует множество вопросов, волнующих глаукоматологов всего мира Очевидно, организаторам было непросто сформировать программу такого мероприятия и выделить наиболее актуальные темы. А потому в больших залах Дворца Конгрессов проходили пленарные заседания по общим темам этиологии, патогенеза и терапии, где с лекциями выступили ведущие глаукоматологи. А в многочисленных секционных залах проводились семинары по актуальным вопросам представляющим все возможные направления. Таким образом, каждый участник имел возможность широкого выбора мероприятий. Кроме того, целый этаж был выделен под постерную секцию, где авторы имели возможность общаться с заинтересованными коллегами.

Торжественное открытие форума было назначено на 15-30, а в первой половине дня прошли заседания локальных глаукомных обществ: американского, канадского, греческого и т.д., всего -14 обществ. Симпозиум стран СНГ «Глаукома - государство без границ» прошел во втором по величине зале Дворца Конгрессов, в зале «Гавана». Официальным партнером мероприятия традиционно выступила компания Alcon. Гости симпозиума заслушали доклады профессоров Е.А. Егорова, Т.К. Ботабековой, Н.Г. Завгородней, Л.Н. Марчен ко, В.П. Еричева и А.Н. Амирова.

В приветственных выступлени ях организаторы коснулись социальных вопросов глаукомы, а также значимости мероприятий по популяризации знаний об этом заболевании. Известно, что в течение последних лет в марте месяце проводился «World Glaucoma означало организацию так назыко со временем масштаб меропри-

контактной линзы со встроенным темами отдельных семинаров.



Здание Дворца Конгрессов в Париже



Главный зал (Grand Amphitheatre) Дворца Конгрессов





Члены российской делегации

датчиком ВГД, передающим резуль- Особое внимание участники заторы предложили новую форму рального дренажа «SOLX Gold ло IV Международный конгресс по таты круглосуточной тонометрии конгресса уделили проблеме гла- проведения пленарных заседаний МісгоShunt», полное иссечение вну- глаукоме одним из важнейших сона удаленное устройство. Что ка- укомных препаратов. Многие до- - «Глаукомные дебаты: горячие тренней стенки шлеммова канала бытий 2011 года. сается возможности применения кладчики отмечали, что на рынок темы». Слушателям были пред- аппаратом «Trabectome», коагуля- Глаукома сложна, но интересна прибора в оценке суточных коле- практически не поступают гипотен- ставлены парные доклады веду- ция цилиарных отростков через ро- и очень актуальна, а это значит, баний, исследователи пока не уве- зивные препараты с принципиаль- щих специалистов по одинаковым говичный парацентез с помощью что перед офтальмологами всего

препериметрической глаукоме: Так, например, производители от- да или нет?», «Стоит ли ожидать ных трубчатых дренажей Ahmed, мечали преимущества глазных ка- появление эффективной нейропротекторной терапии в ближайятий значительно расширился. Те- на основе статической периметрии вад. В ряде сообщений речь шла шем будущем: да или нет?», «Останется ли трабекулэктомия самым востребованным вмешательством в ближайшие 5 лет: да или нет?», ный слой, который препятствует трабекулопластику до фистулизирующей терапии?», «Операция выбора после первой неэффективной ловидные клетки конъюнктивы, трабекулэктомии: повторная традены на парижской конференции. снижать ВГД для остановки суже- тический контакт глазной поверх- наж», «Является ли современная сывала модификации известных хирургия катаракты антиглауком глаукомы – диагностика заболе- быстром прогрессировании глауко- дит к развитию скрытого воспале- ной операцией выбора?». вания, а точнее – субъективность мы», «Глаукомный больной: кого и ния, которое впоследствии вызыва- На специализированных семи- бранных фильмов представила Инметодов исследования. Возрастает как лечить?». Эти вопросы постав- ет заболевание поверхности глаза. нарах разворачивались традици- дия – страна, принимавшая в этом актуальность проблематики биоме- лены не вчера, и дискуссии на эти В отличие от хлорида бензалкония онные споры хирургов о методах году Международный конгресс по ханических свойств глаза и его фи- темы проходят на каждом съезде, Поликвад, пройдя через слезную подготовки пациентов к операции, хирургии глаукомы. Российские раброзной оболочки, от которой так но ведущие глаукоматологи посте- пленку, достигает поверхности гла- возможностях продления гипотен-

ся в споре. И в этом году органи- применение золотого увеоскле- кой секционного расписания сделативности в оценке полей зрения и ный интерес новые модификации На обсуждение были вынесены та «Ex-PRESS» свидетельствовали чат в будущих дискуссиях. 🔟

Molteno и Baerveldt не уменьшачаще звучат сообщения, посвяшенные характерным осложнеем использования этих дренажей, «Следует ли применять лазерную а также тактике борьбы с этими

Расширенная в этом году секция видеофильмов была представбекулэктомия или трубчатый дре- курса. Основная часть работ опиложнениями. Большинство отоботы, к сожалению, в этом году до-

...Среди многообразия вопроканалопластика «iScience», поста- ского форума. Разнообразие тем новка в шлеммов канал титано- в сочетании с превосходной оргаческих исследований швейцарской предрасположенности послужили Как известно, истина рождает- вых г-образных стентов «Glaukos», низацией и тщательной проработ-



«World Glaucoma Week», итоги «гла- дов: «Что лучше: гипо- или гиперсильно зависит показатель тоно- пенно приходят к выводу о том, что за, где ложится на эпителиальные зивного эффекта, причинах сниже- пущены на конкурс не были... метрии. В связи с этим более стой- необходим индивидуальный подход клетки роговицы и бокаловидные ния популярности непроникающих кие позиции завоевывают прибо- как в диагностике, так и при лече- клетки, оставляя их неповрежден- операций. Анализы клинической ры, учитывающие данные параме- нии. Как бы в подтверждение этой ными. Будем надеяться, что в бли- эффективности новых фистулизи- но найти тему, которая бы не обтры: Ocular Response Analyser, тоно- тенденции проблемы индивидуаль- жайшее время эти препараты будут рующих вмешательств, таких как суждалась участниками парижметр Pascal. Интересные сообщения ных факторов риска развития гла- зарегистрированы на отечественбыли сделаны о результатах клини- укомы и изучения генетической ном рынке.

рены в точности результатов. Ак- но новыми механизмами действия. вопросам, но с диаметрально про- эндоскопического диодного лазера, мира будут возникать все новые вотуальным остается вопрос субъек- В связи с этим вызывают значитель- тивоположными точками зрения. постановка стального микрошун- просы, ответы на которые прозву-

«Федоровские чтения – 2011»

IX Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

22-24 июня 2011 года, Москва

Организаторы: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Общество офтальмологов России, ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова Росмедтехнологии».

■ежегодная научнопрактическая конференция «Федоровские чтения – 2011», посвященная 25-летию образования ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Торжественное открытие конференции началось с «Федоровской крытия лазера, которую от группы авторов представил генеральный

-24 июня 2011 г. в представлений об этиопатогенезе здании Правитель- простой глаукомы на основе совершенствования методов ее диагностики (в историческом аспекте). клинических методов диагностики морфофункциональных проявлений глаукомной оптической нейропатии (ГОН), факторов риска возникновения глаукомы, дифференциациальной диагностики ГОН и лекции», посвященной 50-летию от- ИОН, факторов, позволяющих раскрыть этиопатогенез простой гладиректор «МНТК «Микрохирургия менной классификации простой глаза» им. акад. С.Н. Федорова» (открытоугольной) глаукомы. По



В зале заседаний

профессор Х.П. Тахчиди. По реше- окончании конференции профессонию организаторов «Федоровская ру В.В. Волкову был вручен памятлекция» будет ежегодно открывать конференцию. Инициаторы идеи уверены, что традиция прочтения «Федоровской лекции» станет знаковым событием в проведении конференции «Федоровские чтения».

В продолжение темы «Федоровской лекции» состоялась прямая трансляция лазерных операций с подробными комментариями главного врача головной организации МНТК «Микрохирургия глаза» Н.П. Соболева. Аудитории была представлена лазерная офтальмохирургия: персонализированный паттерная коагуляция сетчатки, оценке биомеханических свойств бург) представил возможности которые сидят здесь в зале, не замикроимпульсное лазерное воздейвация трабекулы, эндолазеркоагуляция сетчатки в холе микроинвазивной витрэктомии 25G.

В ходе «живой хирургии» офтальмохирурги головной организации МНТК «Микрохирургия глаза» (Ю.И. Кишкин, Е.С. Иванова, Д.О. Шкворченко) и Калужского филиала (И.Г. Трифаненкова) продемонстрировали высокий уровень владения лазерными технологиями, что вызвало оживленный интерес участников конференции.

Утреннее заседание секции «Глаукома» открыл профессор В.В. Волков (Санкт-Петербург) с докладом «Простая глаукома». Формат выступления был заявлен как «Почетная ния заслуженных офтальмологов вич Волков рассказал об эволюции сор В.В. Страхов, Ярославль).

Заседание «Вопросы этиопатоге-

неза, ранней диагностики и эффективности мониторинга глаукомы» продолжил член-корреспондент РАМН, профессор С.Э. Аветисов вив фактические данные снижения (Москва). В ходе доклада «Глаукома и биомеханические свойства и хирургическом вмешательстве, фиброзной оболочки глаза» автор остановился на некоторых перспективных направлениях исследований, в частности: выработке основ робную характеристику Ex-PRESS нологии биомеханики глаза, стан- особенностях его использования дартизации методов исследования: и возможных осложнениях. роговицы и склеры; научной ве- селективной трабекулотомии ав бывать заветы С.Н. Федорова, ко- профессора А.Ф. Бровкиной (Мобиомеханических свойств фиброз- рассказала о лазерных технологи- раннего хирургического лечения риоидеи и ее осложнения» и проной оболочки на показатели тоно- ях в лечении псевдоэксфолиатив- глаукомы. Непроникающая хирур- фессора В.Г. Лихванцевой «Иннометрии на основе определения ис- ной глаукомы. В докладе «Механи- гия – это показания для глаукомы тинного ВГД путем использования ческая нейропротекция при далеко первой стадии, равно как и трабе- лечении опухолей органа зрения». прямой манометрии; изучении зашедшей глаукоме...» С.И. Аниси- кулопластика и все ее варианты во клинических параллелей измене- мов (Москва) подробно описал тех- второй стадии». ний биомеханических свойств фи- нику периневральной склероплаброзной оболочки и морфометри- стики материалом «Ксенопласт».

тарев, Самара), особенности арте- леновой (Ульяновск) о роли УБМ лечения кератэктазий различно- сильев (Москва) «Современное солекция». Это нововведение станет подходы к гипотензивной терапии сы. В своем комментарии профес- ра. После выступления мэтры в об- (Москва) «Зрительный цикл роежегодным форматом выступле- глаукомы (профессор Е.А. Егоров, сор Э.В. Егорова (Москва) подчер- ласти хирургии роговицы, профес- допсина и дегенеративное заболе-Москва), исследование внутриглаз- кнула необходимость дальнейше- сора В.Г. Копаева, В.Р. Мамиконян, в рамках конференции «Федоров- ного сосудистого русла при искус- го уточнения понятий и выводов, Н.П. Паштаев задали вопросы ав- профессор Е.К. Гинтер «Вклад генеские чтения». Вениамин Василье- ственном повышении ВГД (профес- сделанных автором доклада. Итоги тору. Профессор рассказала о сво- тики в офтальмологию». Теме экс-



Член Совета Федерации, президент Российского союза товаропроизводителей Н.И. Рыжков

кома» было посвящено современным технологиям в лечении глаутупило Общество офтальмологов

Вечернее заседание «Актуальые проблемы лечения глаукомы» открыл профессор В.П. Еричев (Москва). Доклад на тему «Применение Ex-PRESS дренажей в хирурчи глаукомы» В.П. Еричев начал с цитаты М.И. Авербаха: «...наиболее надежным методом является все же операция, и все не опериро-... которые не успевают ослепнуть очерки, 1949. - С. 429). Предста- гию в 3 стадии, и даже если опепрофессор ознакомил слушателей вания дренажей, а затем дал подминишунта модели Р, рассказал об

Далее Д.И. Иванов (Екатерин-

лашевичем: «Я как хирург испытал большое удовлетворение от этой комы и вопросам диспансериза- секции, потому что она была поции. Организатором секции вы- священа современным технологиям клада не было посвящено каплям, все доклады касались серьезных, хирургического лечения глаукомы. Я вспоминаю С.Н. Федорова и его на (соавтор – профессор З.И. Монастойчивую пропаганду раннего применения хирургического лечения. Сегодня есть серьезные прообществе. Сложилась такая схема ванные глаукомные глаза в конеч- в сознании врачей: больного надо оперированных есть немало таких, тем сделать трабекулопластику и только потом оперировать. В иторация сделана в 3 стадии, продолжается распад функции примерно у 60% пациентов. Почему это происходит? А потому что мы забыли Вся идея, весь смысл непроникающей хирургии, которой занимается сейчас весь мир с подачи В.И. Козлова и С.Н. Федорова, - это ранняя хирургия глаукомы. Я настойчиво призываю молодых врачей,

ческих показателей зрительного О лечении неоваскулярной глауко- трансплантации и хирургии рого- ми выступили член-корреспондент ки рассмотрели вопросы патогене- (Калуга). Оживленную дискуссию ка с имплантацией сегментов как за глаукомы (профессор А.В. Золо- вызвало выступление И.В. Кове- этап современного комплексного ной медицины», профессор А.В. Вазаседания были подведены членом их клинически сложных и редких периментального моделирования

Второе заседание секции «Глау- президиума, профессором Л.И. Ба- наблюдениях и поделилась опытом использования данной метолики. Далее профессор Г.И. Дрожжина (Одесса) представила данные показаний к проведению кератопластики и динамику роста за 1999-2010 гг. в зависимости от структуры патологии роговицы. Обращает доклада профессора Б.Э. Малюгиты хирургического лечения вторичной энлотелиально-эпителиальной пересадки задних слоев роговицы». От имени профессора М.М. Бикбова (Уфа) с программным докладом «Кросс-линкинг роговичного коллагена» выступила З.Р. Марвано-

На секции «Офтальмоонкология» темы докладов отразили вобольшого размера, опыт локальной химиотерапии у больных с ретиночения злокачественных эпителиальных новообразований век. Была тов трепанобиопсии при новообразованиях орбиты. С большим инте-

Разработка современных технологий невозможна без фундамен-Интерес слушателей заслуженно тальных исследований. По данной вызвала тема «Актуальные вопросы тематике с программными докладамы с применением анти-VEGF те- вицы». С программным докладом РАМН, профессор В.С. Репин (Мо-В серии выступлений докладчи- рапии доложила И.А. Молоткова «Интрастромальная кератопласти- сква) «Фундаментальные аспекты клеточной биологии и регенеративриального давления и глазной ге- в пред- и послеоперационном об- го генеза» выступила профессор стояние клеточно-биологических моперфузии у больных глаукомой следовании пациентов с катарак- З.И. Мороз (Москва). Слушатели исследований на пути развития нормального давления (М.А. Царе- той и глаукомой. Докладчику были с интересом выслушали прекрас- клеточных технологий», академик городцева, Москва), современные заданы многочисленные вопро- ный, содержательный доклад авто- РАН, профессор М.А. Островский

в офтальмологии были посвящены доклады д.б.н. И.Н. Сабуриной (Москва) «Экспериментальные модели in vitro», А.В. Шацких (Москва) «Глазное яблоко донора трупа как экспериментальная модель ех vivo», Ю.А. Белого (Калуга) «Экспериментальное моделирование in vivo в офтальмологии».

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

На секции «Организация офтальмологической помощи и медикосоциальные проблемы» были рассмотрены вопросы организации офтальмологической помощи в тесной взаимосвязи с задачами практического здравоохранения. Особое внимание было уделено вопросам офтальмологической помощи детям с ретинопатией недоношенных.

Формат конференции «Федоровские чтения» сложился уже давно и данный форум не стал исключением. Традиционно в программу были включены секции: по окулопластике, патологии рефракции, по вопросам глазодвигательных нарушений, витреоретинальной хирургии, по сетчатке и зрительному нерву. В рамках конференции «Федоровские чтения» были рассмотрены вопросы лечения диабетической

Организаторы секции «Университет практикующего врача» провели два заседания. Содержательным оказалось заседание «Воспалительные заболевания глаз» с разбором клинических случаев. Академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина (Москва) подробно рассказала о клинических случаях лечения абсцесса орбиты, профессор Е.Е. Гришина (Москва) рассмотрела случай «красного» глаза, ассоциированного с поражением орбиты у больного с первичномножественными злокачественны ми опухолями, профессор М.А. Ковалевская (Воронеж) представила случай посттравматической рецидивирующей эрозии роговицы,



Заседание «Актуальные проблемы лечения глаукомы»



Вручение памятного знака «Федоровские чтения» профессору В.В. Волкову

И.А. Рикс (Санкт-Петербург) рассказала о врожденных разрывах

десцеметовой мембраны На заседании, посвященном вопросам очковой и контактной коррекции, с докладом «Преимущества в придании новой формы роговице на фоне астигматизма. Конструкция контактной линзы CRT Парагон» выступил гость из США Кенлал П. Копп. Во время заселания были рассмотрены вопросы коррекции астигматизма слабой степе ни мягкими контактными линзами (И.А. Лещенко, Москва), Т.Д. Абугова (Москва) представила доклад «Классификация и контактная коррекция кератоконуса», В.В. Белоусов (Москва) рассказал аудитории о современном состоянии и перспективах развития рынка средств оптической и контактной коррекции зрения. А.В. Сенокосов из Санкт-Петербурга затронул вопросы использования мягких торрических контактных линз. Эмоциональный доклад О.В. Сенновской (Москва) о состоянии и перспективах развития помощи слабовидящим в России не оставил равнодушными слушателей заседания.

В рамках конференции были проведены сателлитные симпозиумы компаний «MD Вижн», «Novartis», «R-Optics», «Promed Exports».

В организации конференции большую помощь оказали спонсоры конференции: Alcon, Bausch+Lomb, БиСиКей-Эм, Вартамана, Интелмед, Монолит, Novartis, Polist Group, Promed, R-Optics, Santen, а также компании Askin&Co., MS Westfalia Gmbh, Eye Tec, Гранд-Оптикс, Nidek, Rompharm.

Компании-спонсоры были нараждены памятными дипломами. Конференция завершилась торжественным вечером и праздничным концертом, посвященным 25-летию МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова.

«Актуальные вопросы офтальмологии»

Всероссийская научно-практическая конференция

16-17 июня 2011 года, Челябинск

Организаторы конференции: Министерство здравоохранения Челябинской области, Челябинская государственная медицинская академия, Уральская государственная медицинская академия последипломного образования.

дистрофии на современном этапе. глубиной осмысления проблемы. В рамках второго заседания профессор И.Э. Иошин четко обозна- кладом профессора И.Е. Пано- ного и хирургического лечения

-17 июня в Челябин- к имплантации интраокулярных поражений глаз» и презентацией ске состоялась Все- линз. Живой интерес слушателей книги профессора Л.Н. Тарасовой российская научно- вызвали доклады доктора меди- с соавторами «Субпериостальные практическая конферен- цинских наук А.В. Куроедова «Дис- абсцессы орбиты». ция «Актуальные вопросы офталь- куссионные вопросы лечения на-А.Ф. Бровкина познакомила ауди- валевской «Антибактериальная те- у офтальмохирургов. торию с особенностями макулопа- рапия в офтальмологии». Сообщетии при меланоме хориоидеи. Цение кандидата биологических наук ции, посвященная различным аклый ряд докладов (проф. В.У. Га- А.Р. Шарипова, посвященное вопро- туальным вопросам офтальмологии, лимова, проф. И.Э. Иошин, проф. сам семейного консультирования нашла широкий отклик практику-И.Е. Панова) касался возможно- в офтальмологии, было интерес- ющих врачей. В декабре 2011 гостей лечения возрастной макуло- ным по содержанию и отличалось да в Челябинске планируется про-

чил показания и противопоказания 🛮 вой «Патоморфоз туберкулезных 👚 глаукомы. 📘

Второй день конференции был участие 195 врачей-офтальмологов тора медицинских наук Д.И. Ива- матический семинар «Хирургия из различных регионов Уральско- нова «Патогенетические подходы катаракты: вопросы и ответы» прого федерального округа. На торже- к хирургии глаукомы». Профессор вел профессор И.Э. Иошин. Форственном открытии конференции М.М. Шишкин акцентировал вни- мат данного мероприятия и зас приветственным словом высту- мание офтальмологов на особенно- слушанная информация, посвяпили заместитель министра здра- стях консервативного сопровожде- щенная 15-летнему опыту примевоохранения Челябинской области ния витреоретинальной хирургии нения внутрикапсульного коль-Ю.А. Тюков и проректор по науч- при далеко зашедших стадиях диа- ца при подвывихе хрусталика, ной работе ЧелГМА Л.Ф. Телеше- бетической ангиоретинопатии. На- ІР-факоэмульсификации тверва. На утреннем заседании были учная программа третьего заседа- дых катаракт, медикаментознозаслушаны программные докла- ния была не менее насыщенной. му сопровождению воспалительды, посвященные патологии сет- С большим интересом был заслу- ных осложнений хирургии катачатки. Академик РАМН, профессор шан доклад профессора М.А. Коракты, вызвали большой интерес

> Подобная тематика конференведение аналогичного мероприя Конференция завершилась до- тия, касающегося медикаментоз-



Академик РАМН, профессор А.Ф. Бровкина, профессор И.Е. Панова, профессор М.М. Шишкин



Во время работы выставки

По окончании интернатуры Фе-

доров хотел поступить в ординату-

ру, но помешало то, что его отец

все еще находился в заключении.

В 1952 году молодого выпускника распределили в Тюмень. Мать

оставалась без материальной под-

держки. Вместе с приятелем Веней

Лебедевым Святослав решил ехать

в Москву, чтобы изменить свое рас-

пределение. В Минздраве СССР Фе-

дорову, у которого от холода от-

крывались трофические язвы на

ноге, поменяли назначение, и он был направлен в станицу Вешен-

скую Ростовской области – насто-

яший мелвежий угол. В маленькой

районной больнице он делал опе-

рации, в том числе по экстракции

катаракты и по поводу глаукомы.

Принимал больных и ездил на вы-

зовы как терапевт. Жизнь в стани-

це была скучной и однообразной:

по вечерам преферанс у начальни-

ка леспромхоза и обязательная вы-

пивка. Единственным удовольстви-

Святослав часто переплывал Дон

и загорал на берегу. Если кто-то в

это время приходил на прием, са-

нитарка махала косынкой, и очень

скоро врач уже был в кабинете. Все

что в Вешенской оставаться нель-

зя. Высокого профессионального

уровня, к которому стремился Фе-

доров, здесь достигнуть было не-

возможно. Душа требовала боль-

Вскоре Федоров перебрался в

маленький городок Лысьва Свердловской области, примерно в ста

километрах от Перми. Святослав

получил должность начальника

распоряжении были одна машина и две лошади. В офтальмологиче-

ском отделении на 19 коек были

все необходимые инструменты.

На основании проделанных операций Федоров подготовил первый

научный доклад на тему удаления

хрусталика вместе с капсулой при

помощи специальной петельки.

До этого хирурги удаляли только

ядро хрусталика, поэтому остро-

рации была не очень высока. Но

коллеги сочли метод опасным для

ем оставалось плавание. Летом

Хмельницкий) в семье Николая Федоровича и Александры Даниловны Федоровых родился сын Святослав. Его прадед был крестья- плохо было бы стать инженером, нином, бабушка – прачкой. Ког- но юноша терпеть не мог черчеда Святослав родился, маме было ние. Подумав, Федоров решил подвадцать, отцу на десять лет боль- ступать на лечебный факультет Роше. Мама была красавица, наполо- стовского медицинского институ-

августа 1927 года в ста кило- «Не случись этого, я не сумел бы, метрах от польской границы наверное, развить в себе активное в городе Проскурово (ныне начало, волю, способность не изменять высокой цели».

Получив аттестат зрелости, Святослав оказался на перепутье. Невину белоруска, наполовину поль- та. На экзаменах он получил всего ка. Николай Федорович был ничем 16 баллов и прошел только потому,

Из письма С.Н. Федорова А.А. Аграновскому

«Время летит бешено. Мак и тизнь пролетит. Машина времени необходима. тму руку. Федоров».

не хуже. Красный командир, «червонный казак», герой Гражданской Девушки, сдававшие экзамены войны. Начинал Николай Федорович кузнецом на Путиловском за- тами в вуз не поступили. Жили боводе, затем участвовал в Первой лее чем скромно. На студенческую мировой и Гражданской войнах. стипендию прожить было трудно. Из первых детских воспоминаний Святослава: отец, заместитель ко- ние, мать печатала ночами. Жили мандира кавалерийского полка. впроголодь. Святослав ходил в приезжает домой на лошади, на спортивном костюме и спортивной

что принадлежал к сильному полу. вместе с ним, с такими результа-Чтобы сын мог получить образова-

Святослав Федоров лучший офтальмолог мира

🚺 Людей, сумевших открыть нечто важное и одновременно основать индустрию практического применения своего открытия, немного. Среди наших, если упомянуть лишь самых-самых – Туполев, Королев, Курчатов... Святослав Федоров, который, безусловно, соответствует этим критериям, обладал еще одним редким свойством. Его Дело существует одновременно в технологическом и социально-экономическом измерениях. Оно замыслено и предназначено не только для решения конкретной задачи (лечение глазных болезней), достижения личного успеха (популярность, материальное преуспевание) и создания миниимперии, определяющей прогресс одной из отраслей медицины. Это еще и модель экономической реформы.

Теория неотделима от личности. Чтобы до конца понять ход мыслей ее творца, нужно иметь хотя бы общее представление о его жизненном пути, что послужило толчком к открытию.

В конце концов, у каждого Ньютона было свое яблоко. Тех, кто хочет знать о «яблоках» Святослава Федорова, я отсылаю к собственным его печатным выступлениям и живо написанной книге Екатерины Добрыниной «Скальпель против абсурда». Ну и, конечно, остаются непревзойденными в жанре публицистики очерки Анатолия Аграновского в «Известиях», познакомившие наше общество с феноменом Федорова.

Только об одной, но, вероятно, главной черте его характера не могу не сказать. Это – дьявольски сильная жажда жизни и деятельности, постоянная изготовленность к преодолению всех и всяческих препятствий. Каждый раз, когда мы с ним встречались, и он делился своими планами и проблемами, создавалось впечатление, что именно в этот момент ему надо взять самый высокий барьер в своей жизни, последнее препятствие перед победным финишем.

Георгий Шахназаров «Общая газета», 8-14 июля 2000 г.

К В нем есть мягкость к людям, есть желание добра, внутренняя честность, есть самостоятельность или, как говорил Л.Н. Толстой, гордость мысли. Но, чтобы пройти путь, который выпал ему, этого было мало. Доброта его исполнена силы, и ему просто с народом, и нет в нем чувства неуверенности перед народом, потому что он сам – народ. Внук мужика, сын красноармейца, интеллигент.

> Анатолий Аграновский «Открытие доктора Федорова», «Известия», 29 апреля 1965 г.

коня такой же масти, как у отца, – золотистого цвета с белым пятном на лбу.

В 1935 году Николай Федоро-Академию имени Фрунзе и был назначен командиром кавалерийбыл арестован вместе с 40 тысячами других офицеров и приговорен к 17 годам лагерей. Выпустили его на свободу без права жить в столице и крупных городах. Лагеря Николая Федоровича Федорова не убили, но отняли у него главное - волю, веру и жизненный

Его университеты

После ареста отца семья переехала в Новочеркасск. В октябре 1941 года была объявлена срочная эвакуация, и Александра Даниловна с сыном выехали в Ереван. В 1944 году Слава поступил з артиллериискую спецшколу, но вскоре его перевели в спецшколу ВВС в Ростове-на-Дону. Проучиться довелось лишь около года. В марте 1945 года Федоров спешил на праздничный вечер в училище. Прыгнул на ходу в трамвай и сорвался. Чтобы не порвать брюки единственного выходного костюма, отпустил поручень, и ногу затянуло под трамвай. Когда Федорова привезли в больницу, оказалось, что у него раздроблена пяточлечить и сохранить ногу. Но врачи решили, что лучше ампутировать ступню и нижнюю треть голени. Федоров мечтал летать, как Алексей Маресьев, без ноги, но о карье-

тачанке.... Много лет спустя Свя- куртке – другой одежды не было. тослав Николаевич купит себе Но выход был найден. Юноша увлекался фотографией и решил этим зарабатывать на жизнь. Он никогда не мечтал о терапии или гинекологии в качестве будущей вич Федоров окончил с отличием профессии, думал о рентгенологии престижнейшую по тем временам или хирургии. Но, когда Святослав начал проходить курс офтальмологии, он понял, что эта спеново, даже революционно! – отмеской дивизии. А уже в 1938 году циальность ему нравится больше тил известный в то время професвсего. Глаз и офтальмологическое сор Чистяков. - Но рисковать не

Из письма С.Н. Федорова А.А. Аграновскому

«... Больные тувствуют седя отлично, хотя прошло уже после первых операций первых больных около 4 лет. Трое из пяти видят от 80 до 100%. ...Убивает, Анатолий Абрамович, темп работы. Но царапаться буду. Сдаваться не собираюсь. Верю, что настанет время, когда одно удаление хрусталика без замены его искусственным будет ститаться малоквалифицированным вмешательством. Извините, тто уморил Вас офтальмологическими продлемами...»

поле зрения, сила роговицы, рефная кость. Вероятно, можно было ракция, исправление зрения с помощью оптики... На шестом курсе Федорова стали брать в районы ассистировать на операциях.

сделал в интернатуре 8 марта 1951 ре летчика пришлось забыть. Слава года. Слесарю с завода в глаз повернулся в обычную школу. Несмо- пал кусочек зубила. Федоров астря на инвалидность, не пал духом. систировал доценту Лакшину. По-«Ничего, – говорил он приятелям. сле анестезии хирург неожиданно Федорова. Святослав поставил пе- Подумаешь – нога, главное – го- сказал: «Оперировать будешь сам». лова цела». А позже подчеркивал: И вышел.

оборудование напоминали аппара- стоит, в практику внедрять тоже туру хорошего фотографа: оптика, не стоит». Сколько еще таких слов услышит в своей жизни Святослав

После смерти Сталина отец Федорова, наконец, был реабилитирован. Святослав Николаевич напи-Первую операцию Святослав сал официальное письмо и 1 октября 1955 года был принят в ординатуру Ростовского медицинского института, закончил ее в 1957 году. Это стало важным этапом в жизни ред собой цель защитить кандидатскую диссертацию. В течение

полутора лет ординатор ежеднев- Поскольку собственного зрения но до трех часов работал в глазной для проведения операции Федоклинике, а потом через весь город рову было недостаточно, он исехал в нейрохирургическую клини- пользовал микроскоп МСБ-2, с поку, чтобы посмотреть больных. Он мощью которого он делал хрустаизучал состояние глаза при опухо- лики. Уже через день, со слов Свяли мозга или воспалительных про- тослава Николаевича, Лена стала цессах в мозгу, изучал поле зрения видеть на 30-40%, а через полтопри заболеваниях, фотографировал глазное дно. К девяти часам вечера, приняв пять-шесть пациентов, возвращался в свою клинику, чтобы проявить пленку и отпечатать из Киева Кулишенко. Операция фотографии. Работал без выход- прошла хорошо, но через три дня ных, праздников и отпусков. Так были получены данные для науч- ткнул пальцем в глаз. Хрусталик ной работы «Связь между слепым наполовину выскочил – часть его пятном и зрительным нервом при заболевании центральной нервной шлось оперировать вновь. Сначасистемы». Федоров пришел к выво- ла хирург хотел удалить хрусталик, ду, что любой человеческий орган, несмотря на отек или кровоизлия- вить: чуть-чуть хрусталик подтолние, длительное время сохраняет кнул, чуть-чуть развернул, постанормальные функции, т.е. имеет вил на новое место. М. Кулишеногромные резервные механизмы. И все же некоторые офтальмологи, присутствовавшие на защите диссертации, усмотрели в работе до мельчайших ворсинок. Вам, монекоторую «ересь».

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

В 1958 году Святослав Федоров ских наук. В Ростове, где с трудоустройством было очень сложно, продолжал работать ординатором в областной больнице. Случайно Федоров встретился с женщиной, вместе с которой учился в ординатуре. Она предложила Святославу переехать в Чебоксары, в филиал института Гельмгольца, где был нужен заведующий клиническим отделением. Святослав подал заявление на конкурс и выиграл.

Хрусталик, рожденный на кухне

Однажды в журнале «Вестник офтальмологии» Федоров прочитал статью, критикующую новую операцию по замене мутного хрусталика искусственным, из пластмассы. Автором идеи был английский офтальмолог Гарольд Ридли. Федоров нашел еще несколько статей на эту тему в иностранных журналах. В то время единичные операции по имплантации хрусталика делали Ридли в Англии, в Голландии - Бинкхорст. Федоров загорелся этой идеей и отправился к начальству. На него посмотрели как на инопланетянина. Но молодой хирург был уверен, за искусственными хрусталиками будущее..

...В первой малюсенькой линзе, которую принес токарь Слава Бессонов, не хватило прозрачности. Еще один добровольный помощник, 55-летний потомственный рабочий Чебоксарского завода Семен Яковлевич Мильман, по чертежам Федорова изготовил не только образец «линзочек», но также «штампики» и приспособления для пропиливания краешка «линзочки», чтобы вставлять крепежные дуж- торге. В Чебоксарах делали то, чего За Вами теперь приоритет, а нам, рабочий делали первые искусствен- лицы пришло распоряжение пре- но, так как операция с искусствен-

первого искусственного спутника.

В сентябре 1960 года произо-Петровой из чувашской деревни. с искусственными хрусталиками. вернуться.

ры недели – на 80%. Потом были сделаны еще несколько успешных операций. Особенно сложная операция была проведена художнику ко вспоминает: «Со дня операции прошло четыре с половиной года. жет и удивительно, но тот, кто тезащитился без единого черного всему, художник...». Через тридшара и стал кандидатом медицин- цать лет в своем интервью Федодит с тем хрусталиком, который молодой ученый некоторое время был сделан на кухне крохотной

> Родители Николай Федорович и Александра Даниловна. 1935 год







Учашийся Ростовского авиационного училища Святослав Федоров. 1944 год (вверху) 1964 год (внизу) А. Сысолятин, В. Захаров, С. Федоров, В. Бедило. 1966 год

Линза «Спутник» (слева внизу)

«Чебоксары лишились Федорова.

Замечательно, что Вам удалось раз-

«Эксперименты на людях прекратить!»

Во дворе Федоров поставил 10 Федорову было предложено практиклеток с кроликами, накрыл их коваться на кроликах, собаках и... чал имплантировать искусственные естественно, не было. Никакие увехрусталики. В 1960 году с фотограрения в том, что он оперирует тольфиями глаз четвероногих пациен- ко тех пациентов, которым другитов хирург отправился в Москву, ми методами помочь невозможно, кролики передохли. Потом последосчитывалось не более нескольких Некоторые сослуживцы стали избе-

решить в условиях Вашего города технологию процесса, проделать Местное начальство было в вос- операцию на животных и человеке. кратить «эксперименты на людях». Ными линзами до сих пор является

Федоров написал заявление об крышками от дождя и снега и на- обезьянах, которых в Чебоксарах, уходе, которое тут же было удовлетворено. Позже Федоров рассказывал журналистке Евгении Альбац: «Помню, когда в Чебоксачтобы доложить о результатах ра- не сработали. Чтобы отделаться от загнали – ночь не спал, думал: что боты. В столице он произвел фу- чересчур надоедливого врача, Фе- же это я так мучаюсь, страдаю? рор. Для уровня советской офталь- дорова отправили на два месяца в Голова есть, руки тоже есть, одна мологии это, по словам самого Фе- командировку в Таджикистан. Вер- нога как-никак тоже есть – хватит! дорова, было равнозначно запуску нувшись, он обнаружил, что все его Утром пошел, написал заявление об уходе, в момент собрал вещи. А за границей таких операций на- вало разбирательство на партбюро. покидал два чемодана в машину и – вперед! Ехал, голову в окно высунул и орал, как сумасшедший: В трудную минуту пришло «Я свободен! Я свободен!» Федоров шло историческое событие – Свя- письмо из Куйбышева от про- приехал в Москву, пошел в минитослав Николаевич Федоров им- фессора Т.И. Ерошевского: «Счи- стерство. Там возмутились, что диплантировал искусственный хру- таю, что Вам следует настойчи- ректор отпустил его без решения сталик двенадцатилетней Лене во продолжать свои исследования «сверху», и сказали, что он должен

«Чебоксары лишились Федорова», или как был «запущен» «Спутник»

В Москве Федоров познакомился с публицистом Анатолием Аграновским, их встреча положила начало многолетней дружбе. Федоров рассказал свою «историю», и Аграновский позвонил в министерство. Звонок сделал свое дело. Был издан приказ о восстановлении Святослава Николаевича на прежней работе с оплатой всех дней вынужденного отсутствия, а директора обязали создать условия для продолжения работы. Однако в шего работать было невозможно.

Я мог бы, конечно, сказать, что Федоров лишился возможности работать в Чебоксарах, но вполне сознательно написал так, как написал. Дело давнее, можно посмогреть на это трезвыми глазами»,– написал Анатолий Аграновский в своем очерке «Открытие доктора Федорова». Федорову пришлось перебраться в Архангельск, где в пределах доступности был Ленинград с хорошей технологической базой. В 1961 году 33-летний Свягослав Федоров возглавил кафедру глазных болезней Архангельского медицинского института. Встретили его прекрасно, а лекции Федорова пользовались огромной популярностью у студентов. Новый заведующий кафедрой организовал студенческий научный кружок, где будущие известные офтальмологи -Альбина Колинко (Ивашина), Лена Антонова, Юра Анисимов, Валера Захаров, Таня Копылова, Валя Зовые научные исследования. Кружковцы оперировали кроликов, исследовали проницаемость сосудов, разрабатывали технологию изготовления хрусталиков, методы их стерилизации, занимались гистологией, гистохимией, цветной фотографией.

Началась работа по созданию лаборатории для проверки зрения и обследования глаз. В Ленинграде Федоров достал установку у А.И. Горбаня для измерения длины глаза рентгеном. Он приступил к производству и имплантации хрусталиков, но операции дали отрицательный результат. Стало ясно, что но несовершенна. Святослав начал разрабатывать технологию произпривлек часовщика Виктора Смир-Чебоксарах после всего происшед- нова, который выточил новую лин-

ВЕЛИКИЕ ИМЕНА

Письмо С.Н. Федорова Лене Петровой Октябрь 1961 года

Дорогая Леночка!

Я работаю сейчас далеко от Чебоксар (почти 1800 км) в г. Архангельске в глазной клинике медицинского института. Как ты поживаешь, не болит ли у тебя глазик? Летом 1962 года я приеду в Чебоксары и вызову тебя на осмотр. Если сейчас что-либо случится, то приезжай ко мне. Дорога, правда, стоит довольно дорого. Но пусть папе поможет колхоз.

Напиши, как у тебя идут дела с занятиями, ведь тебе, наверное, трудно читать, так как твой левый глаз стал хуже видеть. Но ты не волнуйся, вылечим и твой левый глаз.

Будь умницей, желаю тебе большого счастья!

Привет твоему папе, маме, брату. Пиши мне по адресу г. Архангельск, Главпочтамт, до востребования.

Твой доктор Федоров

Из воспоминаний Лены Петровой, первой пациентки С.Н. Федорова:

«...До сих пор помню мельчайшие детали этого дня. Меня переодели во все белое, хорошо помню тот операционный стол, врачей, медсестер и, конечно же, главного хирурга Федорова. Помню очень болезненный укол анестезии. Все время я слышала голоса врачей. И вдруг слепым правым глазом увидела так ясно, четко, как никогда не видела. Это было потрясающе, первое ощущение яркого света! Пришлось даже попросить врачей: «Закройте глаз, мне больно». Святослав Николаевич спросил:

- Что, Леночка, глазик болит?
- Нет, отвечаю, просто свет мешает.
- А ты видишь?

Святослав Николаевич стал показывать пальцы. Два, три, пять, при этом он отходил все дальше и дальше. Только теперь понимаю, что в тот миг он был тысячекратно счастливее меня. Мне забинтовали оба глаза и на носилках унесли в палату. Восемь суток на спине пролежала в постели. Периодически снимали повязку, чтобы закапать капли. И каждый раз я видела Святослава Николаевича. У меня осталось впечатление, что доктор Федоров буквально дневал и ночевал у моей постели. На любое мое движение или просьбу тут же реагировал сам главный хирург. Только потом соседи по палате рассказали, что Федоров не отходил от меня и выходные дни. Сам делал уколы, закапывал капли. Часто спрашивал:

- Ты устала, Леночка?
- Да, очень.
- Потерпи еще денечек, завтра мы тебя поднимем.

Наступает завтра, и Святослав Николаевич почти умоляет: «Еще чуть-чуть потерпи, милая». По-моему, тогда он физически страдал больше меня.

На восьмые сутки сняли повязку и разрешили сидеть... В тот же день меня отвели в процедурный кабинет. Правым глазом я видела семь строчек на специальной таблице! Радости Святослава Николаевича не было предела.

Он принес мне большую, толстую книгу сказок Андерсена, русских писателей, коробку шоколадных конфет, леденцы и куклу, сказав, что это его подарок. Открываю томик русских сказок, а там надпись: «Леночке Петровой, первой моей пациентке от ее доктора!» Храню эту книгу до сих пор, это моя самая драгоценная реликвия»...

тей. Но надо было высверливать для дужек микронные отверстия в хрусталике, и Федоров нашел еще одного «левшу». Бывший театральный художник Борис Михайлович Венценосцев взялся выточить микроскопические «перовые» сверла. Но они вязли в мягкой пластв Ленинграде на часовом заводе есть отличный механик Николай Васильевич Лебелев. По просьбе Святослава Николаевича он смастерил станочек, «замечательный ления «линзочек». Бывший мавич Каран сделал точные прессшелком. Хрусталики получались глубины глаза подарил Федорову более четверти века.

А.М. Карана оформили в клинику

механиком и С. Захаров сделали специаль- хрусталика и на 40% лучше его по ные приборы для определения ме- оптическим свойствам. Святослав ческую операцию под микроскогости, растяжимости, прочности. лали ее из особо чистого полимемассе. Федорову подсказали, что ры. Вдруг дал о себе знать слесарь- широко используемого в медицине лекальщик С. Мильман из Чебок- для создания искусственных клапахрусталик: прислал новую модель, бина Ивановна Ивашина вывеочень перспективную. Ленинград- ла математическую зависимость ские ученые-химики И. Арбузова, силы линзы от параметров глаза, по точности инструмент для свер- Л. Медведева и другие «на обще- на основании чего были составственных началах» синтезировали лены таблицы, графики, с помостер часового завода, «академик в гидрофильную пластмассу: только шью которых можно было каждо- цы, операции по поводу глаукомы своем деле», Александр Модесто- 118-й опыт дал работающую пласт- му больному подбирать хрустали- только под микроскопом. Это были массу. Формовать линзы помогал ки индивидуально. Модель ИОЛ формы для изготовления линз. По- оптик А. Нижин, прибор собствен- «Спутник» стала базовой конструк- ции в нашей стране и первый шаг доров, тем больше недовольства выследнюю шлифовку Каран делал ной конструкции для определения цией во всем мире и оставалась ею к научно-технической революции в сказывали коллеги-офтальмологи.



Лена Петрова, первая пациентка С.Н. Федорова

ученый-медик А. Горбань, жидкую силиконовую пластмассу синтезировали для Федорова московские ученые-химики Т. Кросовская и Л. Соболевская, и так далее, и до

Федоров бьется над созданием новой модели хрусталика, отличающейся от старой типом фиксации. Особые трудности возникли с креплением дужек. Надо было просверлить край линзы по хорде сверлом 100 микрон.

Заказ на новую модель в марте 1963 года принял ВНИИ хирургиче ского инструментария и оборудования в Ленинграде, но за 9 месяцев там ничего не сделали.

Помощь в который уже раз пришла от энтузиастов. Святослав приехал на Ленинградский часовой завод с просьбой помочь просверлить в новой модели хрусталика канал в 100 микрон. Часовщики стали сообща думать над задачей и через 2 **3а ним постоянно!..»** недели написали, что приспособле ние и сверла готовы.

Дужки заменили антеннками, но хрусталик слабо держался в кроличьем глазу. Тогда решили заменить не все шесть дужек, а только три. Специальные опоры для фиксации за радужкой (дужки) и спереди (антеннки) сделали положение линзы в глазу более стабильным.

В то время в Архангельске гремела слава мастеров микроминиатюр Садристого и Сысолятина Святослав Николаевич обратился к ним за помощью. Оба откликнуинструменты – настоящие произведения искусства.

миром под руководством Мастера

Ученый-физик Е. Кувшинский ник» в 40 раз легче естественного

Из письма С.Н. Федорова А.А. Аграновскому

«Особое зло берет, когда читаешь иностранные турналы. Плетемся мы в хвосте. Повторяем десятилетней давности работы. Хочется тоже размахнуться, а оборудования нет, денег нет, помещения, кадров... Ну, хватит ныть... Мму руку. Ваш Федоров».

«Не относитесь к нему равнодушно... Следите

2 октября 1963 года решением ВАКа С.Н. Федоров утвержден в ученом звании доцента. С 1963 по 1967 годы Федоров со своей командой имплантировал около трехсот хрусталиков новой модели трех типов, наладил свое, полукустарное производство. Кроме него, искусственные хрусталики производили только голландская мастерская и английская фирма Rayner.

В кабинете Святослава Николаевича стоял токарный станок, на лись и помогли изготовить нужные инструментов, изготавливали специальные хирургические иглы, а нитки брали из капроновых жен-Таким образом, сообща, всем ских чулок.

Лабораторией служил бывший выносили и вынянчили хрусталик туалет – трехметровая комната, заться от традиционной, во всем нового типа, «ирис-клипс-линзу». часть веранды занимала фотолабо- мире принятой методики двухратория. Со всех городов Советскотованной во многих странах ин- го Союза в Архангельск потянулись сталика. Святослав Николаевич для изгибания капроновых ни- чистыми, прозрачными. Позже траокулярной линзы (ИОЛ), на- пациенты. Чтобы оказать помощь провел несколько операций по пезванной американскими офталь- всем, не хватало коек, оборудова-

мологами «Спутник». ИОЛ «Спут- ния, инструментария и врачей. В 1960 году С.Н. Федоров впервые в мире провел офтальмологиханических свойств глаза – упру- Федоров и Валерий Захаров сде- пом. Это, конечно, громко сказано – операция под микроскопом! Ученые сами выполняли все заме- тилметалкрилата – вещества, ныне К простой тумбочке прикрепляли самый обычный школьный стереомикроскоп. Вначале многие коллесар, тот самый, что делал первый нов сердца и суставов. Позже Аль- ги с недоверием отнеслись к ново- с тяжелыми, почти безнадежными введению, но вскоре офтальмологические операции стали немыслимы без микроскопа. С 1964 года Федоров проводил операции по имплантации ИОЛ, пересадке роговипервые микрохирургические операофтальмологии. Микроскоп открыл В центральной газете появилась

перед офтальмологами новые возможности по проведению оптикореконструктивных операций.

Валерий Захаров усовершенствовал операционный стол, сделав столики над головой больного. Оперировать стало удобнее, создавался хороший упор для рук хирурга. Но столы были слишком высокими. Тогда Валерий поставил инструментальный стол, отпилил до нужной высоты ножки и укрепил в головной части подковообразную приставку. Утром все хирурги глазного отделения ругали студента, только Святослав Николаевич похвалил: «Правильно, будем оперировать сидя. Ни одному часовшику не придет в голокотором вытачивались детали для ву ремонтировать часы стоя, а мы оперируем глаза» В клинике Архангельского мед-

> института впервые в мире стали определять длину глаза при помощи рентгена – это позволяло откаресадке стекловидного тела при тяжелых гемофтальмах. Были придуманы различные новшества - крепили линзу на радужной оболочке, делая в ней микроскопические разрезы по 150-100 микрон, куда, как в пазы, заводили имплантат... Создали криоэкстрактор, которым «примораживали» удаляемый хрусталик. Делали операции больным отслойками сетчатки, вводили в их глаза пластмассовые жидкие «пломбы», сделанные из новой, очень интересной жилкой пластмассы, котомики. Все, что «впервые» тогда делалось, и перечислить трудно.

Чем популярнее становился Фе-

статья главного офтальмолога стра- операций. Федорову удалось притело. Лишь немногие верили в то, душно, не игнорируйте... Следите за ним постоянно!..»

...Святослав Николаевич вызы-Когда пациенты возвращались домой, местные врачи уже не могли отмахнуться от методов Федорова.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

ях» очерка А. Аграновского «От-

ны с критикой «попыток вставлять думать не только способ операции в глаз искусственные линзы», от ко- и модели искусственных хрусталиторых «...больше опасностей, чем ков, но и организовать их произпользы», потому что это инородное водство. Доклад произвел фурор. Святослав Федоров стал ведущим что успех все-таки возможен. Среди хирургом Международного клуних Т.И. Ерошевский, который во- ба имплантологов. Симпозиум заобще стал для Федорова «ангелом- фиксировал появление нового нахранителем». Впрочем, интерес к учного направления. Офтальмоло-Федорову проявлял не он один. За- гия стала точной технологической ведующий кафедрой Архангель- специальностью, которая включаского мединститута, хирург и во- ла в себя изготовление хрусталиенный офтальмолог, Николай Ива- ка, расчет глаза, микрохирургиченович Артемьев говорил своим уче- скую технику. Теперь надо было никам: «Не упускайте Федорова из не только доказывать, что микровиду. Не относитесь к нему равно- хирургия глаза – ведущая отрасль офтальмологии, но и подкрепить это документально.

После лондонской конференции вал больных для операции из тех Федоров ездил в Голландию, к докрайонов, где его не признавали. тору Бирнхорсту, в небольшой городок Тернойзен. Святослав Николаевич вспоминает: «Вместе с Бирнхорстом сделал четыре опе-После публикации в «Извести- рации, осмотрел его пациентов. Но самое главное, увидел, чем он ракрытие доктора Федорова», где ботает. Был потрясен его сказочныавтор описывал борьбу новатора ми инструментами. А я-то приехал с бюрократами от науки, его по- с коробочкой из-под глюкозы, где иски и успехи, Минздрав издал в ватке лежали мои инструменты,



С любимой ученицей Альбиной Колинко (Ивашиной)



приказ об организации в Архангельске экспериментальной научноисследовательской лаборатории искусственного хрусталика и обязал журнал «Вестник офтальмологии» напечатать статьи Федорова.

В конце 60-х годов молва о докторе Федорове, который возвращает зрение безнадежно больным, разнеслась по стране и стала проникать за границу. «....В 1965 году Гарольд Рид-

ли поручил мне создать Международный клуб интраокулярных имплантологов, – вспоминает Питер Чойс, - Ридли считал, что стать леном Клуба могут офтальмологи, получившие специальное при- Он посмотрел на них и сказал: «Да заслуги в области здравоохранеглашение. Обязательным услови- нет, лучше моими прооперируем». ем вступления в Клуб было нали- Увидев его инструменты, оценил чие печатных работ на эту тему. интеллигентность этого человека. ров был награжден орденом «Знак Я пересмотрел огромное количе- На его месте я мог бы просто рас- Почета». ство статей по офтальмологии и смеяться в лицо, сравнив инструединственными работами из СССР менты, что были у меня, с теми, ков те голы были публикации мололо- торые выпускали мировые фирмы го врача по имени Святослав Федо- Швейцарии, Голландии, Англии». ров, который работал в Архангельске. Я написал Федорову письмо и принял министр здравоохранения пригласил приехать на съезд Коро- СССР Б.В. Петровский и дал команлевского медицинского общества ду приобрести для клиники инструи на открытие Клуба, которое со- менты фирмы Greishaber. стоялось 14 июля 1966 года. Честно

шой опыт: проведено около 180 интраокулярные линзы.

Из письма С.Н. Федорова А.А. Аграновскому 27.VIII.1964 г.

«Одолевают письма. Принесли их мне по приезде штук 500, а сейгас етедневно приходит 30-40... Подскатите, дорогой Анатолий Абрамович, что делать. Письма от живых людей. Есть даже телеграммы. Ведь тдут люди, надеются...»

которые считал лучшими в мир

После командировки Федорова

1 декабря 1966 года Святослав говоря, я не ожидал получить от- Николаевич имплантировал 256-ю вет, но он написал, что будет счаст- линзу – не простую, а гидрофильную, эластичную. Расчеты оправда-В 1966 году Святослав Нико- лись, глаз воспринял линзу спокойлаевич едет в Лондон на симпо- но. Еще в 1964 году Федоров сделал зиум Международного общества несколько имплантаций гидрогелепо имплантации. К тому време- вых линз, так что он первый в Сони у него накоплен самый боль- ветском Союзе использовал мягкие

ния, развития науки и медицинской промышленности С.Н. Федо-

Продолжение следует

По материалам книги «Открытие доктора Федорова». В 4-х книгах / Составитель [Текст] И.Е. Федорова. Биографические очерки // Использованы материалы А.А. Аграновского, Е.М. Альбац, Е.П. Добрыниной, Г.Х. Шахназарова, С. Власова, В. Затевахина, М. Куштапина.

> Фото из семейного архива И.Е. Федоровой.

Редакция газеты «Поле зрения» благодарит И.Е. Федорову за содействие в подготовке материала.

ПРАВИЛА УСПЕХА

- 1. Старайтесь во всех удачах благодарить обстоятельства, а во всех неудачах винить только
- 2. Помните: нет безвыходных положений, кроме смерти. Никогда не опускайте руки. Пока мы живы, мы способны улучшить жизнь.
- 3. Когда вам плохо, найдите того, кому еще хуже и помогите ему - вам станет значительно
- 4. Относитесь к другим людям так, как хотелось бы, чтобы другие люди относились к вам.
- 5. Не обстоятельства должны управлять человеком, а человек должен управлять обстоя-
- 6. Верьте в Его Величество Случай и знайте: случай приходит только к тем, кто все делает для того, чтобы этот случай пришел. Знайте: если прожив день, вы не сделали ни одного доброго дела или не узнали ничего нового - день прожит напрасно.
- 7. Самое ценное в нашей жизни ЗДОРОВЬЕ. О нем нужно заботиться. Спать необходимо столько, сколько требует организм. Больше двигаться, рационально питаться, объявить войну курению.
- 8. Помните: жизнь любит удачливых. О прошедшем жалеть бесполезно.
- 9. Анализируйте каждый прожитый день учитесь лучше всего на собственных ошибках.
- 10. Лучшее лекарство от грусти, от стресса, от неудач - ОПТИМИЗМ.
- 11. Никогда не начинайте новую жизнь. Начинать новую жизнь – это самообман. Улучшайте свою старую жизнь, но делайте это постепенно.
- 12. Помните, что злиться на других бесполезное дело. Злость лишь испортит ваш характер и помешает вашим делам. Что было, то было.
- 13. Запомните, ваша установка должна быть такой: «Без меня (без вас) мир неполон».
- 14. Не забывайте о правиле «тридцатое сентября» (день именин Веры, Надежды, Любви): ВЕРА, НАДЕЖДА, ЛЮБОВЬ, Каждый из нас должен знать, во что он верит, на что надеется, кого

Святослав Федоров

ОКТ RTVue-100 в офтальмологической диагностике

СОБЫТИЕ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Сателлитный симпозиум компании «Трейдомед Инвест»

31 мая 2011 года, Санкт-Петербург

программой научных и учебно-лекционных докладов шла многочисленная череда сателлитных семинаров и симпозиумов (всего 25). Доминирующее большинство мероприятий было организовано крупными фармацевтическими производителями, и только шесть симпозиумов про водились производителями и дистрибьюторами офтальмологического оборудования.

Давно известный в России и на рынке СНГ дистрибьютор высококлассного зарубежного офтальмологического оборудования - компания «Трейдомед Инвест» предложила участникам конгресса оригинальный симпозиум, посвященный возможностям использования метода оптической когерентной томографии глазного яблока.

Последнее десятилетие характеризует офтальмологию как медицинскую специальность, особо интенсивно внедряющую новейшие достижения высоких промышленных технологий. Одним из ярких примеров является метод оптической когерентной томографии (ОКТ), используемый для сканирования сетчатой оболочки глаза. Метод зарекомендовал себя чрезвычайно информативным для оценки строения и целостности структуры сетчатки и состояния ретиновитре ального интерфейса.

Фирма «Трейдомед Инвест» представляет в России и странах СНГ спектральный оптический когерентный томограф компании «Optovue»

Программа симпозиума включала девять докладов, краткое описание содержания которых мы приводим ниже.

Группа авторов под руководством проф. И.Е. Пановой (ГМА, г. Челябинск) сообщила об изучении информативности метода спектральной ОКТ в диагностике и мониторинге течения хориоретинитов различной этиологии Показано, что спектральная ОКТ позволяет визуализировать перифокальную воспалительную реакцию при очаговых хориоретинитах выявить реактивацию заболевания и процесс купирования воспалесообразность ее широкого приме- им. Н.Е. Крюкова г. Новокузнецка GCC (анализ комплекса ганглиоз- «Микрохирургия глаза» им. акад. проведении специфических проб стояние макулярной зоны сетчатки с целью возможности обнаружения федры офтальмологии факультета

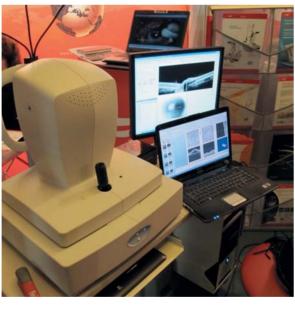
материала для дальнейшего анали- месяца. за. Предварительные результаты Совместная работа офтальмо- данные свидетельствуют также о но изменение рефлективности слоя исследования указывают на часто погов (МГУ им. М.В. Ломоносова, перспективности применения про- Хенли в острой фазе ЦСХ, заметвстречающиеся у таких пациентов г. Москва) и неврологов (РГМУ, токола GCC при диагностике глау- ное как на линейных, так и EnFace изменения внутренних слоев сет- г. Москва) касается изучения деге- комы, особенно на начальных ста- сканах. чатки макулярной области с одно- неративных заболеваний ЦНС (рас- диях заболевания.

Офтальмологической общественности России хорошо знаком ежегодный Международный офтальмологический конгресс «Белые ночи», который в этом году проводился в Санкт-Петербурге в семнадцатый раз. В течение пяти дней программа конгресса изобиловала самыми разнообразными докладами по наиболее актуальным вопросам современной офтальмологии – от привычного «пакета» проблем хирургии катаракты, фармакотерапии ством проф. Г.Е. Столяренко. Визуи лазерных методов лечения заболеваний сетчатки до новинок в области диагностики и лечения глаукомы, офтальмоонкологии, нейроофтальмологии и «сухого» глаза.









Исследователи (Н.А. Косинова, ческий процесс зрительного ана- воздействия с длиной волны желзначимость ОКТ определяет целе- диагностического центра НЗРМК ность использования протокола принята группой авторов из МНТК нения в клинической практике при оценивали морфологическое со- ных клеток) томографа RTVue-100 С.Н. Федорова (г. Москва) и ка-Офтальмологи (Т.Д. Александро- ной томографии до и после рефрак- (наряду с известными в RNFL) как им. М.В. Ломоносова (г. Москва). ва, Н.А. Белоус, М.М. Гурьева) Кра- ционной замены прозрачного хру- пре-, так и постхиазмальной частей Динамическая морфометрия сетевого клинического центра охраны сталика (РЗПХ). Было подтвержде- зрительного анализатора, возника- чатки с помощью спектральной материнства и детства г. Владиво- но статистически достоверное уве- ющих при упомянутых заболевани- ОКТ (особенно в режиме EnFace) стока доложили о выявлении изме- личение толщины центральной ях. Эти изменения сетчатки могут позволяет качественно по-новому нений макулярной области сетчат- зоны сетчатки после РЗПХ в пер- оказаться маркером нейродегене- характеризовать особенности иски у пациентов детского возраста вые две недели наблюдения с по- ративных процессов. Дальнейшие ходов лечения центральной серозпри амблиопии с различными ви- следующим возвратом к исходным исследования покажут, является ли ной хориоретинопатии (ЦСХ) с подами рефракции. Идет накопление показателям до истечения одного этот метод диагностики доклиниче- мощью данного источника лазер-

Н.В. Кочемасова) из Лечебно-- дизатора. Локазана перспектив-- того спектра (577 нм) была пред с помощью оптической когерент- косвенных признаков поражения фундаментальной медицины МГУ ским маркером. Предварительные ного излучения. В докладе отмече-

Оценка возможностей сочетанвременным нарушением конфигу- сеянный склероз, болезнь Альцгей- Оригинальная попытка оценить ного использования ОКТ-картирорации fovea centralis и отклонением мера, болезнь Паркинсона и др.) эффективность и безопасность ми- вания (RTVue-100) и микрофунс вовлечением в патофизиологи- кроимпульсного режима лазерного дуспериметрии (микропериметр

MAIA) в прогнозировании и оценке результатов селективного удаления эпимакулярных структур при тракционном витреомакулярном синдроме была представлена группой (доклад Д. Дорошенко) заднего отдела глаза под руководализация в режиме EnFace особенностей эпиретинальных мембран, а также геометрии интраретинальных полостей позволяет хирургу точно определять зоны и объем

Проф. А.В. Золотарев (ГУЗ СКОБ им. Т. И. Ерошевского, г. Самара) представил данные о том, как ОКТорфометрия фоторецепторов сетчатки in vivo позволяет оценить их состояние и сохранность при разичных методах лечения экссудагивной формы ВМД (ФДТ, анти-VEGF терапия). ОКТ-мониторинг состояния IS/OS (границы внутреннего и наружного сегментов фоторецепторов) позволяет точнее планировать и прогнозировать эффективность лечения ВМД.

Сообщение М.Г. Зиминой (ГМА, Чита) было посвящено сравнительному анализу параметров ДЗН при разных стадиях ПОУГ, полученных метолами оптической когерентной томографии (RTVue -100) и ретинальной томографии (HRT III). Эту работу хочется выделить особо как пример обстоятельного исследования с качественным дизайном и достоверными выводами. Главным из них оказался вывод о большей диагностической значимости показателя потерь комплекса ганглиозных клеток (GCC) в сравнении с параметрами ДЗН обоих изучавшихся методов.

Чебоксарский филиал ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» (Н.П. Паштаев, О.В. Шленская) сообщил о возможности использования роговичного модуля оптического когерентного томографа RTVue-100 для менискометрии слезной жидкости после кераторефракционных операций / детей. Начальные оригинальные данные указывают на связь показателей менискометрии с осмолярностью слезы. Однако интерпретация последствий различных кераторефторов, требует более отдаленных наблюдений.

В целом итоги симпозиума следует признать убедительными, а само мероприятие крайне полезным для широкого круга офтальмологов России. Большая география представленных докладов свидетельствует о повсеместном не только практическом, но и исследовательском интересе к прогрессирующему и расширяющему свое приложение методу спектральной оптической когерентной томогра-

> ${\it Д.м.н.},\ npoфессор\ B.C.\ Акопян$ Кафедра офтальмологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова

УВИДЕТЬ МАЙНЦ И УЛУЧШИТЬ ЗРЕНИЕ



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

Директор Майнцской университетской глазной клиники Норберт Пфайффер

< стр. 1

ыбор доктора медицинских наук, профессора Норберта Пфайффера в качестве героя публикации не случаен. В 1996 году в возрасте 38 лет он стал самым молодым в истории страны директором университетской глазной клиники. С 2005 по 2009 год занимал пост президента Немецкого офтальмологического общества. В настоящее время является вице-президентом этой авторитетной общественной организации. Также с 2005 по 2009 год мой собеседник возглавлял Европейское глаукомное общество (European Glaucoma Society). Будучи одним из ведущих ев-

ропейских экспертов по глаукоме, лауреатом многих престижных международных премий и наград, господин Пфайффер очно или заочно знаком многим мологов узок... Но не все коллеги знают ещё об одной ипостаси шеских лет его страстным увлечением была и остаётся музыка. Профессор Пфайффер профессионально играет на флейте. В 1977-1979 годах он сочетал учёуниверситета города Гисен и... ми направлениями работы нашей в консерватории Франкфурта-на-

В начале нашей беседы мы ваться» в интервьюируе заголовки и основные тезисы всё необходимое содействие.

той «Поле зрения». У Вас прекрас- наш гость и каждый пациент. ная бумага, отличный, современфотографий... Газету приятно взять и ляет около ста пятидесяти человек. у нас.

руки. Повторяю, это совсем не иелочи. Мне думается, что любая ледицинская газета и в России, и в Германии должна выглядеть именно так, как «Поле зрения»

Но дело не только во внешнем виде. Я обратил внимание, что Вы не замыкаетесь на российских реалиях. Газета большое внимание уделяет международному опыту. Во втором номере «Поле зрения» печатает репортаж из американской клиники, рассказывает об английском офтальмологе сэре Гаольде Ридли, о международном конгрессе в баварском замке Хойенкаммер... Это очень правильно и разумно! Врачи и учёные не могут и не должны замыкаться в национальных границах. Прогресс в науке, в лечебной практике возможен только в результате международного сотрудничества.

- Господин Пфайффер, спасибо за добрые слова в адрес нашей газеты и за приглашение приехать в Майнц! Хотелось бы



попросить Вас рассказать о глаз- Биомикроскопия глаза с помощью ной клинике Майнцского университета, которой Вы руководите **уже пятнадцать лет.**

Добро пожаловать в нашу клинику! Обращаю Ваше внимание: у нас нет секретов ни от журналистов, ни от представителя специализированного офтальмологического издания клиники: присутствовать в операсобраниях и планёрках.

Писать можно обо всём, всё фос господином Пфайффером как тографировать... Эта открытость ются доверием. Пациенты обретабы поменялись местами. Из ин- в полной мере распространяет- ют уверенность в успехе лечения, тервьюера пришлось «переквали- ся и на наших коллег – врачей- в том, что им помогут. мого. Директор клиники подроб- сле публикации нашей беседы кто-

В современном информационном обществе легко получить любые

доверие, оказываемое именно на шей больнице Конечно, мы проводим опера-

щелевой лампы в Майнцской университетской глазной клинике

 Добро пожаловать в Майнц!
 Из них – тридцать врачей-офтальмологов и пятнадцать сотрудников научно-исследовательского подразделения. Работа в больнице может быть и тяжёлой, и утомительной и связанной с многочисленными стрессами. Но общаясь со своими даюсь в том, с каким радостным чувством они каждый день прихося по-соседству). В 1984 году, экс- операций, находиться в кабинетах ты они не могут себе представить. терном сдав экзамены, получил врачей во время приёма пациентов, Думаю, что к больнице, в которой нический персонал работает с удовольствием, и пациенты проника

 Не могу не упомянуть в на- в международном медицинском но расспрашивал о нашей газете, то из читателей газеты захочет лич- шей беседе одну цифру: в 1996 го- сообществе... о Московском офтальмологиче- но познакомиться с деятельностью ду, когда Вы стали директором, ском обществе, просил переве- клиники, мы будем ему рады и по в клинике проводилось около тысти для него на немецкий язык возможности постараемся оказать сячи операций в год. А сейчас Вы приближаетесь к пяти с половиной тысячам...

– Мы – офтальмологи. А в оф- сведения о Майнцской универси- Растёт число операций, число со- одним из главных направлений тальмологии, впрочем, как и в дру- тетской глазной клинике. Результа- трудников, количество мест в ста- нашего научно-исследовательского В Майнце для этого имеются и негих областях медицины, не может ты научных работ наших специали- ционаре. Клиника востребована. подразделения. Во-вторых, наша обходимое оборудование, и подгобыть мелочей. Этот тезис в полной стов публикуются в ведущих меди- А это самое главное для директо- клиника предлагает почти все ис- товленный персонал. Разработка мере относится и к профессиональ- цинских журналах. Вряд ли я смогу ра! Например, в год мы проводим пользуемые в мире лазерные и хи- новых методик в офтальмологии ной прессе. К огромному сожале- рассказать что-то принципиально около двух тысяч операций по ка- рургические методы лечения гла- – это, как правило, результат рабонию, я не владею русским языком, новое для российских читателей. Но таракте. И «срок ожидания» мо- укомы. Мы проводим лазерную ты многих клиник, учёных из разпоэтому не могу самостоятельно поделюсь своими субъективными жет составлять до полугода. С дру- трабекулопластику, циклофотоко- личных стран мира. Для пациентов ознакомиться с содержанием Ва- впечатлениями. Самое главное бо- гой стороны, во многих других не- агуляцию, трабекулэктомию, кана- важен конечный результат – их здоших публикаций... Но хотелось бы гатство клиники – это особая атмос-мецких клиниках у больного есть лопластику, циклокриокоагуляцию, ровье и хорошее самочувствие. поделиться своими первыми впефера радостной творческой работы, возможность сразу, без промедлеа а также операции по минишунчатлениями от знакомства с газе- которую, надеюсь, ощущает каждый ния, получить необходимую ме- тированию (Shunt-Operationen). шунтированию (Shunt-Operationen) Учреждение было основано в это, люди готовы ждать. Они хотят, рургической операции особое зна- ли распространение в мире тольный дизайн, много интересных 1929 году. Наш коллектив состав- чтобы операция прошла именно чение имеет послеоперационный ко в последние годы. Мне думает-

Панорама медицинского комплекса Майнцского университета В других клиниках операция пациентами, оперативное вмеша-

– Вы сделали неправильный вы-

проходит 1200 операций на сет-

чатке, 1000 операций по глаукоме,

ке глаза, 500 операций на веках и

глазницах, около 300 рефракцион-

ных операций. В нашем стациона-

ре – 70 коек. Заполняемость поч

ти стопроцентная. В год мы обслу-

живаем около пяти тысяч стацио-

семидесяти тысяч амбулаторных

операции по катаракте и рефрак-

ционной хирургии, частично опе-

соглазия. Также амбулаторно про-

водятся лазерные операции. Все

стационаре. Но долго люди у нас

не задерживаются: обычно 3-4 дня,

рассказать о лечении глаукомы

в Вашей клинике. Именно иссле-

дования глаукомы принесли про-

– Думаю, у пациентов имеют-

глаукому. Во-первых, изучение гла-

укомы, разработка и совершенство-

консультаций

вод из моих слов. В любой немец-- Почему послеоперационкой глазной клинике пациент полуный период играет такую важит высококвалифицированную и своевременную медицинскую по-

– наша клиника обладает огром-

– После проведения операции работа врачей ещё не закончена. ного могут понадобиться дополнительные действия. Иногда необстабилизации внутриглазного давления. Или провести инъекцию. но контролировать заживление рубцов. Специалисты знают, что заживление рубцов после операции по глаукоме не всегда проис ходит оптимальным образом. Тре среднего медицинского персонала. Наша клиника способна обеспечить служивания даже при самых сложных случаях, даже при самом не-

- Существуют ли в Вашей кли-

искусство, где необходимо в любом

ся веские основания лечить у нас случае быть оригинальным. Пациент должен быть уверен в том, что ради спасения его зревание новых фармакологических ния врач хочет и может применить – Да, это красноречивая цифра. средств для её лечения являются все последние достижения миро-

дицинскую помощь. Несмотря на В-третьих, после проведения хи- при лечении глаукомы получипериод. И в этой сфере – уход за ся, что этот метод можно отнести

нике оригинальные, уникальные методики, которыми Вы гор-- Я бы не стал подчёркивать

оригинальность или уникальность в России, и в США ведущие офтальмологические клиники предлагают И это совершенно правильно! Медицина – это не изобразительное

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГЕРМАНИИ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ



Майнцская университетская глазная клиника. В операционном зале

ные критерии?

- Ни о каком «автоматизме» не

может идти и речи. Получение ста-

туса врача-специалиста – это напря

жённый пятилетний труд. Фактиче-

ски речь идёт одновременно и об

учёбе, и о работе. Врач-ассистент

ком клиники, выполняющим воз-

ся возможность глубоко изучить

офтальмологическую науку. По-

сле завершения пятилетнего сро-

ка сдаётся экзамен. И уже потом

можно с гордостью называть себя

А какие перспективы откры-

– Профессиональный путь мо-

ваются перед врачом-специа-

жет быть самым разнообразным.

Кто-то остаётся работать в клини-

ке в качестве «врача-специалиста».

Со временем возможно продвиже-

ние по службе и получение долж-

ности «старшего врача» (Oberarzt).

Но это вопрос очень индивидуаль-

ный. Кто-то может стать «старшим

врачом» очень быстро, буквально в

течение нескольких месяцев. Имен-

но так произошло со мной. А кто-

то в течение всей профессиональ-

Разумеется, не все врачи-специа-

рианты: стать частнопрактикую- ответственности их работы.

работать в клиниках в качестве шего врача» отражается и на его за-

ности врачей-специалистов и существует. Это относится и к го-

ках основным критерием для долж- из тридцати врачей пятнадцать яв-

ведение хирургических операций. семь – старшими врачами.

листы остаются работать в клини-

ках. Значительная часть – пример-

щим врачом-офтальмологом или

Кстати, во всех странах Евро-

«врачами-специалистами» в какой-

либо области медицины. Сразу по-

сле окончания университета стать

«семейным врачом» не получится.

различаются служебные обязан-

Поясните, пожалуйста, как

В офтальмологических клини-

«врачей-ассистентов», а также стать работной плате.

и уважаемый статус

шей практики).

старших врачей?

- «Превращение» из врачак важнейшим достижениям мироассистента во врача-специалиста вой офтальмологии за последние десять лет. Такие операции успешпроисходит автоматически. Или существуют какие-то определённо проводятся и в нашей клинике.

– Работа научно-исследовательского подразделения служит своеобразной «визитной карточкой» Вашего учреждения?

– Научные сотрудники не задействованы в обслуживании пациентов, но их роль в поддержа- является полноценным сотруднинии имиджа клиники, конечно же, очень важна. Лечебную и научную работу клиники невозможно разде- В то же время ему предоставляет лить. Научной работой у нас занимаются не только сотрудники соответствующего подразделения, но и все без исключения врачи.

Проводятся исследования по совершенствованию и разработке новых методов лечения глаукомы, по выявлению причин возникновения заболевания, по поиску взаимосвязи между анализом крови человека и риском возникновения глаукомы В среднесрочной перспективе мы, надеюсь, сможем с помощью специального анализа крови выявлять «группы риска» по глаукоме и начинать профилактическое лечение.

– Вероятно, Ваше научно-исследовательское подразделение занимается не только теоретическими разработками, но и прикладными проектами?

– Совершенно верно. В качестве примера упомяну новую мазь для ной карьеры остаётся «врачомзаживления рубцов после офталь- специалистом». Это тоже почётный мохирургических операций. В настоящее время проходит процесс её патентования. Впрочем, предполагаемое название нового продукта мне бы сообщать не хотелось, но три четверти всех новоиспечён- Коллеги, занимающиеся исключи- достаточно компетентным, чтопока не оформлены все необходи- ных офтальмологов – становятся тельно приёмом амбулаторных па- бы во время отсутствия директора сертацию «Habilitation» (соответ-

Нашим читателям было бы интересно узнать о подготовке в Германии врачей-офтальмологов и среднего медицинского персо-

 Обучение в медицинском вузе продолжается от шести до семи лет. После успешного окончания учёбы и слачи выпускных экзаменов студент превращается в «дипломированного врача» (Diplom-Arzt). Свежеиспеченные медики обычно становятся врачами-ассистентами в частных или государственных клиниках. Проработав в качестве врача-ассистента пять лет, можно претендовать на титул «врачаспециалиста» (Facharzt). Например, после пяти лет успешной работы врачом-ассистентом в нашей клинике коллега становится ности «старшего врача» является ляются врачами-ассистентами, во- операции, ведём приём амбулатор- диторию, доказательство того, что «врачом-офтальмологом» (Facharzt самостоятельное и успешное про- семь – врачами-специалистами и ных пациентов и, конечно же, за- учёный имеет право учить будущих für Ophthalmologie).

А как осуществляется управление глазной клиникой?

– В любой немецкой клинике, и не только глазной, административной работй всегда занимаются доцент этого университета (доктор два человека: директор (Direktor) и главный врач (Leitender Oberarzt). При этом главный врач одновременно является заместителем директора (Stellvertretender Direktor).

А у директора клиники только один заместитель?

- Именно так. Главный врач является помощником, правой рукой и единственным заместителем директора. Его должность открывает перспективу самому стать директором нерез какое-то время. Как правило, только с любовью к путешествидиректора клиник назначаются из ям. Мне хотелось познакомиться числа главных врачей. В любом случае претендент на должность дирек- ми, с разными профессорами. Учётора или главного врача должен сна- ба в Великобритании помогла усочала стать старшим врачом.

А как распределяются обязанности между директором и главным врачом?

– Самое главное, чтобы дирек-

Майнцская университетская глазная клиника. Измерение роговицы

Майнцская университетская глазная клиника. Проверка зрения

с помощью фороптера

На старших врачей накладывает- лом. Именно он обычно занимает-

взять на сеоя его полномочия. важ-

качества их работы и т.д. Благода-

няться решением не только рутин-

– Директор и главный врач

- Разумеется, нет. «Чистые»

сосредоточены только на адми-

нистративной, управленческой

управленцы в клинике не нужны.

офтальмохирурги. Мы проводим

нимаемся педагогической работой.

развития клиники.

работе?

циентов, не могут рассчитывать на

ем врачей-ассистентов и студентов-

обязаны в течение пяти лет про- что дополнительная нагрузка «стар- ректора остаётся время, чтобы за-

Кроме врачей-ассистентов,

врачей-специалистов и старших

жебные ступени?

врачей в немецких клиниках су-

ществуют ещё какие-либо слу-

– Больше никаких градаций не

суларственным клиникам, и к част-

Я являюсь профессором, заведующим кафедрой офтальмологии медицинского факультета Майнцского университета. Хаген Тиме – приватнаук, читающий лекции студентам, но не являющийся профессором – примечание И.Б.)

Господин Пфайффер, не могли бы Вы немного рассказать о собственном врачебном пути?

- В 1977-1985 годах я изучал медицину в университетах немецких городов Гисен, Вюрцбург и Фрайбург, а также в Великобритании: в Кембридже и в Ньюкасле. Перемена мест учёбы была связана не вершенствовать английский язык и дала важный международный

В 1985 году получил диплом врача в университете Фрайбурга. ет российской степени кандидата наук – примечание И.Б)

скую диссертацию.

офтальмологом.

– Где Вы изучали офтальмо-

В 1992 году защитил вторую дис-Здесь тоже возможны разные ва- эту должность при всей важности и ное место в деятельности главного наук – примечание И.Б). После полуврача занимает работа с персона- чения второй научной степени учё-«семейным врачом» (врачом об- ся целый ряд дополнительных обя- ся распределением обязанностей (Privat-Dozent). Приват-доцент – зательностей, связанных с обучени- между сотрудниками, контролем это не должность, а статус. Он означает, что человек может претенпейского Союза семейные врачи медиков. Совершенно естественно, ря поддержке главного врача у ди- довать на должность профессора. Но «автоматизма» здесь тоже нет. Не каждый приват-доцент в теченых, но и стратегических вопросов ние своей жизни становится профессором. Меня пригласили стать профессором и руководителем кафедры офтальмологии Майнцского университета в 1996 году.



зу же после получения университетского диплома. Для России эта ситуация очень необычна. У нас, как правило, свежеиспечённому врачу требуется несколько лет, чтобы написать кандидат-– Для Германии это обычная

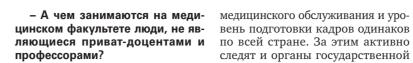
практика. Студенты-медики, которые в дальнейшем собираются ваниматься научной работой, уже в процессе учёбы приступают к подготовке диссертации. Таким образом, получение первой научной степени по времени часто совпадает с завершением обучения

Многие университетские клиники, в том числе и наша, принимают на должности «врачей-ассистентов» только людей со степенью «Doktor» (кандидата наук – примечание И.Б.). Без научной степени у медика нет шансов стать врачом-

– Проработав пять лет врачомассистентом в глазной клинике Фрайбургского университета, в 1990 году я стал врачом-офтальмологом. Уже через несколько месяцев стал старшим врачом в этой же клинике. В конце 1990 года поступило предложение переехать в Майнц, на должность старшего врача здешней университетской клиники. В 1992 году меня назначили главным врачом, а в 1996 году –

ного называют «приват-доцентом»

В немецких университетах за редким исключением только профессора и приват-доценты имеют право читать студентам лекции. И я. и наш главный врач Хаген Поэтому зашита второй научной ным. Например, в нашей клинике Тиме, в первую очередь, врачи- степени – это своеобразный «входной билет» в университетскую ау-



- После защиты «Promotion» (первой диссертации) и обретения титула «Doktor» учёные получают право проводить со студентами семинары и практические занятия. Но лекции они обычно не читают. Люди без учёных степеней выполняют в вузе вспомогательные функции. В учебном процессе они не задействованы.

- В России практически в каждой клинике работает соответствующая университетская кафедра. Как в Германии происходит взаимодействие между вузом и лечебными учреждениями?

- Немецкая система организации лечебного и образовательного процесса в этом плане идентична российской. У нас тоже наука, образование и лечение пациентов ные учреждения взаимодействунеразрывно связаны между собой. Мы являемся глазной клиникой кассами (Krankenversicherungen). Майнцского университета. Каждый Вот эти деньги и составляют наш семестр в клинике проходит обучение 400 студентов.

Практически все сотрудники клиники вовлечены в работу со студентами: профессора и ные пациенты, напрямую оплачиприват-доценты читают им лек- вающие своё лечение. Но их доля ции, доктора – проводят семинары не столь значительна. В основном, и практические занятия. Всего при лечение из своего кармана оплачи-Майнцском университете действу- вают пациенты из-за рубежа. Почет более 50 клиник. В них работает ти у всех немцев есть медицинская более тысячи врачей и около двух страховка. тысяч работников среднего и младшего медицинского персонала.

Как происходит подготовка медицинских сестёр и друго- тоже ничем не отличаются друг го среднего медицинского персо- от друга?

– Медицинские сёстры и медицинско-технические ассистенты зуется большинство жителей стра- распространённых офтальмологитри года обучаются в профессио- ны. Страховку имеют и все рабональных училищах. Операционным тающие граждане, и безработные, медицинским сёстрам также необ- и получатели социальных посоходимо пройти дополнительный бий, и зарубежные студенты, обудвухлетний курс обучения, чтобы чающиеся в немецких вузах и т.д. ассистировать во время глазных В общем без государственной меческая ретинопатия, пигментная операций

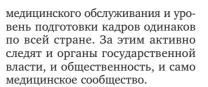
Таким образом, у операционных медицинских сестёр имеется специальная офтальмологическая подготовка. А вот медицинские сёстры, занимающиеся уходом за паци- ключить частную медицинскую ентами, являются специалистами страховку. Их услуги различаются широкого профиля. Их специально не готовили для работы в глаз- имеются. Например, при частной ных клиниках.

Эта система не является оптимальной. Поэтому наша клиника в ной больничной палате, а при госубудущем планирует организовать дарственной – в двухместной. Крообучение специальности «офталь- ме того, частная страховка гаранмологическая медицинская се- тирует личные консультации главстра». Мы уверены в том, что для ного врача или директора клиники. успешной работы в глазной клини- Существует целый ряд процедур и ке медицинской сестре необходим обследований, которые частные значительный объём специальных страховки оплачивают, а государзнаний и навыков. Лучше приобрести их уже в процессе учёбы.

готовки врачей и среднего медицинского персонала в различных **учебных заведениях Германии** Можно ли говорить о различном от более значительные страховые уровне медицинского обслужива- взносы и оплачивают больший | ния в частных и государственных

интервью, я против любых сравнепредоставляемых офтальмологи- офтальмологической. ческими клиниками и другими не-

гое... Но в общем и целом уровень сить очки.



А если говорить о финансировании? О технической оснащённости? Здесь тоже нет разли-

– В Германии частные и государственные вузы, частные и государственные клиники очень похожи. Кстати, это касается и вопросов финансирования. Конечно, государственные клиники имеют право на бюджетные субсидии, но эти субсидии – при всей их важности! – не являются основой финансироваия немецкого здравоохранения.

- За счёт каких средств существуют медицинские учреждения?

- И частные, и государственют с медицинскими страховыми основной доход. Медицинские кассы оплачивают те услуги, которые мы оказываем своим пациентам. Конечно, существуют и част-

- В Германии действуют частные и государственные медицинские страховые кассы. Они

медицинского страхования поль- шей стране, одним из наиболее дицинской страховки в Германии ретинопатия...

Жители страны, обладающие высоким доходом, имеют возможность вместо государственной занезначительно, но всё же различия страховке пациент обычно имеет право на размещение в одномест

- То есть спектр услуг частных - Отличается ли уровень под- страхователей шире. Я Вас правильно понял?

– Да. Именно так. Частные меинские страховки предполага объём медицинских услуг. Но хотелось бы подчеркнуть, что и го-- Как я уже упомянул в нашем сударственная страховка гарантирует получение полноценной мений и «рейтингов» качества услуг, дицинской помощи, в том числе

Государственная медицинская мецкими лечебными учреждения- страховка покрывает все виды неми. Было бы совершенно непра- обходимого офтальмологического вильно и неэтично говорить о том, лечения, практически все операчто кто-то работает лучше, а кто-то ции, кроме услуг рефракционной хуже. Это в полной мере относится хирургии. Но, кстати, эти услуги кислота (ЭДТА). не покрываются и частными стра-Разумеется, каждая личность ховками. Рефракционная хируруникальна. В Германии есть про- гия – важное направление офталь- | полигексанида и ЭДТА в качестве конфессора-медики, на лекции и се- мологии. Но с точки зрения медиминары которых съезжаются сту- цинских страховых касс – это роденты и коллеги-врачи со всей скошь. Коррекция близорукости страны. В одном университете мо- или дальнозоркости всё-таки не жет быть лучше развито какое-то является жизненно важной для чеодно направление, в другом – дру- ловека. В конце концов, можно но-



Майнцские школьницы во время экскурсии по университетской глазной клинике

– Хотелось бы спросить о распространении основных глаз- катаракты, в ряде случаев привоных заболеваний в Германии дят к слепоте... в сравнении с общемировой практикой. Меня как ведущего рубрики «К незримому солнцу» также интересуют причины наступления слепоты в Вашей стране...

– Ситуация с распространением основных глазных заболеваний у нас полностью совпадает с Россией и другими европейски-– Услугами государственного ми странами. Также, как и в Ваческих заболеваний является возрастная макулярная дегенерация (ВМД). Кроме того, распространёнными заболеваниями остаются катаракта, глаукома, диабети-

И все эти заболевания, кроме

– К огромному сожалению, не всем больным удаётся помочь. Но успехи современной офтальмологии невозможно отрицать. Каждый являются незрячими. В это число врач в нашей клинике назовёт десятки фамилий пациентов, которые бы 10-15 лет назад с огромной составляет не более двух процентов вероятностью ослепли. А сейчас у них сохраняется достаточно хорошее зрение.

Мне бы хотелось упомянуть развитие и совершенствование антипри возрастной макулярной дегелопластику – катетеризацию и расукоме. Эта операционная методика ней продолжительности жизни.

получила распространение именно в последние годы. Мы её успешно осуществляем. Для значительного числа людей она стала спасительной.

В настоящее время в Германии около ста пятидесяти тысяч человек входят не только тотально слепые люди, но и те, чья острота зрения но. Количество слабовидящих превышает полмиллиона человек (при населении в 82 миллиона).

Конечно, это значительные циф-VEGF-препаратов, применяемых ры. Но постепенно число незрячих нерации. Они спасли зрение очень у нас снижается. Причём снижение многим людям. Или возьмём кана- числа инвалидов по зрению происширение шлеммова канала при гла- ства, несмотря на увеличение сред-

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

ПОВТОРИТЬ АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СЛЕЗЫ

х звестно, что слезная пленка не только увлажняет и формирует -- vстойчивое защитное покрытие поверхности глаза, но также служит барьером для различных патогенных микроорганизмов: бактерий, вирусов и грибков. В этом ей помогают, растворенные в волном слое лизозим, лактоферин и целый ряд иммуноглобулинов: IgA, IgG, IgE.

Создатели формулы нового слезозаместителя Визмед® Лайт – TRB Chemedica (Швейцария), попытались повторить уникальные свойства естественной слезы, а именно: увлажнение и создание устойчивого покрытия поверхности глаза с одновременным антисептическим действием.

В качестве базисного к Визмед[®] Лайт содержит 0.1%, изоосмолярный (300 мОсм/л) раствор гиалуроната натрия или гиалуроновую кисло- ными активными участками к фосфоту (ГК) бактериальной ферментации. Концентрация ГК достаточна для прения устойчивого вязко-эластичного покрытия поверхности глаза.

Отличительной особенностью Визмед[®] Лайт являются 2 мягких консерванта, которые добавлены в минимальных дозировках для придания раствору антисептических свойств – это полигексаметиленбигуанид (полигексанид. РНМВ) и этилендиаминтетрауксусная

В XX веке началось активное использование антисептиков, в том числе сутствии хелатирующего агента ЕЛТА. сервантов. Часто эти соединения мож- ми Са⁺⁺ клеточных стенок бактерий. но встретить в растворах слезозамести- Спектр антибактериальной активно телей на основе искусственных поли- сти Визмед[®] Лайта при этом получамеров и в растворах для хранения или стся широким, а концентрация и пообработки контактных линз.

Сама молекула полигексанида мем- (1-2 ppm). браноспецифична, селективно взаимодействует с клеточной стенкой бактерии,



присоединяется своими многочисленлипидному комплексу мембраны бактерии, растягивает ее и разрывает, обеспечивая эффективное бактерицидное действие при низкой концентрации. оставаясь при этом нетоксичным для клеточных мембран человека.

Было идентифицировано, что РНМВ совместим с ГК и со всеми другими компонентами препарата Визмел® Лайт. Его присутствие делает раствор химически стабильным и длительным в использовании (нелетучим). Против Визмел[®] Лайт потенцируется в прикоторый образует комплексы с ионалигексанида и ЕДТА – минимальной

Кроме того, базовый компонент препарата Визмед[®] Лайт – гиалуронат

натрия, как показали многочисленные исследования, сам обладает выраженным противовоспалительным и антиоксидантным действием Антисептическая формула в Виз-

мед[®] Лайт позволяет выпускать его в большом объеме – 15 мл во флаконе капельнице, причем 3 мес, после вскрытия флакона раствор сохраняет стерильность.

Визмед[®] Лайт показан при синдро ме «сухого глаза» (ССГ) различной степени тяжести, эрозиях роговины, ожогах глаз, особенно в случае присоединения или опасности присоединения вторичной инфекции, кератоконъюнктивитах, в том числе инфекционноаллергических. Визмед® Лайт особенно улобен при хронических инфен аллергических процессах для профилактики и в комплексной терапии рецидивов. До и после хирургических вмешательств на роговице - как профилактика и лечение присоединения инфекции и ССГ.

Учитывая длительное присутствие препарата на поверхности, достаточно 1-2 капли 3-4 раза в день в зависимости от тяжести синдрома, однако по необходимости дозу можно увеличить

 препарат не токсичен. Визмед® Лайт может закапываться с контактными линзами, особенно при опасности или присоединении инфеквомикробное действие полигексанида иии, линзы при этом не снимаются. Рекоменлуется для тех, кто начинает носить контактные линзы и еще не научился правильно с ними обращаться и ухаживать.



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

ак случилось, что собрались

мы в скорбно-траурный

день, особенно это важно

для тех, кто пережил тра-

гическое время – начало Великой

Я хотел бы начать свою лекцию

с воспоминаний о прошлом и пре-

жде всего с того, что для меня вой-

на с глаукомой началась букваль-

но в 50-е годы, после моего воз-

вращения на кафедру с фронта,

когда Борис Львович Поляк пору-

чил мне тему: «Испытания новых,

ных средств». Эта работа была до-

вольно солидной, так как выдвига-

лась на Государственную премию

СССР, к тому же на ее основе писа-

лась глава о консервативном лече-

нии глаукомы в многотомном руко

водстве для практикующих врачей-

офтальмологов. В тот период мы

жили тем, что наработала офталь-

мология за предыдущие сто лет, по

существу с момента возрождения

нашей специальности, ее ренес-

санса, связанного с такими имена-

ми как A. von Graefe, H. Helmholtz,

F.C. Donders – виднейших офталь-

мологов и физиологов. Как извест-

но, в 1851 году Герман Гельмгольц

создал методику офтальмоскопии

Уже спустя 5 лет в дискуссии между

другими реформаторами, A. Graefe

и F.C. Donders, родились первые

суждения о наличии так называе-

мых «ирритативной» и «простой»

форм глаукомы. A. Graefe считал

обязательной для постановки диа-

гноза глаукомы триаду симптомов:

патологическая экскавация ДЗН,

дефекты в поле зрения и повышен-

ная плотность глазного яблока при

сопутствующей его ирритации. Те же ситуации, в которых обнаружи-

вались только «амавроз с экскавацией» (по терминологии A. Graefe),

но на спокойном глазу, без явной

гипертензии. F.C. Donders также считал глаукомой и рекомендовал

называть их «простой» глаукомой

Когда J. Schnabel описал глау-

коматозный ДЗН, для которого ха-

рактерны дегенерация и рубцы, все

усилия были направлены на иссле-

дования функций. Первое описание

глаукомных скотом, обнаруженных

надлежит Landsberg (1869), учени-

ку A. Graefe. Landsberg сравнивал

хожие дугообразные аркоподоб-

ные скотомы спустя 20 лет описал

J.P. Bjerrum. После его выступления

с докладом на Международном кон-

грессе в Берлине он получил сла-

ву и известность, а скотомы стали именовать «бьеррумовскими». Пре-

жде всего, всех интересовал вопрос,

почему возникают эти скотомы.

Многие полагали, что это результат

сосудистой патологии, в частности,

в Советском Союзе много сил по-

тратил А.Я. Самойлов, чтобы дока-

зать, что существует ретинальный

*Стенографическая запись лекции, прочитан ной автором во время Научно-практической

конференции «Федоровские чтения - 2011».

или повышающих свою квалификацию в об

ласти офтальмологии, нейроофтальмологии

офтальмофизиологии и нейрохирургии.

их с хвостом кометы. Весьма по-

(glaucoma simplex).

советских офтальмогипотензив-

Отечественной войны.

Майнцская университетская глазная клиника. В операционном зале

с индивидуальными предпочтения-

дениями. Например, мусульмане и

При разработке меню стараем-

свежие продукты, предлагаемые

местными фермерами. Наверное.

еда должна быть вкусной, разно-

- Организовано ли в Германии

для выявления глазных забо-

– Массовые диспансеризации у

нах страны работает большое коли-

врачебные дипломы в Германии?

шанс найти работу в Германии?

иудеи не едят свинину.

образной и полезной.

- Существуют ли в Вашей кли- то другими недугами или просто нике специальные приспособления для незрячих и слабовидящих пациентов?

– Наверное, Вы обратили внимание на «говорящий лифт», называющий этажи. Также в лифте все указатели дублированы рельефноточечным (брайлевским) шрифтом. Такой же шрифт используется для указателей кабинетов. В коридорах имеются перила. Использована контрастная раскраска помещений, что очень важно для слабовидящих людей. Но самое главное – весь медицинский персонал обладает необходимой квалификацией, позволяющей понимать и учитывать особые потребности незрячих и слабовидящих пациентов.

- Не могу не спросить о меню Ваших больных?

– Мне думается, что самое главное в организации больничного питания – это учёт пожеланий и просьб пациентов. И мы это делаем. Многие люди соблюдают различные диеты. Часто эти диеты связаны не с офтальмологическими заболеваниями, а с какимимогут работать только люди, полуие диплом в одной из стран Европейского Союза. Но этот вопрос нельзя сводить к признанию или неризнанию дипломов. Медицинское образование во всех странах Евро- видовать их заработкам не нужпейского Союза стандартизировано. Именно поэтому медики могут работать во всех странах ЕС. Выпускники российских меди-

цинских вузов, также как и гражсталкиваются с серьёзными бюрократическими трудностями, если они хотят «подтвердить» свой диплом и работать по специальности. Это долгая и сложная процедура. Нередко врачи-иностранцы идут работать на должности среднего медицинского персонала. Но хотел бы заметить, что это процесс ми. Мы учитываем и ограничения, взаимный. По моей информации, у налагаемые религиозными убеж- немецких врачей тоже нет возможности устроиться на работу в российские клиники.

Совсем другая ситуация у научся, в первую очередь, использовать ных работников, в том числе у сотрудников нашего научно-исследовательского подразделения. Здесь ни экзотические блюда и необычные кому не нужно «подтверждать» продукты в больнице не нужны, но дипломы. Успешных зарубежных учёных с радостью принимают на работу и клиники, и университеты.

- В Германии не принято говомассовое обследование больных рить о деньгах. Но рискну всё же спросить об уровне доходов немецких медиков?

нас не проводятся. Но во всех райо- дицинский персонал обычно зарабатывает от 1200 до 1500 евро в месяц. чество частнопрактикующих глаз- Средний медицинский персонал – от ных врачей. Они призваны выяв- 2000 до 4000 евро. Врачи в клинилять глазные заболевания на ран- ках получают от 4000 до 8000 евро в месяц. При этом заработные платы в частных и государственных клини-- Признаются ли российские ках практически не различаются. Частнопрактикующие врачи могут Если ли у российских врачей зарабатывать значительно больше, не так много, несколько десятков

У Офтальмиков MSD — *инновации* на уровне ДНК

– В качестве врача в Германии в месяц. Но это зарплаты брутто. А у читателей газеты «Поле зрения» налоги в Германии высокие, порой сложилось впечатление, что мы пеони превышают сорок процентов от реманиваем пациентов у российзаработной платы

Частнопрактикующие врачи – это частные предприниматели. Зано! На них лежит большой груз не квалифицированную офтальмолотолько врачебной, но и административной, организационной работы. Как и каждый частный предприниматель, врач тоже может дане других стран, действительно разориться. Финансовые неудачи совсем не всегла связаны с нелостаточной квалификацией, могут быть и другие причины.

– Как руководитель клиники Вы обладаете полномочиями определять заработную плату своих сотрудников?

- Все сотрудники получают заработную плату и премиальные выплаты в соответствии с централизованными тарифами. В частных клиниках у руководителя немного больше возможностей для материального стимулирования сотрудников. Но эти возможности тоже небольшие.

Вы считаете такую ситуацию

– Это вполне нормально. В Германии медики получают достойную заработную плату. И люди ценят свою работу. Поэтому я не думаю, что кого-то нужно дополнительно материально стимулировать. Авторитет руководителя свя-– Секрета здесь нет. Младший мезан не с финансовыми рычагами, а с личной квалификацией и способностью разумно организовать трудовой процесс.

- Приезжают ли в Вашу клинику российские пациенты? Заинтересованы ли Вы в увеличении их

– Российских пациентов у нас до 15000 евро и даже до 20000 евро в год. Мне бы не хотелось, чтобы

MSD Офтальмики – Наследие. Приверженность. Видение

ских коллег. В Германии прекрасно знают, что и в Москве, и в Санкт-Петербурге, и в других российских городах люди могут получить самую гическую помощь. Поэтому необходимости в лечении за рубежом у Ваших соотечественников обыч-

Но всё же иногда россияне решают лечиться у нас. Например, недавно прошла операция у гражданина России, получившего серьёзнейшую травму глаза в результате удара лопатой. Мы одновременно заменили хрусталик и радужную оболочку. Повреждения глаз. вязанные с бытовыми травмами, дорожно-транспортными происшествиями, насильственными действиями, могут быть очень сложными. Глаз в прямом смысле этого слова «собирают по частям».

Мне думается, что зарубежных пациентов привлекает не только признанный международный авторитет врачей Майнцской клиники, но и особая атмосфера нашего горола. Он расположен на Рейне, нелалеко от знаменитой скалы Лорелей. Находясь в Майнце, можно совершить романтическую прогулку по Рейну на теплоходе, понежиться в бассейнах с термальной водой, попробовать наше знаменитое вино... В общем, мы даём шанс совместить приятное с полезным: увидеть Майнц и улучшить зрение.

- Спасибо за подробную беседу! Больших успехов в Вашей

– Благодарю Вас за интерес к нашей клинике и к немецкой системе

> Беседу вел Илья Бруштейн Фотографии: Петер Пулковски

ПРОСТАЯ ГЛАУКОМА

ЛЕКЦИЯ

Почетная лекция профессора В.В. Волкова*

22 июня 2011 года, Москва

Сколь бы много болезней ни объединяли под термином «глаукома», но несоизмеримо с остальными самой значимой является «простая», а по современной классификации, открытоугольная глаукома (ОУГ). До 80% всех случаев заболевания, именуемых глаукомой, приходится на долю этой

В абсолютном исчислении во всем мире насчитывается порядка 70 млн больных ОУГ. В одной только России их число составляет до 1 млн человек, причем каждый десятый является инвалидом из-за двухсторонней слепоты.

Заболевание начинается исподволь, без каких-либо субъективных проявлений, которые могли бы вызвать тревогу у заболевшего обычно 60-70-летнего человека. Первые проявления простой глаукомы офтальмолог обнаруживает, как правило, только в одном из глаз пациента; второй глаз заболевает обычно спустя месяцы и даже годы.

Широко распространено суждение, что первым и даже патогномоничным для глаукомы проявлением является повышение внутриглазного давления (ВГД). Здесь уместно подчеркнуть, что эта так называемая «офтальмогипертензия» (ОГ) – неотъемлемый симптом закрытоугольной глаукомы, при ОУГ его может и не быть. Действительным же «золотым стандартом» для диагноза истинной глаукомы Международным сообществом экспертов принято считать появление в диске зрительного нерва (ДЗН) больного глаза патологических изменений, которые получили название «глаукомной оптической нейропатии» (ГОН).

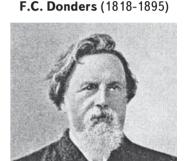


глаукомы:

1. Прогрессирующая экскавация ДЗН 2. Дефекты в поле зрения 3. «Плотный глаз»

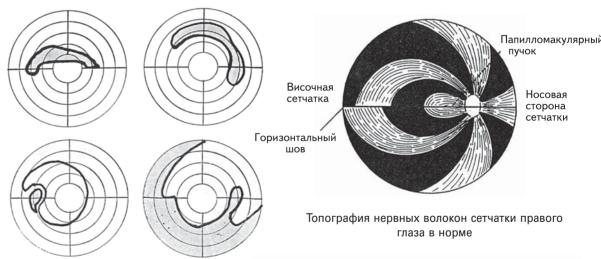






Утверждал: амавроз с экскавацией это «glaucoma simplex»

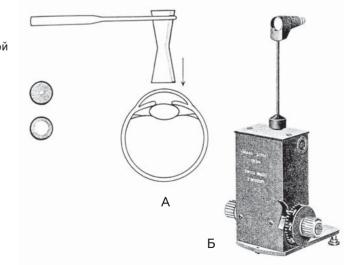
Реформаторы мировой офтальмологии XIX века



Варианты бьеррумовских скотом, обнаруживаемых кампиметрически в центральном поле зрения при простой глаукоме



Профессор А.Н. Маклаков – один из основоположников московской школы офтальмологов, созлатель первого аппланационного офтальмотонометра



Первые модели офтальмотонометров: А – по Маклакову; **Б** – по Гольдману. Кружки сплющивания роговицы при повышенном и нормальном внутриглазном давлении

отек ангиоскотом. Действительно, некоторые скотомы претерпевали изменения в случае гипо- или гипертензии. Но когда была сопоставлена картина скотом с открытой структурой аксонов сетчатки, выявилось довольно серьезное совпадение. Но особенно значимым было открытие Rönne, который хотя и отметил, что связь скотом со «слепым» пятном не является обязательной, но подчеркнул диагностическую роль так называемой «ступеньки» – своеобразного выступа, которая точно совпадает с окончанием височной половины сетчатки, с окончанием аксонов, с так называемым «височным швом».

Следующим серьезным этапом было создание А.Н. Маклаковым в 1884 году офтальмотонометра, которым до сих пор пользуются наши отечественные офтальмологи, но я бы не умалял и роли А.И. Масленникова, показавшего в 1905 году, насколько большое значение имеет изучение суточных колебаний ВГД, которые в норме не выходят за пределы 5 мм рт.ст.

Вот на этой основе мой учитель Б.Л. Поляк построил свою первую классификацию глаукомы, в частности, простой глаукомы. В то время доступной была периметрия по Ферстеру, и хотя она проста, но очень неточная. Именно она была принята за основу.

За рубежом была принята квантитативная методика, предложенная H. Goldmann. Метод, будучи весьма кропотливым в исполнении. оказался еще сложнее для анализа результатов. Неслучайно поэтому при построении отечественной классификации глаукомы в 1948 году Б.Л. Поляк предложил опираться на простую схему данных исследований границ поля зрения по Ферстеру.

Следующий этап, который фактически продолжается до сегодняшнего дня, это рассмотрение офтальмогипертензии главным признаком глаукомы. Это побудило офтальмологов изучать природу офтальмогипертензии. Среди тех, кто этим занимался, кроме W. Grant, J. Friedenwald, С.Ф. Кальфа, в нашей стране были А.П. Нестеров, М.Б. Вургафт, С.В. Сташевский. Результаты этой работы появились в печати в 1974 году (А.П. Нестеров, А.Я. Бунин, Л.А. Канцельсон). Очень значимо для того периода было то, что виднейшие офтальмологи полагали, что если есть гипертензия, значит есть глаукома. И В.П. Филатов, и М.И. Авербах своим авторитетом по существу подавили иные точки зрения. Это касалось и гониоскопии. Мне памятно то, что Тихон Иванович Ерошевский, один из первых отечественных офтальмологов, много внимания уделял именно структуре диска. Он назвал глаукому «загнанной в угол», критикуя гониоскопический подход.

70-е годы прошлого столетия очень знаменательный период. Именно в то время начались первые разочарования в том, что вся кая гипертензия – это глаукома. Было обнаружено, что в 80% случаев гипертензия протекает вообще без глаукомы, если наблюдать в течение длительного времени пять и даже десять лет. Но важно, пожалуй, было то, что глаукома вообше может и не сопровождаться офтальмогипертензией (в Европе в 30% случаев, в Японии – почти в 60% случаев).

В конечном итоге на рубеже ХХ-XXI веков офтальмогипертензия среди стандартов диагноза глаукомы уже отсутствует. Офтальмологи из Голландии, наши современники, R. Volfs и его коллеги, полагают, что за 150 лет, прошедших с тех пор, когда их великий соотечественник F.C. Donders назвал симптомокомплекс амавроза с экскавацией, открытый A.V. Grefe, простой

глаукомой, принципиально ничего

не изменилось.

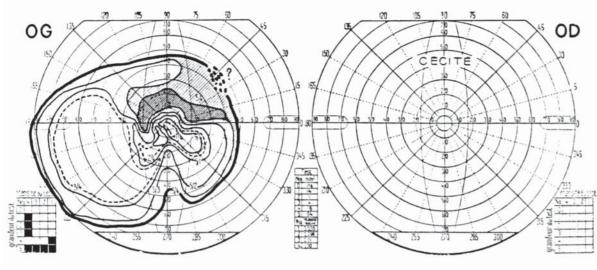
Первый антиглаукомный препарат от MSD ый бета-блокатор для лечения глаукомь в 2007 году переименована в премию «За инновационные исследования в офтальмологии») ние аппликатора для пациентов, удобного в использовании программы пожертвований Мектизана для лечения речной слепоты. На сегодняшний день рого одна из крупнейших продолжающихся социальных программ в истории медицинь В 2007 году отмечалось ее 20-летие МЕКТИЗАН™: (ивермектин) Первый препарат местного применения на основе тимолола малеата пролонгированного действия ТИМОПТИК-ХЕ (гель для глаз тимолола малеат) "Первый из нового класса препаратов для местной терапии глаукомы, после бета-блокаторов Первая комбинация дорзоламида и бета-блокатора тимолола вые представлены препараты КОСОПТ[®] и ТРУСОПТ[®] без консервантов ное соглашение с Гарвардским университетом на разработку Лицензионное соглашение с Surmodics, Inc. на технологию применения препарата и его составляющих для лечения заболеваний сетчатки Цели на будущее: продолжение исследований в области глаукомы ¹ Существующие или бывшие горговые марки компании Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, Нью-Джерси, США, или ее дочерних предприятий. Авторожие права © 2011 Merck Sharp & Dohme Corp., подразделения Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, Нью-Джерси, США. Все права защищены Адрес: ООО "МСД Фармаськитикалис", Россия, 119049, г. Москва, Шаболовка, д. 10, корп. 2, Тел: +7 435 916 71 00, Факс: +7 495 916 70 94, www.merck.com 03-2016-CST-03-2011-RUS-010-CC MSD OPHTHALMICS TPYCOПТ" — зарегистриореанная торговая марка Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Уайтхаус - Стейшен, Нью - Джерси, США КОСОПТ — торговая марка Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA



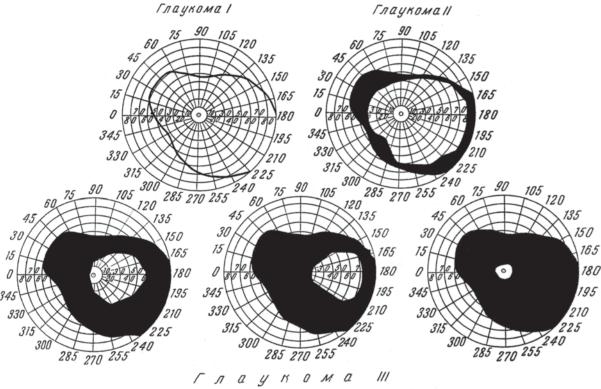
Видный советский военный офтальмолог, генерал-майор медицинской службы, профессор Б.Л. Поляк – создатель первой отечественной динамической классификации глаукомы, построенной на учете стадии заболевания

Действительно, попытки включить сюда обязательную абсолютную офтальмогипертензию потер пели неудачу. М. Kass по результатам исследований показал, что если 800 глаз с гипертензией порядка 25-30 мм рт.ст. тонометрического давления наблюдать 5 лет, то только в одном случае из десяти развивается комплексная патология: экскавация, нарушение центрального поля зрения. Но даже не это интересно, знаменательно то, что устраняли давление, а глаукома оставалась. Мне хочется отметить В.В. Страхова, А.В. Куроедова, которые в своих исследованиях установили, и это очень значимо, что изменения в диске наступают раньше, чем изменения в сетчатке. Сейчас много исследований проводится по части роли сетчатки при глаvкоме.

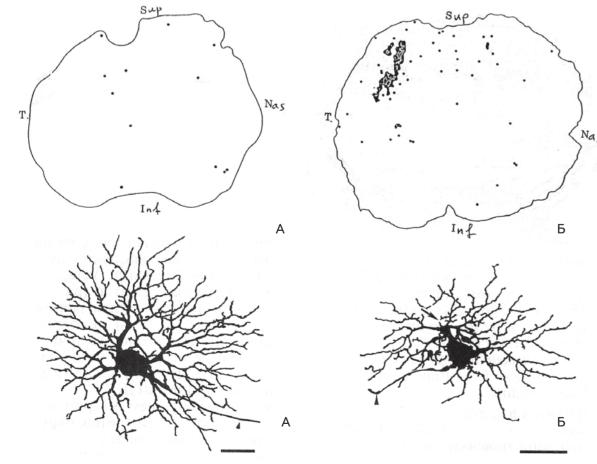
70-е годы знаменательны еще и 345 тем, что в это период был проявлен интерес к ликворному давлению. Для меня, питомца Военномедицинской академии, стимулом было еще и то, что по существу 100 лет назад приват-доцент, а затем профессор Военно-медицинской академии К.И. Ноишевский, работая на собаках в лаборатории И.П. Павлова, обнаружил развитие у животных экскавации ДЗН после создания искусственной ликвореи путем трепанации черепа. Есть монографии, забытые, порой недоступные. Это, с одной стороны С другой стороны, стремление понять, почему глаукома развивается, привело к тому, что мы с моим молодым коллегой по кафедре Р.И. Коровенковым решились исследовать ликворное давление в зрительном нерве кролика. Но встал вопрос, как его исследовать? Физиологи нам подсказали попробовать вводить капилляр через оболочку зрительного нерва в арахноидальное пространство Капилляр заполнится жидкостью. При этом капилляр должен быть динен с герметическои систе мой, которой можно повышать давление и вогнать жидкость обратно. Таким образом, компенсаторным методом с учетом сопротивления капилляров мы определили, что ликвор в зрительном нерве кролика имеет давление около 8-9 мм рт.ст., а глазное – 20. Сразу стало понятно, что существует градиент. Затем, правда, несколько более сложным способом W. Morgan из Австралии подходил к ликвору зрительного нерва через глаз, через ДЗН и также установил, что градиент между давлением в глазу и в зрительном нерве составляет порядка 10 мм рт.ст. Результаты этой работы мною были опубликованы в «Офтальмологическом журнале» в 1976 году. Статья называлась «Существенный элемент глаукоматозного процесса, не учитываемый в клинической практике». Речь шла о градиенте. До сих пор



Регистрация результатов кинетической периметрии четырьмя объектами по Гольдману на левом глазу (правый глаз слепой). Острота зрения левого глаза – 0,5. ВГД – 18 мм рт.ст. В поле зрения, кроме обширной дугообразной глаукомной скотомы в верхне-внутреннем отделе, отмечается снижение светочувствительности на все 4 стимула внизу в направлении вертикального меридиана и на 2 стимула из 4 – в верхне-височном направлении



Эталонные схемы нарушений поля зрения по Поляку для диагностики стадии глаукомы по результатам простейшей кинетической периметрии по Фёрстеру, доступной тогда каждому офтальмологу



Горизонтальный штрих — масштабная линейка для оценки экскавации

Признаки гибели зрительных нейронов при экспериментальной глаукоме. А - контроль, Б – сверху: гнездная деструкция крупных аксонов в верхне-височной части зрительного нерва при глаукоме у крысы (J. Morrison, 1998); снизу: при глаукоме у обезьян апоптозное сморщивание ГКС с потерей дендритов при расширении глаукомной экскавации от 0,6 до 0,8 (A. Weber, 1998)



H. Quigley (США) – крупнейший офтальмолог современности, чьи капитальные работы в области патоморфологии, патофизиологии, эпидемиологии и диагностики глаукомы получили мировое признание

эта работа цитируется. Спустя три года интереснейший эксперимент провели американцы, в том числе известный американский глаукоматолог R. Ritch. Кошке вводили трубку в желудочек мозга, получали ликвор, одновременно вводили в камеру другой дренажик, получали опорожнение камеры, а спустя три недели исследовали зрительные нервы. Получилось так, что в интактном глазу (!) возникла глаукоматозная экскавация, потому что разница давления в мозгу и в зрительном нерве оказалась значительной. Это свидетельствовало о роли высокого градиента давления на РМ и подтверждало выводы К.И. Ноишевского, а также нашу концепцию об участии низкого ликворного давления в происхождении глаукомы

W. Morgan, которого я уже упоминал, занимался и сейчас занимается разработкой ликворной системы орбиты глаза. Он с коллегами дренировал одновременно полость черепа и полость глаза и, маневрируя таким образом давлением там и здесь, установил кривую, которая показывала, что можно дозировать объем экскавации

Параллельно с ликворной историей изучали роль сосудистого фактора. Очень крупные ученые занимались этим направлением и занимаются сейчас. Святослав Николаевич Федоров, выступая в Ташкенте по поводу сосудистого генеза глаукомы, образно сравнил глаукому с пустыней Сахара, правда, он разделял передний, средний и задний отдел. В 2007 году международная комиссия, занимающаяся проблемами глаукомы, высказала мнение, что нет пока еще ни одной работы, в которой было бы показано, что сосудистые нарушения предшествуют глаукоме. Да, при глаукоме они обязательно есть, сосудистые русла сетчатки сужены. Ла, конечно, сосуды участвуют, но надо иметь в виду, что, кроме того, ский, ишемическая оптикопатия. и ее надо исключать.

Экскавация всегда стабильная, плоская и большая, то есть это следствие тех событий, которые произошли. При глаукоме все наоборот: начинается с экскавации. В этом состоит существенная

Известный современный американский глаукоматолог H. Quigley, наряду с исследованиями других ученых (А. Weber и др.), по существу построил модель экспериментальной глаукомы.

Анжелика Михайловна Шамшинова немало сделала в этом направлении. Оказалось, что толщина сетчатки при глаукоме хорошо коррелирует (по части амплитуды – прямая корреляция, по части латентности – обратная) со степенью развития глаукомного процесса.



Переходя к конфокальной лазерной сканирующей офтальмоскопии, я бы вспомнил имя выдающегося нашего соотечественника – Олега Померанцева, которого ребенком вывезли в Америку. Он стал выдающимся специалистом в области физиологической оптики. Он создал офтальмоскоп, который называют офтальмоскопом Скипенса, но фактически прибор создан О.Б. Померанцевым. Второй «золотой стандарт» -

ный, темпоральный. Если это пра-

вило нарушается - ищи глаукому.

это нарушения в центральном поле зрения. Белое на белом – SAP (стандартная автоматическая периметрия), сине-желтая SWAP - коротковолновая периметрия, FDT периметрия с удвоением пространственной частоты. P. Sample изучала на сотне с лишним больных эффективность четырех методик: высокоточной, SWAP, SAP и FDT. Оказалось, что примерно в 1/3 случаев все эти методики позволяли выявлять дефекты. Но этим 12 точкам можно было очень немцев и восьми китайцев. Сейчас в части случаев лишь одна из них неплохо проводить центральную эта работа на слуху и должна быть выявляла дефекты. Причем чаще статическую периметрию. К сожав в поле зрения офтальмологов. По других это удавалось с помощью лению, сейчас это редко использу-FDT-периметрии. Вывод: не по- ется, а замены, похоже, нет. лучил результат при одной периметрии, пробуй другую, третью, четвертую. Дело в том, что ганглиозные клетки, которые страда- Эта таблица очень примечательна. которые пунктировали зрительный ют в первую очередь, могут ведать Желтым цветом выделен контроль одной функцией, или другой, или (ликворное давление). Синий цвет перед энуклеацией. В их перечне третьей. Не случайно мы в Военно- - глаукома с гипертензией, крас- наблюдений была глаукома и травлись к FDT-периметрии, на осно- няя строка – офтальмогипертензия пациентов с глаукомой и с травмой ве которой создан и апробирован без глаукомы. отечественный вариант. Чувствительность метода высока - 80,5% специфичность – 93,7%. Все, кто этим занимался, обращают внимание на то, что никогда не надо принимать в расчет данные первой. даже второй периметрии. Больной должен потренироваться, тогда он понимает, что от него хотят, и тогда получится то, что хочет врач. В итоге – если наблюдается больной, надо контролировать и диск, и центральное поле зрения. Мы привыкли контролировать сегодня, завтра, через неделю, месяц. А через месяц можно ничего и не заметить. Иногда только спустя два года можно заметить, что экскавация диска расширяется. для глаукомь характерны нарушения по вертика-

ли, или сверху, или снизу. Ежегод-

ная убыль светочувствительности

в норме - 0,05 dB. При медлен-

ном прогрессировании, а вообще-

то говоря, стационарной глауко-

мы как-будто быть не может, в

Если убывает больше 2 dB, это – очень тревожно. Еще в 70-е годы М.В. Волковой с низким ликворным давлением. но, что разница есть. была предложена статическая над- Что касается работ американца пороговая периметрия, которая на J. Berdahl и его коллег, они вос- глаукомы, главный редактор жур- виду роль биохимической струк- ентом. Таким простейшим спосопротяжении почти 20 лет исполь- пользовались данными спинно- нала «Глаукома Ревью» R. Weinreb туры мембраны. М. Hernandez бом можно получить центральную зовалась в глаукомном отделении мозговых пункций нескольких ты- в своей лекции много говорил о первая обратила внимание на то, статическую периметрию. Следу-Ленинградского глазного центра. сяч человек постфактум, выбрали способах измерения офтальмото- что при глаукоме меняется струк- ет заметить, что еще в 1983 году На ПРП, который многие знают, из них больных глаукомой и уста- нуса. А закончил он тем, что ска- тура белков решетчатой мембра- эта простейшая методика нами или на шаровом периметре бра- новили, что ликворное давление зал, чтобы понимать роль ВГД при ны. Затем начались исследования лись точки в зоне Бьеррум, 12 то- у больных глаукомой и у больных глаукоме, при мониторинге нужно других факторов (Е.Н. Иомдина, него самоконтроля. Современный чек через каждые 15 градусов. При- с гипертензией без глаукомы зна- учитывать не только уровень соб- Н.И. Курышева, А.И. Журавлев, скрининговый вариант, апробироборы позволяли дозировать и раз- чительно выше. Высокое ликворное ственно ВГД, но и уровень внутри- Т.Н. Киселева). мер стимула, и его яркость. Снача- давление служит защитным факто- черепного ликворного давления, ла надо было выработать норму, ром. Но самая примечательная – что следует из работ R. Ren. Так в видности простой глаукомы. лях, является нашей сегодняшней учесть при этом возраст, а затем по это работа R. Ren и его коллег, двух чем же повинен градиент? Другой Офтальмогипертензивная – когда перспективой.



ЛЕКЦИЯ



Постановка и результаты опытов американских офтальмологов США (M. Yablonsky, R. Ritch, K. Pokorny, 1979) по изучению градиента внутриглазного и цереброликворного давлений в опытах на кошках

Вернемся к рассмотрению новых

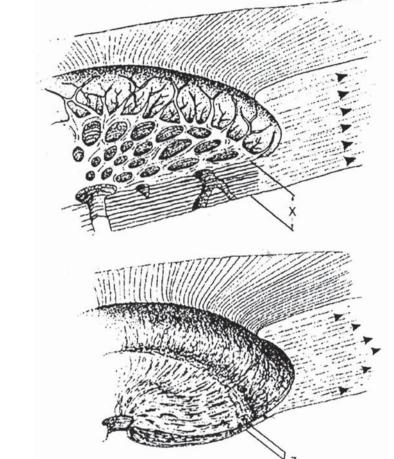
существу они установили то же самое, что и J. Berdahl, но путем собственных исследований, пунктируя факторов, позволяющих раскрыть больных глаукомой. Я в 2001 году этиопатогенез простой глаукомы. использовал работы американцев, медицинской академии обрати- ный – нормальное давление. Ниж- ма. Я просто сопоставил показатели

известный специалист С. Burgoyne из США показал, что напряжение на решетчатой мембране определяется не только градиентом давлений, но и ее геометрическими параметрами: чем больше диск, тем больше напряжение, чем тоньше диск, тем больше напряжение. Что нам делать? Либо внедрять спинномозговую пункцию, либо вернуться к офтальмодинамометрии, офтальмологи этим занимались. Наши специалисты, в частности И.А. Лоскутов, показали, чтобы определить ликворное давление в зрительном нерве, надо просто научиться определять давление в центральной вене сетчатки по венозному пульсу.

По данным M. Gordon и др., не столько уровень офтальмотонуса решает, перейдет ли офтальмо гипертензия в глаукому, сколько



C. Burgoyne – известный амери канский ученый, специалист в области биофизики глаза



Биомеханическая перестройка РМ и окружающей склеры в процессе формирования глаукомной экскавации при экспериментальной глаукоме у обезьян (Burgoyne et al., 1995)

Результаты прямых измерений ВЧД у людей, мм рт.ст.

Группа ис- следованных глаз	По В.В. Волкову, 2001			По R. Ren et al., 2010 (Германия, Китай)			По J. Berdahl et al., 2010 (США)		
	n	ВЧД в зри- тельном нерве	Р	n	ВЧД в сп. мозге	Р	n	ВЧД в сп. мозге	Р
Глаукома ПНД	-	-	-	14	9,5	<0,01	11	8,7	<0,01
Глаукома с ОГ	6	6,7	<0,05	29	11,7	<0,001	57	9,1	<0,0001
Контроль	10	8,5	-	71	12,9	-	105	11,8	_
ОГ без глаукомы	-	_	-	-	_	-	27	12,6	<0,05

среднем убывает порядка 1-1,5 dВ. можно было говорить о разни- на в таблице. Она не очень убеди- правильно думать, что если рого- и, имея на схеме обозначенные це статистически не очень значи- тельна, потому что наблюдений не мой, но значимой при глаукоме много, всего 10. Но уже было вид-

Как видите, уже в 2001 году и получил разницу, которая показа- толщина роговицы. Наверное,

Ведущий специалист в области

вица толстая, то и склера толстая, мембрана толстая, и – наоборот, карты можно проверить таким обхотя эту корреляцию еще нужно разом 24 точки, при этом вычердоказать. Важно также иметь в кивая точки, не видимые паци-

нарушена продукция и отток жидкости, ликворгипотензивная, и, наконец, снижение упругих свойств мембраны может быть и при нормальном градиенте. Я думаю, что здесь нагрузочные пробы могут служить серьезной помехой... На мой взгляд, и диспансерная карта больного глаукомой должна преобразиться: не только «утровечер», не только это, но и данные исследования диска зрительного нерва, центрального поля зрения. ВГД должно через дробь сочетаться с ВЧД (внутричерепное давление), должно регистрироваться артериальное давление.

довать для этой цели диск – непродуктивно, это очень сложная методика. Офтальмологи использовали черный диск с восемью гранями (конструкции В.В. Волкова). На роне неба или белого полотна обозначаются точки ближе к центру, объекты, вращая диск, с помощью была рекомендована для домашванный профессором Э.В. Бойко Можно выделить три разно- с сотрудниками в военных госпита-

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

Электрофизиология в ранней диагностике глаукомы

М.В. Зуева, И.В. Цапенко, С.В. Резвых

ФГУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздравсоцразвития России

ри глаукоме гибель ганглиозных клеток (ГК) принервных волокон (СНВ) и к функциональным дефектам полей зрения (ПЗ). Морфометрия головки зрительного нерва или СНВ способствует выявлению патологии уже при необратимой потере части аксонов ГК. Поэтому стандартная статическая пороговая пеформацию для раннего распознавания глаукоматозного процесса, каких структур ослабляет зрительные функции. Обращение пациента к специалисту происходит чаше всего при существенном сужении ПЗ, когда погибло не менее 25-Baumrind L.A., Quigley H.A., 2000). Клинические наблюдения и исслеют, что гибель волокон зрительного нерва и ганглиозных клено и может растянуться на месяцы и годы. Поэтому целью ранней диагностики является идентификация глаукомы среди лиц с повышенным ВГД, прежде чем у них начнут выявляться дефекты ПЗ, для своевременного проведения лечения и его Возможностями раннего и объ-

ективного исследования нарушений зрительных функций и мониобладает клиническая электрофизиология. Специфика изменений грамм (ЭРГ) зависит от чувствительности нейронов сетчатки – ислов – к процессам, определяющим патофизиологические механизмы лярными механизмами заболеваний сетчатки являются ишемия, окислительный стресс, эксайтотоксичность, аутоиммунные реакции и воспаление, и все эти механизмы играют важную роль в патофизиологии глаукомы. На рис. 1 представлена схема источников генерации основных видов биопотеншиалов, входящих в протокол исследований по стандартам международного общества клинической электрофизиологии зрения (ISCEV) (Marmor M.F. et al., 2008).

чувствительны к ишемии и эксайтотоксичности (Kaur C. et al., 2008) и в большей степени поражаются при глаукоме среди всех нейронов сетчатки. Поэтому среди электрофизиологических методов ранней диагностики и мониторинга глаукомы наибольшей специфичностью и чувствительностью при глаукоме обладают паттерн-ЭРГ (ПЭРГ), отражающая активность самих ГК, и фотопический негативный ответ (ФНО или PhNR).

Для регистрации ФНО используется ганцфельд сферический стимулятор (рис. 2а). Фотопический негативный ответ – негативный потенциал, который следует за b-волной в фотопической ЭРГ на вспышку, а также за b- и d-волнами в on-off-ЭРГ на длительный стимул (рис. 26). У обезьян ФНО селективно поражается при эксперименталь-

жающего потенциал действия ГК man M.B., 2008). Для решения про- мой off-каналов колбочковой систебольных ПОУГ и при поражениях парадигме используют steady-state осцилляторный индекс, который ологии (Viswanathan S. et al., 2009; Kizawa J. et al., 2006; Chen H. et al.,

оценки функции внутренней сет- ПЭРГ К_{РЕКС} рассчитывается по слечатки (Bach M., 2001, Frisman L.J., 2006; Holder G.E. et al., 2007). При глаукоме изменения ПЭРГ отмеча ются до появления аномалий на диске зрительного нерва или глазнии пациента в динамике ПЭРГ позволяет корректно определять глания ее признаков. Для регистрации ПЭРГ в качестве стимула исполь- са ПЭРГ осуществляется автоматипаттерн (рис. 3a), частота инвер- поэтому проведение исследований сий черных и белых ячеек в кото- в рамках данной парадигмы не яв- ПЗ умеренные ответ транзиентным (transient: 0,8-4 рев/сек или 0,4-2 Гц) или отвеstate: более 6 рев/сек) (рис. 3б). В транзиентной ПЭРГ позитивный ненты по-разному поражаются при ных электродов и применение заболеваниях сетчатки и зритель- паттернов-решеток. Использование стояния, имеющая синусоидальный зивно для пациента, однако ампли- регистрации ЗВКП на движение, вид (только N95), наиболее эффек- туда ответа существенно снижаетукомных повреждений. ПЭРГ на исследования парадигмы ПЭРГЛА и магноцеллюлярными путями. Прибольшие размеры ячеек относи- индекс ПЭРГ существенно не разглаукоме и заметно редуцируется ся в одном исследовании. только в развитой стадии. Напро-

Высокая вариабельность отве-

черных-белых клеток 16 рев/сек и и снижается у пациентов с гиперрассчитывают отношение ампли-ПЭРГ рекомендована ISCEV для вых размеров (0,8° и 16°). Индекс рации на глазном дне (Ravalico G. дующей формуле:

Амплитуда ПЭРГ на стимул 0,8° Амплитуда ПЭРГ на стимул 16°

логических системах, например, системе RETI-compact PS компании Roland Consult, расчет индек-

Другая известная парадигма получила название «ПЭРГЛА» (PERGLA – «ПЭРГ для выявления глаукомы») (Porciatti V. et al., 1987; Ventura L.M. et al., 2005). Метод (P50) и негативный (N95) компо- отличает использование накожнакожных электродов менее инвативна в определении скрытых гла- ся – в 3 и более раз. По результатам личаются и могут комбинировать-

размерами ячеек рано изменяется стики глаукомы критериями являются осцилляторные потенциалы (OП) (Dong C.J. et al., 2004). Истов и низкое отношение «ответ/ точник ОП связан с активностью объективной оценке дефектов ПЗ шум» не позволяют надежно диа- внутренней сетчатки; они отражапо анализу абсолютных значений мые тормозными обратными связя-ПЭРГ. Поэтому разработаны спе- ми, инициированными амакриноциальные парадигмы ПЭРГ, помо- выми клетками, и высокочувствигающие еще до манифестации де- тельны к ишемии (Wachtmeister L., фектов ПЗ идентифицировать па- 1998, 2005). Индивидуальные ОП циентов с повышенным ВГД, у кого отражают активацию нескольких глаукомные повреждения только генераторов в сетчатке. Более ран- эксперименте у обезьян вызыва- потезе Y. Zhong и соавторов (2007), зарождаются. Наиболее известен ине ОП генерируются в нейронах, ет резкое угнетение амплитуд а- и активация глиальных клеток в «индекс ПЭРГ» или «Фрайбургская связанных с оп-путями палочковой b-волн (Grozdanic S.D. et al., 2003).

В современных электрофизио- последовательности, по спектру мощности разбиваются на два чаленные ОП (Rangaswamy N.V. et al., 2006). Экспериментальная глаукома редуцирует быстрые ОП во всех локализациях, даже когда дефекты

тензией еще до того, как начина-

et al., 1998). У приматов ОП, реги-

стрируемые в мф-ЭРГ медленной

вые потенциалы (ЗВКП) не специфичны для глаукомы, так как отрапути от сетчатки до коры (Odom J.V. et al., 2010). Поэтому классичеимеют большого значения в ранней диагностике (Parisi V. et al., 2006). поскольку его восприятие передаменяют также сине-колбочковые S-ЗВКП, так как S-колбочковый кониоцеллюлярный путь поража-Высокочувствительными, но ется раньше выявления дефектов ПЗ (Bach M., 2001). В настоящее время используют т.н. метод «объективной периметрии» – мультифокальные ЗВКП, которые полезны в только при развитой глаукоме.

вспышки, являясь интегральным индикатором функции фоторецепторов и биполярных клеток, остается почти нормальной или слегка глаукома индуцирует экспрессию редуцированной (Bach M., 2001), однако острое повышение ВГД в

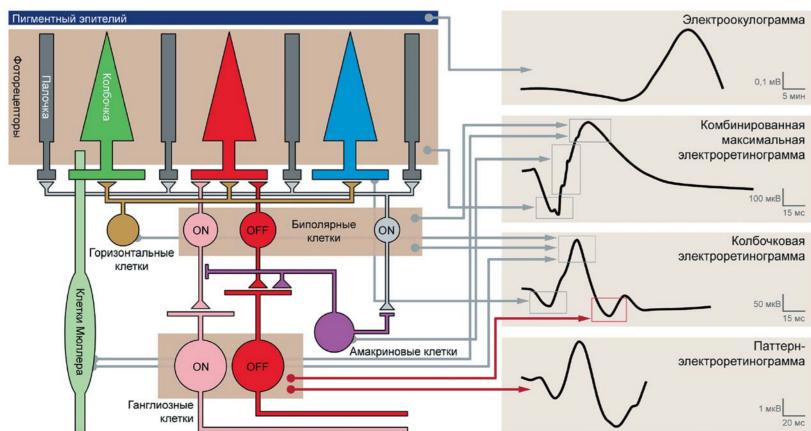
инъекции тетродотоксина, уничто- парадигма» (Bach M. and Hoff- системы, и поздние ОП – с систе- Ритмическая ЭРГ широкого спеки амакриновых клеток; у человека блемы высокой внутри- и межин- мы. Сумма амплитуд первых трех лективное вовлечение фоторецепрезкое угнетение ФНО показано у 🛮 дивидуальной вариабельности в 📉 пиков от изолинии представляет 🔻 торов и биполярных клеток в раззрительного нерва различной эти- стимуляцию с частотой инверсии зависит от ретинального кровотока и др., 2008; Гринченко М.И. и др., 2009; Цапенко И.В. и др., 2010). Учитывая, что в РЭРГ низкой и вытуд ПЭРГ на стимулы двух угло- ют выявляться значительные альте- сокой частоты доминирует активность разных нейронов сетчатки. тов на частотах 8,3-12 Гц в глазах с развитой глаукомой доказывают, что в патологический процесс вовлекаются не только ГК, но фоторецепторы и биполярные клетки.

> Мультифокальная ЭРГ (мф-ЭРГ), также как и ганцфельд ЭРГ, не специфична для оценки функшии нейронов внутренней сетчатки при глаукоме, поскольку основным источником генерации ее N1 полярные клетки (Hood D.C. et a., 2008). Однако, несмотря на низкую специфичность метода, в наших и зарубежных исследованиях было показано, что мф-ЭРГ рано ки, может использоваться для мониторинга эффективности лечения (Hasegawa S. et al., 2000; Зуева М.В. и др., 2010).

функциональных критериев глаукомы продолжается по двум главным

1) повышение чувствительности и специфичности тестов ранференциальной диагностики начальных стадий глаукомы высоковолокон зрительного нерва иной этиологии

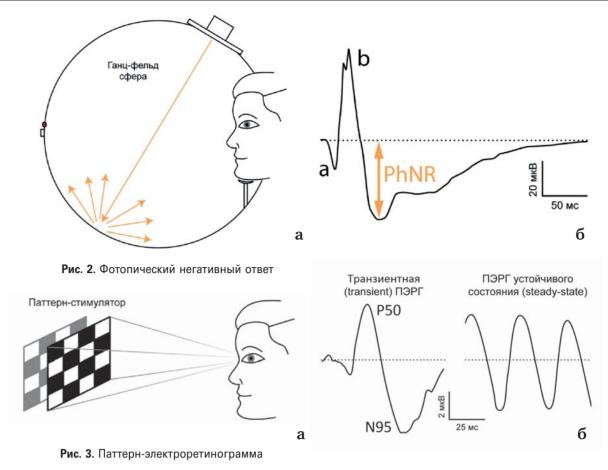
ски обоснованных критериев, позволяющих на новом уровне оцении контролировать эффективность глиального фибриллярного кисло-



ной глаукоме или интраокулярной Рис. 1. Исследование функционального состояния сетчатки с помощью некоторых электрофизиологических методов

нерва на ранней стадии глаукомы отражает стремление нейроглии ограничить повреждение нейронов. Однако при эволюции заболевания активированные глиальные воздействия на нейральную ткань, создавая условие для механического ее повреждения или изменяя микроокружение нейронов. С другой стороны, в гипотезе N. Osborn (Osborne N.N., Melena J. et al., 2001), объясняющей поражение ганглиозных клеток и их аксонов при глаукоме, также значительная роль отводится дисфункции клеток Мюллера. Поэтому в будущих исследованиях предстоит изучить (первичную и/или вторичную) роль реактивных глиальных нейропатии и определить терапевтические подходы, позволяющие воспользоваться полезным эффек том и нивелировать вредные эффекты глиальной активации.

В электроретинографии объективным критерием оценки функции глиальных клеток Мюллера является глиальный индекс Кг рассчитываемый по отношению амплитуд b-волны ЭРГ на одиночные вспышки и РЭРГ различной



частоты (Зуева М.В., Цапенко И.В. и соавт., 2002; Нероев В.В. и соавт., 2005). Кг служит объективным критерием реактивного глиоза и ишемии сетчатки, поэтому стадиях ГОН особенно актуально в свете указанных выше перспективных направлений исследований. Расчет индекса может быть выполнен автоматически на ЭФИсистемах Roland Consult

Таким образом, современные метолы клинической электрофизиологии зрения имеют различную клиническую значимость для больных глаукомой и с подозрением на глаукому. Наибольшей диагностической ценностью сегодня обладают объективные критерии функции ГК и их аксонов, такие как ФНО и ПЭРГ. Комплекс стандартных и оригинальных методов электроретинографии позволяет опреде лять нарушение функции нейронов дистальной и проксимальной сетдиагностики и мониторинга глаукомы будет основываться на возрастании уровня фундаментальных знаний о ее патогенезе и об источниках генерации биопотенциалов зрительной системы.

Профилактика инфекционных воспалительных осложнений при факоэмульсификации катаракты

И.Э. Иошин, А.И. Толчинская

ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

звитие имплантологии дало сталика при ультразвуковом способе удаления катаракты рассматривается как наиболее физиологич-

Однако в послеоперационном первые дни после факоэмульсифико с функциональным состоянием к развитию воспаления.

инфекционных осложнений снизилась до тысячных долей %. Однако переход к бесшовной факоэмульсификации, особенно с использованием роговичного разреза, приэндофтальмита в послеоперационном периоде (до 1,77%). Увеличение числа воспалительных осложнений связано, по-видимому, с расширением показаний к операции ному изменению в техноло- и имплантации ИОЛ в случаях гии хирургии катаракты. осложненной катаракты при наимплантация искусственного хру- логии, увеличением общего количества операций, улучшением статистики и другими факторами.

Во время проведения факоэмульная и сохраняющая естественные сификации бактериальная кантанология. Малая травматичность может возникать на различных ее раствором антисептика витабакта, хирургического вмешательства ска- этапах. Оперативное вмешательв ходе операции, что позволило количества жидкости, введением в большинстве случаев перейти на внутрикамерных анестетиков, ви- в совокупности с антибактериальдействием является дозированной ет риск развития воспалительных периоде восстановление зрения в травмой для глаза с нарушением осложнений. гематоофтальмического барьера, кашии катаракты связано не толь- что может в дальнейшем привести

акоэмульсификации. При провесится развитие воспалительной зованием самогерметизирующего- можная травматизация слизистой реакции в раннем послеопераци- ся разреза, герметизация раны на во время процедуры, обсеменение или эндогенный (метастатический) триглазного давления позволяют тей и продолжительная антибакзаболевания может быть умеренно конъюнктивальной полости внутрь привели к отказу от данного меного препарата, нашли широкое выраженной, тяжелой или крайне глаза. Это важно, потому что наи- тода при хирургическом лечении применение при поверхностных более частой причиной развития катаракты. Исторически со времен Жака инфекционных осложнений явля-Давиэля до начала XX века чис- ются экзогенные факторы: это ми- става конъюнктивальной поло- сроки обоснованного применения на (Офтаквикс, глазные капли). ло эндофтальмитов стабильно со- крофлора век и конъюнктивы. По сти до операции с последующей в послеоперационном периоде В сравнительном многоцентровом ставляло около 10%, что объясня- данным различных авторов, при ее санацией длительное время от- антибактериальных (до 14 дней) исследовании чувствительности к лось несовершенством хирургиче- отсутствии профилактической са- носили к одним из эффективных и глюкокортикостероидов (до антибиотикам обычных возбудитеского вмешательства и отсутстви- нации конъюнктивального мешка мер профилактики инфекционных 1 мес.), а также развитие эпителио- лей глазных инфекций (Германия, ем должного антибактериального до операции потенциальные воз- осложнений (Иошин И.Э.с соавт. патии роговицы и возможной рези- 2004) было доказано, что левофлоксопровождения операции. Во вто- будители инфекции, преимуще- 1998; Федоров Л.А. с соавт., 1999; стентности к возбудителям инфексацин более эффективен не только рой половине XX века, благодаря ственно грамположительные кок- Шмелева В.В., 1981 и др.). Одна- ции обусловило переход на раздель- против грамположительных и грапоявлению операционного микро- ки, обнаруживаются более чем в ко было выявлено, что после при- ное использование антибиотиков мотрицательных возбудителей, но скопа и развитию микрохирургии, 50%, а на коже век – в 100% слу- менения антибактериальной тера- и стероидных противовоспалитель- и против атипичных возбудителей качественного шовного материала чаев (Гурченок П.А., 2009; Око- пии в большинстве случаев пере- ных препаратов после факоэмульи открытию антибиотиков, частота лов И.М., 2008; Сергиенко Н.М. крывается весь спектр вероятных сификации катаракты.

Ariyasu R. et al., 1993; Speaker M. et al., 1991 и др.).

Поскольку наиболее частой привел к некоторому росту случаев тальмитов являются экзогенные факторы, то одним из направлений профилактики инфекции является сокращение бактериальной микрофлоры на поверхности глаз-Очень важным моментом про-

филактики является соблюдение одноразовое белье, обработка рук хирурга, обработка операционного поля больного 5-10% раствором повидон-йод (бетадином) и 0,05% раствором хлоргексидина, конъюнктивальной полости - 0,05% ограничение операционного поля спешиальными стерильными салфетками с изоляцией ресниц, что ной терапией значительно снижа-

Исторически методы антибактериальной профилактики инфекционных осложнений с течением Важную роль в профилактике времени претерпели изменения. длительное время являлось про-

с соавт., 2006; Cinlla T. et. al., 2002; возбудителей глазных инфекций, что привело к отказу от метода предварительного бактериологического посева перед экстракцией

Большинство применяемых в офтальмологии антибиотиков именошении сокращения бактериальной флоры на поверхности конъраспространение и применение до настоящего времени имеют, кроме ные инъекции в конце операции. Однако имеются сведения, что одта гентамицин, который чаще всего применяется в конце операции, маем терапевтической концентрации его во влаге передней камеры. Кроцин и тобрамицин) резервируются в основном для грамотрицательной микрофлоры, не обладают высокой эффективностью против стафилококков, которые, как известно, боосложнений (Вохмяков В.А. с соавт., 2007; Сергиенко Н.М. с соавт., ет аг., 1991 и др.), ооладают потен- и топоизомераза 4 (тетрамер, нервно-мышечную блокаду.

инфекционных заболеваниях орга- нолонов 3-го поколения являет-Изучение бактериального со- на зрения. Вместе с тем различные ся 0,5% раствор левофлоксаци-

ленные методы антибактериальной профилактики инфекционных осложнений в силу своих отрицаного места при факоэмульсификации катаракты, а длительное исков не могли не изменить степень чувствительности к ним микроорпрошлого века антибактериальных препаратов фторхинолонового ряда революцией в профилактике и терапии бактериальных воспалительно и организма в целом. Основными аргументами для активнофторхинолонов (3-е поколение) с целью профилактики послеопемологии являются их активность в отношении как грамположительтерий, более оптимизированная фармакокинетика, а также их выпричиной развития инфекционных во влагу передней камеры. Мишесо степенью реакции глаза на опе- инфицирования внутриглазных Так, одним из методов профилак- 2006; Страчунский Л.С. с соавт., (тетрамер, состоящий из двух А и рационную травму на фоне возни- структур играет сама технология тики инфекционного воспаления 2007; Han D. et al., 1996; Speaker M. двух В полипептидных субъединиц) К наиболее тяжелому осложне- дении операции поддержание глу- мывание слезных путей перед экс- циальной нефротоксичностью и стоящий из двух С и двух Е субънию в хирургии катаракты отно- бины передней камеры с исполь- тракцией катаракты. Однако воз- ототоксичностью и могут вызывать единиц). Эти ферменты отвечают Использование готовых форм комбинацию и восстановление онном периоде, основной формой заключительных этапах операции конъюнктивального мешка имею- комбинированных лекарственных ДНК бактерий. Кроме того, фторкоторого является экзогенный и/ с сохранением повышенного вну- щейся микрофлорой слезных пу- средств, которые включают ком- хинолоны 3-го поколения не тольбинацию антибактериального и ко убивают бактерии, но и ингибиэндофтальмит, который по тяжести избежать всасывания содержимого териальная терапия после этого стероидного противовоспалитель- руют их рост от 2 до 6 часов после

Таким образом, вышеперечис-

Одним из препаратов фторхи-

Мультифокальные асферические линзы AT LISA

(Carl Zeiss Meditec, AG, Germany)

астущий спрос на рефракционные оперативные вме-**L** шательства определяет необходимость исключения послеоперационного астигматизма за счет уменьшения величины разреза. Интраокулярная линза АТ LISA809M, созданная компанией Carl Zeiss, отвечает требованиям современной хирургии через микроразрез (MICS), - имплантация осуществляется через микроразрез 1,5 мм и меньше, предотвращает децентрации и подходит широкому кругу пациентов. Кроме минимального риска послеоперационного астигматизма, имплантация AT LISA практически не вызывает повреждения клеток эндотелия и минимизирует риск факоэмульсификации.

Известно, что хрусталик не только теряет свою прозрачность с годами, но и меняет сферические аберрации на протяжении всей жизни. Модель AT LISA 809М, благодаря асферическому ность глазу одновременно видеть которые хотят меньше зависеть дизайну соответствует «молодому» вдаль и на близком расстоянии от очков.



хрусталику, сохраняя глубину резкости, отличную контрастную чувствительность и сокращает сфери-

перепадов в оптической зоне би- и предназначена для пациентов фокальной линзы дают возмож-

без постоянной необходимости ношения очков, повышают контрастность изображения. Линза выполнена из гидрофильного акрила Мягкие границы диоптрийных с высоким индексом преломления

Интраокулярная линза для хирургии катаракты

Применение: Стандартная катаракта

Оптическая конструкция: Мультифокальная асферическая – аберрационно-нейтральная

Материал	Гидрофильный акрил (25%) с гидрофобной поверхностью			
Диаметр оптики	6,0 mm			
Общий диаметр	11,0 mm			
Модель оптики	Асферическая мультифокальная			
Конструкция линзы	Моноблочная MICS			
Угол наклона гаптик	0°			
Дизайн ИОЛ	Single-Piece			
А-константа	117,8			
Размер разреза	От 1,5 мм			
Диоптрийность Аддидация +3,75 D	От 0,0 до 32,0 D (шаг 0,5 D)			



ООО «ОПТЭК» 105005, РФ, Москва, Денисовский пер., 26 Тел.: +7 (495) 933 51 51 Факс: +7 (495) 933 51 55 E-mail: office@optecgroup.com Телефон горячей линии: 8 800 2000 567



We make it visible

< стр. 21

бактериальных инфекций глаза (Hanioglu-Kargi S. et al., 1998; Kaspar H. et al., 2001; Liesegang E. et al., 2004-2005). По сравнению с другими антибиотиками левофлоксацин имеет самый широкий спектр действия по отношению к ных инфекций и наивысшую проникающую способность в передний Heali D. et al., 2001; Yavada M. et al., 2003 и др.).

Данные, полученные в рамках многоцентрового исследования, проведенного в 2003-2006 гг. с участием около 16000 пациентов, послужили основанием для рекомендаций Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов о включении глазных капель офтаквикс в схему применения фторхинолонов для профилактики инфекционных осложнений у пациентов, перенесших факоэмульсификацию катаракты (Bary P. et al., 2006). Капли назначаются за 2-3 дня до операции 4 раза в день, непосредственно перед операцией за 60 и 30 минут, в конце ее и в течение 7-14 дней после нее, что позволяет достичь уровня концентрации антибиотика в роговице и влаге передней камеры, превосходяшую минимальную ингибирующую концентрацию МІС 90 для наиболее частых возбудителей послеоперационного эндофтальмита.

Предложенная схема профилактики инфекционных осложнений была использована в нашей кли- парата и 0,1% раствора нестеронической практике у 466 больных с катарактами различной этиологии до, во время и после проведения факоэмульсификации. В структуре сопутствующей патологии имели место заболевания глазного яблока (увеит, глаукома, последствия травмы, патология сетчатки и зрительного нерва и другие) и многочисленные общие сопутствующие заболевания в стадии ремис сии, встретившиеся у 80% больных. Операции были выполнены амбулаторно на факоэмульсификаторе «Infiniti Vition System» по технологии Ozil IP через роговичный тоннель длиной 2,2 мм.

С целью профилактики инфекционного воспаления, согласно с их широким спектром действия, рекомендациям Европейского общества катарактальных и рефракционных хирургов, за 2 дня до носимостью, обеспечивающих дооперации больным назначались закапывания в конъюнктиваль- ческой эрадикации (уничтожения) ную полость раствора антибиотика возбудителей.

офтаквикса 4 раза в день. В день операции продолжали инстиллянии офтаквикса за 60 и 30 минут до и сразу после операции, а в конце ее к антибиотику добавляли 0,1% раствор офтан-дексаметазона.

НАУЧНЫЕ СТАТЬИ

В большинстве случаев (96,8% – 451 больной) технологично выполненные операции способствовали 1470 изолятам возбудителей глаз- неосложненному течению раннего послеоперационного периола и получению высоких (0,4-1,0 сегмент глаза (Colin J. et al., 2003; в 89,2%) функциональных результатов с первого дня после операние, встретившееся в 3,2% случаев (15 больных), было значительно ниже литературных данных последних лет. При этом воспалительная реакция 1-2 степени, которая наиболее часто имела место при катаракте на фоне увеита, травмы, ранее оперированной глаукомы и сахарного диабета, характеризовалась умеренной степенью выраженности: феноменом Тиндаля 1-2 степени с единичными нитями фибрина по зрачковому краю и на ИОЛ (5 больных). На фоне более интенсивных инстилляций офтаквикса (до 6-8 раз в день), глюкокортикоидов, нестероидных противовоспалительных препаратов и мидриатиков воспалительную реакцию удалось купировать в тече-

> Амбулаторно больные продолжали инстилляции глазных капель офтаквикса 4 раза в день в течение 7 дней, 0,1% раствора офтандексаметазона до 1 месяца с постепенным снижением дозы преидного противовоспалительного препарата индоколлира в течение

> Ареактивное течение раннего послеоперационного периода у большинства больных на фоне предложенной схемы профилакпозволили у 86 больных осуществить хирургическое лечение катаракты на двух глазах с минимальным сроком между операциями (1-4 дня).

> Таким образом, в настоящее время в офтальмохирургии предпочтение по профилактике внутриглазных инфекций отдано фторхинолонам (Офтаквикс, глазные капли) высокой растворимостью, низкой резистентностью и хорошей перестаточный уровень микробиологи-

Российская академия медицинских наук • Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова • НОЧУ «Учебный центр повышения квалификации медицинской оптики и оптометрии»



1921-2001

Официальный сайт симпозиума: www.eyeconf.ru

Интернет-ресурсы: www.optometryscool.ru, www.weboptica.ru

ОСЕННИЕ РЕФРАКЦИОННЫЕ ЧТЕНИЯ,

посвященные 90-летию со дня рождения профессора Э.С. Аветисова

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе II Международного симпозиума «Осенние рефракционные чтения», посвященного 90-летию со дня рождения профессора Э.С. Аветисова.

Основная тема симпозиума:

«Астигматизм: проблемы диагностики и коррекции».

Дата проведения: 21-22 октября 2011 года.

Место проведения: Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11 А, НИИ глазных болезней РАМН.

Цель симпозиума: обсуждение научно-практических вопросов, связанных с первичной и индуцированной

- эволюция методов диагностики и коррекции астигматизма;
- кератоконус инновационные подходы к изучению патогенеза, коррекции и лечению;
- образовательно-информационные семинары.

В рамках симпозиума планируется выставка современного диагностического оборудования, средств оптической коррекции и инновационных технологий.

В работе симпозиума предполагается участие компаний, специализирующихся на производстве средств коррекции, офтальмологического оборудования и фармпрепаратов.

Информационная поддержка:

журналы «Вестник офтальмологии», «Глаз», «Вестник оптометрии», «Оправы и линзы», «Веко», специализированная газета «Поле зрения».





Эрнст Мулдашев: «Аллоплант» помогает, когда возможности обычной хирургии исчерпаны».

Мы находимся в гостях у профессора Эрнста Рифгатовича Мулдашева, директора Всероссийского Центра глазной и пластической хирургии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, широко известного благодаря разработке и активному применению уникального биоматериала «Аллоплант».

- Эрнст Рифгатович, добрый давления. Глаукома, как говорил день! Расскажите, пожалуйста, о великий А.П. Нестеров, – это нейсоздании Вашего Центра, о том, рооптикопатия, то есть глаукома как все начиналось, через ка- всегда сопровождается поражением го типа, их довольно много, говокие трудности, тернии пришлось

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

изобретения биоматериалов «Аллоплант». Аллоплант переводится как: allos с греческого языка - «чужой», plant с английского языка – «саженец»; получается «чужой са- это? женец». Аллоплант мы производим из тканей умерших людей, из кадаверных тканей. Эти ткани перерабатываются по специальной технотрикс. Путем химической обработции своих собственных тканей. На говоря, растут кровеносные сосуды. На месте другого – лимфатические. – склера, и тому подобное. Воздейными путями, мы добились регенерации целого ряда тканей, в основном при лечении патологии глаз. Но сейчас Аллопланты используются во многих областях медицины, и Изобретение Аллопланта позво- зрением 0,1, понимаете. лило оперировать и помогать тем больным, которые ранее считались безнадежными. Ярким примером случай.

на месте которого растут кровеносные сосуды, можно добиться улуч- помещая людей внутрь «Глаза».

шения питания зрительного нерва

и замедление процесса атрофии.

шение к глаукоме?

– Конечно, поэтому глаукому мы практически во всех случаях оперируем, включая операции на за» появится какая-то серьезная скованно, а вдруг будет кератопа зрительном нерве. Иногда делаем наука, мы не исключаем такой тия, да все что угодно, был такой традиционные операции, удается довольно сложную операцию рева- возможности. скуляризации зрительного нерва, но практически во всех случаях мы вводим вокруг зрительного нерва диспергированную форму Аллопланта (порошкообразная форма), который стимулирует регенерацию кровеносных сосудов, улучшает об- с высшими силами, но опредеменные процессы, и состояние зрительного нерва во многих случаях кает сразу. улучшается, пациент чувствует это в виде улучшения зрительных функ- шение, как мы понимаем, в опреде- таким образом многим пациенций. Глаукому нельзя вылечить ленном смысле. И вот это очище- там, которые ну никак не идут на только снижением внутриглазного ние тоже не совсем понятно. То ли синустрабекулэктомии и другие

зрительного нерва. Известна форма глаукомы с низким давлением, ког-– Наш Центр был создан на базе да идет глаукоматозный процесс, ют. Даже сейчас, когда «Глаз» не доа давление у больного нормальное.

- При подходе к Центру виден огромный человеческий глаз. Что

– Строение планировалось в качестве конференц-зала. Это, между прочим, самая большая в мире модель глаза. Мы уже подали докутехнологию обработки. И суть ее Кроме проведения конференций, заключается в воздействии на ма- это сооружение будет использоваться в образовательных и лечебных ки матрикс изменяется, пересажен- целях. Применение современных ная ткань принципиально меняет технологий и оборудования позвосвои свойства. Во-первых, она не лит нам проецировать на внутренотторгается. Подтверждением это- нюю поверхность «Глаза» изображему является более полутора милли- ние различных патологических соона операций с Аллоплантом и ни стояний сетчатки. По мнению биоодного отторжения. Во-вторых, она логов, реабилитация слабовидящих становится стимулятором регенера- детей внутри «Глаза» будет намного эффективнее. Мы будем запускать месте одного Аллопланта, образно пациентов внутрь огромного глаза и проводить занятия по реабилитации. На мой взгляд, это будет вли-На месте третьего – кость, на месте ять на подсознание, неведомое нам четвертого – конъюнктива, пятого и труднообъяснимое с точки зрения традиционной медицины. Увы, мноствуя на гликозаминогликаны раз- гое мы еще не можем объяснить. Я Вам приведу один пример. Одна пациентка имела зрение 0,01, парацентральное точечное поле зрения. А другая пациентка имела зрение 0,1. И вот эта со зрением 0,01 их применяют 500 клиник России. водила, как слепую, пациентку со

Да, это бывает, удивительный

- Это удивительные моменты, может явиться атрофия зрительного нерва. Атрофия зрительного какое-то влияние подсознания, конерва – это как приговор. А здесь, торое реализует эту 0,01. Мы не моделая операцию реваскуляризации жем пока это объяснить. И вот этозрительного нерва, то есть, подво- му влиянию подсознания, я думаю, мы пытались технологическим пудя к зрительному нерву Аллоплант, мы сможем найти какие-то науч- тем создать аналог трабекулярного ные критерии, научные моменты,

- Но ведь, эволюционно, мы унаследовали намного больше - Это же имеет прямое отно-Мозг используется далеко не на

Да, и возможно, из этого «Гла-

храмы строились неспроста, с определенной формой. Когда человек попадает внутрь, не знаю, насколько происходит контакт ленный настрой психики возни-

это форма, то ли что? А здесь эта форма «Глаза» получилась, как бы купол храма. Люди экстрасенсорнорят, что здесь сильная энергетика. что они здесь хорошо себя чувствуведен до окончательного вида, еще там не совсем все сделано, мы начали проверять остроту зрения у наших пациентов в обычных условиях и когда они находятся внутри «Глаза». Вроде бы, пока еще такой статистики нет, они там дают более высокую остроту зрения.

– Что касается меня, то в этом зале я почувствовал некоторое улучшение настроения, честно скажу. Но, с другой стороны, я как офтальмолог всегда мечтал совершить виртуальное путешествие. Я сразу нашел диск, сказал, что глаз правый, представил, как это все будет выглядеть. Сразу подзаряжаешься, удивительная акустика. Ну и, в конце концов, обучающий компонент тоже очень важен. Эрнст Рифгатович, давайте подробнее поговорим о глаукоме, как ее лечат в Вашем

– Да, что касается глаукомы, то

в нашем Центре глаукома является одной из основных патологий, которые мы оперируем. Чаще всего к нам поступают пациенты уже оперированные, с врожденной глаукомой, с вторичной глаукомой, с т.н. «заросшими» операциями. Решить проблему рубцевания фильтрационной зоны мы смогли, только создав губчатые Аллопланты, применение которых препятствует развитию рубновых процессов в области оперативного вмешательства. Над созданием этих Аллоплантов мы работали около 10 лет. Они у нас не сразу получились, потому что быть не просто точным аналогом, а быть более плотным, чтобы он не терял свою структуру в послеоперационном периоде. И нам это ударецепторов, чем пользуемся. дось сделать. Мы долго проводили эксперименты на животных, не решались ввести его в переднюю камеру глаза по той причине, что рина «нулевых» глазах волонтеров. - Ну, а с другой стороны, даже А сейчас операции губчатого дренирования (спонж-дренирования) мы делаем ежедневно. Часто мы сразу через тот же разрез входим в супрахориоидальное пространство и имплантируем Аллоплант для реваскуляризации зрительного нерва. Одномоментно мы проводим рева-– Ведь в храмах происходит очи- скуляризацию хориоидеи. И вот







сохранить зрительные функции.

- Какой объем хирургии в год

– В год мы делаем где-то от 8 до 10 тысяч операций. Каждый день в среднем оперируем 30-50 человек.

- У Вас достаточно хорошо поставлено собственное производство. Все производится здесь пря-

- Вы используете передовые риск. Потом начали оперировать снизить внутриглазное давление и технологии? Можно несколько слов об этом?

> - Да, у нас есть тканевой банк. Благодаря которому мы имеем возможность внедрять свои разработки в клиническую практику. Наш тканевой банк оснашен современным оборудованием. Впервые моделирование трансплантатов проводится с применением лазерной технологии. Для этого сконструирована установка нашими уникальными ученымифизиками из ядерного центра (г. Саров). Моделирование трансплантатов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ





диагностики патологии зрительно-

го нерва, зрительного канала, орби-

фии зрительного нерва, которую

мы оперируем. Кроме того, я могу

сказать, у нас великолепно обору-

Там два электронных микроско-

па, один растровый, второй обыч-

в последнее время поставки дорого-

стоящего оборудования идут очень

хорошо, раньше было тяжелее. Эти

Проблема материального

обеспечения в России очень ак-

рошо по той причине, что мы обра-

щаем особое внимание на то, что-

симальной нагрузкой, а не про-

Имеете в виду, что опытный

поставки воистину выполняются.

дован морфологический блок.

на основе компьютерной технологии с использованием лазерного луча позволяет эффективно без по- ты и глазного яблока. Это, прежде вреждения структуры ткани придать любую необходимую для различных операций объем и форму.

- В плане стерильности трансплантатов, у Вас, по-моему, используется радиация?

– У нас было много проблем со ный. Кроме того, лазерный микро стерилизацией Аллоплантов, потоскоп. Когда к нам приходят с кафед му что до сих пор мы возили трансры анатомии, гистологии и видят плантаты стерилизовать в тот же Саров и другие города России, где по-хорошему нам завидуют. Я хочу имелась такая возможность. сказать несколько теплых слов в адрес Минздрава России, потому что

- Вы заказали свои?

– Да, на спонсорские деньги, которые нам дал Роман Абрамович, мы построили здесь ускоритель. Ученые Сарова построили ускоритель, который стерилизует как электронными, так и гамма-лучами, и в различных соотношениях обоими способами и т.п. Но это совер шенно безопасно, потому что для каждого вида Аллопланта должен быть свой режим стерилизации. Вот, например, Аллопланты, которые содержат больше воды (вода же при гамма-излучении наиболее опасна, потому что она распадается на анионы ОН-, что может дать реакцию тканей), их было довольновсе это удается. Более того, нами обычный анализатор зрительного сеичас выпускается целая серия водных Аллоплантов, то есть экс- для диагностики первичной глауко- прямое взаимодействие молекулы тракты Аллоплантов разводятся мы. По сути дела, когда мы начали препарата с белково-липидными включая устойчивые госпитальные в воде, и эту воду можно пить, ее его применять, мы не сразу оцени- комплексами мембран микроорга- штаммы. Препарат оказывает протиможно применять в виде глазных ди его по достоинству. капель, при электрофорезе.

– Эрнст Рифгатович, я обратил внимание на хорошее оснащение Вашего Центра. Ведь, на мой взгляд, мало придумать новую уникальную технологию, важно обладать базой доказательной медицины, подтверждать результаты. У Вас только в одном кабинете стоят два периметра Humphrey, потрясающие микроскопы. Вы уделяете этому большое внимание?

– Конечно, оборудование у нас очень хорошее. Практически сей- жения волокон зрительного нерва. ный эффект связан с различием в час, если взять офтальмологию, После реваскуляризации зритель- структуре клеточных мембран чеу нас есть абсолютно все: и са- ного нерва с помощью Аллоплан- ловека и микроорганизмов. мый лучший допплерограф, и ОСТ та или при введении диспергиро- Окомистин обладает широким высочайшего уровня, у нас свой ванных Аллоплантов в субтеноно- спектром действия в отношении бак-МРТ. Томограф с программой для во пространство – в этих случаях терий, грибов, вирусов и простейших,

мы можем анализировать процент пораженных волокон до и после перации. Как показали исследования, у многих пациентов после операции отмечается положительная динамика. О чем это говорит? Как ни странно, это свидетельствует о том, что идет регенерация.

- Но ведь регенерация нервной

- Нервная ткань, вроде бы, не может регенерировать. Мы были удивлены. Но вот, казалось бы В Москве жил, теперь уже покойный, знаменитый ученый-невролог Д.М. Голубев. И последние слова его были такие: «А нервная ткань все равно регенерирует!» И вот мы при наших морфологических исслеованиях все более и более находим подтверждения тому, что всетаки нервная ткань и сетчатка могут регенерировать.

– Это надежда для огромного количества больных.

 Две докторских диссертации защищены, одна по пигментному ретиниту, другая по морфологии сетчатки, они как раз показали ультраструктурную регенерацию. сетчатки увеличивается количество меланосом – это уже признак регенерации. Есть и другие призна ки ультраструктурной регенерации Но мы сейчас стали находить еще и гистологические признаки регенерации. Это очень серьезные экспериментальные исследования.

– На животных?

– Да. Трудные эксперименты на зрительном нерве. Но эти эксперименты дают чистые морфологичевсего, вопрос нисходящей атро- ские признаки регенерации нерв-

> То есть, Вы создаете модель вторичной глаукомы, доводите до определенной стадии, потом





– Да, да, да. При росте нервного волокна появляются колбы роста – это морфологический признак, они четко видны при определенной окраске. И мы сейчас приходим

к выводу, что, по идее, видим реге-

нерацию. Конечно, в будущем хо-

телось бы получить хорошие кли

нические результаты, но работа эта

Эрнст Рифгатович, большое

спасибо за интересную беседу

Искренне желаю Вам удачи и в

научных исследованиях, и в кли-

нической работе!

Беседу вел С.Ю. Петров, к.м.н.. старший научный сотрудник НИИ ГБ РАМН

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Окомистин: чтобы Ваши глаза сияли здоровьем!

комистин - новый ориги нальный высокоэффективный препарат в офтальмоло-– Сейчас Минздрав контролигии, созданный российской компарует эффективность использова- нией «ИНФАМЕД». Окомистин – это ния того или иного оборудования. глазные капли для лечения острых ратурой, а она не будет работать. У заболеваний глаз (конъюнктиви нас, конечно, это дело обстоит хо- ты, блефариты, кератиты, кератоувеиты и др.), а также для лечения травм и ожогов глаза и для профибы каждый аппарат работал с мак- лактики гнойно-воспалительных таки трудно стерилизовать. Сейчас сто стоял для красоты. Например, и послеоперационном периодах. В основе антимикробной актив

> нерва, которыи рассчитан фирмои ности препарата Окомистин лежит фильный слой мембраны, разрыхдля крупномолекулярных веществ. - Да. Мы поставили задачу мо- Окомистин изменяет энзиматичезатор высчитывает процент порамы, что приводит к угнетению жизжения нервных волокон. Когда ре- недеятельности микроорганизмов шается вопрос о том, стоит ли про- и их разрушению. Окомистин обводить операцию реваскуляризации ладает высокой избирательностью зрительного нерва, рискованную действия в отношении микроорга- и простейших. в каком-то смысле, в этом случае и не повреждает клеточные очень важно знать процент пора- мембраны тканей человека. Дан-



низмов, при этом часть молекулы вовоспалительное действие (активи- вантов Окомистина погружается в липо- зирует процессы фибринолиза в тканях конъюнктивы), повышает местврач может поставить диагноз и ляет ее и повышает проницаемость ный иммунитет, ускоряет процессы ные, грамотрицательные бактерии, регенерации и эпителизации, что дегрибы, сложные вирусы – герпеса, лает Окомистин препаратом первого дифицировать программную часть скую активность микробной клет- выбора как при монотерапии, так и номодулирующий эффект (стимуэтого прибора. Сейчас этот анали- ки, ингибируя ферментные систе- при комплексном лечении воспали- ляция фагоцитов), отсутствие ал-

Под действием препарата повышается эффективность антибиоти- зволяют рекомендовать Окомистин ков в отношении бактерий, грибов к широкому применению в офталь-

Окомистин не всасывается через слизистую оболочку глаз, слезных путей и носа, не оказывает раздражаюшего действия и не вызывает

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

Окомистин сокращает сроки лечения, уменьшает число рецидисий при хронических процессах.

Окомистин – однокомпонентный препарат, не содержащий консер-

Широкий спектр антимикробной активности (грамположительгриппа и др.), доказанный иммулергизирующего и раздражающего действия на кожу и слизистые помологической практике.



Производитель – российская фармацевтическая компания «ИНФАМЕЛ».

Тел.: (495) 775-83-21; 775-83-22; 775-83-23. Адрес для переписки: 123056, Москва, а/я 46. E-mail: infamed@infamed.ru; www.okomistin.ru

МЕДСЕСТРЫ О ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ С ВРАЧАМИ

В исследовании, проводимом на протяжении 6 лет в период с 2001 по 2007 гг., приняли участие более 20 тысяч американских медсестер. Они рассказали, какие взаимоотношения существуют между лечащими врачами, медсестрами и другим персоналом больницы, как их нужно улучшать и каким образом они влияют на состояние пациентов.

ношение важно для успешного ле-

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

В 90-х годах в США было написано множество трудов о важнодоктора и медсестры. Приблизительно в то же время было обнарубыло заслугой скорее медсестер, лось, что врачи, как правило, оценивают отношения с мелсестрами мер, в работе E. Thomas и соавто- ний между врачом и медсестрой. ров (2003) имеются данные, что Первый носит название «игра вра-73% докторов считают свои от- ча и медсестры». Его суть заклюношения с медсестрами благоже- чается в том, что медсестра может лательными, тогда как лишь 33% косвенным образом влиять на метомедсестер удовлетворены своим общением с докторами

Однако во всех подобных раболось самому определению «хорошего взаимоотношения медсестры

Вот что говорят сами медсестры по этому поводу: «Хорошее взаимокогда врач не кричит на медсестру. с медсестрами по поводу будущего

Важно отметить, что у одной медсестры могут быть различные отношения с разными врачами, ведь все люди абсолютно разные. напрямую касается пациента и его отношений внутри коллективов ле-

боте W. Knaus (1986) было отмечено, что в тех отделениях, где шения. Характеризуются высо- чи грубят нам. Они делают это не жить. Так, 96% из 714 опрошенных

ет более скорой выписке пациентов из больниц.

Что касается самих сотрудников больниц, то в условиях партувеличивается удовлетворенность и у медсестер. Последние, к слову, получают еще и большую свободу До 2001 г. в литературе было

описано два вида взаимоотношедику лечения пашиента, но только в том случае, если она оказывает достаточное почтение врачу и соблю-

Второй вид отношений - «оскорбительно-враждебный-соперничаощий», который зачастую привопроблем с докторами. Общественная озабоченность этим видом взаvгодно. Для одних хорошо − это имоотношений привела к тому, что при поддержке Американской ассоциации медсестер и Американской это когда доктор консультируется дана специальная комиссия, отсление как врачей, так и медсестер. Эта мера привела к некоторому

> В 2001 г. было начато новое исследование, посвященное данной

ходе работы были выявле- отношения между врачами и мед- сотрудников коллектива. Вот, что го ны пять различных типов сестрами, уровень смертности паворят о докторах медсестры: «Доквзаимоотношений врача и циентов от острых приступов знатора прекрасны. Они ценят наше медсестры, а также объяс- чительно ниже, чем там, где врачи мнение. Один врач однажды посонено, почему хорошее взаимоот- в плохих отношениях со своими ветовался со мной, можно ли было коллегами. Кроме того, доброжела- выписывать пациента. А я ответинии, и ему нужен постоянный уход». Такие эпизоды случаются практичеются к нам за советом, потому что нерских отношений значительно знают, что мы можем помочь им».

доброжелательное сотрудничество своей работой как у докторов, так ния характеризуются взаимным уважением и доверием. Медсестры и врачи вместе разрабаты вают оптимальную модель ухода, прислушиваясь друг к другу. Однако при этом за врачом всегда оста ется последнее слово.

3. Взаимоотношения «ученик ализации врача и врачи, и мелсестры могут выступать в роли учиучителей, характеризуются коллегами как «всегда стремящиеся по-

4. Дружелюбный незнакомец. Такой тип взаимоотношения встредит к увольнениям медсестер из-за стоит в том, что врач и медсестра обмениваются самой необходимой сохраняя при этом абсолютно нейтральный тон общения. Например: когда его позвали. А для третьих – медицинской ассоциации была соз- ет состояние больного, выписывает назначение и уходит. Вот и все. он просто кивает. Иногда мне кажется, что такие врачи вообще не проблематике. В ходе работы были знает, как меня зовут. И это при нимать, что любое взаимодействие опрошены 279 медсестер из 14 боль- том, что каждое утро я обращаюсь назвать нейтральным, который, медсестры и лечащих врачей чрез- ниц США. Как и в 90-х социологи к нему по имени и рассказываю об

5. Для враждебных взаимоотночебных учреждений. Однако на этот шений характерны постоянная зло- нилось, что враждебный тип взаи-Так, например, в научной ра- раз разновидностей оказалось пять. ба, оскорбления, угрозы. Одна из моотношений встречается гораздо 1. Коллегиальные взаимоотно- медсестер делится опытом: «Вра- чаще, чем можно было предполо-

Типы взаимоотношений внутри коллектива складываются из нескольких параметров. Сюда можно отнести общение медсестры с врачами, которые постоянно наствие со спешиалистами, которые лишь изредка работают в отделе нии больницы могут встречаться сразу все виды взаимоотношений между персоналом. Кроме того, они могут меняться с течением времени, то есть взаимоотношемогут перерасти в партнерские или коллегиальные

из таких докторов я работаю уже ствия относятся к группе так набольше 17 лет, и он до сих пор не зываемых доброжелательных взатем не менее, может перерасти во

В результате исследования выяс преобладают доброжелательные кой степенью уважения среди всех только когда устали, они хамят медсестер рассказали, что они лично



тролировать свои действия и сло- враждебного отношения докторов по ва, чтобы не нарваться на резкость отношению к коллегам. В последнее чаи враждебного отношения среди работников больниц. Если в 2001 г. голько 11% опрошенных медсестер пожаловались на недопустимое отношение со стороны врачей, то в

> 14%, а в 2007 г. – до 17%. Очевилно, что должны прини ния подобной тенденции. Первый шаг – самый важный. Это диалог Вот что говорит одна из медсестер: «Если есть проблема с каким-либо к нему и обсуждать проблему. Это очень важно».

> > Безопасность пациента и качественный уход за ним невозможен без доброжелательных, партнерских отношений внутри коллектива.

> > > Материал подготовлен на основе статьи Schmalenberg C., Kramer M. Nursephysician relationships in hospitals: 20000 nurses tell their story. Critical care nurse 2009; 29:74-83

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПАНОРАМА. HOBOCTU ESCRS

Новая торическая интраокулярная линза

Z toric (FirstQ), несмотря на то что а с коррекцией – 1,0. ее имплантация требует от хирур-(ESCRS), который прошел в Стам-

ным астигматизмом, составившим расчетов Haigis. в среднем -2,0 дптр. По результа-

дняя величизультаты у пациентов с ката- на сферы -0,25 дптр. Более того, редственно перед операцией хи- покрывал край оптики не менее рактой и астигматизмом по- среди глаз, наблюдавшихся на про- рург маркировал ось астигматиз- чем на 1,0 мм, а также стали выказала новая торическая интраоку- тяжении 6 месяцев, острота зрения ма при помощи маркера Gerten. лярная линза (ЙОЛ) модели Basis (ОЗ) без коррекции была равна 0,8, Средняя величина сферы имплан- зы более осторожно, новых рота-

га дополнительных манипуляций. участвовавших в исследовании, задачей хирургов было достижение Результаты данного исследования составил 70 лет, а их роговичный целевой рефракции -0,17 дптр по ставляет собой гибкую модель ИОЛ были представлены доктором Дет- астигматизм колебался в пределах сфере и -0,18 дптр по роговичному лефом Холландом из глазной кли- от -1,03 до -5,29 дптр. Д-р Холланд астигматизму. ники Бельвью г. Киль (Германия) и его коллеги исключили глаза на 15-м Зимнем конгрессе Евро- с различной роговичной патологи- все ИОЛ, имплантированные в каппейского общества катаракталь- ей, влияющей на показатели кера- сульный мешок, хорошо центриро- компонентом от 1,5 до 9,0 дптр. легко имплантируется, хорошо ных и рефракционных хирургов тотопограммы. Всем больным био- вались. И это давало возможность Оптика линзы может быть прозрачметрия производилась при помощи нивелировать индуцированный Был исследован 41 глаз 32 па- рассчитывали по он-лайн кальку- сле операции средняя девиация менту своего доклада он с коллега- мы результаты более отдаленных циентов с катарактой и рогович- лятору с использованием формулы оси расположения ИОЛ от плани- ми имплантировал уже 117 линз.

там наблюдения в период от 4-х полняли имплантацию ториче- пришлось репозиционировать. Од- коэмульсификацию и имплантацию лы», - подчеркнул в заключение недель до 6 месяцев, прошедших ской ИОЛ Basis Z через рогович- нако с того момента, когда хирур- линз через разрез, равный 1,8 мм, д-р Холланд. с момента имплантации новой лин- ный тоннельный разрез величиной ги стали выполнять передний кап- с тем, чтобы снизить индуцируемый зы, субъективный астигматизм был 2,4 мм с использованием инжек- сулорексис меньшего диаметра в ходе операции астигматизм.

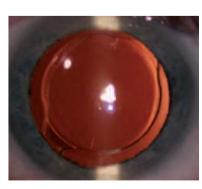
тируемых линз составила 19,0 дптр, ций отмечено не было, сообщил Средний возраст пациентов, а цилиндра – +2,5 дптр. При этом докладчик.

прибора Zeiss IOLMaster, а линзы астигматизм. Через 6 месяцев по- Д-р Холланд отметил, что к моруемой составила 3 градуса. В трех Кроме того, в настоящее время изу-Во всех случаях пациентам вы- первых случаях из-за ротации ИОЛ чается возможность проводить фа- стоту помутнений задней капсу-

тора Firstinjektor (FirstQ). Непос- (5,0 мм) так, чтобы он полностью

Торическая линза Basis Z предс z-образной гаптикой, состоящую из гидрофильного акрила. Диоп-Д-р Холанд также отметил, что трийный ряд линзы распространяется до 30 дптр с цилиндрическим

ной или иметь желтую окраску.



«Новая торическая линза Basis Z центрируется и обладает хорошей рефракционной предсказуемостью. В настоящее время нам необходи-

www.eurotimesrussian.org

ОФТАЛЬМОТОНОМЕТРИЯ

А.А. Антонов

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ глазных болезней РАМН, Москва

Окончание. Начало читайте в № 2,3/2011

Электронная тонография

Это метод изучения гидродинамики глаза. Он позволяет определить состояние оттока внутриглазной жидкости и применяется в основном при обследовании больных с подозрением на глаукому или для оценки эффективности лазерных и хирургических методов, способствующих увеличению оттока внутриглазной жидкости.

При тонографии тонометр устанавливают на роговицу исследуемого глаза и удерживают на ней в течение 4 минут. Вследствие компрессии происходит повышение офтальмотонуса, отток жидкости из глаза усиливается, что приводит к постепенному пониже-



ис. 14. Тонограф глазной

Методика измерения

Больной ложится лицом вверх и фиксирует взор на шарике, встроенном в прибор, или черном кружке на потолке.

После эпибульбарной анестезии веки разводят пластмассовым кольцом, наружный диаметр которого не должен превышать 20 мм. Для того чтобы избежать эрозии роговицы, в конъюнктивальную полость вводят 2-3 капли физраствора, после чего датчик тонографа удерживают 10-20 секунд непосредственно у роговицы. Затем медленно опускают на глаз. Запись тонограммы производится в течение 4 минут.

В процессе тонографии регистрируются следующие показатели:

 P_0 – истинное внутриглазное давление; С – коэффициент легкости оттока (КЛО) внутриглазной жидкости;

F – минутная скорость образования вну-

триглазной жидкости;

V – объем вытесненной внутриглазной

КБ – коэффициент Беккера;

R(t) – массив 5-секундных отсчетов тонографа в единицах Шиотца.

 P_0 . Истинное ВГД в здоровых глазах составляет 8-21 мм рт.ст. Методика измерения аналогична тонометрии по Шиотцу. Ошибка прибора сильно возрастает при повышенном внутриглазном давлении.

С. В здоровых глазах варьирует от 0,14 до 0,6 мм³/мин×мм рт.ст. Асимметрия КЛО в здоровых глазах одного человека не может превышать 0,14 мм³/мин×мм рт.ст. Глаукома чаще характеризуется снижением коэфем скорости образования внутриглазной

F. Скорость образования водянистой влаги определяется менее точно. В здоровых глазах минутная скорость образования внутриглазной жидкости находится в пределах 1,5-4,5 мм³. Точность определения F страдает из-за того, что при расчетах давление в эписклеральных венах принимается равным 10 мм рт.ст, при том что его индивидульные значения лежат в диапазоне от 6 до 15 мм рт.ст. Считается, что асимметрия образования внутриглазной жидкости не должна превышать 0.8 мм³/мин у одного человека.

КБ. Беккер (Becker) в 1957 г. предложил вычислять отношение Р₀ к С. По данным При глаукоме Р₀ имеет тенденцию увелися быстрее, чем числитель и знаменатель в тонометрии и ЦТР.

ханизмов регуляции ВГД, что особенно характерно для ранних стадий глаукомы.

Следует помнить, что все расчеты при тонографии базируются на определении внутриглазного давления, которое в значительной степени зависит от кривизны роговицы и биомеханических свойств фиброзной оболочки глаза. Кроме того, при использовании препаратов, снижающих продукцию внутриглазной жидкости, достоверность исследова-

Влияние биомеханических свойств оболочек глаза на точность определения ВГД

Относительно точное определение истинного внутриглазного давления возможно только методом прямой (манометрической) тонометрии с катетеризацией передней камеры глаза. Прочие методы регистрируют показатель тонометрии или тонометрическое внутриглазное давление.

При тонометрии по Маклакову происходит изменение внутриглазного давления в результате воздействия прибора. Величина давления, регистрируемая в таком случае, называется тонометрическим внутриглазным давлением, она превышает значения, получаемые при манометрическом исследовании

Считается, что тонометр Гольдмана (а также бесконтактный тонометр, тонометр Pascal и др.) не изменяет давление внутри глазного яблока. Поэтому показатель тонометрии, получаемый с помощью этих приборов, называют «истинным внутриглазным давлением» или P₀. Значения давления в данной ситуации действительно сопоставимы с показаниями, получаемыми при катетеризации передней камеры. Существуют таблицы для определения такого «истинного» ВГД с помощью тонометра Маклакова, Шиотца. Однако, учитывая результаты современных исследований о влиянии биомеханических свойств оболочек глаза на измерение внутриглазного давления, следует отказаться от термина «истинное внутриглазное давление» для всех способов измерения, кроме прямой манометрии с катетеризацией передней камеры.

Центральная толщина роговицы

Согласно многочисленным исследованиям, основное влияние на показатели тонометрии принадлежит толщине центральной части роговицы (ЦТР). Считается, что более толстая роговица вызывает завышение показаний тонометров, в то время как более тонкая, напротив, занижает. Величина ЦТР может меняться под влиянием возраста, времени суток, контактных линз, длительного применения ряда препаратов, при различных офтальмопатологиях и после кераторефракционной хирургии.

Для наиболее точного определения ВГД авторы приводят расчеты зависимости показателя тонометрии от величины ЦТР. Так, согласно роттерламскому исследованию. увеличение ЦТР на 100 мкм завышает результаты тонометрии на 1,9 мм рт.ст., для жителей Монголии – на 1,8-2,4 мм рт.ст., Китая – на 1,5 мм рт.ст., Канады – на 2,9 мм рт.ст. для мужчин и на 1,2 мм рт.ст. для женщин. По данным английских исследователей, изменение ЦТР на 10% соответствует изменению показателя тонометрии на 1.5 мм рт.ст.

Наиболее часто для коррекции показаний тонометрии от центральной толщины роговицы применяется формула Эйлерса (Ehlers). В ее основе представление о том, что при уменьшении ЦТР показания тонометра Гольдмана уменьшаются, измерение ВГД при «средней» роговице правильно, и если роговица относительно толстая - тонометр завышает показания (табл. 5).

Хотя формула Эйлерса основана на манометрических исследованиях, ее несовердля характеристики гидродинамики глаза шенство в малом количестве наблюдений. из которых она выведена, и большой вари-Беккера и других авторов, величина этого абельности в свойствах роговицы. Имеюткоэффициента не должна превышать 100. ся исключения, когда при толстой роговице показатель тонометрии занижен и наобочиваться, а С – уменьшаться. Следователь- рот. Поэтому формулы Эйлерса недостаточно, коэффициент Беккера будет изменять- но, чтобы уверенно судить об уровне ВГД по

Другой популярной формулой коррекуказывает на значительное напряжение мещии показателей тонометрии от централь ной толщины роговицы является формула Orssengo-Pye (1999):

Корректированное ВГД = Показатель тоно метрии – (ЦТР-545)/50×2,5 мм рт.ст. Она была создана для расчета внутриглазного давления на основании тонометрии по

Гольдману после эксимерлазерной кераторефракционной хирургии. Однако, как и многие другие биологические зависимости, связь толіцины роговицы и показателя тонометрии сложнее, чем

предложенные формулы и таблицы, что под-

тверждается последними исследованиями.

В настоящее время считают, что эластич ность роговицы является параметром, который, в большей степени, чем центральная толщина, определяет ошибку при тонометрии. Для простоты понимания роговицу с высокой эластичностью можно назвать мягкой, а с низкой – жесткой. При измерении внутриглазного давления у пациента с мягкой роговицей показатель тонометрии ниже истинного офтальмотонуса. Жесткая роговица приводит к завышению данных тонометров.

Что может сделать роговую оболочку слишком жесткой или слишком мягкой? Рубцы роговицы, увеличение толшины (без отека или рефракционной хирургии), микрокорнеа могут сделать роговицу необычно твердой. Причины для более мягкой роговицы встречаются чаше

- низкая толщина роговицы;
- отек роговицы (независимо от толщины): • дети до 7 лет (независимо от толщины
- роговицы);
- кераторефракционная операция в анамнезе;
- эндотелиальные дистрофии;

• эпителиальные дистрофии.

Современные исследования в области тонометрии направлены на создание устройств, которые быстро, точно, независимо от параметров оболочек глазного яблока будут определять истинный офтальмотонус. На данный момент предложены два решения, использующие различные подходы: двунаправлен ную аппланацию – Ocular Response Analyzer (Reichert, США) и контурную тонометрию -PASCAL, Dynamic Contour Tonometer (Ziemer Ophthalmic Systems, Швейцария).

Поправка ВГД,

Поправка величины ВГД в зависимости от ЦТР, по данным исследований Ehlers et al. (1975), Stodtmeister (1998) и Doughtry (2000)

	мм рт.ст.
445	7
455	6
465	6
475	5
485	4
495	4
505	3
515	2
525	1
535	1
545	0
555	-1
565	-1
575	-2
585	-3
595	-4
605	-4
615	-5
625	-6
635	-6
645	-7

Исследование с помощью двунаправленной аппланации роговицы (Ocular Response Analyzer)

№4/2011 ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

Ocular Response Analyzer (ORA) с помощью динамической двунаправленной аппланации роговицы измеряет ее вязкоэластические свойства и внутриглазное давление (рис. 15).



Рис. 15. Ocular Response Analyzer (Reichert)

Прибор использует кратковременный воздушный импульс для механического воздействия на роговицу и инфракрасную электронно-оптическую систему для слежения за деформацией.

Дозированный импульс воздуха заставляет роговицу прогибаться, вызывает аппланацию (уплощение) и приводит к образованию небольшой вогнутости. Воздушный насос отключается - по мере падения давления роговица возвращается к первоначальной форме, вновь проходя стадию аппланации.

Оптическая система контролирует положение центральной зоны роговицы в ходе всего процесса деформации. При достижении аппланации, сначала при движении внутрь, затем наружу регистрируются два значения давления (P_1 и P_2). Эти значения различаются из-за поглощения энергии воздушного импульса, связанного с вязкоэластическими свойствами роговицы.

Разность между Р1 и Р2 называют роговичным гистерезисом (СН).

Среднее между P_1 и P_2 оценивают как показатель ВГД, близкий к таковому при тонометрии по Гольдману (IOPg).

Также на основании анализа данных, полученных при исследовании у пациентов до и после операции LASIK, разработчики рассчитали еще два показателя.

Роговично-компенсированное, то есть не зависящее от биомеханических свойств роговицы, ВГД (ІОРсс) определяется по формуле, нивелирующей влияние снижения толщины роговицы в ходе кераторефракционной операции на показатель офтальмотонуса. Фактор резистентности роговицы (CRF),

характеризующий ее упругие свойства, рассчитывается из P_1 и P_2 по формуле, дающей максимальную корреляцию с центральной толщиной роговицы.

Методика измерения

Правильное размещение пациента способствует быстрому и точному проведению

Пациент должен снять контактные линзы, ослабить тугой воротник или галстук и расслабиться. Оператор прибора инфор рует пациента о том, что в ходе исследования ничто не коснется глаза, и все, что он почувствует - это только мягкое дуновение воздуха.

ORA имеет перемещающуюся влево/ вправо опору для лба, позволяющую программному обеспечению автоматически определять глаз, для которого проводится измерение. Измерение может быть выполнено, если опора полностью перемещена в крайнее левое или правое положение.

Пациент, занявший правильное положение, легко увидит яркие метки фиксации взгляда. Точка фиксации представляет собой зеленый огонек, расположенный внутри воздушной трубки и окруженный кольцом из красных огоньков. Для того, чтобы провести измерение, пациент должен зафиксировать взглял на зеленом огоньке.

Если пациент не видит его, проверяют, может ли пациент видеть хотя бы несколько красных огоньков. В этом случае автоматическая система юстировки переведет зеленый огонек точки фиксации в поле зрения пациента.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

благодаря тому, что ВГД ре-

пульсовых волн, и оконча-

тельная величина вычисля-

лических (минимальных)

значений

при ряде сосудистых заболеваний.

Прибор позволяет также регистрировать

амплитуду глазного пульса в мм рт.ст., что

полезно определять как при глаукоме, так и

матизированным прибором для измерения

ВГД. Результат каждого измерения отража-

ется на жидкокристаллическом мониторе

Ошибки измерения учитываются автома-

тически и регистрируются в виде показателя

с точностью до десятых долей мм рт.ст.

Тонометр Pascal является полностью авто-

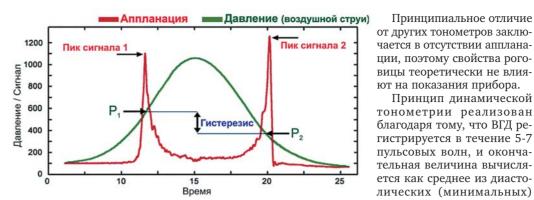


Рис. 16. Корнеограмма

Пациент должен слегка наклониться вперед так, чтобы центр его лба лег в середину резиновой подушечки опоры. Голова пациента должна прилегать к опоре перпендикулярно к передней поверхности прибора.

Для быстрого получения точных результатов исследователь предлагает пациенту несколько раз моргнуть, а затем держать оба глаза открытыми. Эти действия выполняют непосредственно

перед щелчком по кнопке «Measure».

Пациент должен смотреть прямо на зеленый огонек и не шевелиться.

Завершив все требуемые измерения на первом глазу, перемещают опору для лба в крайнее противоположное положение и, вновь правильно разместив пациента, выполняют измерения на втором глазу.

Результаты измерения представлены на экране в виде диаграммы (корнеограммы) и значений измеряемых параметров (рис. 16).

В ORA встроен ультразвуковой пахиметр, управляемый основным программным обеспечением. Перед измерением центральной толшины роговицы необходимо закапать в конъюнктивальную полость анестетик. Прежде чем приступить к измерению, убедитесь в том, что датчик пахиметра дезинфицирован. Если пахиметрия пациенту уже проводилась, ее результаты можно ввести в поле программы.

Динамическая контурная тонометрия (PASCAL)

Основу динамического контурного тонометра Pascal составляет наконечник из эластичного материала с вогнутой поверхностью, при контакте образующий единый контур с роговицей. Внутри наконечника находится пьезодатчик, реагирующий на изменение давления.

Контактный наконечник прибора производит 100 измерений в секунду в течение всего сердечного цикла, а затем выдает среднее ВГД в диастолу и глазную амплитуду импульса или разницу между средним ВГД в систолу и диастолу.



ния (рис. 18). Радиус кривизны контура составляет 10,4 мм (32,5 дптр) іри пересчете на кератометрические данные), что позволяет использовать

Рис. 17. Тонометр Pascal прибор для роговиц с радиусом кривизны более 5-6 мм (55-65 дптр) и толщиной центральной зоны от 300 до 700 мкм. При этих условиях кривизна роговицы и кривизна контура в определенной зоне совпадают при минимальном давлении на глазное яблоко (менее 1 г), и датчик регистрирует ВГД «прямым транскорнеальным метолом>

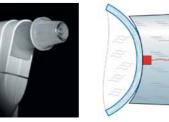


Рис. 18. Датчик контурного тонометра (внешний вид и схема)

Принципиальное отличие качества исследования Q, который зависит от правильности центрации датчика, стаот других тонометров заключается в отсутствии аппланабильности фиксации взора, наличия достации, поэтому свойства роготочной слезной пленки, сжимания век пацивицы теоретически не влияентом и ряда других факторов. Величина поют на показания прибора. казателя Q может быть от 1 (очень хорошее Принцип динамической качество) до 5 (неприемлемое качество).

тонометрии реализован Самотестирующаяся система динамического контурного тонометра не требует гистрируется в течение 5-7

Заключение

Необходимо ли очень точное измерение внутриглазного давления с учетом биомеханических особенностей глаза?

Первый ответ на этот вопрос является са мым очевидным. Если мы измеряем что-то, почему бы не делать это настолько точно, насколько это может быть следано фактически! Если мы хотим использовать измерительную линейку, почему бы не выбирать ту, которая является прямой!

Во-вторых, внутриглазное давление вхо дит в перечень базовых офтальмологических исследований, выполняемых всем

пациентам. По сути, это скрининг на выявление глаукомы, и мы не должны получать ложноотрицательные результаты, допустим небольшой процент ложноположительных. Современные исследования показывают, что типичные погрешности в измерении ВГД приводят именно к его недооценке.

Самые серьезные ошибки при измерении офтальмотонуса отмечают у пациентов после кераторефракционных операций. В настоящее время в мире насчитывается несколько десятков миллионов таких пациентов. Особенно остро проблема измерения ВГД встанет, когда они состарятся.

Наконец, внутриглазное давление является не только фактором риска глаукомы, оно является основной мишенью терапии этого заболевания. И измерение офтальмотонуса – это контроль эффективности применяемых препаратов и хирургических

Поэтому существует необходимость измерять внутриглазное давление как можно точнее. И это аргументированная мотивация к созданию новых приборов для измерения внутриглазного давления.



ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

пороговых методик лечения фирмы IRIDEX (США)

Не могу не сказать о роботиза-

ции. Часто приходится слышать о

роботизированных хирургических

системах. Например, система «Da

Vinci», которая способна опериро-

вать на расстоянии, но, к сожале-

нию, стоит она миллионы долла-

ров. Другая новинка, разработан-

ная немецкой компанией OD-OS

автоматизированная лазерная си-

стема Navilas, предназначена для

коагуляции сетчатки и способна

работать практически без вмеша-

тельства врачей. Обычные зеле-

ные лазеры работают в ручном ре-



носиться к 90-м годам мнению большинства, это было время всеобщей разное, в мозгах людей. «Срубить следовать за собой. Тогда он по- ния с ее хозяевами и, прежде всего, ниц, кафедр, институтов наряду бабки» превратилось для многих наших сограждан в цель жизни. Средства достижения этой «высокой» цели мало кого беспокоили. Покупали и продавали все. В мгновение ока новоявленные бизнесмены становились баснословно богатыми, так же быстро они могли потерять все. Основным инструментом «бизнеса порусски» стало «кидалово» – любимый способ неудачливых бизнесменов из 90-х уходить от долгов и ответственности.

28

Но «девяностые» для многих наших соотечественников были и временем надежд. Надежды на достойную жизнь, которую человек должен был построить сам.

...В начале карьеры мой собеседник, Сергей Андреевич Сутягин плохо представлял, что означает организовать собственный

- Сергей Андреевич, Вы являетесь основателем и руководителем компании, которой в следую- время становления торговых ком- лотые тонкие очки с крылышками щем году исполнится 20 лет. Вы прошли все этапы становления российского рынка офтальмологического оборудования. С чего все начиналось?

– В то время, а это был 1992 год. рынка медицинского оборудования в нашем понимании не существо- за». Решили построить свой бизнес, сти, они поставляли на российский технологичные компании, которые рые традиционно занимались более вало, фирм, которые занимались до конца не понимая, чем рискова- рынок комбайны итальянской фир- производили серьезный продукт, то простым оборудованием, наприпродажей медицинской аппарату- ли. Были молодые, опыта никако- мы Meccanottica Mazza, с которой сейчас «левые» фирмы заполонили ры, практически не было. Были та- го, да и знаний, что такое частный мы впоследствии подписали пря- рынок своей «второсортной» ме- москопами, лазерами. Мы отслежикие гиганты, как Siemens, General бизнес, не было. Правда, до этого мой договор. Zeiss со своим представительством, фирме МНТК, занимались серви- лись офтальмологической техни-Tairiku Trading. Присутствовала на сом, и нас как технических экспер- кой, но потом перешли к общей не вопроса, скажу, что ВВП страны В хирургии за последние годы рынке и американская торговая тов привлекали к участию в пере- медицине. Работали напрямую растет, и на нужды здравоохранения компания Scott-European, с кото- говорах по закупкам оборудования. с чешской компанией Chirana, и, соответственно, на офтальмоло- улучшения. Есть прорывы на отрой мы имели самые тесные отно- У нас были контакты с западными японской Nagashima, выпускаю- гию выделяется все больше денег. дельных участках. Например, окошения и которая оснащала обору- партнерами, поэтому в общих чер- щей ЛОР-оборудование и с фир- Но следует признать, что на сегоддованием всю систему МНТК, но тах представляли, как все должно мой Morita, производящей высо- няшний день глобальных офтальмо- секундные лазеры для рефракциофтальмология не была ее специа- работать. В то время там работали коклассное оборудование для сто- логических программ пока нет. в частности, работавшие в области лалаев, В. Перфильев, М. Василев ли производство. Вскоре нашими офтальмологии, были представле- ская, Л. Новицкая – кто-то учился партнерами стали немецкие про- от кардиологии, онкологии, пока ны минимально. Еще только создавалась Rosslyn Medical. Офтальмо- тал в различных внешнеторговых оборудования. Это продолжалось, логией эта компания не занималась, она поставляла израильские как все это делается, и мы учились решили, уже не знаю почему, что мологии – не в моей компетенции, хирургические лазеры Sharplan. у них. Большой опыт нам передал надо вернуться в офтальмологию и однако смею высказать свое собеще часто проводится экстракапсу-Первые шаги делал Stormoff, ком- начальник отдела импорта Юрий заниматься тем, что мы знаем хо- ственное суждение. Большой про- лярно. А на Западе уже существуют пания, насколько я помню, начи- Иванович Гаврилов, с которым у рошо. А некоторые компании пош- цент инвалидов в стране – инвалинала с продажи прикроватных мо- меня потом сложились очень хоро- ли по нескольким направлениям. ды по зрению. Это различные па- ры для катаракты». В России сегодниторов. Не было R-Optics, не было шие взаимоотношения. Кроме того, Им было тяжелее тогда, но сейчас тологии сетчатки, глаукома, трав- ня еще таких лазеров нет, да и на и других фирм, которые мы сейчас сначала в рамках внешнеторговой они достигли хороших результатов. мы, та же онкология и так далее. Западе они пока не получили шизнаем и которые достигли хороших фирмы МНТК мы создали хозрас- Ну а мы, начиная с 1997 года, скон- Существует множество офтальмо- рокого распространения, но дверезультатов в своей работе. Можно четный сервисный центр, который центрировались на офтальмоло- патологий, которые приводят к три компании активно работают

стоит в том, что человек должен нает выстраиваться, и слава привам удовольствие, если ваше хоб-

щих. У него железная хватка. Он

Он один из самых обычных людей, что я встретил в сво- с которой мы установили партнерей жизни, но именно такие как Сергей Сутягин и приведут стра- фирма Hoya Opticslip (никакого ну к возрождению. Сомневаться отношения к известной японской

а западные фирмы искали надежных партнеров в России.

опытные «внешторговцы» - А. Та- матологии, были на заводах, видев Академии, кто-то до этого рабо- изводители кардиологического объединениях. То есть люди знали, наверное, года три. Но потом мы оценку положению дел в офталь-

Слово купца

Интервью с учредителем и генеральным директором компании «Трейдомед Инвест» Сергеем Сутягиным

сервис». Кстати, с американской в России более 20 фирм. стороны в это СП как раз и входила фирма Scott-European. Хочется выразить благодарность человеку, который всегда был моим добрым ангелом-хранителем и советчиком в период всей работы в МНТК - Альбине Ивановне Ивашиной, в то время являющейся заместитерова. Без ее поддержки и помощи многие наши начинания и проекты ции пяти-, десятилетней давности, так и остались бы в планах.

Несомненно, этот опыт и помог нам на начальном этапе становления собственного бизнеса.

После ухода из МНТК мы сразу ожно по-разному от- бизнес. Но это были времена, стали вести переговоры с компакогда побеждали дилетанты. Они ниями-производителями офтальбрались за все, и каким-то чудом мологической техники о возможвсе у них получалось. А может и ности стать их дистрибьютора**не чудом.** «Философия успеха со- ми. Первой была компания Takagi. в регионах. Главные региональные У нас сложились хорошие отношепадает в поток, и карьера начи- с президентом, господином Такагистаршим (сейчас фирмой рукоходит, и деньги. А если на служ- водит его сын). Весной 1992 го- сти и формируют запросы. День- ет. В России на нужды здравоохрабе вы делаете то, что приносит да наша компания была зарегистрирована, и первое медицинское би тождественно вашей работе - оборудование, которое мы продали, но и местным бюджетом. Можно в США – 15-16%. В будущем америваша карьера выстроится как по был микроскоп Takagi OM-5. По сегодняшним меркам стоил он очень Сергей Сутягин – умный, об- дешево, то ли пять, то ли семь тыразованный, интеллигентный сяч долларов, но для нас это было руководитель. Даже уставший и огромным везением! Мы работарасслабленный он излучает энер- ли вдвоем, доллар в 92-м стоил согию, которой заражает окружаю- всем других денег. Честно скажу, я не представляю, что было, если системный, у него в голове все бы мы не продали этот микроскоп. разложено по полочкам. Он честность фирме на два-три месяца.

> Одной из первых компаний, ские отношения, была шведская компании Ноуа, выпускающей ини не имеет), руководил ею «папасказать, что в начале 90-х рынок не ша Андерсон». Солидный, респекбыл еще сформирован, это было табельный человек, он носил зопаний в России, которые только на- посредине. Андерсон был большим зарубежной медицинской техники, Федорова. Компания Hoya Opticslip продавала диагностическую аппаратуру и офтальмологические комушли из МНТК «Микрохиругия гла- пейского производства. В частно-

Некоторое время мы занима-

- Каким образом определяются потребности отечественного рынка сегодня?

– Так же, как и раньше – сверху.

гулярно рассылает запросы о потребностях в регионы. Они готовят министерство. В отличие от ситуадела сегодня обстоят гораздо лучше. Очень активно этим вопросом занимается главный специалист офтальмолог Минздравсоцразвития РФ, директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, профессор Владимир Владимирович Нероев. Сейчас наконец-то настало время большей самостоятельности офтальмологи, руководители больс региональными министерствами сами определяют свои потребноги на нужды офтальмологии выделяются не только федеральным, сказать, что сейчас запросы более канцы планируют довести объемы структурированы. Финансирование и закупка оборудования в большей степени отвечают потребностям у нас выделяется меньше 10% бюдофтальмологии, чем это было 10-

- Можно ли говорить о том, что сегодня отечественные институты и клиники могут позволить себе приобретать более дорогостоящее оборудование, чем несколько лет назад? Изменилась ли финансовая ситуация?

– Вы правы, обращая внимание на финансовую составляющую. Этот вопрос можно разделить на траокулярные линзы, она не имела две части. Первая – финансовая, вторая – техническая часть. Если коротко остановиться на технической стороне вопроса, отмечу, что рынок офтальмологической техники развивается гигантскими шагаесли раньше в страну шли высоко-

Возвращаясь к финансовой сторо- она еще в чертежах.

Офтальмология, в отличие

– Я не врач, поэтому давать проводились с использованием обслуживал все филиалы МНТК. гии. И на сегодня собрали самый инвалидности. Я хочу сказать, что в этом направлении.

А через год организовали самосто- большой на рынке «пакет» прекрас- в офтальмологии, как и в онколоятельное советско-американское ных компаний-производителей - гии, нужна профилактика и диссовместное предприятие «Юни- мы эксклюзивно представляем пансеризация, необходимо расширять кабинеты первичной диагностики. С конца прошлого года была запущена программа по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Минздравсоцразвития России ре-Федерации, в рамках которой идет серьезная модернизация офтальмологических кабинетов, открылем Святослава Николаевича Федо- свои предложения и передают их в ваются новые и переоснащаются старые. Ранее поставки офтальмологического оборудования осуществлялись в рамках отдельных программ. Например, была федеральная целевая программа «Сахарный диабет», по которой Минздравсоцразвития России осуществлял целевые закупки для регионов. Наша компания приняла активное участие в поставках оборудования по этим программам.

Насколько я знаю, сейчас обсуждается и готовится отдельная про-

грамма по офтальмологии. Другой вопрос - хватает этих денег или нет. Конечно, не хватанения выделяется порядка 3-4% от вложений в медицину до 20% от ВВП. Если говорить о бюджете, то жета на здравоохранение. В западных странах эта цифра примерно в 2 раза выше. А если сравнить ВВП США, исчисляемый 17 триллионами долларов, и наш, который меньше 2 триллионов, то цифры получаются просто несопоставимые

- Номенклатура и динамика продаж в известной степени определяют, какие направления в офтальмологии развиваются быстрее всего в технологическом

отношении. Назовите их. - Сегодня своеобразный бум мы наблюдаем в сфере диагностики, прежде всего, благодаря развитию компьютерных технологий. В первую очередь, это касается вичинали заниматься дистрибуцией другом Святослава Николаевича ми. Все большее количество ком- зуализации изображений. В этом паний выходит на рынок, сегодня направлении работают несколько только ленивый не пытается уста- известных фирм, в том числе аменовить с Россией деловые контак- риканская Optovue, которую пред-В 1992 году мы с товарищем байны японского и западноевро- ты и предложить свой товар. Но ставляет наша компания. По этому дицинской техникой и расходны- ваем новые разработки и стараем-

> наметились достаточно серьезные ло 10 лет назад появились фемтоонной хирургии. Самым распространенным на сегодняшний день является лазер Intralase фирмы АМО. Что касается хирургии катаракты, то многие годы операции факоэмульсификаторов. Я не говорю о «глубинке», где эта операция технологии «фемтосекундные лазе-



Вот это и есть роботизация. «прорывную».

ники и оборудования. Это свиде- была щель, чтобы она сходилась до то подобное. Однако в конце 80-х тьи в разных российских научных сковский НИИ глазных болезней



дицинском приборостроении. Как

- Конечно, российская медицинская отрасль выпускает некоторое сделал прибор, позволяющий проколичество медицинских приборов, которые распространены на рынке, параты, томографы, реографы.

- На Ваш взгляд, они соответствуют современному уровню?

– Они соответствуют уровню, но зер сам начинает процесс коагуля- ки, а разработки известных запад- щая статус национального фар- стрелочным, недостаточно точным ции, причем, отслеживая движения ных компаний, которые создали моператора, и корпорация «Био- прибором. Я углубился в изучение ствовали в западных конференциглаза пациента с помощью треке- в России совместные предприятия ра, точно попадая в нужное место. и выпускают их продукцию под на- структуры – закрыть брешь, суще- ческих журналов, много читал о уровне руководителей общались Если глаз пациента выходит за пре- шими или своими брендами. Свои ствующую в развитии производ- последних достижениях в области с западными офтальмологическими СП создали, например, General ственной базы медицинской тех- акустических материалов, ездил «ловит» глаз пациента, и работа Еlectric, Philips и другие компании. ники в стране. Что из этого полу- в Институт резиновой промыш- ская академия офтальмологии, Амепродолжается. Сейчас идут разра- Периодически Минздравсоцразви- чится, я не берусь предположить. ленности, смотрел, что у нас есть риканское общество катарактальботки по совмещению этого при- тия России, Государственная кор- В свое время я начинал свою трудо- и что можно использовать, разра- ной и рефракционной хирургии бора с когерентной томографией порация «Ростехнологии» покупа- вую деятельность как научный со- ботал электронную схему. В конце (ASCRS), Европейское общество кас тем, чтобы определять плотность кот какие-то идеи, технологические трудник Института медицинской концов собрал прибор с жидкокрипигмента в определенной точке, наработки и передают их россий- промышленности (ВНИИМП) и сталлическим индикатором, с протак как от этого зависит мощность ской промышленности для реали- занимался разработкой медицин- цессором, с применением новых торы компаний имели хорошие свяимпульса. При этом лазер будет ав- зации. В других случаях идет про- ской техники. В частности, я при- акустических материалов. Изде- зи и перенимали их богатый опыт томатически выставлять мощность. стая блочная сборка, а на приборы нимал участие в создании перво- лие нормально работало. Прошло в организации конференций. Я преставят лейбл российских произво- го отечественного офтальмологи- несколько дней, меня вызвали к следовал цель сделать мероприятие Первый такой прибор мы по- дителей. В офтальмологии ситуа- ческого ультразвукового сканера начальнику и сказали: «Даем тебе интересным для всех, а значит и для ставили в Самару, в клиническую ция еще более грустная. Был За- с телевизионным экраном ЭОМ- три недели, выброси все, оставь себя. Времени на подготовку уходиофтальмологическую больницу им. горский оптико-механический за- 24 (до этого выпускались приборы начинку старого прибора, поставь ло полгода и даже больше. Разраба-Т.И. Ерошевского. В своем докла- вод (ЗОМЗ), Красногорский завод на электро-лучевых трубках), раз- туда жидкокристаллический инди- тывали тематику, собирали докладе на конференции «Белые ночи- им. С.А. Зверева, был в свое время работчиком которого был Сергей катор, и это будет новым прибором ды, договаривались с западными 2011» в Санкт-Петербурге профес- завод в Украине. Эти предприятия Чернин. Что мы фактически дела- безо всякой головной боли для нас. специалистами, врачами. Следуя сор В.В. Нероев упомянул эту тех- выпускали офтальмологические ли? Институт покупал на деньги, То, что ты придумал, ни один за- западному опыту проведения таких нологию как наиболее интересную, приборы, в основном щелевые лам- выделенные Министерством ме- вод сейчас не сделает. В цехах ра- мероприятий в самых престижных пы, проекторы знаков. Но механи- дицинской промышленности, пару ботают «бабульки», которые только местах города, мы проводили их в - Среди партнеров Вашей ком- чественных щелевых ламп остав- мер, фирмы Siemens. Мы их разби- ры, а переходить с транзисторов на «Балчуг Кемпински Москва». Статус пании нет ни одного российского ляет желать лучшего. Врачу осо- рали, тестировали, пытались на на- чипы – вообще дохлый номер». А у гостиницы обязывал нас делать все производителя медицинской тех- бенно важно, чтобы очень четкой шей элементной базе сделать что- меня были уже опубликованы ста- на высоком уровне. Это сейчас Мо-

Вы считаете, есть ли у этой отрас- а здесь очень важно микроперемещение джойстика. Рязанский приборный завод несколько лет назад водить контактную тонометрию ВНИИП Министерства здравоохчерез веко. Прибор пытаются даже ранения СССР, а производством продавать на запад. Я, честно го- заводы ЭМА и РИТМ. Однако оснаворя, не знаю, насколько он точен. Тот же тонометр Маклакова ставится прямо на роговицу, а тут – через стве современной аппаратуры было веко, точность не гарантируется.

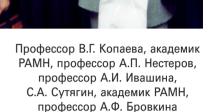
Около двух месяцев назад была создана очередная госкорпорация, куда входят крупнейшая фармкомпания «СИА Интернешнл», имею- До этого пользовались устаревшим, технологии». Цель создания новой ческое и оптическое качество оте- ультразвуковых приборов, напри- что перешли с ламп на транзисто- одном из лучших отелей Москвы –

шение этих заводов было настолько совершенно невозможно. Один только пример. Мне в свое время дали задание разработать новый измеритель мощности ультразвука. американских, английских акусти-

няшний день, это технологическая

база. Во времена СССР разработкой

медицинской техники занимался



курналах, я делал доклады на конференциях, уже поступил в аспирантуру, тема была интересная... С тех пор ничего не изменилось, гехнологической базы нет и сейчас. Мозги есть, а производственных мощностей, современных технологических линий нет.

- «Трейдомед Инвест» на протяжении многих лет участвует в научно-практических конференциях, является организатором научных симпозиумов по различным направлениям офтальмологии. Расскажите подробнее об этом виде деятельности компании.

 «Трейдомед Инвест» в течение многих лет принимает участие и организует различные офтальмологические мероприятия: круглые столы, семинары, сателлитные симпозиумы. Как коммерческая структура, популяризируя таким образом определенную технику или методики, компания «Трейдомед Инвест» заинтересована получить больше заказов на оборудование и расходные материалы, которые мы представляем.

В нашей жизни был период, когда мы организовывали научные конференции. Это были крупные участием. Мне было интересно собрать людей и провести научный форум на высочайшем уровне. Заметьте, интерес был не коммерческий. Наверное, тогда у меня еще комсомольского задора. Мы учатарактальных рефракционных хирургов (ESCRS). Мы как дистрибью-

*Ирина Хакамада

подчас со сложными переговорами,

станавливаться. Возвращаешься

делиться радостью. И, конечно, ра-

личие, а понимание со стороны се

мьи, особенно со стороны детей. Их

оценка очень дорогого стоит. Она

партнеров или друзей. Мы живем

для детей и стараемся сделать все,

в жизни. Поэтому семья имеет для

- Качества, которые Вы боль-

В друзьях - искренность.

ше всего цените в коллегах,

В коллегах – бесспорно, тоже ис-

кренность, но в большей степени

это целеустремленность и следо-

вание своим идеалам. Сейчас мы

все чаше и чаше сталкиваемся

с обманом и ложью, может быть

даже коварством в бизнесе. Рань-

ше был купеческий принцип: мож-

но было договариваться, не подпи-

сывая никаких бумаг, достаточно

меня огромное значение.

им. Гельмгольца проводит «Российский общенациональный офтальмологический форум» в Центральном Доме предпринимателя, МНТК «Федоровские чтения» – в здании Мэрии, конференция «Глаукома: теории, тенденции, технологии» проходит в Holiday Inn. А до этого все конференции проводились на базе институтов.

30

В последний год на нашу конференцию собралось около 400 человек, и, по оценкам участников, организована она была на очень высоком уровне. Прозвучали хорошие награды, призы, провели конкурс молодых ученых, подарили врачам поездки в Санкт-Петербург.

Сейчас такого уровня конференции мы не проводим, но организуем круглые столы и семинары. Эти мероприятия уже носят чисто коммерческий характер. Например, на «Белых ночах-2011» на сателлитный симпозиум мы собрали более 100 человек, организовали доклады специалистов по интересующей нас тематике. Доклады отбирались очень тщательно, и мероприятие прошло на высоком уровне.

- Сергей Андреевич, скажите, что в Вашей жизни означает семья? Какую помощь она оказывает Вам?

было слова купца. Я по жизни человек достаточно открытый, и в бизнесе мне иногда бывает трудно. Привык доверяться людям. Если вступаю с кем-то в деловые гношения, хочу видеть в нем хоошего партнера или даже друга на будущее. Очень ранит, когда процессе работы сталкиваешься предательством

Ваше представление о счастье?

– Буду банальным, но повторю

фразу из известного фильма: «Счатье – это когда тебя понимают». Лне уже 50, в бизнесе я 20 лет, и это важно, наверное, для всех аспектов жизни: и для работы, и для личной жизни, и для взаимоотношений с друзьями, с коллегами. Искренность во взаимоотношениях и понимание – вот, что - Все знают пословицу «Мой дом - я ценю больше всего. Если человек моя крепость». Работа в бизнесе искренний и честный, он придет ко очень нервная, связана со стресса- мне и скажет: «Мне это не нравитми, переездами, командировками, ся». Я приложу все усилия, чтобы понять и исправить ситуацию, и иногда с какими-то неудачами. По- тогда мы продолжим работать вмеэтому надо каким-то образом вос- сте. Если мы друг друга не поймем, нам придется расстаться, но я буду домой, в первую очередь хочется, все равно благодарен за то, что со может быть, зализать раны или по- мной были честны и искренны. Поэтому счастье – это, действитель дуешься, когда видишь не безраз- но, когда тебя понимают.

«Чтобы я не делал, я всегда преследовал одну цель – сделать свою научные доклады, мы разыгрывали подчас выше, чем оценка коллег, жизнь и жизнь компании интересной для всех, а значит, и для себя».

Человек, отдавая что-то дручтобы они смогли достичь чего-то гим, делает это для своей души в первую и в последнюю очередь. Он очищает и улучшает себя. Ему не нужно выдумывать правильные слова, чтобы кто-то «правильно» понял или не «подумал чего». Правильное дело не нужно объяснять правильными словами.

> - Сергей Андреевич, редакция и читатели газеты «Поле зрения» от души поздравляют Вас с юбилеем. Желаем Вам и Вашей семье крепкого здоровья, благополучия и процветания Вашему коллективу!

> > Беседу вел Сергей Тумар

Новые возможности антибактериальной терапии в педиатрической практике

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

табакт® – антисептик широкого спектра действия, применяемый в офтальмологической практике для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний глаз различной этиологии (бактериальных, грибковых и вирусных конъюнктивитов и блефаро-конъюнктивитов), а также для профилактики инфекционных осложнений глаз в постоперационном периоде и при травме глаз.

Основной действующий компонент препарата Витабакт® – пиклоксидин - относится к антисептикам группы бигуанидов. Механизм его действия заключается в том, что пиклоксидин взаимодействует с фосфатными группами мембран бактерий, грибов и вирусов, нарушает тем самым осмотическое равновесие клетки и вызывает гибель микроорганизмов. Такой механизм действия препарата и обеспечивает столь широкий спектр активности препарата и его высокую эффективность.

При этом следует отметить, что Витабакт® является композицией, специально разработанной для применения в офтальмологии и содержит вспомогательные компоненты, улучшающие его переносимость и эффективность. Так, полисорбат 80 в составе препарата Витабакт® облегчает контакт пиклоксидина с поверхностью роговицы и и разрешен его безрецептурный конъюнктивы, способствует повышению концентрации действующего вещества на поверхности роговицы и конъюнктивы, и, как следствие, обеспечивает высокую эффективность в отношении основных инфекционных

агентов. Второй вспомогатель-

ный компонент - декстроза -



является осмотическим агентом, обеспечивающим осмотическую активность препарата Витабакт[®], равную осмотической активности слезной пленки, обеспечивая хорошую переносимость препарата пациентами и снижая риск развития сухости глаза, возможный на фоне применения антисептиков.

Многочисленные исследования и долговременный опыт применения препарата Витабакт® подтверждают его высокую безопас-

Решением Минздравсоцразвития России №31-3-411191 от 3 апреля 2011 года препарат Витабакт[®] разрешен к применению у новорожденных с 0 лет



www.biocodex.ru

POLIST акриловых ИОЛ 1stQ (Германия) Выбор всегда за Вами: Гидрофобная Гидрофильная Прозрачная **№** Желтая Асферическая ▼ Торическая Дифракционна ☑ Линза AddOn® ☑ Диапазон от -10 D до +45 D ☑ Имплантация уерез разрез менее 2 мм. Москва, 127549, ул. Бибиревская, 17ь, офис 6, Тел./факс [499] 901-44-49 Новосибирск, 630007, ул. Октябрьская, 34, Тел. (383) 218-33-15, (383) 218-02-64 Email: polist@polist.ru Web: www.polist.ru



офтальмологическое оборудование

Генералоф НЕІМЕ ОРТОТЕСНИК Врачебные сумки

Набор врача общей практики HEINE (офтальмоскоп BETA 200, диагностический отоскоп ВЕТА 100, 1 набор из 6 многоразовых ушных воронок, 10 одноразовых ушных воронок, прямое ларингеальное зеркало с принадлежностями, раздвижную назальную воронку, ерезаряжаемую рукоятку ВЕТА R 3,5 В, запасную лампу, кейс на молнии); паковка одноразовых шпателей (100 шт.); портативный осветитель mini 3000 Combi Lamp в комплекте с батареечной рукояткой mini 3000 и 5 одноразовыми шпателями; сфигмоманометр GAMMA G7 с детской, взрослой и большой манжетой в чехле; стетоскоп GAMMA С в комлекте с 2 запасными мягкими оливами и запасной мембраной



Набор врача общей практики ВЕТА 200 (офтальмоскоп ВЕТА 200, Ф.О. отоскоп ВЕТА 200, многоцелевой осветитель, 1 набор из 4 многоразовых ушных воронок Tips, 10 одноразовых ушных воронок Tips, перезаряжаемую рукоятку ВЕТА R 3,5 B, запасную лампу, кейс на молнии); упаковка одноразовых шпателей (100 шт.); сфигмоманометр GAMMA GP с детской, взрослой и большой манжетой в чехле; стетоскоп GAMMA 2.2 в комлекте с 2 запасными мягкими оливами и запасной мембраной.



Набор врача общей практики mini 3000 (офтальмоскоп mini 3000, отоскоп mini 3000, портативный осветитель mini 3000 Combi Lamp, ларингеальное зеркало mini 3000, 1 набор из 4 многоразовых ушных воронок Tips, рукоятку mini 3000, твердый кейс); упаковка одноразовых шпателей (100 шт.); сфигмоманометр GAMMA G5 с детской, взрослой и большой манжетой в чехле; стетоскоп GAMMA 2.2 в комлекте с 2 запасными мягкими оливами и запасной мембраной.

гованы любыми диагностическими наборами и инструментами HEINE по вашему выбору. Вы можете самостоятельно доукомплектовать кейс необход для вашей практики медицинскими инструментами и принадлежностями (портат хирургические инструменты, перевязочный материал, медикаменты и т. п.). я на диагностические инструменты 5 лет. Гарантия на кейс 3 год

Генералоф 119590, Москва, ул. Довженко, 8-1-103 Тел./факс:(495)483-23-67 E-mail: info@generalof.ru www.generalof.ru

история бренда



Первый официальный офис Pfizer, где работали 150 сотрудников. Манхеттен, 1868 год

октября 1906 года в газете «Нью-Йорк Таймс» был напечатан «Прошлой ночью в своем загородном доме в Лингейте скончался Чарльз Пфайзер-старший, постоянно проживавший в Бруклине За несколько недель до кончины



Чарльз Пфайзер

Charles Pfizer. Special to The New York Times.

NEWPORT. Oct. 20.—Charles Pfizer, Sr., of Brooklyn, died at his Summer home, Lindgate, last night. His death followed a fall down stairs a few weeks ago, as a result of which he broke an arm and was otherwise badly injured. His two daughters, Baroness von Echt and Mrs. Trederick Duncan of Vienne, Austrick erick Duncan of Vienna, Austria, were with him when the end came. Charles Pfizer, who was 83 years old, came from Germany in the early forties. In 1849 he founded the chemical firm of Charles Pfizer & Co., and remained at ith head for fifty-one years. In 1900, when the firm was incorporated, he retired, and his son, Charles Pfizer, Jr., became the com-pany's first President, later himself re-tiring, another son, Emil Pfizer, becom-ing President. Mr. Pfizer, when in Brook-lyn, lived at 205 Washington Avenue.

в результате падения с лестницы чил другие серьезные повреждения. и госпожа Фредерик Данкан, прие- и кондитеру Эрхарту пришла в гохавшие из Вены, находились рядом дову идея «подсластить горькую десятилетий с отцом в его предсмертный час. пилюлю» с помощью миндальной Чарльз Пфайзер, которому было ириски. Новая форма сантони- вые отделения за пределами Нью-83 года, приехал из Германии в на в виде конусообразных леден- Йорка – офисы и склад в Чикаго. начале сороковых. В 1849 году он цов пришлась по вкусу американосновал химическую компанию цам. Charles Pfizer & Company была один из основателей Пфайзер – Penicillinum notatum. 1928 год Charles Pfizer &Co, которую возглав- запущена. лял в течение 51 года. В 1900 гонии, он вышел в отставку. Фирму сменил его брат Эмиль.

Господин Пфайзер проживал в Бруклине по адресу: 295, Вашингтон авеню».



Pfizer

Миссия компании – приносить максимальную пользу своим пациентам, клиентам, сотрудникам, инвесторам, деловым партнерам и обществу в целом.





Чарльз Эрхарт

Сантонин, хлороформ и лимонная кислота

В 1849 году молодой немецкий химик Чарльз Пфайзер и его двоюродный брат Чарльз Эрхарт, переехавшие в Америку в поисках новых возможностей, основали соб-& Company. За 2500 долларов, взятых в долг у отца Пфайзера, братья купили небольшое здание красного кирпича на Бартлет стрит в нью-йоркском районе Бруклин, продуктом новой компании стал XIX века страдали многие амери-

В 1857 году Pfizer открывает ду, после акционирования компа- офис в Нижнем Манхэттене. на Бикман стрит. В этом районе в те возглавил его сын, Чарльз Пфайзер- годы было сосредоточено химичемладший, ставший первым Прези- ское и фармацевтическое произдентом компании. Позже Чарльза водство. Одиннадцать лет спустя Пфайзера-младшего на этом посту офис переехал в четырехэтажное здание на улице Мэйден Лэйн, 81. неподалеку от Уолл стрит. В 1878 году в своем офисе компания установила один из первых телефонов в городе.

Чарльз Пфайзер совершал довольно частые поездки в Европу, где устанавливал контакты с поставщиками и договаривался о поставках сырья. Во время одной из таких поездок в свой родной город Людвигбург Чарльз знакомится со своей будущей женой, Анной Хауш. В 1859 году молодые люди

поженились, у них родилось пятеро детей, двое из которых, Чарльзмладший и Эмиль, работали в компании

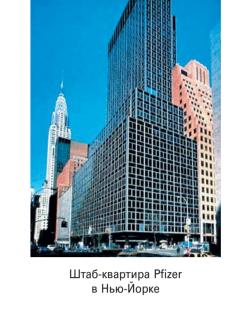
В 1862 году Pfizer приступила к производству виннокаменной кислоты и винного камня, которые в пищевой и химической промышленности. Начавшаяся Гражданская их руках война между Севером и Югом заставляет Pfizer расширить производство виннокаменной кислоты (использовалась в качестве слабительного и хладагента) и винного 🏻 включает широкое разнообразие 🔻 мы должны всегда помнить о том, камня (применялся как мочегонное и дезинфицирующее средство), а также жизненно необходимых веществ для удовлетворения потребностей армии северян: йод, морфий, хлороформ, камфара и ртуть, которая применялась в недавно за-

родившейся фотографии. 1880-й стал знаковым годом в истории компании: Pfizer начинает производство лимонной кислоственную компанию Charles Pfizer ты. В качестве сырья используются импортируемые концентраты лимона и лайма. В скором времени компания становится ведущим производителем этого продукта в США. Американцы между тем где Пфайзер и Эрхарт наладили распробовали Coca-Cola, Dr. Pepper химическое производство. Первым и Pepsi-Cola, и производство прохлалительных напитков начина сантонин, средство для борьбы ет стремительно расти. Резко увег-н Пфайзер сломал руку и полу- с глистами, от которых в середине пичивается спрос и на лимонную кислоту. Она становится основным Две его дочери, баронесса фон Экт канцы. Причем химику Пфайзеру продуктом Pfizer и определяет рост компании в течение последующих

В 1882 году Pfizer открывает пер-

Чарльз Эрхарт. Свою долю в размере 250 тысяч долларов он оставляет своему сыну Уильяму. Однако соглашение предусматривает, что Чарльз Пфайзер имеет право выкупить долю Уильяма Эрхарта по половине ее рыночной стоимости, что и делает Пфайзер, сосредотачивая собственность компании в сво-

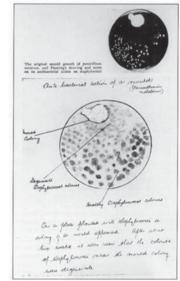
В 1899 году лидер американской химической промышленности Pfizer отмечает свой 50-летний юбилей. Портфель компании ских продуктов, основу которым

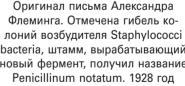


положили лимонная кислота, камфара, винный камень, бура и йод. Компания имеет офисы в Нью-Йорке и Чикаго, поддерживает импортно-экспортные контакты

Качество Pfizer

Во время празднования юбилея компании Чарльз Пфайзер сделал заявление, которое показывает, что Pfizer достигла высокого положения на рынке и может уверенно вступать в XX век: «Наша цель была и остается той же самой: найти и довести до совершенства наиболее эффективный способ производства высококачественных продуктов для удовлетворения потребностей наших клиентов. Эта компания основана на такой репутации и верности традициям, и если мы хотим отметить следующий юбилей, то промышленных и фармакологиче- что качество – это краеугольный







Александр Флеминг и Глэдис Хобби (Пфайзер), организатор массового производства ПЕНИЦИЛЛИНА. антибиотика ТЕРРАМИЦИН. 1941 год





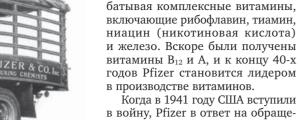
С 1971 года открыты научно-исследовательские центры в Англии, Франции, Японии, США

В 1900 году Pfizer оформляет **«24 часа в день, семь** официальное свидетельство о регистрации в штате Нью-Джерси с уставным капиталом в 2 миллиона долларов, разделенным на 20000 акций номиналом по 100 долларов. Вплоть до 22 июня 1942 года Pfizer остается частной компанией, когда ной кислоты от сахара до броже- циллина в 5 раз превысило ожида-240 000 ее акций были выставлены на продажу.

На специальном заседании совета директоров Эмиль Пфайзер, младший сын Чарльза Пфайзера, назначен Президентом компании. На этом посту Эмиль пробыл с 1906 по 1941 год. Он стал последним членом семьи Пфайзер-Эрхарт, который был непосредственно связан с деятельностью компании.

19 октября 1906 года в возрасте 83 лет во время отпуска умирает Чарльз Пфайзер. Отдавая дань уважения основателю компании, газета The New York Tribune пишет: «Благодаря сочетанию немецкого технического образования, значительных усилий и целеустремленности, он успешно справлялся со как и изобретение нового способа пании начинают поиск новых сповсеми трудностями и каждый год

Первенство в массовом произнадежной основой для дальнейшепревышают 3 миллиона долларов.



ние американского правительства обещает увеличить производство пенициллина для удовлетворения нужд армии союзников. Высшее руководство компании вкладывает миллионы долларов в покупку новых зданий и оборудования, необходимого для организации процесса глубокого брожения. Компания приобретает морозильную установку, которая работает 24 часа в сутки. В результате уже через че тыре месяца производство пениемые объемы, и Pfizer становится симой от европейских поставщи- крупнейшим в мире производитеков цитрусовых. Кейн продолжает лем этого «чудо-лекарства». Так рая имелась у англо-американских войск в день высадки в Нормандии была изготовлена компанией Pfizer ный сахар. Именно эти разработ- Вклад компании в военный успех ки в дальнейшем заложили основу Соединенных Штатов был оценен

В 1949 году Pfizer празднует В 1928 году было совершено свой 100-летний юбилей. Управлеедва ли не самое выдающееся со- ние компанией берут в свои руки бытие в медицине: Александр Фле- представители нового поколения: минг выделяет из плесневого гри- Джон Маккин становится Президентом, Джордж Андерсон уходит с поста Председателя совета дирекствами. Это открытие во многом торов, а его место занимает Джон Л. Смит. Научные сотрудники комполучения аскорбиновой кислоты собов борьбы с заболеваниями.

1950 год. Первым существенным ния. После постройки нового за- результатом научных разработок водстве лимонной кислоты стало вода и введения режима работы компании становится антибиотик «24 часа в день, семь дней в неделю» широкого спектра действия Терраго роста компании. Объемы продаж Рfizer становится мировым лидером мицин® (окситетрациклин) – первый фармацевтический препарат



1951 год – открыты первые представительства компании в мире: в Бельгии, Бразилии, Канаде, Кубе, Пуэрто-Рико, Англии, Панаме и Мексике

В 1919 году сотрудники Pfizer,

химик Джеймс Керри и его помощ-

ник Джаспер Кейн, разрабатывают

полный цикл производства лимон-

развивать метод брожения в глу-

боком резервуаре с использовани-

ем патоки, которая оказалась луч-

шим сырьем, чем рафинирован-

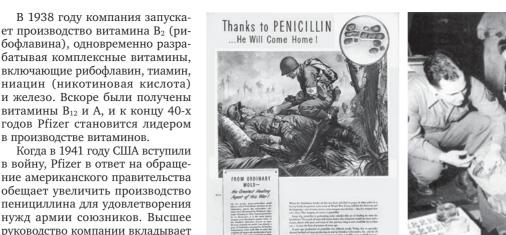
крупномасштабного производства

ба вешество пенициллин, обла-

дающее антибиотическими свой-

определило будущее Pfizer, равно

(витамина С) без процесса броже-



Во время Второй мировой войны «чудо-лекарство» спасло тысячи солдатских жизней



в США, выпущенный под маркой Pfizer. Начинается продвижение на начинает работать в Бельгии, Бразилии, Канаде, Кубе, Англии, Мексике, Панаме и Пуэрто-Рико.

1954 год – первый в мире синтетический антибиотик с широким спектром действия – Тетрациклин. Компания увеличивает финанси-

рование научно-исследовательской деятельности и вкладывает дополнительные средства в работу своей медицинской исследовательской лаборатории в Гротоне, штат оннектикут.

В 1961 году Pfizer открывает главный офис в центре Манхэттена, а десятилетие спустя приобретает компанию Mack Illertissen, производителя лекарственных, химических и потребительских препаратов, ориентированных на нужды рынка Германии.

Создается Центральное научноисследовательское подразделение, занимающееся фармацевтическими, сельскохозяйственными и химическими разработками. Через некоторое время подразделение открывает исследовательские центры на трех континентах. В эпоху беспрецедентных медицинских открытий Pfizer делает долгосрочное вложение в исследования, которые окупят себя лишь несколько лет спустя.

VORLDWIDE AVAILABILITY



1963 год – Pfizer становится лидирующей компанией по производвнешние рынки. В 1951 году Pfizer ству совершенно новых лекарств, одновременно зарегистрировав шесть новых продуктов – Визин, Рид, Бен-Гей, Деситин, Кортизон, Унизом

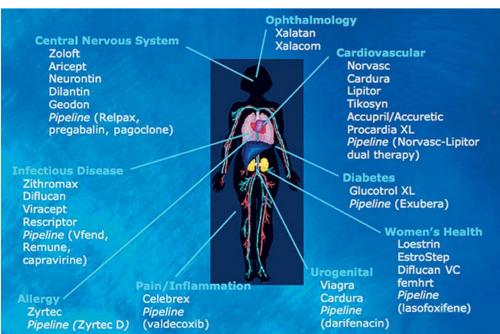
1967 год – Pfizer создает первый в мире антибиотик широкого спектра действия, рекомендованный для приема 1 раз в день -

«Самая уважаемая фармацевтическая компания»

Миллиардный рубеж продаж Pfizer пришелся на 1972 год. Понимая, что ключ к дальнейшему росту компании лежит в исследованиях и изобретениях, Председатель совета директоров Эд Прэтт увеличивает исследовательский бюджет с 5% до 15-20% от продаж.

В 1980 году одним из самых продаваемых противовоспалительных рецептурных препаратов в мире и первым продуктом Pfizer, чьи продажи принесли компании миллиард долларов США, становится

1982 год – препарат Пироксикам становится первым препаратом, продажи которого в мире достигли 1 миллиарда долларов США.



Широкий спектр препаратов

В 1998-1999 годы Pfizer запускает Виагру – препарат, который потряс весь мир

1989 год – препарат Прокардиа XL, лекарство для однократного брена для терапии первой линии. приема при ИБС и артериальной

1992 год – Pfizer регистрирует три принципиально новых лекарственных препарата – Норваск, 3олофт, Зитромакс.

1998-1999 годы – препарат Виагра. Лекарство, которое потрясло к применению ведущими мировымир. Pfizer инвестировала в разработку препарата 2,5 миллиарда

1992 год. Открыто представительство Pfizer в России.

Два года подряд, в 1997 и 1998 годах, журнал Fortune® признает Pfizer самой уважаемой фармацевтической компанией, а через год, 150-летие как лидер фармацевтиченаучных исследований и разработки новых лекарственных препаратитула «Компания года».

Ксалатан

В 1998 году в России зарегистрирован Ксалатан, противоглаукомное средство – простагландина $F_{2\alpha}$ аналог синтетический.

Показания к применению: снижение повышенного внутриглазного давления у пациентов с открытоугольной глаукомой или повышенным офтальмотонусом.

Этапы создания Ксалатана[®] (латанопрост)

1950 г. Простагландиновые рецепторы обнаружены в радужке

жены во многих тканях и органах животных.* 1970 г. Объяснено значение она пожилых американцев.

1960 г. Простагландины обнару-

простагландинов

аналоги простагландинов и их роль в офтальмологии.

1990 г. Отказ Pfarmacia от исследования простагландинов, снижающих ВГД и вызывающих при этом гиперемию глаз.**

- * Простагландины самый современный класс препаратов для лечения глаукомы.
- ** В 1990 году компанией Pfarmacia (позже Pfizer) были начаты клинические исследова ния латанопроста-простагландина, который эффективно снижает внутриглазное давле ние, не вызывая при этом гиперемию конъ-

1996 г. Ксалатан-молекула одо-

2000 г. Ксалатан рекомендован как препарат первой линии в лечении глаукомы и простагландины признаны самым современным классом антиглаукоматозных средств.

Сегодня Ксалатан рекомендован ми руководствами, в том числе и Российским Национальным Руководством по глаукоме 2011 года.

«Приносить максимальную пользу пациентам»

1 января 2001 года Уильям Стирв 1999 году, Pfizer отмечает свое младший сообщает о своем уходе ского рынка, а за заслуги в области компании, а в апреле, после ежегодного собрания акционеров, покидает и пост Председателя советов журнал Forbes® удостоил Pfizer та директоров. Эти должности занимает доктор философии Генри

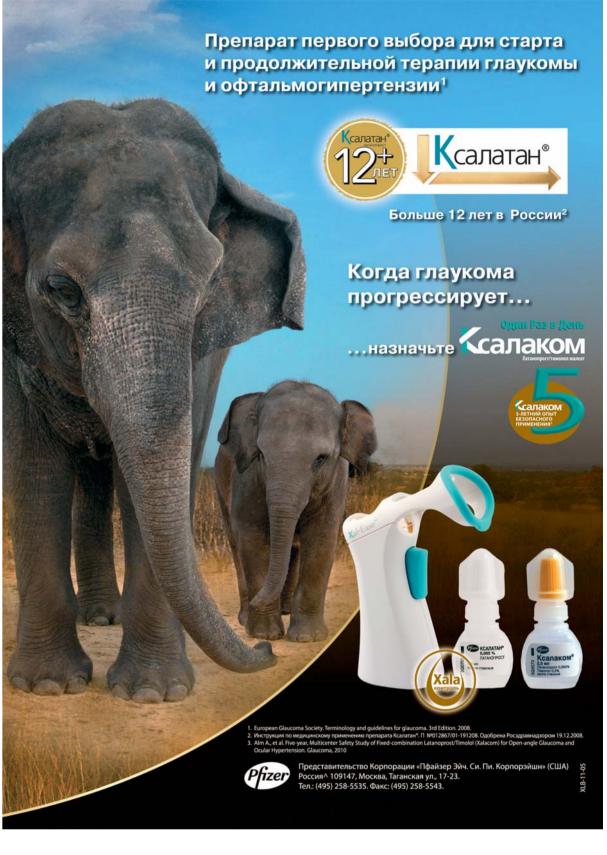
> В июне 2001 года Маккинелл формулирует новую миссию Pfizer приносить максимальную пользу своим пациентам, клиентам, сотрудникам, инвесторам, деловым артнерам и обществу в целом. В рамках программы The Pfizer For Living™ компания предоставляет квалифицированную бесплатную медицинскую помощь малообеспеченным слоям населения. Кроме того, больные имеют возможность в течение 30 дней получать любые медицинские препараты по единой цене – 15 долларов за лекарство. К апрелю 2004 года было реализовано уже около 5 миллионов лекарств, участниками программы на тот момент стали более полумилли-

В 2004 году Pfizer была включе-1980 г. Изучены синтетические на в список компаний, определяющих индекс Dow Jones.

В июле 2006 года совет директоров компании назначает Джеффри Киндлера Президентом Pfizer. Киндлер становится преемником Генри Маккиннела, который занимал пост Председателя совета директоров до февраля 2007 года.

Сегодня компания Pfizer coxpaняет верность традициям, заложенным полтора века назад ее основа телями. Их цель – принести пользу каждому: пациенту, сотруднику,

Материал подготовил С.Н. Тумар



МЕЖДУНАРОДНАЯ ПАНОРАМА. HOBOCTU ESCRS

Оценка риска развития кератоконуса после кераторефракционных вмешательств

Говард Ларкин

аппарате Pentacam (Oculus).

ный анализ показателей рогович- рургов (ESCRS). ной биомеханики, наряду с оцен-

тельными. Мы рассматриваем дан- больного, является весьма полез- каждом конкретном случае, подовый тест для идентифика- ные Pentacam и пытаемся корре- ной для практикующего офталь предполагать, что комбинирован- рактальных и рефракционных хи-

кой клинически значимых факто- щих систем классификации факто- явленных к настоящему моменту лее надежного инструмента оценров риска эктазии, может повысить ров риска заключается в том, что идентификационных параметров, ки рисков кераторефракционной вероятность идентификации паци- они не точны. Система д-р Рэн- дает высокую погрешность в раз- хирургии. При этом авторы полаентов, входящих в группу риска по длмана, которая оценивает риски, делении нормальной и аномаль- гают, что уточнение и оптимизация развитию эктатических изменений основываясь на аномалиях, выяв- ной топографии, толстых и тон- параметров прибора ORA является после кераторефракционной хирур- ленных при кератотопографии, ких роговиц, глаз с кератоконусом в этом отношении весьма перспекгии, сказал д-р Брэдли Рэндлман а также на величине сферическо- и нормальных глаз, перенесших тивным направлением дальнейших из Университета Эмори г. Атланта го компонента рефракции, толщи- операцию LASIK. Именно поэто- исследований. не роговицы, остаточной толщины му получаемые данные не вполне

ции пациентов с ранними лировать их с результатами иссле- мохирурга (Ophthalmology, 2008, В идеале мы хотели бы видеть тации пациентов с ранними пировать их с результатами песле дования на ORA. При этом мы не Јап; 115(1):37-50). Однако ее кристему скрининга, которая была была обществення и простому резумируем на кератоконус, основанный выбираем специфически аномаль- тики подчеркивают высокую веро- бы сведена к простому резюмируна данных прибора ORA (Ocular ные паттерны кератотопограммы, ятность генерации большого чис- ющему алгоритму – «да» или «нет». Response Analyser, Reichert), пред- а пытаемся определить глаза груп- ла ложноположительных оценок. Нас не устраивает заключение «моназначенного для изучения рого- пы риска и понять, какими спосо- Различные паттерны роговично- жет быть да, а может нет», поскольвичного гистерезиса, представля- бами наиболее оптимально иден- го гистерезиса и резистентности, ку заставляет хирурга нервничать, ется более точным, чем базовое ис- тифицировать этот риск», – сказал получаемые при помощи прибо- теряясь в догадках», – заключил следование кератотопограммы на д-р Рэндлман на симпозиуме, со- ра ORA, характерны для нормаль- д-р Рэндлман. стоявшемся в рамках XXVIII Конг- ных субъектов, пациентов с кера-Имеются веские основания ресса Европейского общества ката- токонусом, а также для глаз, пе- уверенность, что учет качественно ренесших операции LASIK и FRK проанализированных биомехани-(Luce J., J. Cataract Refract. Surg., ческих данных позволит двинуть-Основная проблема существую- 2005). Однако использование вы- ся в направлении разработки бо-

«Эти данные являются предвари- стромального ложа и возрасте применимы для оценки риска в

Тем не менее докладчик выразил

www.eurotimesrussian.org

Уважаемые коллеги!

Офтальмологический портал «Орган зрения» **www.** organumvisus.com предлагает офтальмологам инновационный образовательный проект, созданный при подлержке компании Пфайзер «Академия глаукомы. Глаукома от «А» до «Я», www. academy-glaucoma.com.

Миссия: мы заботимся о сохранении зрения пациентов с глаукомой, предоставляя врачам-офтальмологам инновационные знания и дополнительные образовательные ресурсы для диагностики и лечения глаукомы, а также эффективный комплекс противоглаукомных препаратов при ПОУГ.

С уважением, Руководитель портала «Орган зрения» Голубев Сергей Юрьевич



подчёркивает Юрий Кочетков.

и нервную систему в целом.

структуру родного или иностран-

ного языка, даёт возможность са-

мостоятельно редактировать и соз-

давать новые тексты. Трудно стать

Развитие компьютерных техно-

расширили сферу применения брай-

лисплеи и соответствующие прин-

Брайлевский принтер функцио-

стандартной клавиатуре.

компьютера



34

Илья Бруштейн

Зорко одно лишь сердце

Обычно дети пишут письма Санта-Клаусу, Деду Морозу, Йолупукки, Баббо Натале и прочим подобным персонажам. Незрячие мальчики и девочки не являются ляют рождественские послания по «сказочным адресам» и получают подарки от доброго дедушки с седой бородой. Но есть ещё один адресат для детской корреспонденции – Луи Брайль

«Письмо Брайлю пишем по Брайлю», – так звучит популярная тема сочинений в российских школах для слепых. Аналогичные задания выполняют и учащиеся в других странах. Часто детям предлагают принять участие в школьных и областных конкурсах «писем великому французу». В 2010 году Российская государственная библиотека для слепых в Москве и журнал «Школьный вестник» (единственный в РФ журнал для слепых детей и подростков, издающийся рельефно-точечным шрифтом) провели всероссийский конкурс с одноимённым названием.

- Становясь автором «лично го» письма Луи Брайлю, ребёнок задумывается о роли рельефноточечного шрифта в жизни незрячих людей и в его собственной жизни, - рассказывает главный редактор журнала «Школьный вестник» Юрий Иванович Кочетков. – Это очень эффективная и действенная форма пропаганды брайлевской

Победителем прошлогоднего всероссийского конкурса стал восьмиклассник школы-интерната из районного центра Лаишево Республики Татарстан Алексей Зольников. Его работа также стала призёром конкурса «Европейское брайлевское эссе», проводившегося в 2010 году Европейским союзом

«В своём письме, глубокоуважаемый мсье Луи Брайль, спешу выразить Вам мою горячую благоіарность за Ваше великое изобре тение, за волшебное шеститочие, которое ознаменовало для незрячих всего мира рождение нового способа письма и чтения, которые полностью преобразили жизнь слепых, в том числе и мою»,- так начинается письмо Алексея Зольникова к Луи Брайлю.

Мальчик описывает свою жизнь: он родился слепым, до пятнадцати лет жил в деревне в родительском доме и не посещал школу. «Родители окружали меня любовью, вниманием, я буду им благодарен всю жизнь. Но я рос, и мне чегото не хватало. Появлялись мысли, хотелось их записать. Я знал, что существует огромное количество книг, прочитать которые я не мог», - описывает свои переживания юный эссеист.

Глубокоуважаемый мсье Луи Брайль!

Много ли Вы знаете, уважаемые читатели, великих людей, которым благодарные потомки продолжают писать письма через много лет и десятилетий после их кончины? Даже «дедушка Ленин» не удостаивался таких почестей... В качестве исключительного случая можно рассматривать французского педагога и просветителя Луи Брайля (1809-1852). Письма ему пишут, в основном, незрячие дети – учащиеся специализированных школ. Чем же прославился Луи Брайль? Почему его открытие эксперты называют «краеугольным камнем» в процессе реабилитации инвалидов по зрению? Сегодняшний выпуск нашей рубрики посвящён «книгам без картинок», миру рельефно-точечной печати.

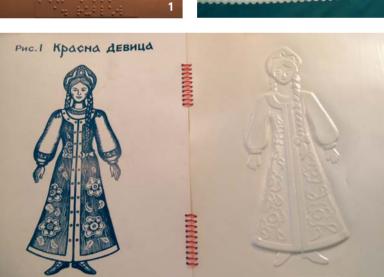
сразу в пятый класс, т.к. возраст Сколько нового я узнал из прочи- жизни, что человек с нормальным для первоклассника был слишком танных книг! Но из всего прочивелик), молодой человек к шест- танного сильнее всего врезались кто слепец». надцати годам не только научился мне в память слова из книги франчитать и писать, но и полюбил это изского писателя Антуана де Сентзанятие. Ему доставляло удоволь- Экзюпери «Маленький принц»: ствие быть грамотным: «Наступи- «Зорко одно лишь сердце. Само- с изобретением великого францули летние каникулы. Это лето отличалось от предыдущих. Ведь теперь Именно эти слова утвердили меня щее, хочу получить высшее образосо мной всегда рядом мои новые в мысли, что отсутствие зрения не вание, профессию и своим трудом

го главного глазами не увидишь».

площение в жизнь своих планов за: «У меня большие планы на буду-

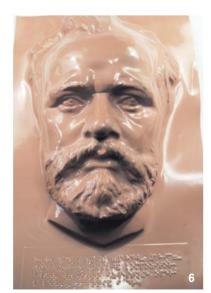
специальной школе (его приняли друзья – книги. Я их могу читать! означает отсутствия полноценной добиться себе пропитания и уважения окружающих. Эти мечты могут осуществиться только благодаря Вами созданной системе письма Завершая послание, школьник и чтения. Мечты не только мои, но из Татарстана прямо связал во- и всех, кого судьба лишила возмож-











1. Икона Святой Троицы. Издательско-полиграфического тифлоинформационного комплекса «Логосвос». 2. Детские тактильные книги. 3. Детская книга издательско-полиграфического тифлоинформационного комплекса Своё знакомство с системой «Логосвос». 4. Одна из первых российских книг, изданных рельефно-точечным шрифтом. На титульном листе – не пишут т.е. не скользят ручкой Брайля Алексей сравнил с чу- ключ к шрифту Брайля. 5. Русский алфавит в рельефно-линейном шрифте Уильяма Муна. 6. П.И. Чайковский. дом. Проучившись всего год в Учебное пособие издательско-полиграфического тифлоинформационного комплекса «Логосвос»

Этот удивительный брайлевский шрифт!

В настоящее время почти все книги и периодические издания для слепых в мире издаются рельефно– гочечным (брайлевским) шрифтом. Луи Брайль ослеп в возрасте трех лет в результате несчастного случая. В 1829 году, будучи преподавателем парижской школы слепых, он разработал свой шрифт. Система была создана на основе так называемого «ночного шрифта» французского офицера Шарля Барбье де ла Сеппе (1767–1841). «Ночной шрифт» использовался для записей и передачи сообщений в темноте. Правда, широкого применения во рранцузской армии это изобретение не получило. Брайлю пришла в голову мысль, что «ноу-хау» военных могут быть полезны незрячим людям.

Брайлевский шрифт называют «осязаемым шеститочием». С помошью всевозможных комбинаций из шести точек, расположенных в два столбца, по три в каждом, можно обозначить любую букву, цифру, знак препинания, математические, физические, химические и нотные символы. Например, для обозначения русской буквы «А» нам понадобится всего одна выпуклая точка. Для буквы «Б» – два «пупырышка». «В» – четыре выпуклые точки. «Г» - тоже четыре выпуклые точки, но они расположены

Из-за ограниченности общего числа различных «точечных комбинаций» (их всего 63!) в некоторых случаях используются двухклеточные знаки: четыре столбца осязаемых точек. Существует множество дополнительных знаков, например, для обозначения больших и малых Система Брайля предполагает

не только возможность читать, но и писать. Разумеется, незрячий человек не может просто взять ручку и сделать какую-либо запись в блокноте. Поэтому используется специальный «прибор для письма по Брайлю». Это железная доска с крышкой. В крышке имеются прямоугольные окошечки, а на железной доске каждому окошечку соответствует по шесть углублений. В этот трафарет вставляют особую плотную бумагу. Пишут слепые не ручкой и не карандашом, а «грифелем» – тупым шилом с ручкой. Грифель нажимает на бумагу, но не продавливает ее. На обратной стороне листа образуются «пупырышки», осязаемые точки. Строго говоря, незрячие люди по бумаге, а выстукивают текст



Олег Николаевич Пилюгин, директор и главный редактор издательскополиграфического комплекса «Чтение»

ным шрифтом, незрячий юноша мо- трудоёмким, а главное неэффективжет, например, объясниться в люб- ным процессом. чая девушка это письмо не поймет. дования, проводившиеся в разных Впрочем, ещё в прежние времена странах с середины XIX века по наные машинки, которые помогали вильность постулатов французского средник – чтец. Рельефно-точечная незрячим пользователям созлавать А сегодня развитие компьютерных ответствует психофизиологическим ся» с писателем или журналистом», технологий полностью решило проблему переписки слепых и зрячих: можно посылать друг другу элек-Многие современные мобильные теисходящие и входящие письма.

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ №4/2011

А можно как-нибудь иначе?

Первое знакомство с брайлевходимости для реабилитационного гося профессора. процесса. Сразу возникает вопрос: а почему незрячим людям вообще С чужого голоса понадобилась своя особая система чтения и письма? Ведь можно было чатать выпуклыми буквами, чтобы их могли читать и слепые, и зрячие? Да и выдавливать точки, вроде бы, совсем не обязательно: существует достаточно приспособлений, помогающих инвалидам по зрению писать обычными буквами. Например, можно подложить под лист бумаги кусок полиэтилена, резины или мягкой кожи, чтобы написанный текст стал «осязаемым».

и тренированных читателей.

тря на развитие полиграфических ственные силы». технологий.

(а обычные буквы состоят именно теряет свои позиции?

Написав письмо рельефно-точеч- из линий) является гораздо более

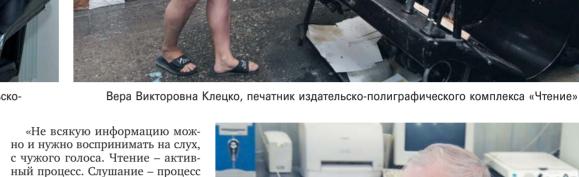
стоящее время, подтвердили прапросветителя: его система чтения и печать позволяет читателю напряписьма в наибольшей степени совозможностям и потребностям не-

Разумеется, кто-то из инвалидов тронные письма, SMS – сообщения. по зрению читает и пишет быстрее, лефоны обладают функцией синте- скорость чтения и письма по Брайзации речи: они могут зачитывать по полностью соответствует аналогичным действиям, совершаемым зрячими людьми. Брайлевская си- журналов оказывает медитативное стема универсальна: она включает воздействие на человеческую псив себя не только запись текста, но и методику скорописи и стеногра- ет, доставляет тактильное наслажфии. Таким образом, незрячий стуской системой вряд ли сможет дент может не просто делать запиубедить человека – и зрячего, и си во время лекции, но и стеногра- к прекрасному». С другой стороны, незрячего – в её важности и необ- фировать выступление полюбивше- длительное прослушивание «искус-

Брайлевской системой обычбы, например, обычные книги пе- но хорошо владеют слепорождённые люди или те, кто потерял зрение в детском и подростковом возрасте. Они учились в специализированных школах, пользовались рельефно-точечными учебниками, писали сочинения и решали математические задачи, продавливая точки на плотной бумаге. У пациентов, лишившихся спо-

возрасте, отношения с «осязатель-В первой половине девятнадца- ным чтением» складываются не того века, когда школы для слепых такие простые. «Мне думается, в детей уже существовали, а брайлев- первую очередь, мы имеем дело ская система ещё не получила рас- с психологическими проблемами пространения, действительно выхо- и предрассудками, - считает главдили книги с выпуклыми буквами. ный редактор журнала «Школьный м количестве. Но эти ку психологически сложно перезначительных эмоциональных уси- не существует. Конечно, подушечки текстовую информацию. Обычно лий даже от наиболее увлечённых пальцев у взрослых людей обычно на планке дисплея одновременно менее чувствительны, чем у детей и появляется 40 или 80 символов. Второй недостаток книг с вы- подростков. Но это обстоятельство ления. Подобные книги никогда не их «владелец» может осознать. Вра- точечным шрифтом. Для такой пемогли бы стать массовыми. Это не- чам, друзьям и родственникам важ- чати требуется специальная бумага. фонист в call-центрах и прочих орвозможно и в наше время, несмо- но вселить в человека веру в соб- Имеются и особые клавиатуры для ганизациях. Телефонистам необхо- ся главным редактором петер-

В последнее время широкое рас-Гениальность Луи Брайля состо- пространение получили аудиокни- красно справляются и с работой на у работника отсутствует брайлев- сии литературно-художественного яла в том, что он понял, что наи- ги и различные компьютерные проболее простым, естественным и граммы синтезации речи. С помодоступным способом получения щью компьютера незрячий человек ко в стоимости этих технических нервную систему многократно воз- издательско-полиграфическое объинформации для незрячих являет- может прослушать любой текст, на- средств. Брайлевский дисплей обойся именно шеститочие. Брайль был пример, содержание этой статьи. дётся в сумму от 50 000 до 250 000 шать звонящего клиента, а в другое убеждён в том, что осязание линий Значит ли это, что система Брайля рублей. За принтер придётся выло- ухо – синтезатор речи, помогающий бликованных за эти годы в жур-





Игорь Михайлович Никитин, библиотекарь-редактор по Брайлю

грамотным, образованным чело-Для большинства российских не- «Чтение» значит веком, воспринимая информацию зрячих такие суммы являются не только на слух! Каким образом подъёмными. Но соответствующей техникой всё активнее оснащаются иначе слепой узнает, что слово «корова» пишется через букву «о»? специализированные библиотеки. школы для слепых и слабовидяших. Прикасаясь к дисплею реабилитационные центры.

Кстати, во многих западноевропейских странах органы социального обеспечения бесплатно снаблогий в последние годы ещё более людей индивидуальным компьюлевского шрифта. Получили рас- терным оборудованием. Таким об- единения «Чтение» (www.chtenie. Печатались они и в России, правда, вестник» Ю.И. Кочетков. – Челове- пространение рельефно-точечные разом, инвалиды по зрению могут sp.ru). «Я родился слепым и знакниги обладали двумя существен- строиться с чтения глазами на чте- теры. В брайлевском дисплее под- теллектуальной и административ- окружающем мире почерпнул ными недостатками. Во-первых, ние пальцами. Я глубоко убеждён вижные колпачки (маленькие вер- ной работой. В мире становится именно из брайлевских книг, – распроцесс чтения оставался очень в том, что каких-то реальных слож- тикальные штыри) выдвигаются все больше незрячих ученых, эко- сказывает директор питерского измедленным и утомительным. Он ностей для овладения брайлевски- через отверстия в плоской поверх- номистов, программи- дательства Олег Николаевич Пилютребовал большого напряжения и ми навыками во взрослом возрасте ности и таким образом выводят стов, даже биржевых брокеров. В большинстве случаев залогом

уверенное владение брайлевской сипрофессия незрячих людей – телеввода текстов, но обычно в них нет димо слушать клиента и одновренеобходимости, т.к. незрячие пре- менно производить записи. Если чтения» – единственного в Росский дисплей (или он не умеет им журнала для слепых. В 1995 году Проблема заключается толь- пользоваться), то нагрузка на слух и на базе журнала было создано растает: в одно ухо приходится слу- единение «Чтение». жить от 60 000 до 130 000 рублей. производить необходимые записи.

«почитание»

В Москве рельефно-точечную литературу выпускает издательскополиграфический тифлоинформационный комплекс «Логосвос» Всероссийского общества слепых (www.logosvos.ru). В Санкт-Петербурге эта общественная оржают незрячих и слабовидящих ганизация стала учредителем издательско-полиграфического объчительную часть информации ос гин. – Понимание цвета и его знапрофессионального успеха является ко мне через чтение художественсочетание компьютерных знаний и ной литературы. Я знаю, например, что «голубые глаза» считаются крапуклыми буквами: высокая стои- не является препятствием: пальцы нирует так же, как и обычный. Толь- стемой. Хотелось бы привести толь- сивыми у зрячих. В этих глазах отмость и трудоёмкость их изготов- учатся читать даже быстрее, чем ко печать осуществляется рельефно- ко один пример. Распространённая разился цвет моря, цвет неба, цвет

С 1983 года Пилюгин являетбургского журнала «Литературные

Какие из произведений, опунале, больше всего запомнились

К НЕЗРИМОМУ СОЛНЦУ



Галина Алексеевна Матюшкина, редактор издательскополиграфического комплекса «Чтение»

главному редактору, запали ему в сердце? «У нас было немало публикаций, которые вызвали особый интерес читателей, послужили поводом для многочисленных писем и звонков в редакцию. Я бы отметил повести Чингиза Айтматова «Белый пароход» и «Прощай, Гульсары!», эпопею Федора Абрамова «Две зимы, три лета», роман Василя Быкова «Сотников», поэму Евгения Евтушенко «Братская ГЭС», фантастическую сказку Фазиля Искандера «Удавы и кролики», повесть Василия Белова «Привычное дело», повесть Владимира Тендрякова «Кончина».

У журнала «Литературные чтения» выходит четырнадцать альманахов-приложений, рассчитанных на самые различные категории читателей: «В мире музыки», «Компьютерные технологии», «Лёгкое чтение», «Детское чтение», «Фантазии и предвидения», «Острый сюжет» и другие. Кроме того, издательство ежегодно выпускает до пятидесяти книжных новинок самой разнообразной тематики.

В 2011 году запланировано издание самых разных художественных и прикладных книг: «Лучшие блюда из рыбы» и «Всё о собаке», «Знаменитые преступления» Александра Дюма-отца и «Русские святые и подвижники XX столетия», «Дыхательная гимнастика» и «Остехондроз: как избавиться от привычной боли», «Рассказы» Василия Аксёнова и «Детские годы» Николая Лескова.

Олег Пилюгин любит подчёркивать, что понятия «читать», «чтение» и «почитать», «почтение» являются однокоренными в русском языке. Поэтому название

издательства «Чтение» возникло не случайно. Идея состоит в том, чтобы наши сограждане не только читали, но и почитали Книгу.

Библиотека приходит на помощь

Почти в каждом регионе России существуют специализированные библиотеки для инвалидов по зрению. Автор этих строк, живя в Северной столице, является постоянным читателем Санкт-Петербургской государственной библиотеки для слепых и слабовидящих (www.gbs.spb.ru). Она располагается в самом центре города, на Петроградской стороне, по адресу улица Шамшева, дом 8.

Всем читателям, приезжающим в Санкт-Петербург, можно настоятельно посоветовать посетить это удивительное место. Фактически библиотека является не только книгохранилищем, но и музеем, культурным и коммуникационным центром, местом встреч и общения зрячих и незрячих.

«Библиотека была основана в 1927 году, – в то время её фонд состоял из пяти тысяч томов рельефноточечного шрифта. В настоящее время у нас хранится около ста пятидесяти тысяч брайлевских книг на всех мировых языках», – рассказывает руководитель тифлобиблиографического отдела библиотеки Л.А. Высоцкая.

Людмила Алексеевна подчёркивает, что брайлевская книга может быть интересна и полезна не только тотально слепым людям, но и слабовидящим: «При целом ряде офтальмологических патологий необходимо существенно ограничить



Сергей Владимирович Паршаков, наборщик издательскополиграфического комплекса «Чтение»

нагрузку на глаза, чтобы как можно дольше – желательно до конца жизни – сохранять остаток зрения. В этом случае неразумно любой ценой стремиться читать обычные книги, пользуясь сильными лупами или возможностями компьютерного дисплея. Лучше дать глазам отдохнуть и научиться читать книги по Брайлю».

Руководитель отдела с гордостью демонстрирует сокровища библиотечной коллекции. Перед нами книга Василия Бородавского «Историческая, политическая и физическая география». Она была издана в Санкт-Петербурге в 1838 году рельефными буквами обычного шрифта. Годом ранее в Париже вышла в свет первая в мире книга рельефно-точечного шрифта – «История Франции». Но в России ещё много лет книги для слепых продолжали издавать привычным, «зрячим» шрифтом.

В тифлобиблиографическом отделе также представлены издания, выпущенные различными рельефно-линейными шрифтами. Как явствует из названия, рельефно-линейные шрифты состоят не из точек, а из кривых, углов и линий. Привычные очертания букв отображаются в упрощённом виде. Наибольшее распространение во всём мире, в том числе и в России, получил рельефно-линейный шрифт незрячего английского издателя и общественного деятеля Уильяма Муна (1818–1894), созданный им в 1843-1845 годах.

XIX век можно назвать эпохой рельефно-линейных шрифтов. В XX веке изобретение Луи Брайля полностью и повсеместно вытеснило все прочие способы передачи печатной информации. Исключением стала только благодарная родина Уильяма Муна. В ограниченном количестве книги, использующие его метод, до сих пор издаются в Великобритании. Но и на туманном Альбионе брайлевская система уже давно занимает господствующие позиции.

Людмила Алексеевна осторожно перелистывает первые русские рельефно-точечные книги, изданные в восьмидесятые годы XIX века первопечатником брайлевской книги в России Анной Александровной Адлер (1856-1924). Она показывает специальные пособия, выпускаемые московским издательством «Логосвос», в которых рельефноточечный текст сочетается с барельефным изображением. Брайлевские книги в обиходной речи часто называют «книгами без картинок». Но оказывается, что в реальной жизни своеобразные «картинки» всё-таки имеются.

Хозяйка тифлобиблиографического отдела достаёт с полок уникальные детские тактильные книги, которые по заказу библиотеки в единственном экземпляре создают петербургские художники. Их страницы выполнены из картона, общитого тканью. На каждой странице – композиция из кусочков меха, ткани, кожи, бусинок и различных миниатюрных предметов. Некоторые объекты в книге могут издавать звуки: шуршать, звенеть или шелестеть.

Одним из моих экскурсоводов по книгохранилищу стал сотрудник информационно-компьютерного отдела Игорь Михайлович Никитин. Он незрячий с рождения, по профессии – программист, выпускник

механико-математического факультета Санкт-Петербургского университета. Среди многих направлений деятельности информационнокомпьютерного отдела — издание книг брайлевским шрифтом.

«Разумеется, мы не можем и не хотим конкурировать со специализированными издательствами, такими как «Чтение» и «Логосвос», – рассказывает И.М. Никитин. – Но во всём мире библиотеки для слепых не только хранят брайлевские книги, но и сами выпускают специализированные издания тиражом всего в несколько экземпляров». У должности моего собеседника двойное название: библиотекарьредактор по Брайлю.

Задача Игоря Михайловича и его коллег состоит в том, чтобы подготовить «брайлевский вариант» обычных плоскопечатных книг. Редакционный план информационнокомпьютерного отдела составляется на основе заявок читателей. Если необходимую литературу не выпускают крупные издательства для слепых, то на помощь приходит родная библиотека. И совершенно бесплатно! Кроме того, информационнокомпьютерный отдел безвозмездно оказывает и множество других услуг: запись информации на различные носители, работа в Интернете с речевым выходом или с брайлевским дисплеем, чтение текстов и просмотр изображений с помощью увеличивающих устройств, консультации по работе с тифлотехническими средствами и т.д.

Вместо послесловия

В последние годы в странах Западной Европы значительный интерес к системе Луи Брайля стали проявлять... зрячие люди. Например, Немецкий институт слепых в Марбурге (Deutsche Blindenstudienanstalt) ежегодно организует специальные курсы «Брайль для зрячих». В Интернете существует огромное число сайтов, призванных помочь самостоятельно овладеть брайлевской системой письма и чтения.

Думающие, интеллигентные люди вне зависимости от их зрительных возможностей осознают, что брайлевская система – не горькое лекарство, которое принимается по необходимости и без особого желания. Мир рельефных точек был и остаётся удивительным и загадочным. Постигший его имеет шанс обрести мудрость и душевное спокойствие.

Фотографии автора



«ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов» события, обзоры, наука, образование

В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

«Тематика газеты достаточно разнообразная и включает различные рубрики. Именно этим обстоятельством продиктован выбор названия газеты – поле зрения можно рассматривать не только как функцию зрительного анализатора, но и как потенциальный кругозор читателя...»

С.Э. Аветисов

Электронная версия издания «Поле зрения. Газета для офтальмологов»:

http:/issuu.com/aprilpublish

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ.
Газета для офтальмологов» со 2-го полугодия 2011 года по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс издания:

15392



Приглашаем всех офтальмологов к сотрудничеству. Ждем ваших статей, интересных случаев из практики, репортажей. Мы с удовольствием будем публиковать ваши материалы на страницах нашей газеты «Поле зрения».

Газета «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов». Учредитель: ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ ФС77-43591 от 21.01.2011 г. Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных коммуникаций (Роскомнадзор). Периодичность: 1 раз в 2 месяца. Газета распространяется в Москве, Подмосковье и 60 регионах России. С предложениями о размещении рекламы звонить по тел. 8-917-541-70-73. Е-mail:aprilpublish@mail.ru. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: август 2011. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 119991, Москва, ГСП-1, ул Б. Полянка, д. 44/2. © «Поле зрения», 2011. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Отпечатано в типографии «САРІТАL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.