ИЗДАНИЕ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ОФТАЛЬМОЛОГОВ

ПОЛЕ ЗРЕНИЯ

9 МАЯ!

ГАЗЕТА ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ №2(28) МАРТ-АПРЕЛЬ 2015 ISSN 2221-7746

70 ЛЕТ ПОБЕДЫ

Помнить о героизме народа, хранить память о Великой Победе

Накануне 70-летней годовщины Победы советского народа в Великой Отечественной войне корреспондент газеты «Поле зрения» встретился с ветераном ВОВ, кавалером многих боевых наград, д.м.н., профессором и многолетним руководителем кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова **Вениамином Васильевичем Волковым**.

Давний друг нашей газеты, патриарх российской офтальмологии поделился своими мыслями о значении Дня Победы в судьбе России и жизни каждого её гражданина, рассказал о наиболее ярких эпизодах своей боевой службы, о роли медиков на фронте.

> стр. 6

Достойный пример для молодых

Нонна Сергеевна Ярцева — отличник здравоохранения, заслуженный врач РСФСР, имеет медаль за заслуги перед отечественным здравоохранением. В 2014 году была награждена памятной медалью «Патриот России» за патриотическое воспитание молодежи, за любовь к Родине, проявление патриотизма в служебной, военной и общественной деятельности.

«Дорогие друзья! Скоро вся страна будет отмечать День Победы. В часы грозной опасности плечом к плечу встала советская молодежь на защиту Отчизны. Единая воля к победе цементировала наши тесные ряды. У всех была одна задача — не дать Гитлеру стать хозяином на нашей земле. Мы выстояли.

Потери были огромными: один месяц войны — это 100-200 тыс. убитых. Огромную помощь в достижении победы оказывали медицинские работники — врачи, фельдшера, медицинские сестры, санитарки. Необходимо хранить память и об этих людях. Во время Великой Отечественной войны я была комсоргом и политруком эвакогоспиталя. Личным примером старалась привить высокие идеалы гуманизма, сформировать такие качества, как любовь к Родине. Своей работой пыталась внести посильный вклад в дело победы над врагом.

Всю свою сознательную жизнь работала, почти без выходных, праздников и полноценного отпуска. После войны как преподаватель офтальмологии в медицинском институте учила студентов искусству врачевания и врачебной этике. Кроме основной работы, выполняла общественную работу. Это было моим долгом коммуниста. Всю жизнь жила интересами общества, стремилась приносить максимальную пользу своему народу.

Коллеги, соратники, друзья! Поколение, выстрадавшее победу в Великой войне с сильным и жестоким врагом, передало в наследство нашу огромную страну, которую мы бездарно потеряли. Сейчас хотят сфальсифицировать историю. Здоровым силам надо твердо защищать наше прошлое, иначе нас лишат будущего!

Наше поколение защитило страну от фашизма. Молодое поколение — наша смена, наша гордость. Мы должны чтить подвиги бойцов и командиров, партизан и медиков — участников великой освободительной битвы… Помните подвиги нашего народа, гордитесь своей страной, ее историей!» ■

70 лет Победы

Верой и правдой
Воспоминания генерал-майора в отставке Н.М. Шлихунова > стр. 9

Актуальное интервью

Человек на своем месте
Интервью с академиком РАН С.Э. Аветисовым > стр. 3

Спешите делать добро
Интервью с профессором А.А. Рябцевой > стр. 16

Лучше офтальмологии специальности нет
Интервью с профессором Т.В. Гавриловой > стр. 28

Историческая страничка

Оказание офтальмохирургической помощи в Русской армии во время Первой мировой войны > стр. 13

Лекции

Дисбаланс морфологической стабильности глаза при глаукоме и возможности его компенсации > стр. 36

Глаукома. Глазами художника и пациента > стр. 38

Дискуссионные вопросы

Глаукома плюс возрастная макулодистрофия: две проблемы. Есть ли решения? > стр. 39

Оптометрия

Четкое зрение на всех расстояниях или Как работают очковые прогрессивные линзы > стр. 44

Частные клиники

Как добиться гармонии между рынком частной медицины, ответственным здравоохранением и наукой
Интервью с профессором Э.Н. Эскиной > стр. 46

История бренда

Тихие попутчики науки. Полтора века с Möller-Wedel > стр. 48

Также в номере:

Конференции > стр. 19, 23, 26, 30

Обмен опытом > стр. 33

В помощь практикующему врачу > стр. 34

С ВЕЛИКОЙ ПОБЕДОЙ, ТОВАРИЩИ!

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

КОМСОМОЛЬСКАЯ ПРАВДА

Орган Центрального и Московского Комитетов ВЛКСМ

№ 107 (6127) Среда, 9 мая 1945 г. Цена 20 коп.

Да здравствует великий советский народ, народ-победитель!

И. СТАЛИН.

Подписание акта о безоговорочной капитуляции германских вооруженных сил

Акт о военной капитуляции

1. Мы, нижеподписавшиеся, действуя от имени Германского Верховного Командования, соглашаемся на безоговорочную капитуляцию всех наших вооруженных сил на суше, на море и в воздухе, а также всех сил, находящихся в настоящее время под немецким командованием, Верховному Главнокомандованию Красной Армии и одновременно Верховному Командованию Союзных экспедиционных сил.

2. Германское Верховное Командование немедленно издаст приказы всем немецким командующим сухопутными, морскими и воздушными силами и всем силам, находящимся под германским командованием, прекратить военные действия в 23-01 часе по центрально-европейскому времени 8-го мая 1945 года, остаться на своих местах, где они находятся в это время, и полностью разоружиться, передав все их оружие и военное имущество местным союзным командующим или офицерам, выделенным представителями Союзного Верховного Командования, не разрушать и не причинять никаких повреждений пароходам, судам и самолетам, их двигателям, корпусам и оборудованию, а также машинам, вооружению, аппаратам и всем вообще военно-техническим средствам ведения войны.

3. Германское Верховное Командование немедленно выделит соответствующих командиров и обеспечит выполнение всех дальнейших приказов, изданных Верховным Главнокомандованием Красной Армии и Верховным Командованием Союзных экспедиционных сил.

4. Этот акт не будет являться препятствием к замене его другим генеральным документом о капитуляции, заключенным об'единенными нациями или от их имени, применимым к Германии и германским вооруженным силам в целом.

5. В случае, если немецкое Верховное Командование или какие-либо вооруженные силы, находящиеся под его командованием, не будут действовать в соответствии с этим актом о капитуляции, Верховное Командование Красной Армии, а также Верховное Командование Союзных экспедиционных сил, предпримут такие карательные меры, или другие действия, которые они сочтут необходимыми.

6. Этот акт составлен на русском, английском и немецком языках. Только русский и английский тексты являются аутентичными.

Подписано 8 мая 1945 года в гор. Берлине.

От имени Германского Верховного Командования:
Кейтель, Фридебург, Штумпф

В присутствии:
По уполномочию Верховного Главнокомандования Красной Армии
Маршала Советского Союза
Г. ЖУКОВА

По уполномочию Верховного Командующего экспедиционными силами союзников Главного Маршала Авиации
ТЕДДЕРА

При подписании также присутствовали в качестве свидетелей:
Командующий стратегическими воздушными силами США генерал
СПААТС

Главнокомандующий Французской армией генерал
ДЕЛАТР де ТАССИНЬИ

УКАЗ
Президиума Верховного Совета СССР

Об об'явлении 9 мая ПРАЗДНИКОМ ПОБЕДЫ

В ознаменование победоносного завершения Великой Отечественной войны советского народа против немецко-фашистских захватчиков и одержанных исторических побед Красной Армии, увенчавшихся полным разгромом гитлеровской Германии, заявившей о безоговорочной капитуляции, установить, что 9 мая является днём всенародного торжества—ПРАЗДНИКОМ ПОБЕДЫ.

9 мая считать нерабочим днём.

Председатель Президиума Верховного Совета СССР М. КАЛИНИН
Секретарь Президиума Верховного Совета СССР А. ГОРКИН.

Москва, Кремль. 8 мая 1945 года.

В Совнаркоме СССР

В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР об об'явлении 9 Мая ПРАЗДНИКОМ ПОБЕДЫ Совнарком СССР постановил считать 9 Мая 1945 года нерабочим днем.

Совет Народных Комиссаров СССР предложил всем советским государственным учреждениям 9 мая с. г. в день всенародного торжества — ПРАЗДНИК ПОБЕДЫ поднять на своих зданиях Государственный Флаг Союза Советских Социалистических Республик.

ПРИКАЗ
Верховного Главнокомандующего

Командующему войсками 4-го Украинского фронта
Генералу армии ЕРЕМЕНКО

Начальнику штаба фронта Генерал-полковнику САНДАЛОВУ

Войска 4-го УКРАИНСКОГО фронта, продолжая наступление, после ожесточённых боёв, сегодня, 8 мая, овладели городом и крупным железнодорожным узлом ОЛОМОУЦ — важным опорным пунктом обороны немцев на реке МОРАВА.

В боях за овладение городом ОЛОМОУЦ отличились войска генерал-полковника КУРОЧКИНА, генерал-полковника МОСКАЛЕНКО, генерал-полковника ГРЕЧКО, генерал-лейтенанта ГАСТИЛОВИЧА, генерал-майора ГОНЧАРОВА, генерал-лейтенанта ВОРОБЬЕВА, генерал-лейтенанта БАТЮНЯ, генерал-майора БРИЛЕВА, генерал-лейтенанта ГОРДЕЕВА, генерал-майора ИЛЬИНЫХ, генерал-майора ТЕРТЫШНОГО, генерал-лейтенанта ОЗИМИНА, генерал-майора ВЕДЕНИНА, генерал-лейтенанта ЗАПОРОЖЧЕНКО, генерал-лейтенанта БОНДАРЕВА, генерал-майора БУШЕВА, генерал-майора СОЛОВЬЕВА, генерал-майора ШМЫГО, полковника ШУБА, генерал-майора ЖУКОВА, генерал-лейтенанта МЕДВЕДЕВА, генерал-майора ВИНОГРАДОВА, бригадного генерала КЛАПАЛЕК, генерал-майора ГРИНЧЕНКО, полковника ГЕРШЕВИЧА, полковника ГРЕЧКОСИЙ, генерал-майора КРАСАВИНА, полковника КЛИМЕНКО, полковника ЗАМАНОВА, полковника ГОЛЬЦЕВА, полковника КАЗАРИНОВА, генерал-майора МЕТАЛЬНИКОВА, генерал-майора БОРИСОВА, полковника ПЕТРЕНКО, генерал-майора ГЛАДКОВА, генерал-майора КОЛДУБОВА, генерал-майора ЛИСИНОВА, генерал-майора ЗУБОВА, генерал-майора ЯНКОВСКОГО, полковника ХОМИЧА, полковника МОРОЗА, полковника ДРЯХЛОВА, полковника ВРУЦКОГО, полковника ВАСИЛЬЕВА, полковника КУПЦОВА, полковника ВЛАСОВА, полковника ГРЕДИНАРЕНКО, генерал-майора КРОПОТИНА, майора МАНУХОВА, полковника МИТОЯНА, полковника КАВЕРИНА, подполковника ЕВМЕНОВА, полковника ЧЕРНОГО, полковника ВАСИЛЬЕВА, полковника ТАМИЛОВСКОГО, полковника МАТУСЕВИЧА, генерал-майора ПАРХОМЕНКО, полковника ТЕТЕНКО, генерал-майора ПРОХОРОВА, полковника УГРЮМОВА, полковника ВАСИЛЬЕВА, бригадного генерала ШПАНЕЛ, полковника СЕЛЬНЕР, полковника МАРКУСА, генерал-майора ФАДЕЕВА; артиллеристы генерал-лейтенанта артиллерии КАРНОФИЛЛИ, генерал-лейтенанта артиллерии ВАСИЛЬЕВА, генерал-майора артиллерии КАБАТЧИКОВА, полковника СМИРНОВА, полковника ДАВЫДОВА, генерал-майора артиллерии ИВАНОВА, полковника РОССЕЛЬ, полковника ДЖИНЧАРАДЗЕ, генерал-майора артиллерии КОФАНОВА; танкисты генерал-лейтенанта танковых войск РЕМИЗОВА, полковника КОВАЛЕВА, полковника ПАХОМОВА, подполковника ЯНКО, полковника ГАЕВА, полковника СИЯНИНА, полковника СТЕПАНОВА; лётчики генерал-лейтенанта авиации ЖДАНОВА, генерал-майора авиации ИЗОТОВА, генерал-лейтенанта авиации НАНЕЙШВИЛИ, генерал - майора авиации КОГОЛОВНЯ, генерал-майора авиации ОБУХОВА, генерал-майора авиации УХОВА, генерал-майора авиации ЛАКЕЕВА, подполковника ЧЕРТОВА; саперы генерал-майора инженерных войск КОЛЕСНИКОВА, генерал-майора инженерных войск КОНЦЕВОГО, полковника ВОЛОДИНА, генерал-майора инженерных войск ГОВОРОВА, полковника ЖУРИНА; связисты генерал-лейтенанта войск связи МАТВЕЕВА, генерал-майора войск связи НЕСТЕРОВА, полковника ТАРУНИНА, полковника БЕЛЯЧИКА, полковника НЕКРАСОВА, полковника ЕФИМОВА, подполковника НУЖДИНА, подполковника государственной безопасности КОРОТКОГО, майора СКОКАН, полковника СТЕПАНЯНА.

В ознаменование одержанной победы соединения и части, наиболее отличившиеся в боях за овладение городом ОЛОМОУЦ, представить к награждению орденами.

Сегодня, 8 мая, в 20 часов столица нашей Родины МОСКВА от имени Родины салютует доблестным войскам 4-го УКРАИНСКОГО фронта, овладевшим городом ОЛОМОУЦ — двенадцатью артиллерийскими залпами из ста двадцати четырёх орудий.

За отличные боевые действия ОБ'ЯВЛЯЮ БЛАГОДАРНОСТЬ руководимым Вами войскам, участвовавшим в боях за освобождение ОЛОМОУЦ.

Вечная слава героям, павшим в боях за свободу и независимость нашей Родины!

Смерть немецким захватчикам!

Верховный Главнокомандующий
Маршал Советского Союза И. СТАЛИН.

8 мая 1945 года. № 365.

Исторический день, День Победы!

Свершилось! Сбылось то, о чем мечтали миллионы людей в первые дни военного года. Настал час, о котором с надеждой думали герои, обагрившие своей кровью подножье Кремлевской стены, защищавшие Сталинград, Ленинград, Севастополь и Одессы, бойцы Заполярья и Кавказа. Последние залпы отгремели над полями боя. Смертельно раненный фашистский зверь зализывает свои раны.

Канув бурю штурмовики, воодушевляющая радость наполнит в нашей стране и во всем мире разнесенная вчерашней ночью по радио весть о том, что в Берлине, поверженном и стоном Красной Армии, представители германского военного командования подписали акт о безоговорочной капитуляции германских вооруженных сил перед Верховным Командованием Красной Армии и одновременно перед Верховным Командованием Союзных экспедиционных сил!

Гитлеровские людоеды, мечтавшие о мировом господстве и пытавшиеся пройти к нему через море рыцарской человеческой крови, проиграли войну, потерпели полный крах. Доблестная Красная Армия в войне против вооруженной до зубов гитлеровской Германии показала свою богатырскую мощь и высокое военное мастерство. Как подчеркнул в своем знаменитом приказе товарищ Сталин, «Наша Родина в дни войны получила первоклассную надежную армию, способную отстоять великие социалистические завоевания нашего народа и обеспечить государственную интересы Советского Союза».

Победа остается далекой и тяжелый путь борьбы. Но никогда, даже в самые тяжкие дни войны, советские люди, воспитанные мудрой Ленина — Сталина, не теряли перспективы, твердо верили в то, что освободительная, справедливая война, которую мы ведем, завершится полным разгромом фашистской Германии и увенчается нашей победой.

«Наши дела правое, — победа будет нашей» — эти уверенные стальные слова, сказанные им в памятный вечер 6 ноября 1941 года, когда в Москве грохотали залпы мощных орудий, отгонявших от столицы фашистских стервятников, стали паролем жизни для каждого из патриотов. Эта вселила Ленина, его победоносные знамя вдохновляли нас на Отечественную войну. Великий Сталин своевременно поступил под знамя армии к победе. И вот она — победа достигнута!

Великий подвиг советского народа в Отечественной войне будет жить в веках, как непревзойденный пример служения Родине, служения великим идеям социализма. Красная Армия, состоящая из людей, воспитанных социалистической страной, взращенных на передовых идеях советского мировоззрения, оказалась способной творить чудеса. Партия большевиков, партия Ленина — Сталина выросла в годы войны отважных новаторов, творцов побед, торящих стремлением всегда идти вперед, ломая все и всякие преграды, не зная страха в борьбе. Вот именно и Великой Отечественной войне мы одержали историческую победу!

Великая Отечественная война продемонстрировала перед всем миром несокрушимую идейную и моральную силу нашего народа. Человечество увидело во всей красоте и силе до благородной, сплоченной, самоотверженной советский народ, народ-победитель.

Указом Президиума Верховного Совета Союза ССР 9 мая об'явлен Праздником Победы. Мы будем праздновать сегодня этот день в ознаменование завершения Великой Отечественной войны советского народа против немецко-фашистских захватчиков и одержанных Красной Армией исторических побед, увенчавшихся полным разгромом гитлеровской Германии, заявившей о безоговорочной капитуляции.

Сегодня мы всем городом и селом нашей Родины взыскуем алых стягов Победы. Повсюду марево, трепещутся на ветру, чистоплотные, свои флаги, знамя-победитель. Великая бойня, продолжавшаяся почти четыре года, увенчалась полным разгромом врага. Гитлеровский труп рабочих и колхозников, советской интеллигенции, инженеров и военных вашей страны, вдохновляемых и направляемых волной большевистской партией, принес такие исторические плоды.

Фашистского зверя мы давили. За стальным щитом Красной Армии наш народ будет хранить могущество великой социалистической державы. Какие огромные творческие перспективы открываются перед нашим союзом! Какие великие социалистические цели нас ждут! Сегодня мы могли бы бесконечно продолжать перечислять конкретно наши планы, планы нашей державы, или народ пойдет дальше, вперед по пути, указанному Вождем, по пути, по которому ведет нас Сталин.

Первая полоса газеты «Комсомольская правда» от 9 мая 1945 года взята с сайта www.protanki.su

Человек на своем месте

Интервью с академиком РАН, директором ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», заведующим кафедрой глазных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, заслуженным деятелем науки РФ, заслуженным врачом РФ, главным специалистом по офтальмологии Управления делами Президента РФ, председателем Московского научного общества офтальмологов, главным редактором журнала «Вестник офтальмологии», газеты «Поле зрения», профессором **С.Э. Аветисовым**.

Мы встретились с Сергеем Эдуардовичем в директорском кабинете накануне его юбилея. Обстановка располагала к непринужденной беседе, поэтому разговор коснулся не только жизни института и предстоящего съезда. Мы просто говорили о пережитом, о том, что нас волновало и интересовало.

Уважаемый Сергей Эдуардович!

Примите самые теплые поздравления с юбилеем от читателей «Поля зрения», редакции газеты и издательства «АПРЕЛЬ».

Всю свою жизнь Вы посвятили служению медицине и добились на этом поприще заметных успехов. Благодаря воспитанию, особой жизненной закалке и неустанному труду Вы сохраняете оптимизм и неизменную доброжелательность. Вы являетесь авторитетным ученым, талантливым учителем, выдающимся хирургом, прекрасным администратором. Вас искренне любят и ценят за истинную интеллигентность и внутреннее достоинство. Самой дорогой наградой за Вашу преданность профессии является признание коллег и искренняя любовь пациентов.

Желаем Вам доброго здоровья, творчества, успехов, долгих плодотворных лет жизни!

— Лариса Тумар (Л.Т.): **Сергей Эдуардович! Вы создаете впечатление человека, сохраняющего выдержку и самообладание в любой ситуации, хотя внутри, возможно, у Вас все кипит... В чем секрет такого спокойного, я бы даже сказала, правильного поведения?**

— Спасибо за поздравление! Вот только я не совсем согласен с такой характеристикой. Внешне, возможно, мне удается оставаться спокойным, хотя сдержаться иногда бывает трудно. В чем секрет? Наверное, в воспитании, хотя это может показаться нескромным. Руководитель любого уровня должен соблюдать определенные нормы этики. Не знаю, насколько это хорошо для администратора, но очень часто я испытываю чувство неловкости за своих сотрудников, которые что-то делают не так, и я стараюсь их щадить. Работе это скорее вредит, но для сохранения человеческих взаимоотношений — нормально. Правда, некоторые коллеги делают из этого не совсем правильные выводы, тогда приходится их, как раньше говорили, «поправлять». Все-таки я ближе к людям эмоциональным, чем к выдержанным. Но, повторяю, есть причины, которые заставляют меня сдерживать эмоции.

— Л.Т.: **Еще одно наблюдение: Вы находитесь в прекрасной форме, выглядите моложе своих лет. Сегодня часто можно встретить людей, изнуряющих себя спортом и здоровым питанием. Вам тяжело дается держать себя в форме?**

— Как любому человеку, мне приятно слышать, что мои усилия все-таки не напрасны. В Вашем вопросе фигурирует понятие «спорт», но это — категория специфическая, и люди, для которых спорт не является основной профессией, скорее занимаются физической культурой. Я стараюсь себя поддерживать и строго следовать принципу «больше движения», потому что работа предполагает некую динамию. Для меня норма — утром один час в день физической активности, именно утром, до работы, иначе потом найдется масса причин, которые могут служить оправданием пассивности. Соблюдаю четкий распорядок: с 7 до 8 утра — физическая активность, а потом — работа.

— Сергей Тумар (С.Т.): **На одной из фотографий, которую мы использовали для материала о юбилее института, обратил внимание, что Вы с коллегами играете в футбол. Похоже, что привычка много двигаться родилась давно. Или осознание необходимости больше двигаться пришло уже в зрелом возрасте?**

— Вы знаете, я с детства увлекался «болением», до сих пор неплохо ориентируюсь в спорте, слежу за новостями и всегда немного завидовал классным спортсменам. С самого детства много времени проводил на спортивных площадках, но в какой-то момент понял, что недотягиваю до нужного уровня. Но футбол, баскетбол остаются любимыми видами спорта. В свое время я играл в футбол каждое воскресенье. У нас образовался довольно сплоченный коллектив, мы приезжали на стадион в Сокольники и гоняли мяч по 2-3 часа. Когда я писал кандидатскую диссертацию, мне пришлось пропустить около трех месяцев воскресных футбольных тренировок. Спустя какое-то время я пришел на площадку, совершил несколько неудачных действий и в результате услышал от своих товарищей такой комментарий: «Это тебе не диссертацию защищать». Потом с футболом пришлось расстаться, и я перешел на более спокойные виды спорта. И правильно, чтобы что-то хорошо делать, этим надо заниматься постоянно. Что касается вопроса о питании, то по возможности стараюсь придерживаться так называемого «здорового» питания, хотя мнения об этом общепринятом понятии довольно разноречивы. Наверное, основной посыл может быть сформулирован следующим образом: «Питание, которое уменьшает (или не усугубляет) возможность нарушения липидного обмена и повышения уровня холестерина».

— Л.Т.: **Вы, очевидно, знаете, что известный российский ученый Владимир Петрович Скулачев занимается проблемой старения. Он считает возможным уже в ближайшем будущем создать препарат, способный остановить этот процесс. Вы доверяете словам Владимира Петровича?**

— Владимир Петрович Скулачев — эрудированный, увлеченный человек, я с ним встречался. Если он сумеет осуществить свои идеи, это будет превосходно. Но какого-то профессионального комментария я дать не могу. А на эмоциональном уровне мне почему-то приходят в голову слова Станиславского: «Не верю».

— Л.Т.: **Вы возглавляете Научно-исследовательский институт глазных болезней более 13 лет. Что помнится особо?**

— 13 лет пролетели незаметно. Я вступил в должность на границе прошлого и нынешнего столетий. Надо сказать, что в тот момент, к сожалению, наш институт в значительной степени утратил свои позиции. По моему твердому убеждению, в возникшей ситуации был виноват весь коллектив. Многие сотрудники спокойно наблюдали за тем, что мы перестали выступать на конференциях, уровень исследований значительно понизился. Конечно, удобно ношу ответственности взвалить на администрацию, а на самом деле, повторяю, виноваты были мы все. С другой стороны, главная заслуга коллектива заключается в том, что мы все-таки сумели выйти на прежний уровень, и в наших собственных глазах институт вернул себе статус серьезного научного и лечебного учреждения. Самое сложное было изменить мировоззрение людей, говорю это с полной ответственностью, так как многие сотрудники расценивали институт как средство к существованию. До коллег удалось довести требования администрации: на первом месте должна стоять не лечебная, а научная работа. Поверьте, это более серьезная проблема и решать ее гораздо сложнее, чем лечебные задачи. Сейчас идет переформатирование сознания в сторону необходимости проведения фундаментальных исследований, потому что без этого направления научное учреждение не может существовать. В начале прошлого года мы создали специальное подразделение — «Лабораторию фундаментальных исследований в офтальмологии», и результаты ее деятельности уже вполне осязаемы. В научных журналах появляются статьи, которые нас устраивают в большей степени, чем те, которые выходили 2-3 года назад. Статьи,

публиковавшиеся в недалеком прошлом, были чисто прикладными. В сегодняшней ситуации я прихожу к выводу, что мы сделали абсолютно правильные шаги.

— *С.Т.*: Вы сказали, что в возникшей ситуации вина, прежде всего, лежит на коллективе. Многие руководители склонны считать, что всему причина — внешние обстоятельства, приведшие многие учреждения к плачевному состоянию.

— Понимаете, 20-30 лет назад под «внешними условиями» подразумевалось в первую очередь финансирование, уровень которого нельзя было назвать удовлетворительным. Однако на определенном этапе мы поняли, что и в сложной ситуации возможно четко ставить задачи и их решать. Сейчас положение кардинально изменилось. Возникшие объективные обстоятельства касаются не только нас, но практически всех учреждений — и не только научных, но и лечебных. В нынешних условиях посыл может быть только один: повышение интенсивности труда. На заседании Ученого совета был четко обозначен этот тезис и принято решение провести аттестацию старших, ведущих и главных научных сотрудников. Мы четко прописали критерии: количество опубликованных статей, подготовка диссертационных работ, индекс Хирша и т.д. Все было максимально объективно, в соответствии с положением об аттестации, записанным в Уставе. В результате с некоторыми пришлось расстаться, в том числе и в отделе, где я являюсь руководителем.

— *С.Т.*: Скажите, пожалуйста, у сотрудников было время ознакомиться с требованиями аттестации, чтобы по возможности изменить ситуацию?

— Очень хороший вопрос. Дело в том, что первые сигналы об изменении принципов оценки деятельности научного учреждения поступили давно, когда мы еще находились в структуре РАМН. В течение нескольких лет мы готовили сотрудников к грядущим переменам: всячески старались убедить их в том, что формальное участие в теме в расчет не принимается, что нужна научная продукция, которая будет оцениваться по современным принципам, например, по индексам публикационной активности. Целый ряд мероприятий мы посвятили разъяснению сотрудникам тонкостей, связанных с включением в базу данных РИНЦ, с получением индекса Хирша (у многих коллег его вообще не было). Некоторые сотрудники успешно справились с поставленными руководством задачами, некоторые — не совсем.

— *Л.Т.*: Сергей Эдуардович, полтора года назад институт отпраздновал свое 40-летие. Какие изменения произошли за этот период? В этом году в названии института исчезла аббревиатура «РАМН». Что это означает?

— Все принципиально изменилось, нашим учредителем теперь является Федеральное агентство научных учреждений. В ситуации, когда три академии (РАН, РАМН и Академия сельскохозяйственных наук) были объединены в одну, за такой короткий период чрезвычайно сложно наладить четкую работу. Агентство объединяет абсолютно различные по своему профилю учреждения. Раньше все было понятно: Российская академия медицинских наук — это однопрофильные учреждения, с едиными требованиями, понятными задачами и критериями оценки работы. Сейчас все несколько сместилось. Федеральному агентству научных учреждений сразу сложно выработать общие критерии оценки. Мы, например, привыкли оценивать работу медицинских научно-исследовательских институтов как с точки зрения научной продукции, так и по результатам практической работы. В новой ситуации последний критерий не работает. Агентство объединило, извините за этот термин, разношерстную компанию: сельскохозяйственные институты, учреждения большой академии, научно-исследовательские клинические учреждения и т.д. Так что объективные сложности существуют, но насущные вопросы постепенно решаются.

Я вспоминаю первое заседание объединенной академии, когда принимали Устав (а его надо было принять в любом случае). Выступали известные ученые, и все они начинали свое выступление словами: «Я не совсем понимаю, зачем это было сделано, но мы должны продолжать работать…» У нас могут быть свои критерии необходимости что-то менять, у других могут быть совершенно иные, тем не менее нужно работать в новых условиях и стараться найти в них возможные преимущества. Если раньше мы как научно-исследовательский институт гордились в основном своими лечебными достижениями, то сейчас акценты сместились в сторону науки, соответственно изменились и требования. Возможно, это и правильно: больниц хватает, а научно-исследовательских учреждений не так много, и критерии оценки их деятельности должны быть иными.

— *С.Т.*: В одном интервью выдающийся советский и российский физик, лауреат Нобелевской премии Жорес Иванович Алферов сказал, что есть три области деятельности, которым нужно отдавать все. На первое место он поставил медицину и здравоохранение, затем — образование и только потом науку. Как известно, история и наука развиваются по спирали, стоит ли ждать некую «неоперестройку» в медицине? Что ждет офтальмологию, скажем, лет через 10?

— У меня такое ощущение, что все «неоперестройки» в медицине могут «аукнуться» на качестве лечебной помощи. Мне кажется, здесь не перестройка нужна, а эволюционные, взвешенные решения, которые должны осуществляться профессионалами вместе с управленцами (в этот термин вкладываю абсолютно положительный смысл). В нынешних экономических условиях нужен человек, который разбирается в тонкостях рыночной экономики, но не он должен диктовать условия, по меньшей мере должен быть паритет. Но пока у меня создалось ощущение, что в сфере медицины ситуация обратная — менеджеры работают вместе с профессионалами, но при этом главенствующую роль играют управленцы, что в конечном итоге может негативно сказываться на результате.

— *Л.Т.*: В прошлом году вышла книга «Офтальмология в лицах, событиях, очерках». В своем предисловии Вы дали высокую оценку составителю, старейшему офтальмологу страны Н.С. Ярцевой. Сейчас готовится второе издание книги об офтальмологах России. Чрезвычайно радостно отметить, что уже вышли три книги памяти, посвященные офтальмологам, которые внесли неоценимый вклад в развитие отечественной науки. Почему именно Вы взяли на себя такой труд, как издание энциклопедических книг об офтальмологах и книг памяти? Не секрет, что на это требуется время, деньги и т.д.

— Эта работа ведется под эгидой Московского научного общества офтальмологов (МНОО). Когда мы проводили заседание общества, посвященное 130-летию журнала «Вестник офтальмологии», я сказал, что, к сожалению, тот формат работы Общества, который существовал раньше (имею в виду регулярность проведения заседаний), в настоящее время утрачен в силу целого ряда как объективных, так и субъективных причин. Прежде всего, практически ежемесячно проводятся различные конференции и симпозиумы (в том числе в формате телекоммуникационной связи), в результате чего текущий дефицит общения и обмена мнениями был преодолен. Когда мы говорили с членами президиума МНОО о перспективах работы Общества, то одним из направлений работы было выбрано издание книг исторической направленности, поскольку в этом есть необходимость. Мне казалось, что люди, о которых идет речь в наших книгах, жили и работали совсем недавно, а наши молодые коллеги их практически не знают. Поэтому решили именно в таком формате воскресить традиции отечественной офтальмологии.

— *Л.Т.*: Вы неоднократно и словом, и делом четко давали понять, что для Вас крайне важно быть честным перед собой. Насколько важно говорить правду? Вам не кажется, что правда сегодня мало кому нужна? Бытует мнение, что она вообще не нужна.

— К сожалению, сегодня работа администратора в этом отношении достаточно сложна. Но, опять же, меня так воспитали. Вы знаете, я в значительно большей степени человек командный, чем индивидуальный. В свое время был председателем совета дружины, секретарем комитета комсомола, неоднократно работал в стройотрядах, а окончив институт, ездил вместе со стройотрядом в качестве врача. Для меня понятие «коллектив» имеет большое значение. Если мы вместе, все должно быть прямо и честно. Правда, бывают ситуации, которые можно решить «рубанув сплеча», но душа просит иного решения. Это вовсе не означает «солгать себе», просто выбираешь более спокойные пути. Понимаете, одному это решать проще, но когда ты отвечаешь за коллектив, приходится поступать более гибко. Что касается правды, может быть она кому-то и не нужна. Убежден, что правда нужна тебе самому, чтобы ты мог себя уважать. И не важно, что об этом скажут люди. Если я понимаю, что это действительно правда, а другого выхода нет, значит надо поступать именно так. В институте, когда речь шла об аттестации, все было сделано честно, без каких-либо умалчиваний.

— *Л.Т.*: Сергей Эдуардович! Главный редактор «Мира офтальмологии», ответственный секретарь ООР, профессор Н.С. Ходжаев неоднократно отмечал важную роль газеты для офтальмологического сообщества. За 5 лет существования газеты «Поле зрения» Вы как главный редактор ни разу публично не высказали своего отношения к газете.

— Главным критерием оценки любого издания является востребованность. В этом плане могу сказать, что интерес к газете «Поле зрения» превзошел наши первоначальные ожидания — это совершенно очевидно. Говорю это вовсе не потому, что являюсь главным редактором. На бюро отделения клинической медицины, еще в бытность РАМН, был представлен отчет о работе нашего института, один из разделов которого касался издательской деятельности. В качестве примера нашим коллегам были представлены несколько номеров газеты «Поле зрения», которые даже у «неофтальмологов» вызвали живой интерес и получили достойную оценку. Должен отметить демократичный характер нашей газеты — на ее страницах выступают практически все представители офтальмологического сообщества, и это — хорошо. Но есть и оборотная сторона медали. Я имею в виду, некоторые материалы, подготовленные представителями так называемых «негосударственных» медицинских учреждений. Сразу хочу выразить свое положительное отношение к факту существования этих учреждений, поскольку они вносят весомый вклад в решение проблемы доступности офтальмологической помощи. Без их участия проблема стояла бы значительно острее. Однако, когда я читаю интервью с директорами частных клиник, приходится сталкиваться с достаточно категоричными суждениями о методах работы государственных учреждений. Да, условия, в которых существуют негосударственные учреждения, более лояльные. К примеру, вопросы приобретения нового оборудования решаются в частных клиниках значительно проще и быстрее. Но научная база государственных и негосударственных учреждений — вещи несравнимые. Врачи, работающие в негосударственных учреждениях, пытаются проводить научные исследования. И это очень хорошо. Однако меня настораживает категоричность выводов, к которым они приходят, не обладая большим объемом материалов, серьезной доказательной базой. Приведу два примера по материалам нашей газеты. Одна публикации касалась прогрессивной оптики, и нам даже пришлось дать комментарий, поскольку автор без серьезной доказательной базы обозначил абсолютно новые направления широкого применения этого известного метода коррекции рефракционных нарушений. В последнем номере газеты представлена статья о «фотохромном» (?) искусственном хрусталике. В ней автор ссылается на исследования Михаила Аркадьевича Островского. Мы прекрасно знаем эти исследования, но, чтобы доказать то, о чем автор заявляет как о свершившемся факте, необходимо провести огромную работу. Легковесность, с которой делаются серьезные выводы, нас сильно настораживает. Подводя итог, хотелось бы посоветовать представителям негосударственной медицины в любых ситуациях помнить, что в русском языке есть такие слова, как «возможно», «вероятно», «на мой взгляд», «может быть» и т.д. Мне кажется, эти слова они должны употреблять чаще. Высокий потенциал зарабатывания денег не является индульгенцией в отношении высказывания серьезных научных посылов или решения организационных вопросов.

— *С.Т.*: Сергей Эдуардович, как Вы для себя разделяете научную и административную составляющие Вашей работы? По Вашим докладам на конференциях складывается впечатление, что в приоритете — наука.

— Это ошибочное впечатление, администрирование занимает достаточно весомую часть времени. У меня есть операционные и консультативные дни, стараюсь отводить достаточное время для общения со своими аспирантами. Тот объем научной работы, который я могу выполнить, например, за две недели отпуска, в рабочем режиме требует несопоставимо большего времени. Бесконечная череда административных вопросов часто не позволяет сконцентрироваться на решении научных задач. Иногда надо сесть, отвлечься от всего и подумать. Мои сотрудники знают, что самые светлые мысли мне приходят в голову утром в бассейне во время плавания, когда ничто не отвлекает. Повторяю, администрирование занимает существенную часть времени. Однако очень рад, что со стороны создается обратное впечатление. Я для себя решил, что все должно быть гармонично. И в этом случае мне помогает «синдром отличника» — у меня со школьных лет все должно было разложено «по полочкам». Когда я стал директором и пришел в академию (не помню, к сожалению, с кем я говорил), мы обсуждали возможность моей встречи с одним известным академиком. На мою реплику: «Разве он меня примет — он так занят», этот человек ответил: «Именно потому, что он занят, он сможет вас принять».

— *С.Т.*: Сергей Эдуардович, Вы помните свою первую заграничную командировку?

— О-о-о, еще как помню! Наш институт подписал соглашение о сотрудничестве с Лондонским Мурфилдским госпиталем и Детским госпиталем. Причем тема, которая мне досталась, не была адаптирована к научным направлениям нашего института. Речь шла о контактной коррекции афакии у детей грудного возраста. К тому времени в Англии эта методика уже была разработана и применялась, а у нас она распространения еще не получила. Выбор Михаила Михайловича [Краснова] пал на меня. Детского отделения у нас не было (нет его и сейчас), и мы не делали такие операции. Профессор Владимир Сергеевич Акопян занимался лазерными проблемами. Нас вдвоем и командировали в Лондон. Меня вызвали в районное отделение Комитета государственной безопасности в одном из переулков в районе Кропоткинской улицы как впервые выезжающего в капстрану…

— *С.Т.*: …Тем более первая загранпоездка и — сразу в Англию. Здесь необходимо пояснить молодым читателям, что прежде чем получить возможность выехать в капстрану, человек должен был побывать в одной из социалистических стран.

— Вы правы. Так вот, мне задали несколько вопросов, причем квалифицированных. Например, о лазерах, то есть было видно, что люди работали. Иногда мне кажется, что многие наши проблемы возникают от того, что нигде нет вообще никакого контроля. В общем, дали «добро», и мы с Владимиром Сергеевичем полетели в Лондон, где пробыли 2 недели. Я познакомился с известным профессором Тейлором, присутствовал на его консультациях. Когда мы вернулись, Михаил Михайлович меня вызвал и спросил, как мы съездили. Я ответил, что нормально. «И все? Только нормально?» — с удивлением спросил он. Вы же понимаете, что в то время съездить за границу, а тем более в такую страну, как Англия, было событием экстраординарным. Просто я такой человек — не могу прилюдно выражать свой восторг, нет во мне этого пафоса.

— *С.Т.*: Вы отметили для себя какие-либо отличия между клиникой Мурфилдс и институтом?

— Если честно, в оснащении, например, особой разницы я не увидел. Про себя отметил несколько иные принципы организации. Например, у них было четкое разделение консультаций по профилю: глаукома, катаракта. Мы также обратили внимание, что в отличие от наших клиник и институтов, руководитель Мурфилдского госпиталя был человеком совсем «не статусным». Разумеется, в этой клинике работали светила, но чтобы руководить таким учреждением, известность и масштаб личности — условия совсем не обязательные.

— *С.Т.*: Существуют ли сегодня подобные программы научного сотрудничества между учреждениями разных стран?

— В те годы существовала государственная программа международного обмена, в нее входил и медицинский блок, куда мы и попали. Насколько я знаю, сегодня таких форм научного обмена нет. Доктора ездят на стажировки, это все работает, но государственной стратегии, направленной на развитие международного сотрудничества (во всяком случае, в области офтальмологии), к сожалению, нет. В те годы основная задача международного обмена заключалась в том, чтобы взять то, что у нас недостаточно изучено. В то же время наши иностранные партнеры проявляли интерес к лазерной технологии, создателем которой был М.М. Краснов.

— *С.Т.*: Сергей Эдуардович, как Вы считаете, какая модель лечения глазной патологии предпочтительнее: в рамках многопрофильного лечебного учреждения, каким является, например, МОНИКИ, или специализированного, какими являются, например, Институт глазных болезней им. Гельмгольца, МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова, Научно-исследовательский институт глазных болезней?

— Вы знаете, у каждой модели есть свои достоинства и недостатки. Какие преимущества у многопрофильной больницы? Да, я согласен, что есть заболевания (правда, они не имеют широкого распространения), имеющие глазные проявления, например, диабет, при котором может понадобиться консультация эндокринолога. Второе, наши больные — это люди в основном преклонного возраста, и мы не можем исключать сосудистые кризы, инфаркты, инсульты. В условиях многопрофильной клиники принять экстренные меры проще, в то время как в глазном учреждении — это вызов скорой помощи, потеря времени и т.д. Но есть и недостаток: если в специализированном учреждении главный врач решает возникающие проблемы целенаправленно по одному профилю, то в многопрофильном учреждении есть и другие важные направления — терапия, урология и т.д. Главному врачу сложно решать проблемы одинаково успешно для всех отделений, обязательно волей-неволей кто-то окажется в более выгодном положении. В этой ситуации работать сложнее. С другой стороны, сейчас особых проблем у специализированных учреждений не возникает. За рубежом офтальмология перешла практически полностью на амбулаторную форму оказания помощи, что вообще не предусматривает существования многопрофильных учреждений. Есть глазная клиника — пациент пришел — ему все сделали — пациент ушел. Наши негосударственные учреждения так и работают, причем достаточно эффективно. Но, как Вы понимаете, каждый кулик хвалит… сами знаете…

— *Л.Т.*: Сергей Эдуардович, сейчас идет подготовка к съезду. Вокруг выборов председателя Общества офтальмологов России в предвыборный период накаляются страсти. 5 лет тому назад Вы добровольно сняли свою кандидатуру во время голосования. Как Вы уже говорили в одном из интервью: «На то были веские причины». Какими качествами должен обладать председатель ООР?

— Лично я особого накала пока не ощущаю и слава богу. В прошлый раз страсти имели место, хотя кандидатуры на должность председателя Общества были обсуждены на президиуме, но сейчас об этом не стоит и воспоминать. Как я к этому отношусь? Вы знаете, если говорить о роли председателя, в первую очередь хочется сказать, что это достаточно сложная, тяжелая работа, которой надо заниматься повседневно, причем одному с ней справиться достаточно сложно. Нужно иметь команду, которая эти вопросы знает. Второе, сразу возникает вопрос, каковы основные функции Общества? Первую функцию я вижу в организации съезда офтальмологов, который проходит один раз в пять лет. Раньше съезд представлял собой единственную возможность донести до офтальмологов результаты серьезных исследований, которые проводили на протяжении очень длительного времени. В этом отношении сейчас ситуация изменилась, поскольку в межсъездовский период проходит множество конференций. Мы вместе с коллегами комиссии по отбору работ для секции «Рефракционные нарушения» на предстоящем съезде отметили, что довольно значительная часть из них уже неоднократно была представлена на тех или иных конференциях. Естественно, они включены в программу съезда, но тогда пропадает сама идея съезда — обсуждение принципиально нового. Вторая задача существенно сложнее и предполагает возможность решения (или хотя бы обозначения) насущных проблем офтальмологического сообщества на государственном уровне. И тогда возникает следующий вопрос: «Каков должен быть статус будущего председателя (помимо главы Общества) для этого?» В общих чертах я обрисовал роль председателя ООР. Кто может занять его кресло, я не знаю. Когда я об этом думаю и пытаюсь себя представить в этой должности, у меня возникают сомнения.

— *Л.Т.*: Сергей Эдуардович, это было отвлечение, чтобы задать вопрос: «В нынешней ситуации, Вы будете баллотироваться на место председателя ООР»?

— На этот вопрос я уже частично ответил. Посмотрите, что произошло на прошлом съезде. Для большей части (а большая часть — это представители регионов) было удивительно, в какой форме проходили дебаты, какое напряжение возникло вокруг выборов. Они думали, что мы придем, все обсудим, спокойно изберем. Если Вы меня спросите, почему в тот момент я снял свою кандидатуру, отвечу: почувствовал, что элемент соперничества, готовый возникнуть вокруг обсуждения кандидатур, мог привести, во-первых, к расколу, а во-вторых, к формированию ложного мнения о так называемых «ведущих» офтальмологах страны у представителей регионов. Они были крайне удивлены тем, какую форму приобрело обсуждение.

— *С.Т.*: Каким Вы видите сценарий выборов председателя Общества?

— Мне кажется, не надо никого рекомендовать заранее. Нынешний председатель представит отчет, затем — обсуждение и выступления делегатов. Может быть, у людей будет собственное мнение, пусть они его выскажут.

— *С.Т.*: Помните, как проходили выборы руководителей в недалеком прошлом? Вставал некто из президиума и объявлял: «Есть предложение рекомендовать такого-то. Кто «За»? «Против»? «Воздержался»? «Принято единогласно».

— Да. Еще говорили: «Вопросы надо готовить». А готовить можно по-разному. Иной раз так подготовят, что и решать ничего не надо.

— *С.Т.*: С Вашего позволения несколько личных вопросов. Вы какую музыку слушаете?

— Своим ответом я могу вызвать удивление многих. Я люблю нашу музыку, прежде всего песни, в словах которых заложен смысл. Например, люблю Юрия Шевчука и «ДДТ», с удовольствием слушаю «ЛЮБЭ», «Машину времени». Эта музыка немного из прошлого. Что еще… Есть такая станция Relax FM, могу ее слушать, даже когда работаю по выходным. Если говорить о фильмах, здесь однозначное решение вопроса…

— *С.Т.*: Какое?

— Конечно, это наши фильмы, еще те… Понимаете, можно поразному относиться к термину «советская идеология», сегодня его употребляют в негативном плане, но в тех фильмах всегда было что-то светлое, я понимаю, что часто это было надуманно, но человек так устроен, что он должен видеть светлое и верить в это. А сейчас — но сейчас в основном «чернуха». Нужно столько пересмотреть, чтобы найти стоящий фильм. Американские фильмы вообще не смотрю.

— *С.Т.*: Потому что они американские?

— Нет, просто не захватывают. Может быть потому, что во многих картинах на первом плане визуальные эффекты, а души нет. Да и времени просто не остается. К тому же часть свободного времени у меня уходит на просмотр спортивных программ, без чего я не могу. Эта любовь у меня с юности.

— *Л.Т.*: Талант, которым бы Вы хотели обладать?

— По-хоккейному кататься на коньках.

— *Л.Т.*: Ваш девиз?

— Тот же, что и у моего отца, Эдуарда Сергеевича Аветисова: «…И вечный бой, покой нам только снится…»

Беседу вели ***Лариса Тумар*** *и* ***Сергей Тумар***

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на газету «ПОЛЕ ЗРЕНИЯ. Газета для офтальмологов» по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс: **15392**

Помнить о героизме народа, хранить память о Великой Победе

Капитан медслужбы, врач учебного батальона 34 гв.с.д. В.В. Волков после награждения первым орденом «Красной Звезды» за организацию медпомощи раненым при освобождении г. Ростова-на-Дону (13 февраля 1943 г.)

Наш разговор не мог не коснуться и личных тем. В августе 2014 года профессор В.В. Волков в возрасте девяноста трёх лет, будучи пассажиром автомобиля, стал жертвой тяжёлого дорожно-транспортного происшествия. Сотни и тысячи коллег из различных регионов нашей страны, знающие и любящие Вениамина Васильевича, были встревожены и опечалены этим известием… Но, несмотря на болезненный удар судьбы, фронтовой врач вновь проявил несгибаемую волю и мужество. Он нашёл в себе силы вернуться в строй и продолжить научную работу.

Вениамин Васильевич откровенно рассказал о собственном процессе реабилитации, выразил благодарность коллегам-врачам, оказавшим ему помощь после ДТП, поделился своими научными и человеческими планами.

Группа врачей 500 мсб 34 гв.с.д. в окружении прибывшего из штаба дивизии офицера, уведомившего о капитуляции противника. На берегу Дуная вблизи Вены. Май 1945 г.

< стр. 1

— Вениамин Васильевич, в газете «Поле зрения» редко затрагиваются политические темы. Но так как наше интервью посвящено 70-летию Победы, хотелось бы сделать исключение… Существует мнение, что одна из причин распада Советского Союза состоит в том, что в середине восьмидесятых годов фронтовое поколение уже стало уходить из руководства государства, а их преемники не смогли или не захотели удержать страну от разрушения… Сталин, Хрущёв, Брежнев в разных качествах участвовали в прошедшей войне. У Горбачёва и Ельцина военного опыта не было. Как Вы думаете, если бы Леонид Ильич Брежнев прожил на десять лет дольше, мог бы Советский Союз сохраниться в своих прежних границах?

— Как известно, история не знает сослагательного наклонения. Но как участник Великой Отечественной войны могу Вам сказать, что для всех фронтовиков единство страны, нашего многонационального государства имело огромнейшее значение. Я уверен в том, что Сталин или Брежнев не допустили бы распада Советского Союза. Да, они совершали ошибки, но делали всё от них зависящее для укрепления единства страны и повышения её обороноспособности.

Я не могу себе представить, что при жизни Леонида Ильича Брежнева, даже несмотря на его физическую немощь в последние годы правления, могли бы произойти такие же события, как при Горбачёве и Ельцине. Всё было именно так, как Вы изложили в своём вопросе: из руководства страны в силу естественных причин ушло поколение фронтовиков, а новая плеяда лидеров СССР уже не чувствовала своей ответственности за судьбы великой державы.

Почему развалился Советский Союз? Я убеждён в том, что этот распад не отражал и не отражает волю народа. Это было предательство в верхах, предательство тогдашнего высшего руководства страны. По сути дела, в декабре 1991 года, когда были заключены так называемые Беловежские соглашения и объявлено о роспуске СССР, в руководстве страны не оказалось никого, кто бы воспротивился такому развитию событий. Более семидесяти лет существовал Советский Союз. И никто из тогдашней политической элиты не встал на его защиту.

— В августе 1991 года была предпринята робкая попытка предотвратить приближающийся крах страны. Как Вы помните, тогда было объявлено о создании так называемого «Государственного комитета по чрезвычайному положению» (ГКЧП). М.С. Горбачёв был фактически отстранён от власти…

— ГКЧП просуществовал всего два дня. Попытка сохранить Советский Союз успехом не увенчалась… Мне думается, что мы не случайно вспомнили эти события именно сейчас, накануне Дня Победы.

День Победы — это не просто одна из важных, памятных исторических дат в российском календаре. Этот день даёт возможность каждому из нас — и старикам, и людям среднего возраста, и молодёжи — задуматься о судьбах России, о своём собственном вкладе в жизнь страны.

О распаде Советского Союза в канун Дня Победы надо говорить для того, чтобы не допустить такое же развитие событий в Российской Федерации. Восстановить Советский Союз уже невозможно. Но мы можем защитить Россию, не допустить её гибели и разрушения.

9 мая в средствах массовой информации много говорится о том, что россиянам надо быть достойными Великой Победы, достойными поколения победителей. Это правильные слова! Но хотелось бы, чтобы эти речи не оставались ритуальными заклинаниями.

Россия никому не угрожает и ни с кем не хочет конфликтовать. Но каждый её гражданин, если он считает себя патриотом, должен быть готов к защите Отечества, к защите не только на поле боя, но и в мирной жизни.

— Вы считаете, что Россия при определённых условиях может разделить судьбу Советского Союза?

— Мы должны сделать всё от нас зависящее, чтобы этого не произошло! Посмотрите на ситуацию в Сирии. США и НАТО вооружили сирийскую оппозицию и спровоцировали кровопролитную гражданскую войну. Она продолжается несколько лет и растерзала страну… Но пока Башар Асад — кстати, наш коллега, врач-офтальмолог! — держится, не сдаёт своих позиций. Я не исключаю, что американская администрация приготовила для России такой же сценарий, как для Сербии, Ирака, Ливии, Сирии… 9 мая наша страна празднует День Победы. Хочется верить, что россияне всегда будут победителями.

— А что нужно для того, чтобы быть и оставаться победителем?

— Самое главное — это единство народа. Духовная сила и единство страны.

— Вениамин Васильевич, Ваш боевой путь прошёл от калмыцких степей до Вены, Вы освобождали Украину… Не могу не спросить Вас о нынешней ситуации на Донбассе, на Украине. У меня не укладывается в голове, как русские и украинцы, вместе ковавшие Победу, могли оказаться на Донбассе по разные стороны баррикад, стрелять друг в друга…

— Я не считаю, что русские и украинцы оказались на Донбассе по разные стороны баррикад. На Украине нет межнационального конфликта. И тем более в России не может быть межнациональных конфликтов. Военные действия на Донбассе развернулись из-за того, что дончане в своём большинстве не приняли государственный переворот, состоявшийся в Киеве в феврале 2014 года.

На Донбассе возникло народное движение, которое мирными средствами стремилось добиться большей самостоятельности для региона. Речь шла о движении за федерализацию Украины. Но вместо того, чтобы вести конструктивный диалог с Юго-Востоком, киевские власти начали карательную операцию, которая уже привела к гибели тысяч людей.

Сотни тысяч дончан были вынуждены покинуть свои дома. Разрушена инфраструктура региона. В этом конфликте необходимо чётко понимать, кто является агрессором и террористом, а кто жертвой… На сегодняшний день в рядах донецкого и луганского ополчения русские, украинцы и люди других национальностей сражаются плечом к плечу, как это было в ВОВ.

— Во время Великой Отечественной войны Вы тоже сражались на Донбассе…

— Я там воевал. Поэтому от всего сердца желаю Донецку и Луганску мира, спокойствия и благополучия! Они имеют право быть хозяевами на своей земле.

Современные украинские руководители хотят поссорить русских и украинцев. Например, премьер-министр этой страны Арсений Яценюк во время недавнего официального визита в Германию сказал полнейшую чушь: будто бы «Советский Союз оккупировал Украину и Германию». Получается, что мои боевые товарищи не освобождали Украину, а оккупировали её! Это не только фальсификация истории, но и оскорбление всех ветеранов прошедшей войны.

Яценюк и Порошенко считают Россию врагом Украины, хотя в политике нашей страны нет ничего антиукраинского. Россия не вмешивается в дела соседней страны. Россияне просто не хотят отдавать жителей Донбасса на растерзание и поругание киевским карателям. Поэтому наша страна оказывает этому региону гуманитарную помощь, способствует политическому решению конфликта.

Мы хотим видеть в качестве соседа мирную и процветающую Украину, где каждый человек и каждый регион будет чувствовать себя свободно. Мир на Донбассе нужен всем гражданам Украины и России.

Готовясь к встрече с журналистом газеты «Поле зрения», я обратил внимание на фотографию, сделанную в 1945 году на совещании медиков перед боями за Будапешт. Рядом со мной — начальник медицинской службы 34 гвардейской стрелковой дивизии Г.М. Литовченко и командир медицинской роты медсанбата И.С. Лыга. Здесь же — ведущий хирург медсанбата З. Игембердиев. Г.М. Литовченко и И.С. Лыга по национальности — украинцы. З. Игембердиев — киргиз.

На фронте мы никогда не обращали внимания на национальность боевых товарищей. Имели значение только человеческие качества… Но сейчас, когда происходят трагические события на Украине, я вспоминаю, что среди нас всегда было немало украинцев. Поэтому горько и больно осознавать, что нынешнее руководство Украины фактически предаёт память лучших, героических представителей своего народа.

— Вениамин Васильевич, хотелось бы попросить Вас рассказать о Ваших боевых товарищах, вспомнить эпизоды военной службы.

— Чтобы ответить на Ваш вопрос, надо написать целую книгу. Многое я могу рассказать. Многое, но далеко не всё. В последние годы я стал замечать, что память подводит меня всё чаще и чаще. Семьдесят лет прошло после окончания войны. Не только люди уходят из жизни, но и воспоминания о них, к сожалению, тускнеют и бледнеют. Забываются имена, даты, подробности событий.

— Может быть, Вы представите военные эпизоды, которые «намертво» врезались в Вашу память, которые невозможно забыть даже по прошествии многих лет и десятилетий.

Руководство медслужбы 34 гв.с.д. перед Будапештской наступательной операцией (конец 1944 г.)
Слева направо: майор медслужбы З. Игембердиев — ведущий хирург медсанбата, капитан медслужбы В.В. Волков — командир медсанбата, капитан медслужбы И.С. Лыга — командир мед. роты мсб, дивизионный врач, майор медслужбы Г.М. Литовченко

Участники боев за освобождение Донбасса и Украины — ст. и мл. врачи 103 гв. ст. полка (капитан Волков и ст. лт. Романов). На левом снимке в 1944 г., на правом — 40 лет спустя

— Я не могу забыть две случайные встречи на фронте со своими самыми близкими друзьями и однокурсниками по Военно-медицинской академии. Когда старые друзья, товарищи по довоенной жизни, встречаются на фронте — это особые встречи.

В таких ситуациях люди никогда не знают, увидятся ли они снова. Шла война. Каждый день мог оказаться последним… В августе 1943 года во время тяжёлых, кровопролитных боёв у кургана Саур-могила на Донбассе я встретил однокашника по Военно-медицинской академии Федю Судзиловского. Это произошло прямо на поле боя. Федя служил в зенитных частях, а я — в пехотных. Наша встреча продолжалась даже не минуты, а считанные секунды. Мы только обнялись — и расстались.

— Почему эта встреча Вам так запомнилась?

— В августе 1943 года в районе Саур-могилы был ад. Тяжелейшие бои. Над головами летали снаряды наших «катюш», свистели пули со стороны отходящих фашистов, чувствовалось дыхание смерти… И вдруг я встречаю человека из прошлой, мирной, счастливой студенческой жизни!

Я никогда не был верующим человеком, но в том момент я воспринял появление Феди как добрый знак высших сил. Как будто ангел спустился с небес. После мимолётной встречи с Федей у меня возникло ощущение, что я смогу достойно выполнить свой долг на войне и остаться живым.

После войны наша дружба с Федей только окрепла. Его судьба сложилась успешно. Он стал доктором медицинских наук, профессором, заведующим кафедрой анатомии в Университете физической культуры и спорта им. Лесгафта. Наша мужская дружба переросла в семейную дружбу. Дружили наши жёны, наши дети.

Федя был достойным человеком, достойным представителем фронтового поколения. К сожалению, уже пятнадцать лет его нет в живых…

— Расскажите, пожалуйста, о второй фронтовой встрече, врезавшейся Вам в память.

— Вторая встреча произошла уже не на поле боя. Я был командиром медсанбата. Летом 1944 года наша часть находилась на территории Венгрии. И вдруг я увидел своего ближайшего друга Сергея Якимова. Он в то время в качестве военного врача служил в танковых войсках.

— Военные врачи в танковых войсках тоже передвигались на танках?

— Нет, конечно! У медиков был свой транспорт, который использовался для эвакуации раненых, для доставки необходимого оборудования. Кроме того, всегда использовались попутные войсковые машины, а также телеги, повозки… Серёжа Якимов ехал на машине по маленькому венгерскому городку и увидел табличку со стрелкой «МСБ Волкова». Он, конечно, не был уверен, что это «тот самый Волков», но решил завернуть.

Так мы и встретились. Эта встреча уже не была такой мимолётной, как с Федей. Мы проговорили минут десять-двадцать. Но долго «рассиживаться» мы тоже не могли. У меня были дела, а Серёжа не имел права отстать от своей воинской части.

Сергей был одним из самых близких людей в моей жизни. Мы ведь не только в Военно-медицинской академии вместе учились, но и в 6-й специальной артиллерийской школе, расположенной в Ленинграде, на Васильевском острове. Эту школу можно было сравнить с Суворовским училищем. Школа давала не только среднее образование, но и начальную военную подготовку. В 1938 году мы вместе с Сергеем после окончания школы поступили в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова.

Собственно говоря, идея стать военным медиком принадлежала именно ему. Я сначала хотел стать артиллеристом. Но потом подал документы в Военно-медицинскую академию, чтобы не расставаться с Сергеем. После войны он работал на кафедре рентгенологии нашей академии… Уже несколько лет его нет в живых. Я регулярно посещаю его могилу на Богословском кладбище Санкт-Петербурга.

Хотел бы упомянуть ещё двух своих однокурсников по Академии — участников Великой Отечественной войны. Правда, на фронте мы с ними не встречались… Но это одни из немногих военных врачей, которым посчастливилось дожить до семидесятилетия Победы. Алексей Иванович Курбатов сейчас, к сожалению, не выходит из дома. Несколько лет назад у него случился перелом шейки бедра, и он не смог от него оправиться.

Из-за состояния здоровья А.И. Курбатов не сможет принять участия в праздничных мероприятиях, посвящённых Дню Победы. Хотелось бы надеяться, что таких ветеранов, как он, не забудут поздравить дома. Со Дня Победы прошло уже семьдесят лет. Фронтовики превратились в глубоких стариков. Далеко не все их них могут принимать участие во встречах ветеранов, праздничных концертах, парадах и шествиях…

Ещё один мой сокурсник-ветеран, Михаил Иосифович Павлов, сейчас живёт в Москве. Очень надеюсь, что состояние здоровья позволит ему участвовать в юбилейных торжествах, посвящённых семидесятилетию Великой Победы.

— Вениамин Васильевич, не могли бы Вы подробнее рассказать о фронтовой службе военных врачей, фельдшеров, санинструкторов, санитарок — всех, кто спасал раненых на поле боя.

— В армии всегда существовали инструкции, которые определяли обязанности военных медиков и порядок оказания медицинской помощи в боевых условиях. Мы делали всё от нас зависящее, чтобы оказать максимально возможную помощь каждому военнослужащему, мирному жителю и даже раненым противникам.

Но на фронте нередко случались и драматические ситуации. Военная обстановка была настолько тяжёлой, что в некоторых случаях провести плановую эвакуацию раненых было практически невозможно. В этой ситуации военные медики не просто делали всё от них зависящее для спасения людей, но порой шли на верную смерть, жертвовали собой, приближая День Победы.

Давайте вспомним о юной медичке Наталье Качуевской (Спириной), которая была санинструктором в одном из полков нашей тридцать четвёртой гвардейской стрелковой дивизии. Она родилась в 1922 году в Ленинграде, детские и юношеские годы провела в Северной столице. После школы поступила в Московский театральный институт, могла бы стать актрисой… Но началась война. Наташа добровольцем ушла на фронт, окончила курсы санинструкторов. Она героически погибла в степях Калмыкии, в Черноземельском районе, южнее посёлка Хулхута 20 ноября 1942 года. Ей было всего двадцать лет.

— Как именно погибла эта девушка-санинструктор?

Во время боя она находилась вместе с ранеными. Хрупкая девушка и двадцать искалеченных военнослужащих ожидали эвакуации в овраге. К сожалению, из-за тяжёлого боя провести эвакуацию в плановом режиме было невозможно. Тогда Наташа, защищая бойцов, вступила в бой.

Сначала она отстреливалась, используя вооружение раненых солдат, а потом — когда кончились патроны! — остановила наступление гитлеровцев, подорвав их и себя связкой гранат. Наташа погибла, но двадцать военнослужащих, находившихся рядом с ней, были спасены!

Сейчас на месте её гибели установлен памятник. В 1997 году ей посмертно было присвоено звание Героя Российской Федерации. Её имя присвоено улицам в Москве, Волгограде и Астрахани, а также малой планете Солнечной системы.

— Вениамин Васильевич, знаю, что в честь Вас тоже названа одна из малых планет Солнечной системы…

— Да. Получается, что мы с Наташей теперь — соседи по космическому пространству. Более того, наши «звёздочки» были открыты одним и тем же астрономом — Л.В. Журавлёвой. От солнца эти малые планеты удалены на триста пятьдесят миллионов километров. По размерам «моя» в три раза меньше, чем Наташина. Диаметр «её» небесного тела составляет двенадцать километров, а «моего» — четыре.

Имена целого ряда ленинградцев и петербуржцев увековечены в космосе. Этим людям посвящена книга О. Которцева «Звёздные имена Петербурга», вышедшая в 2005 году.

— Вы лично знали Наташу?

— К сожалению, я не знал её лично. Хотя, как оказалось, в Ленинграде мы жили по соседству. Она жила в доме номер девять по Литейному проспекту. Когда она героически погибла, я также воевал в Калмыкии. Помню, какие там шли тяжёлые бои… О её подвиге узнал ещё находясь в калмыцких степях. О таких людях писали фронтовые газеты, о них рассказывали по радио. Это были настоящие герои, которые вдохновляли всех нас.

Хотел бы обратить внимание читателей на фотографию, сделанную в восьмидесятые годы. Она показывает ветеранов тридцать четвёртой гвардейской стрелковой дивизии, в том числе и меня, во время посещения могилы Н.А. Качуевской.

— Не могу не попросить Вас рассказать о тех военных медиках, которых Вы лично знали.

— Мне навсегда врезалась в память трагическая гибель моего подчинённого, фельдшера Бориса Шелкова. Это произошло в середине августа 1943 года в боях на Донбассе. Бойцам был дан приказ:

Ветераны 34 гв.с.д. и школьники из Астрахани в Колмыкии на могиле санинструктора Наташи Качуевской, геройски погибшей, защищая раненых

осуществить контратаку, атаковать уходящего противника. Как и полагалось, Борис пошёл в атаку, следуя за бойцами. Этот бой стал для него последним. Он получил не совместимое с жизнью пулевое ранение в голову.

На поле боя военные медики подвергали свою жизнь опасности наряду со всеми другими бойцами. Да, они обычно не шли в атаку в первых рядах. Но на фронте пули и снаряды не разбирают, кто находится спереди, а кто — сзади. Погибнуть или быть раненым мог каждый.

Борис не совершил какого-то особого героического подвига. Но честно исполнить свой воинский долг, отдать жизнь за Родину, за грядущую Победу — это уже подвиг. Мы обязаны помнить обо всех героях и жертвах прошедшей войны.

Ещё один медик, которого я не могу не упомянуть — фельдшер Евдокия Шульженко. В отличие от Бориса, ей было суждено прожить долгую, насыщенную жизнь. Дуся ушла из жизни в преклонном возрасте, три-четыре года назад. После войны она жила в Ставрополе, продолжала работать в медицине.

Также как и Борис, она была моей подчинённой. Мы вместе служили с апреля 1944 года по июль 1944 года. В нашем медсанбате она была командиром эваковзвода, то есть отвечала за эвакуацию раненых. Хотелось бы отметить, что Дуся, будучи фельдшером, выполняла работу, для которой требовалась врачебная квалификация.

Вообще, эвакуация раненых — дело очень ответственное. Во-первых, надо обладать солидными медицинскими знаниями, чтобы в боевой обстановке «выделить» наиболее тяжёлых раненых, которым требуется срочная медицинская помощь. Во-вторых, необходимы организационные способности, дабы наладить эвакуацию с помощью имеющихся и порой попутных транспортных средств. Дуся справлялась на «отлично»!

Профессор В.В. Волков с внуком Андреем

Обязательно в нашем интервью необходимо упомянуть хирурга медсанбата, мою подчинённую Клавдию Сухину (Реднякову). Она сейчас живёт в Харькове. Мы с ней переписываемся с помощью электронной почты. Раньше перезванивались, а теперь — переписываемся. Дело в том, что она сейчас плохо слышит, поэтому осуществлять телефонные звонки стало проблематично.

Клавдия диктует свои письма кому-то из членов семьи, а они уже пересылают их на мой электронный адрес. Мы вместе служили со второй половины 1944 года и до конца войны.

У нее сейчас четверо внуков и пять правнуков. Об успехах каждого из них она рассказывает в электронной почте.

— Вениамин Васильевич, не могу не спросить Вас об автомобильной катастрофе, произошедшей в прошлом году. Как это ДТП отразилось на Вашем здоровье? Как Вы сейчас себя чувствуете?

— 31 августа 2014 года, накануне начала нового учебного года, меня пригласили посетить родную школу. После окончания мероприятия одна из сотрудниц петербургской городской администрации любезно предложила отвезти меня домой на своей личной автомашине. Я находился на заднем сидении. На перекрёстке со стороны второстепенной улицы в нас на полном ходу врезалась другая машина. Произошёл страшный удар. Нашу машину перевернуло…

У меня случилась тяжёлая контузия, был без сознания, серьёзно пострадала правая нога. На ноге был повреждён голеностопный сустав, порвались связки. Порвалась артерия правой подчелюстной области, я потерял чувствительность половины лица… Меня выхаживали в родной Военно-медицинской академии, в реанимации клиники военно-полевой хирургии. Огромное спасибо всем врачам, медсёстрам и санитаркам, а также доченькам Ирине и Марии и внучке Кате, которые были со мной рядом!

Не могу сказать, что полностью оправился от этой аварии. Ходить стало тяжелее. Теперь пользуюсь палочкой, меньше выхожу на улицу, особенно в зимнее время… Но чувствую себя более-менее нормально. Есть огромное желание полностью реабилитироваться, восстановить свою трудоспособность.

В конце февраля 2015 года принял участие в работе VIII Российской конференции «Глаукома: теория и практика. Горизонты нейропротекции», проходившей в Санкт-Петербурге. В общем, жизнь продолжается!

— Хотелось бы от всего сердца пожелать Вам полного выздоровления! Вы нужны российскому и международному офтальмологическому сообществу!

— Надеюсь, что так и будет. Скоро лето. Это не может не радовать. Летние месяцы благотворно влияют на моё здоровье. Я люблю рыбалку, люблю дачу. Вот поеду на дачу и постараюсь забыть обо всех болезнях.

— Вы являетесь не только патриархом отечественной офтальмологии, но и основателем семейной офтальмологической династии…

— Так получилось, что в настоящее время в нашей семье три врача-офтальмолога, три кандидата медицинских наук. Обе мои дочери, Мария и Ирина, пошли по моим стопам. Обе они в настоящее время работают на кафедре офтальмологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Дочь Марии, моя внучка Катя, тоже стала врачом-офтальмологом и защитила кандидатскую диссертацию. Она работает в городском диабетологическом центре.

У них разные научные интересы в офтальмологии. Мария многие годы занимается проблемами глаукомы, Ирина — нейроофтальмологией, Екатерина — сосудистыми заболеваниями и офтальмологическими осложнениями при диабете при беременности.

В родословной нашей семье не было врачей ни у меня, ни у покойной жены. Конечно, мне приятно, что дочери и внучка пошли по моим стопам, нашли своё место в науке. Я не прикладывал для этого никаких усилий. Всё получилось само собой.

Сын Ирины, мой внук Андрей, тоже связан с медицинской наукой. Правда, он стал не врачом-офтальмологом, а ветеринарным врачом. Он окончил ветеринарную академию, сейчас работает в частной клинике для животных, лечит собак и кошек. Но офтальмологией Андрюша интересуется. Домашним животным также нужно хорошее зрение.

— Вениамин Васильевич, не могу не спросить Вас о секретах долголетия. Как Вам удаётся в девяносто четыре года сохранять такую поразительную энергию и работоспособность?

— Что-то Вы слишком рано стали меня спрашивать о «секретах долголетия»! Обычно такие вопросы задают людям, отметившим столетний юбилей, как, например, актёр Владимир Зельдин. А мне ведь всего девяносто четыре! Поэтому долгожителем себя не считаю. Давайте вернёмся к этой теме через шесть лет, если Бог даст дожить до ста.

— Вы придерживаетесь какой-то диеты? Что-то предпринимаете для сохранения здоровья?

— Диет никогда не придерживался. Очень важно, чтобы еда доставляла удовольствие! Но старался и стараюсь соблюдать умеренность в пище. Жирное, копчёное, жареное по возможности избегаю. Правда, люблю украинское сало, российские сливочные сосиски с квашеной капустой…

В молодости занимался физической культурой: волейбол, футбол, альпинизм. Сейчас зарядку не делаю, но стараюсь больше двигаться, насколько позволяют силы… Но главное, что помогает мне жить — интересное дело (завершая работу над текущей научной темой, всегда думаю о последующей!), творческая работа. И, конечно, очень важна поддержка коллег, семьи, близких людей.

— Над чем Вы сейчас работаете?

— Мой главный проект на сегодняшний день — монография «Открытая травма глаза». В ней должны быть обобщены результаты научных исследований за долгие десятилетия. Когда монография будет закончена, надеюсь заняться чем-нибудь ещё… Невозможно жить без работы! Любой человек — и молодой, и пожилой — не должен говорить себе и другим: «У меня всё в прошлом! Всё позади!» Такие мысли опасны. Они разрушают и тело, и душу. В любом возрасте и при любом состоянии здоровья важно строить и осуществлять планы, мечтать, надеяться, стремиться к лучшему…

По возможности я стараюсь оказывать содействие родной кафедре офтальмологии Военно-медицинской академии. Вижу свою роль в качестве советника, помощника, консультанта… Это относится не только ко мне, но и к другим пожилым людям. В пожилом возрасте уже трудно быть менеджером, администратором, начальником. На «капитанском мостике» лучше находиться, когда человек полон сил и энергии. Старики могут чем-то помочь, что-то подсказать из своего жизненного и профессионального опыта, а молодые пусть сами решают, воспользоваться ли им этими советами.

Когда кто-то из коллег-офтальмологов просит меня о личной встрече, просит ознакомиться с его публикациями, я всегда соглашаюсь, даже в ущерб личным делам.

— Вы являетесь давним и преданным другом издательства «Апрель» и газеты «Поле зрения». Какие публикации последнего времени в нашей газете Вас особенно заинтересовали? Какие темы, на Ваш взгляд, нуждаются, в дополнительном освещении?

— Я внимательно читаю каждый номер «Поля зрения». Не стал бы выделять отдельные публикации. Почти все материалы мне в равной мере интересны.

Мне думается, что газета «Поле зрения» должна сочетать исторические публикации и материалы на современную тему. Надо писать не только об учёных нашего времени, но и о выдающихся российских и зарубежных офтальмологах прошлых эпох, об истории возникновения и развития различных научных школ. Такие статьи и сейчас появляются в газете. Мне они очень интересны.

— Таким образом, газета может показать преемственность между современными офтальмологами и учёными прошлых поколений.

— Это очень важно. Развитие науки невозможно без преемственности, без солидных научных школ. Мне думается, что в настоящее время газета «Поле зрения» успешно соблюдает баланс между историческими и актуальными публикациями, между материалами о развитии науки и статьями об организации медицинской помощи, в том числе в регионах России.

Всегда интересно читать материалы об исследованиях в области глаукомы, офтальмологических осложнениях при диабете. Хотелось бы увидеть больше публикаций о нейроофтальмологии.

Позволю себе высказать и личное пожелание. В четвёртом номере за 2013 год издающегося в издательстве «Апрель» журнала «Глаукома. Журнал НИИГБ РАН» была опубликована моя научная статья «Не пора ли осовременить классификацию глаукомы?» Честно говоря, готовя этот материал, я рассчитывал на отклики коллег, на начало научной дискуссии. Такие отклики могли бы появиться и в газете «Поле зрения», и в «Национальном журнале глаукома». Я считаю, что тема классификации глаукомы достойна обсуждения в профессиональной среде. Но до сегодняшнего дня ни одного отклика не было опубликовано, хотя прошло довольно много времени…

— Вениамин Васильевич, думаю, что коллеги-офтальмологи услышали Ваше пожелание, и отклики на публикацию 2013 года обязательно появятся… Мы начали нашу беседу с размышлений о значении Дня Победы. Хотелось бы сердечно поздравить Вас с этим светлым праздником, пожелать Вам крепкого здоровья, мира и благополучия Вашей семье и новых успехов на благо отечественной медицинской науки!

— Я тоже сердечно поздравляю сотрудников и читателей издательства «Апрель», газеты «Поле зрения» и журнала «Национальный журнал глаукома» с семидесятилетием Победы советского народа в Великой Отечественной войне! Особо хотелось бы поздравить фронтовиков и тружеников тыла — всех, кто приближал День Победы. Давайте вспомним 9 мая о героизме нашего народа, вспомним обо всех жертвах войны.

В наше время, к сожалению, угроза войны тоже не миновала. Но нужно сделать всё от нас зависящее, чтобы сохранить мир, сохранить сильную, процветающую Россию.

Беседу вёл ***Илья Бруштейн***

Фотографии Ильи Бруштейна и из личного архива В.В. Волкова

Фронтовая история

На основе реальных событий

Доктору медицинских наук, профессору Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), генерал-майору медицинской службы, кавалеру боевых орденов и медалей, Герою Социалистического Труда, ***Волкову Вениамину Васильевичу*** *посвящается…*

Через минное поле ползу по-пластунски к реке,
Прикрываясь телами погибших намедни солдат…
Две канистры пустые сжимаю в замёрзшей руке…
Мне их надо набрать и скорее доставить в санбат!

А с пригорка по мне беспрестанно ведётся стрельба…
Вот и кромка воды — наконец-то я вдоволь напьюсь!
Пули ищут меня, только, видно, пока не судьба –
Доползу до своих — всем Богам, всем Богам помолюсь!

Я не чувствую пальцев в воде ледяной — не беда,
Наполняю канистры… А снайпер стреляет — вот гад!
Он же знает, что значит для раненых эта вода!
Я же им обещал непременно вернуться назад!

…Вдруг, навстречу мне кто-то ползёт — не могу разобрать…
«Эй, браток, подсоби!» — я шепнул, а в ответ ни гу-гу!
Он в одной из воронок, наверно, решил подождать —
Много их на изрытом бомбёжкой речном берегу…

Я поближе подполз… Мы столкнулись буквально лоб в лоб!
И рука потянулась тихонько к ножу в сапоге…
Мы взглянули друг другу в глаза, и прошиб нас озноб!
Он чего-то бубнил… на немецком своём языке…

…Как две капли воды, он на старшего сына похож,
И сжимает пустую канистру в дрожащей руке!
…Я убрал в голенище под «финку» заточенный нож —
Пусть ползёт — всем нам хватит воды в той кровавой реке…

Владислав Корнилов, тюменский бард, лауреат конкурса композиторов им. Алябьева, автор 3-х поэтических сборников, аудиосказки для слепых детей «Приключение капельки».

Верой и правдой

Дорогие читатели газеты «Поле зрения», предлагаем вам воспоминания почетного председателя ветеранской организации Российского государственного социального университета (РГСУ), участника Великой Отечественной войны, генерал-майора в отставке Н.М. Шлихунова. Николай Михайлович — кадровый военный. Имеет 59 правительственных и общественных наград.

Возможно, наш читатель задастся вопросом, почему мы решили печатать литературные зарисовки Николая Михайловича? Ответ мы нашли в очерках Н.М. Шлихунова: «Великая Отечественная война — особый пласт в истории нашей страны, особый период в жизни каждой советской семьи. С войны не вернулся отец, два старших брата жены стали инвалидами. Из нашей десятки комсомольцев-добровольцев некоторые ребята погибли в бою, навечно остались восемнадцатилетними, а другие ушли из жизни после войны, но с ее отметинами, выполнив свой долг перед Родиной. И все это называется семьей, фронтовой семьей, которая свою военную историю золотой нитью вписала в историю страны. Может быть, поэтому живущие ныне ветераны так дорожат своим фронтовым братством и с особым чувством отмечают День Победы».

Редакция считает для себя большой честью разрешение Николая Михайловича публиковать некоторые отрывки из сборника «Верой и правдой». На примере личной жизни и жизни своих товарищей, многие из которых не вернулись с полей войны, Николай Михайлович стремится показать истоки нашей Победы: любовь к Родине, готовность беззаветно служить ей, защищать как в тяжелые периоды ее истории, так и в повседневной жизни, верность традициям.

Для Николая Михайловича Шлихунова работа с молодежью, которой он посвятил долгие годы, начиная с военных лет, работая в трудовых и воинских коллективах, а затем в РГСУ, где он трудится с первых дней его создания, составляет основной смысл жизни. Полагаем, что наш читатель найдет в этих воспоминаниях примеры для укрепления собственной гражданской позиции во имя будущего России.

Да хранит Бог Николая Михайловича еще долгие годы! Крепкого здоровья и вдохновенного творчества!

ШЛИХУНОВ Николай Михайлович

Генерал-майор в отставке; советник ректора и председатель Совета ветеранов Российского государственного социального университета; участник Великой Отечественной войны (1941-1945); родился 18 декабря 1924 г. в с. Стариково (Талдомский район, Московская обл.); действительный член Академии проблем безопасности, обороны и правопорядка, Академии социального образования. В годы Великой Отечественной войны принимал участие в боях по освобождению Кубани и Северного Кавказа. 1945-1951 гг. – командир взвода, замполит роты, комсорг, лектор полка; 1951-1958 гг. – в политорганах МВД и Министерства среднего машиностроения; 1958-1962 гг. – в составе Управления кадров Главного политуправления СА и ВМФ; 1962-1965 гг. – начальник политотдела соединения стратегического оружия в Заполярье; 1965-1988 гг. – инспектор, старший инспектор, секретарь партийной комиссии Ракетных войск стратегического назначения; 1988-1991 гг. – старший преподаватель Московской высшей партийной школы; с 1992 г. – начальник отдела, заместитель управляющего делами Московского государственного социального университета; глава Совета ветеранов МГСУ; почётный работник Министерства труда и социального развития. Награжден орденами «Отечественной войны I степени», «Красной Звезды», «Трудового Красного знамени», «Знак Почета» и 36 медалями («За отвагу», «За боевые заслуги», «Партизану Отечественной войны» и другими).

Н. Шлихунов — боец Московского истребительного партизанского полка

Январь 1942 г. 10-й класс Талдомской средней школы № 1. Верные друзья *(слева направо)*: Коля Смирнов, Коля Шлихунов, Саша Разоренов (15.02.42 ушли добровольцами на фронт)

Наше дело правое — мы победили

Минуло 70 лет с того дня, когда завершилась победоносная война советского народа и его Вооруженных Сил против немецко-фашистских захватчиков. На протяжении всей послевоенной истории не утихают страсти в оценке и характере, целей и итогов Второй мировой войны и особенно советско-германского противоборства. К сожалению, в оценке событий нередко преобладают негативный аспект, необъективность, фальсификация исторической правды о войне, которую вынужден был вести Советский Союз.

Пожалуй, еще можно как-то объяснить, когда оценка исходит от бывших гитлеровских генералов, потерпевших сокрушительное поражение в развязанной ими войне. То же самое можно сказать об историках, журналистах и прочих борзописцах США, Великобритании и других стран НАТО. Между тем они, конечно, знают оценку лидеров своих стран, Рузвельта, Черчилля, де Голля, некоторые не раз признавали решающую роль Советского Союза и Красной Армии в разгроме фашистской Германии.

Они сами, разумеется, отчетливо понимают, что судьба войны, как и будущая судьба Европы и всего мира, решалась на советско-германском фронте. И «второй фронт» против Германии союзники открыли только летом 1944 года. Когда всем стало ясно, что Красная Армия и одна в состоянии окончательно разгромить вермахт. Но объективная оценка никак не стыкуется с тем навязыванием миру утверждения о якобы решающем вкладе США в победу над Германией. Конечно, современная Россия по мощи своей — не Советский Союз и не конкурент США (американский военный бюджет в 20 раз превышает военные расходы России).

Меня как участника Великой Отечественной войны и, уверен, абсолютное большинство моих побратимов-ветеранов возмущает позиция ныне живущих в России, являющихся вроде ее гражданами, в оценке событий тех лет, я имею в виду 1941-1945 годы. Под предлогом объективного освещения всего того периода нашей трудной истории все эти приживальщики и прочие в угоду своим покровителям искажают правду о Великой войне, как нечестивцы дырявят отечественную историю, умаляют значение нашей Победы. Они не прочь упомянуть о стойкости и о героизме советских воинов на фронте, и самоотверженной работе тружеников тыла, и даже о Победе, но преподносят это тенденциозно с «вытягиванием» всего негативного, «выдергивая» отдельные факты, не удосуживаясь объяснить их. И все это широко тиражируется и адресуется непосредственно молодежи. Судите сами.

Намеренно исключаются данные о людских потерях со стороны Германии и Советского Союза, утверждается, что наши потери в разы превышают потери немцев, хотя боевые потери сторон были примерно равны и умещаются в рамках 8-9 миллионов человек. В цифру наших потерь — 27 миллионов — входят потери гражданского населения, смерть военнопленных из-за невыносимых условий содержания в фашистских концлагерях. Сознательно замалчивается руководящая и организующая роль Коммунистической партии в годы войны. Хотя известно, что она была сражающейся партией, и 3,5 миллиона коммунистов отдали свои жизни в борьбе за советскую Родину, а среди 12 тысяч Героев Советского Союза 70% — коммунисты.

Героизм и мужество советской молодежи и комсомольцев на фронте представляется как безрассудство или принудительные акции, что является беспардонной ложью. Я об этом говорю от своего имени и от имени моих школьных товарищей, которые в феврале 1942 года из 10-го класса Талдомской средней школы добровольно, по путевке комсомола, ушли на войну, и все честно выполняли свой воинский и гражданский долг. Кстати, напомню, известный факт, что уже к лету 1942 года более 900 тысяч комсомольцев-добровольцев сражались на фронте в составе партизанских отрядов и разведывательно-диверсионных групп. Из нашей разведгруппы в 10 комсомольцев-добровольцев половина погибла на фронте, другие ушли из жизни в послевоенный период с военной «печатью», которая навсегда оставила свой губительный след на здоровье ветеранов.

Видно, Богу так угодно, что в живых теперь остался я один, хотя прошел всю войну, был дважды ранен, а службе в Вооруженных Силах отдал 46 календарных лет. И я не могу предать память моих товарищей: не могу плохо работать, не могу мириться с тем, как искажается правда о войне, о нашей Победе, как нравственно калечится наша молодежь, как замалчиваются или превратно изображаются благородные деяния ее сверстников, которые вынуждены отдавать и сегодня свои жизни.

В часы отдыха

Секретари комсомольских организаций 1 Новгородского артиллерийского полка (*внизу справа* — комсорг полка Н.М. Шлихунов)

Советские партизаны в засаде

Партизаны идут на боевое задание

Группа подрывников у взорванного моста

А.Т. Твардовский. «Я убит подо Ржевом»

Я убит подо Ржевом,
В безыменном болоте,
В пятой роте, на левом,
При жестоком налете.
Я не слышал разрыва,
Я не видел той вспышки, –
Точно в пропасть с обрыва –
И ни дна ни покрышки.
И во всем этом мире,
До конца его дней,
Ни петлички, ни лычки
С гимнастерки моей.
Я – где корни слепые
Ищут корма во тьме;
Я – где с облачком пыли
Ходит рожь на холме;
Я – где крик петушиный
На заре по росе;
Я – где ваши машины
Воздух рвут на шоссе;
Где травинку к травинке
Речка травы прядет, –
Там, куда на поминки
Даже мать не придет.

Подсчитайте, живые,
Сколько сроку назад
Был на фронте впервые
Назван вдруг Сталинград.
Фронт горел, не стихая,
Как на теле рубец.
Я убит и не знаю,
Наш ли Ржев наконец?
Удержались ли наши
Там, на Среднем Дону?..
Этот месяц был страшен,
Было все на кону.
Неужели до осени
Был за ним уже Дон
И хотя бы колесами
К Волге вырвался он?
Нет, неправда. Задачи
Той не выиграл враг!
Нет же, нет! А иначе
Даже мертвому – как?
И у мертвых, безгласных,
Есть отрада одна:
Мы за родину пали,
Но она – спасена.
Наши очи померкли,
Пламень сердца погас,
На земле на поверке
Выкликают не нас.
Нам свои боевые
Не носить ордена.
Вам – все это, живые.
Нам – отрада одна:
Что недаром боролись
Мы за родину-мать.
Пусть не слышен наш голос, –
Вы должны его знать.
Вы должны были, братья,
Устоять, как стена,
Ибо мертвых проклятье –
Эта кара страшна.
Это грозное право
Нам навеки дано, –
И за нами оно –
Это горькое право.
Летом, в сорок втором,
Я зарыт без могилы.
Всем, что было потом,
Смерть меня обделила.
Всем, что, может, давно
Вам привычно и ясно,
Но да будет оно
С нашей верой согласно.

Братья, может быть, вы
И не Дон потеряли,
И в тылу у Москвы
За нее умирали.
И в заволжской дали
Спешно рыли окопы,
И с боями дошли
До предела Европы.

Нам достаточно знать,
Что была, несомненно,
Та последняя пядь
На дороге военной.
Та последняя пядь,
Что уж если оставить,
То шагнувшую вспять
Ногу некуда ставить.
Та черта глубины,
За которой вставало
Из–за вашей спины
Пламя кузниц Урала.
И врага обратили
Вы на запад, назад.
Может быть, побратимы,
И Смоленск уже взят?
И врага вы громите
На ином рубеже,
Может быть, вы к границе
Подступили уже!
Может быть... Да исполнится
Слово клятвы святой! –
Ведь Берлин, если помните,
Назван был под Москвой.
Братья, ныне поправшие
Крепость вражьей земли,
Если б мертвые, павшие
Хоть бы плакать могли!
Если б залпы победные
Нас, немых и глухих,
Нас, что вечности преданы,
Воскрешали на миг, –
О, товарищи верные,
Лишь тогда б на войне
Ваше счастье безмерное
Вы постигли вполне.
В нем, том счастье, бесспорная
Наша кровная часть,
Наша, смертью оборванная,
Вера, ненависть, страсть.
Наше все! Не слукавили
Мы в суровой борьбе,
Все отдав, не оставили
Ничего при себе.

Все на вас перечислено
Навсегда, не на срок.
И живым не в упрек
Этот голос ваш мыслимый.
Братья, в этой войне
Мы различья не знали:
Те, что живы, что пали, –
Были мы наравне.
И никто перед нами
Из живых не в долгу,
Кто из рук наших знамя
Подхватил на бегу,
Чтоб за дело святое,
За Советскую власть
Так же, может быть, точно
Шагом дальше упасть.
Я убит подо Ржевом,
Тот еще под Москвой.
Где–то, воины, где вы,
Кто остался живой?
В городах миллионных,
В селах, дома в семье?
В боевых гарнизонах
На не нашей земле?
Ах, своя ли, чужая,
Вся в цветах иль в снегу...
Я вам жизнь завещаю, –
Что я больше могу?
Завещаю в той жизни
Вам счастливыми быть
И родимой отчизне
С честью дальше служить.
Горевать – горделиво,
Не клонясь головой,
Ликовать – не хвастливо
В час победы самой.
И беречь ее свято,
Братья, счастье свое –
В память воина–брата,
Что погиб за нее.

1945-1946

Возмутительно, что чаще и больше всего в качестве «экспертов» и «знатоков» поведения советских воинов на фронте, оценщиков таланта советских военачальников, действий Ставки Верховного Главнокомандования выступают люди, сами не только не нюхавшие пороха, но даже не проходившие военной службы.

Как же надо не любить свою Родину и народ, до какой степени безнравственности надо дойти, чтобы охаять все святое и героическое, что совершено советскими людьми в период ожесточенной борьбы с врагом, либо бессовестно искажать ее историю?! До каких пор власть предержащие будут молчаливо мириться с махровым антипатриотизмом? Наверное, следует четко определиться на государственном уровне в освещении правды о Великой Отечественной войне, правды истинной, не уничтожающей народа-победителя. Главное состоит в том, чтобы объективные мысли и оценки, декларируемые в государственных программах по патриотическому воспитанию, в выступлениях руководителей страны в дни праздников Победы, не оставались просто словами, а получали поддержку и были реализованы.

Нашему народу нечего стыдиться своей истории, в том числе и за советский период жизни, не говоря уже о беспримерном подвиге и победе в Великой Отечественной войне. Именно это и может стать государственной идеей, способной сплотить народ, дать ему духовную опору, определить будущее России. Любые попытки очернительства и фальсификации должны получать строжайшую оценку общественности и пресекаться на государственном уровне. Таково требование жизни, и тут не место умолчанию и невмешательству, они пагубны…

Если завтра война, если враг нападет

…В школе мы тоже радостно обсуждали успехи Красной Армии под Москвой, правда, не без сожаленья. Ведь это случилось без нашего участия, и теперь вряд ли может осуществиться заветная мечта — попасть на фронт. Юношеская наивность, до конца войны оставалось так много дней! И вдруг 10 февраля 1942 года вызов в райком комсомола. Вопрос: вы не передумали добровольно пойти в армию? Конечно, нет. Тогда так: московский комсомол направляет комсомольцев-добровольцев на фронт. От Талдомского района пойдут 10 человек. Три дня на сборы, и с утренним поездом 15 февраля отправляемся в Москву, все подробности узнаете в обкоме ВЛКСМ. Пришлось открыться маме и сестре с братьями о случившемся. Жалельческие слезы матери и сестры, горделивые одобрения малолетних братьев. Примерно то же самое творилось и в семьях Саши Разоренова, Коли Смирнова, Володи Хирова, Вани Пьянова, Кости Романовского и других ребят.

Двенадцатого февраля состоялось прощание в школе, пришли учителя, мальчишки, оставшиеся доучиваться в 10-м классе и из 9-х классов, много девчонок. Были добрые пожелания наставников, теплые и бравурные напутствия товарищей по школьной парте, были и слезы, были наши заверения, что не уроним чести школы в борьбе с врагом. В 6.30 пятнадцатого февраля поезд увез нас в Москву, в неизвестность. Накануне договорились, что с родителями простимся дома и на станцию их не звать, понимая, что проводы будут нелегкими, главным образом для них. Пришли проводить ребята и девчонки из наших классов, в том числе моя одноклассница Тоня Виноградова, от нее я получал письма на фронте, шестьдесят пять лет она носила фамилию Шлихунова, стала матерью двух сыновей, бабушкой трех внуков и прабабушкой Маши и Миши. Вечная ей память…

Москва нас встретила теплом. Зима 1941-42 годов была снежная и очень морозная. А тут вдруг оттепель, посчитали это хорошим признаком. Добрались до Колпачного переулка, где располагался Московский комитет ВЛКСМ. Состоялась встреча с заведующим военным отделом — секретарем обкома Н.Т. Сизовым, который предстал перед нами в военной гимнастерке, брюках галифе и коробурой на ремне, что подчеркивало серьезность предстоящего разговора. Он не объявил, чем нам придется заниматься, но предупредил, что обстановка на фронте сложная, и без обиняков сказал: гарантия на выживание у нас будет не больше одного процента. И добавил: если кто испугался или передумал, может отправляться домой и ему ничего за это не будет, поскольку пришел добровольцем. А затем каждого персонально спросил: «Ты не жалеешь?» В ответ слышались только утвердительные «нет». Да другого и быть не могло. Из обкома комсомола мы проследовали на ул. Селезневку, в помещение средней школы, превращенное в казарму, близ метро «Новослободская». Всех нас зачислили во вторую роту, выдали военную форму.

Партизаны-подрывники минируют железную дорогу

Так я стал, как и все мои товарищи, бойцом истребительного мотострелкового (Московского партизанского) полка УНКВД г. Москвы и Московской области. Полк готовил разведывательно-диверсионные группы, которые забрасывались в тыл к немцам на временно оккупированную территорию Московской, Смоленской, Брянской, Калининской областей для проведения диверсий на железной и шоссейных дорогах, средствах связи, нападения на немецкие гарнизоны, для сбора разведданных о противнике и передаче их командованию Красной Армии, помощи в создании партизанских и диверсионных групп на местах. Действия отрядов и групп полка имели большое значение для укрепления морально-психологического и политического настроя советских людей, временно оказавшихся под оккупантами. Значит, Москва жива, Москва стоит, она не забыла о своих гражданах, раз посылает своих бойцов на помощь. У людей с каждым днем крепла вера, что враг будет разбит.

С огромным интересом и вниманием мы слушали выступления участников боевых групп, уже выполнявших задания в тылу врага. Нам представили командира батальона подполковника П.И. Полушкина, опытного пограничника и комиссара, политрука А.Н. Арясова, а также комсорга полка Николая Толорайя, на груди которого сиял орден Красного Знамени, полученный за успешные боевые действия в тылу врага. Все это поднимало настроение и уверенность в правильности выбора. Так думали и все мои товарищи. Тут же командир батальона сказал, что предстоит короткий и напряженный период обучения, комиссар кратко рассказал о положении на фронте и личном составе полка.

Более подробный разговор состоялся в казарме, где мы познакомились с командиром роты, старшим лейтенантом Королькевичем Иваном Васильевичем, опытным чекистом и политруком Журавлевым (к сожалению, забыл его имя-отчество), которые особо подчеркнули важность дисциплины, дружбы в коллективе, добросовестного отношения к учебе. От этих факторов зависит успех боевых действий и сохранение собственной жизни. Мы, талдомчане, договорились держаться вместе. Вскоре состоялось комсомольское собрание роты, на котором меня избрали комсоргом. Началась напряженная боевая учеба по курсу молодого бойца: строевая подготовка, изучение материальной части стрелкового оружия, политические занятия, много времени отводилось физподготовке, особенно лыжам и штыковому бою. Занятия длились по 8-10 часов, и вначале было трудно, но все занимались усердно и настойчиво. Пригодились и те знания и навыки, которые мы получили во время учебы

в школе. Незаметно прошел трехнедельный срок первичной военной подготовки, проведен торжественный акт принятия военной присяги, и мы стали «воинами в законе».

Через некоторое время нас перевели в город Покров Владимировской области, где тогда располагалась разведывательно-диверсионная школа. Начался новый, конкретный «профессиональный» этап подготовки: минно-подрывное дело, тактика партизанских действий в составе мелких и крупных групп, умение собирать разведданные и другие практические вопросы поведения и выживания в условиях предстоящих действий в тылу врага (незаметно подползти и «снять» часового, разжечь костер в непогоду, спать на снегу и т.д.). Учеба была интересной и одновременно очень трудной. Но все понимали ее необходимость и выкладывались полностью. Нас знакомили с оперативными данными о действиях оккупационных войск и их карательных органов, конструкцией немецких мин, стрелкового оружия. Самая главная сложность заключалась в том, что вся учеба была сопряжена с ограниченным временем, насыщенную программу предстояло выполнить за 1,5-2 месяца. Напряженный воинский труд вырабатывал выносливость, укреплял волю и товарищескую сплоченность. Каждый понимал и готовил себя к серьезным делам, цена которых настолько высока, что могла стоить самой жизни. Учеба закончилась в конце апреля.

После возвращения в Москву стало известно, что именно наша вторая рота включена в состав свободного отряда полка, которому в ближайшие дни предстоит действовать в тылу врага на территории Смоленской и Брянской областей. Разрешили встречу с родственниками, велено сказать, что скоро отправимся на фронт. 3 мая прошли партийное и комсомольское собрания, настроение у всех было приподнятое и немного тревожное. А через день под звуки духового оркестра рота покинула казарму и проследовала на Киевский вокзал. Провожали нас командир батальона и комиссар. Отряд насчитывал около 500 человек.

Встреча с ветеранами Московского партизанского полка. 1980 г.

Прибыв в прифронтовую зону близ города Киров (ныне Калужской области), отряд на несколько дней расположился в лесу, в условиях строжайшей конспирации. Пока специальные группы разведывали места и пути наиболее безопасного перехода линии фронта, остальной личный состав еще раз повторял «партизанскую науку» в теории и на практических занятиях. Они воспринимались уже по-иному, нежели в Подмосковье, каждый понимал, что это генеральная репетиция перед серьезным испытанием. Напряжение нарастало, но не из-за страха, а томительного ожидания. Когда в расположении роты вдруг появились командир батальона, подполковник Полушкин и комиссар Арясов, стало ясно, что переход в тыл врага состоится с часу на час. Полюбившиеся нам командиры специально приехали из Москвы, чтобы проводить нас, 17-18-летних юнцов, в опасный путь. Их присутствие добавило уверенности каждому из нас. Наконец в сумерках последовала команда «Подъем!» Еще раз проверили подгонку снаряжения, чтобы ничто не звенело и не хлопало, и рота, выйдя из леса, колонной двинулись по проселочной дороге, что шла позади деревни в сторону близкого фронта.

Тут я услышал слова, которые в моей памяти живы и по сей день. Командир батальона провожал нас словами: «Сынки, берегите себя!», а комиссар: «Ну, с Богом, ребята!» Последнее я воспринял обыденно в силу их частного и общепринятого употребления. И было немного удивительно, когда вопреки всей конспирации на обочине проселочной дороги мы увидели женщину в телогрейке и грубом платке, она держала в руках икону и повторяла раз за разом: «Да хранит вас Бог!» И тут меня внезапно пронзал вопрос: почему комиссар, конечно же атеист, и простая русская, несомненно, верующая женщина провожают нас одними и теми же словами? Тогда еще не нашел ответа, он пришел потом: оба они провожали нас на общее, святое дело. Не будем же отказываться от этой заповеди, она спасительна и вечна для нашего народа.

Переход линии фронта не назовешь вполне удачным. Наверное, не все удалось разведать, и немцы встретили нас сильным огнем из хорошо замаскированных укрытий. Появились первые убитые и раненые, часть личного состава не смогла преодолеть огневой заслон, но большей группе, в том числе и нашей роте, удалось это сделать. Первое, настоящее боевое крещение. С боем прорвались в контролируемый партизанами район, базой отряда стало с. Глуховка на реке Десна, где перевели, что называется, дух. Районом, контролируемый партизанами, довольно большой — несколько десятков населенных пунктов, и ликвидировать его у немцев, очевидно, просто не хватило сил после поражения непосредственно под Москвой.

Я не собираюсь описывать все операции, в которых пришлось участвовать. Большинство из них сопряжены с боестолкновениями и потерями либо убитыми, либо ранеными. Не раз приходили на память слова секретаря Московского комитета ВЛКСМ, который «гарантировал» совсем мало шансов на выживание. Но я не знаю случая, чтобы кто-то из наших бойцов струсил или заныл. Очень достойно, на мой взгляд, действовали мои земляки-талдомчане, старался делать это и я. Иначе и не могло случиться, ибо мы были комсомольцы-добровольцы.

День, когда война стала моей…

«…Сегодня в 4 часа утра, без предъявления каких-либо претензий к Советскому Союзу, без объявления войны германские войска напали на нашу страну, атаковали наши границы во многих местах и подвергли бомбежке со своих самолетов наши города…»

22 июня 1941 года в утренние часы эти слова шоком потрясли мирную страну, начался отсчет другого, военного периода ее жизни.

Каждому человеку Господь дает возможность прожить только единожды. Жизнь невозможно написать на черновике. Каждый день, каждый час пишется сразу набело. Нельзя убежать от судьбы. В мирное время эти слова звучат обыденно и нудно, но на войне все иначе.

Когда утреннюю тишину июньского неба разорвал первый немецкий снаряд, мне не исполнилось и семнадцати лет, и впереди ждала, как и всех сверстников, война. «Взрослые дети» — так говорится об этом возрасте сейчас, но только не во время войны. Когда с неба вместо дождя падает и разрывает землю смерть, превращая в огонь и пепел то, что было живо, мужчины взрослеют быстрее. Семнадцатилетнему парню с винтовкой в шинели никто не скажет «мальчик», не скажет, потому что война сделала его мужчиной, окрестив на подвиг рукой старенькой матери, благословив на смерть ради жизни миллионов людей. Такому семнадцатилетнему говорят «солдат».

Наше поколение 1941 года шагнуло на фронт из школьных классов, так и не получив от времени право продлить детство. Мы вынуждены были оставить на потом школьные классы и лекционные залы, литературные тома на библиотечных полках, домашний уют

Евгений Евтушенко. «Матч СССР-ФРГ 1955 год. Репортаж из прошлого века»

Вдруг вспомнились
трупы по снежным полям,
бомбежки и взорванные кариатиды.
Матч с немцами. Кассы ломают. Бедлам.
Простившие родине все их обиды,
катили болеть за нее инвалиды –
войною разрезанные пополам,
еще не сосланные на Валаам,
историей выброшенные в хлам –
и мрачно цедили: «У, фрицы! У, гниды!
За нами Москва! Проиграть –
это срам!»
Хрущев, ожидавший в Москву Аденауэра,
в тоске озирался по сторонам:
«Такое нам не распихать по углам…
Эх, мне бы сейчас
фронтовые сто грамм!»
Незримые струпья от ран отдирая,
катили с медалями и орденами,
обрубки войны к стадиону «Динамо» –
в единственный действующий храм,
тогда заменявший религию нам.
Катили и прямо, и наискосок,
как бюсты героев,
кому не пристало
на досках подшипниковых пьедесталов
прихлебывать, скажем, березовый сок
из фронтовых алюминьевых фляжек,
а тянет хлебнуть поскорей, без оттяжек,
лишь то, без чего и футбол был бы тяжек:
напиток барачный, по цвету табачный,
отнюдь не бутылочный,
по вкусу обмылочный,
и может, опилочный –
из табуретов
Страны Советов,
непобедимейший самогон,
который можно,
его отведав,
подзакусить рукавом, сапогом.
И может, египетские пирамиды,
чуть вздрогнув, услышали где-то в песках,
как с грохотом катят в Москве инвалиды
с татуировками на руках.
Увидела даже статуя Либерти –
за фронт припоздавший второй со стыдом,
как грозно движутся инвалиды те –
виденьем отмщения
на стадион.
Билетов не смели спросить контролерши,
глаза от непрошенных слез не протерши,
быть может, со вдовьей печалью своей.
И парни-солдатики,
выказав навыки,
всех инвалидов
подняли на руки,
их усадив попрямей,
побравей,
самого первого ряда первей.
А инвалиды,
как на поверке, –
все наготове держали фанерки
с надписью прыгающей «Бей фрицев!»,
снова в траншеи готовые врыться,
будто на линии фронта лежат,
каждый друг к другу предсмертно прижат.
У них словно нет половины души –
их жены разбомблены и малыши.
И что же им с ненавистью поделать,
если у них – полдуши
и полтела?
Еще все трибуны были негромки,
но Боря Татушин,
пробившись по кромке,
пас Паршину дал.
Тот от радости вмиг
мяч вбухнул в ворота,
сам бухнулся в них.
Так счет был открыт,
и в неистовом гвалте
прошло озаренье по тысячам лиц,
когда Колю Паршина поднял Фриц Вальтер,
реабилитировав имя «Фриц».
Фриц дружбой –
не злостью за гол отплатил ему,
он руку пожал с уваженьем ему,
и –
инвалиды зааплодировали
бывшему пленному своему!
Но все мы вдруг сгорбились, постарели,
когда вездесущий тот самый Фриц,
носящий фамилию пистолета,
нам гол запулил, завершая свой «блиц».
Когда нам и гол второй засадили,
наш тренер почувствовал холод Сибири,
и аплодисментов не слышались звуки,
как будто нам всем отсекли даже руки.
И вдруг самый смелый из инвалидов
вздохнул, восхищение горькое выдав:
«Я, братцы,
скажу вам по праву танкиста –
ведь здорово немцы играют и чисто...»
И хлопнул разок, всех других огорошив,
в свои, обожженные в танке ладоши,
и кореш в тельняшке подхлопывать стал,
качая поскрипывающий пьедестал.
И смылись все мстительные мысленки
(все с вами мы чище от чистой игры),
и чувствуя это, Ильин и Масленкин
вчистую забили красавцы-голы.
Теперь в инвалидах была перемена –
они бы фанерки свои об колена
сломали,
да не было этих колен,
но все-таки призрак войны околел.
Нет стран, чья история – лишь безвиновье,
но будет когда-нибудь и безвойновье,
и я этот матч вам на память дарю.
Кто там говорит, что надеждам всем крышка?
По-моему, я – тот же русский мальчишка,
и я как свидетель всем вам говорю,
что брезжило
братство всех наций в зачатке –
когда молодой еще Яшин перчатки
отдал как просто вратарь вратарю.
Фриц Вальтер, вы где?
Что ж мы пиво пьем розно?
Я с этого матча усвоил серьезно –
дать руку кому-то не может быть поздно.
А счет стал 3:2.
В нашу все-таки пользу.
Но выигрыш общий неразделим.
Вы знаете, немцы, кто лучшие гиды?
Кто соединил две Германии вам?
Вернитесь в тот матч и увидите там.
Кончаются войны не жестом Фемиды,
а только когда, забывая обиды,
войну убивают в себе инвалиды,
войною разрезанные пополам.

2009

Красная площадь, 9 мая 2000 г. 55-я годовщина Победы (*крайний во 2-й шеренге* — Н.М. Шлихунов)

9 мая 2010 г. 65 лет Победы. У памятника Г.К. Жукову. Н.М. Шлихунов с внуком Александром и правнучкой Машей

Председатель Совета ветеранов РГСУ, генерал-майор в отставке Николай Михайлович Шлихунов

* * *

На носилках, около сарая,
На краю отбитого села,
Санитарка шепчет, умирая:
— Я еще, ребята, не жила...

И бойцы вокруг нее толпятся
И не могут ей в глаза смотреть:
Восемнадцать — это восемнадцать,
Но ко всем неумолима смерть...

Через много лет в глазах любимой,
Что в его глаза устремлены,
Отблеск зарев, колыханье дыма
Вдруг увидит ветеран войны.

Вздрогнет он и отойдет к окошку,
Закурить пытаясь на ходу.
Подожди его, жена, немножко —
В сорок первом он сейчас году.

Там, где возле черного сарая,
На краю отбитого села,
Девочка лепечет, умирая:
— Я еще, ребята, не жила...

Юлия Друнина

* * *

Выцветшие розы на халате,
Выцветшие розы на обоях...
У моей соседки тети Кати
С той войны не возвратились трое.

Ласковой рукой не постучали
В темные тоскующие ставни,
А она-то целый год встречала
Эшелоны шумные с цветами.

А она-то не хотела верить,
Не хотела верить похоронкам.
На Дунае есть зеленый берег,
Там в тени развесистого клена
Парень белокурый похоронен.

Есть в Карпатах голубые склоны,
Обелиски на вершинах гор.
Навсегда остался с батальоном
Рыжеусый весельчак майор.

Были и особые заданья,
Самые опасные дела.
Девушка с красивыми глазами
Из разведки дальней не пришла...

Много не вернулось с той войны.
Три портрета смотрят со стены.
Тетя Катя отмечает даты —
День рожденья каждого солдата.

Стол накроет, позовет мальчишек,
Угостит румяным пирогом,
А потом расскажет о погибшем,
Так расскажет, словно о живом.

Прочитает о делах солдата,
Фронтовыми письмами шурша.
Тихо-тихо слушают ребята,
Часто и прерывисто дыша...

Мертвые имеют дни рожденья,
Возрождаясь в новых поколеньях!

Автор неизвестен

и безмятежность. Фронтовые дороги стали университетами, экзамены сдавали в тяжелых походах и жарких боях, взрослели по ускоренной программе.

Каждая судьба на войне — повесть, не имеющая равных. Каждая судьба на войне как неоконченное письмо с фронта, похожее чем-то на сотни других писем и не похожее до конца ни на одно другое письмо. Сколько воспоминаний можно унести с войны? Столько, сколько дней воевал. Ведь каждый новый день там похож и вместе с тем не похож на прошедший. На фронте друзья часто умирают, не успев сказать последних слов. Только что живой человек, и вдруг его уже нет, и те, кто воевал, знают, что к такому невозможно привыкнуть. Каждая смерть товарища, особенно близкого, — беда, а приходилось, как говорится, жить с ней в обнимку.

И все же, несмотря ни на что, нужно было идти вперед, надо было подниматься в атаки и побеждать. Путь к Победе складывался из тысяч и тысяч подвигов, многие из которых совершали необстрелянные мальчишки, зачастую в день своего первого боя, своей первой атаки. В той войне не было больших и малых подвигов, не было нужных и ненужных смертей. В ней было одно желание — разбить врага, защитить страну, бившуюся пульсом миллионов солдатских сердец. И они шли вперед и мстили за слезы и горе родных людей.

В мае 1942 года меня в составе разведывательно-диверсионного отряда Московского партизанского полка направили в области, оккупированные немцами, где существовала значительная территория, которую удалось освободить от оккупантов. Более 80 населенных пунктов жили в тылу противника под охраной партизан. В них восстановили колхозы и Советы. Центральной базой, откуда уходили на задание, выбрали большое село Глуховка, красиво расположившееся на берегу Десны.

Когда вспоминаю то лето, в памяти всплывают слова секретаря Московского обкома комсомола. Принимая нас в первый день прибытия с «гражданки», он сказал, что разгром немцев на подступах к столице еще не означает их поражения, враг силен, коварен и лютовать будет, жертв в нашей борьбе предстоит увидеть немало. Его слова оправдались полностью. В немецком тылу нас встретили сожженные села, обездоленные, загнанные в лесные землянки женщины и дети, в чьих глазах уживались ненависть к оккупантам и радость при встрече с русскими солдатами. Мы приносили им надежду, которая давала силы для борьбы и противостояния с врагом.

В тот день большая часть нашего отряда, разбившись на несколько групп, выступила на боевое задание в южном направлении. В Глуховке осталось чуть больше взвода. Для моей группы день прошел успешно. У нас потерь не было, зато сумели подорвать немецкий эшелон с техникой, в одном селе уничтожить две машины, 10 немцев, которые приехали в очередной раз конфисковывать продукты у крестьян. Нам удалось также схватить полицаев, отличавшихся большой жестокостью, от их рук пострадало немало местных жителей и партизан. Словом, настроение отличное и никто не ожидал беды. Неладное почувствовали, только подходя к реке и увидев дым над Глуховкой. Сразу ускорили шаг. Хотелось переправиться как можно быстрее, выяснить, что же случилось. Но лодок, оставленных у Десны, не оказалось. Решили переходить вброд. При первой же попытке на мине подорвался один боец.

С трудом, но переправились. Когда высадились на берег, увидели, что от села остался лишь пепел изб и неубранные трупы партизан, крестьян и наших товарищей. Повсюду валялись разбитые винтовки, карабины, противогазы. Несколько часов назад здесь шел жестокий бой. Воспользовавшись отсутствием большей части отряда, немцы напали на базу, и село превратилось в поле сражения. В этой неравной схватке был ранен и схвачен немцами мой школьный товарищ Володя Хиров. Его любили все, он был спокойный, не по годам рассудительный, своего рода философ. Мы вместе пошли по комсомольской путевке на фронт добровольцами. От местных жителей узнали потом, что фашисты расстреляли всех захваченных в плен. Где могила, никто точно показать не может. Мы не смогли исполнить свой последний долг. Если бы знать заранее, что ребят мы видим в последний раз...

Увиденная картина потрясла всех бойцов. Трудно описать наше душевное состояние — одноклассников, потерявших своих друзей. Скажу только, не для красного словца, мы тогда принесли клятву отомстить за гибель своих товарищей, в нас горело желание идти хоть к черту на рога, но только чтобы рассчитаться с немцами сполна. В душе кипела злость, и в одно чувство сливались злость и личная беда. С того дня война стала для нас не просто борьбой за страну, но местью за кровь товарищей. Командиру с трудом удалось остудить пыл и гнев восемнадцатилетних парней, напомнив о воинской дисциплине. Партизанские разведчики доложили, что в район брошены большие силы врага, которые не только воюют с партизанами, но и жестоко расправляются с мирным населением, сжигая села.

Бессмысленные жертвы не приносят пользы, и командование партизанского отряда приняло решение отступать в брянские леса и уже оттуда продолжить боевые операции. Прорваться сквозь линию противника было тяжело. Отряд разбили на небольшие группы, пройти незамеченными удалось не всем. Группа, в которой находился я, затаилась и, наверное, могла бы избежать столкновения, но один из бойцов не выдержал и выстрелил в проезжающего на лошади во главе колонны немцев офицера. Сейчас такой поступок кажется ребячеством. Но тогда бойцов переполняла ненависть и душила злая обида. Думаю, этим многое сказано.

Выстрел привлек внимание. Оказалось, что по параллельной просеке двигалась еще одна немецкая рота, и спустя десять минут партизаны оказались в плотном кольце врагов, открывших шквальный огонь. Силы были неравны — два десятка бойцов против нескольких сотен карателей. Кольцо медленно сжималось. Немцы кричали: «Рус партизан, сдавайс». Пьяные полицаи матерились. Наше решение было единым: умереть, но в плен не сдаваться.

Требовалось быстро принять решение, и командир роты Иван Васильевич Королькевич, человек огромного самообладания и твердости, сумел найти единственно возможный выход. Он приказал вначале открыть огонь по периметру нашей обороны, затем всем быстро собраться вместе. Бросив оставшиеся гранаты и стреляя на ходу, с криками «За Родину!», «Ура!» наша группа устремилась вперед. Натиск для врага оказался неожиданным, кольцо удалось прорвать без потерь, было ранено только пять человек, в том числе и я. Началось преследование. Но когда несколько карателей подорвались на оставленных нашей группой противопехотных минах, им пришлось отказаться от погони. Через сутки группа вышла в назначенный район и объединилась с основным отрядом.

После этого случая было много утрат и смертей, дороги войны заносили меня в разные уголки нашей Родины, но этот день помнится как первый: «В этот день война стала моей...»

Сборник Н.М. Шлихунов «Верой и правдой», Издательство РГСУ, 2013 год, Москва

При подготовке материала использованы фотографии из личного архива Н.М. Шлихунова и с сайтов waralbum.ru, rgsu.ru и портала «Талдомские новости»

Оказание офтальмохирургической помощи в Русской армии во время Первой мировой войны

(к 100-летию Первой мировой войны)

В.В. Волков, Э.В. Бойко, Р.Л. Трояновский, В.А. Рейтузов, Б.В. Монахов

ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Королева Великобритании Елизавета II вместе со своим супругом, принцем Филиппом, во время посещения мемориала «Красные маки» музея замка Тауэр. 16 октября 2014 г.

Фото Рамиля Ситдикова, РИА Новости

Президент России В.В. Путин выступает на торжественном открытии памятника Героям Первой мировой войны. 1 августа 2014 г.

Канадский военный хирург Джон Маккрей в 1915 г. в госпитале оказывал помощь раненым. Во время одного из самых жестоких сражений Первой мировой войны — ужасной атаки в так называемой «2-й битве при Ипре» — написал получившее широкую известность стихотворение «На полях Фландрии»:

In Flanders fields the poppies blow
Between the crosses, row on row,
That mark our place; and in the sky
The larks, still bravely singing, fly
Scarce heard amid the guns below.

Во Фландрии, в полях весенних,
Кровавых маков наважденье,
И черные крестов ряды
Заметны только с высоты,
И жаворонка слышно пенье.

(Перевод Л. Городскова)

Описанные в этом стихотворении кроваво-красные маки, покрывшие пропитавшиеся кровью фламандские поля, моментально стали символом, легко узнаваемым на памятниках жертвам Первой мировой войны.

В нашей стране события Первой мировой войны закрыты более жестокой, вызвавшей значительно большее число человеческих жертв, Второй мировой войной. На торжественном открытии памятника солдатам Первой мировой войны 1 августа 2014 г. В.В. Путин сказал: «Сегодня мы восстанавливаем связь времен, непрерывность нашей истории. И Первая мировая война, ее полководцы, солдаты обретают в ней достойное место». Он призвал правдиво описать историю Первой мировой войны.

Нами изучена историческая и историко-медицинская литература по вопросам оказания специализированной офтальмохирургической помощи глазным раненым в Русской армии во время Первой мировой войны.

Краткое изложение основ отечественной военно-полевой офтальмологии принадлежит Н.И. Пирогову. В легендарных «Началах общей военно-полевой хирургии» (1865 г.) им приведено описание пулевых контузий и ранений глаз, костных стенок глазницы и их лечения во время Крымской кампании (1853-1856). Опыт русско-турецких войн конца XIX в. и русско-японской (1904-1905), в которых офтальмологи работали на театре военных действий, не реализовался созданием системы помощи и штатных формирований для лечения повреждений глаз к началу Первой мировой войны, военно-полевая офтальмология как дисциплина не выделилась из военно-полевой хирургии [2, 3, 8, 11, 13]. Это подтверждает интересный факт: в фундаментальной библиотеке Военно-медицинской академии хранятся материалы XII Международного Конгресса офтальмологов, который планировалось провести в Санкт-Петербурге в период с 28 июля по 2 августа 1914 г. Как раз в эти дни и началась Первая мировая война. Несмотря на близость мировой войны, в материалах конгресса не было опубликовано ни одной работы, посвященной вопросам военно-полевой офтальмологии [8].

Первая мировая война по своей кровопролитности и продолжительности превзошла все войны XIX в., взятые вместе. С начала мобилизации по 01.05.1917 г. в русскую армию было призвано 15 798 000 человек. Потери составили убитыми 664 890 чел., ранеными 3 748 769 чел [1]. Война в целом была позиционной, но характер боевых действий значительно изменился. Увеличилась мощь существующего вооружения, появились новые виды оружия. Бой велся непрерывно, в то время как в прежних войнах, в том числе и во время русско-японской войны, бои велись лишь периодами, а остальное время было посвящено маневрированию, укреплению позиций и т.д. На полях Первой мировой войны солдаты получали тяжелые ранения в невиданных прежде масштабах. В лечебные учреждения России, как и в других воюющих странах, хлынул большой поток раненых, значительно превышавший возможности по их приему военными и гражданскими стационарными медицинскими учреждениями [1, 4].

К оказанию медицинской помощи активно подключилась царская семья.

В Зимнем дворце был развернут лазарет имени наследника Цесаревича и Великого князя Алексея Николаевича на 1000 коек. Царь и члены его семьи систематически посещали лечебные учреждения. Его жена и дочери оказывали помощь больным в госпитале в Царском Селе.

Высшие царские сановники, чиновники, купцы следовали примеру первого лица государства. В Петрограде под лазареты были отведены помещения в Аничковом дворце, в Академии наук, в Николаевской военной академии, в домах князей А.А. Оболенского и Ф.Ф. Юсупова. В одном только Санкт-Петербурге было развернуто более 100 лечебных учреждений [4, 13].

Однако, при такой организации помощи, глазные раненые рассеивались по всем госпиталям. А.В. Лотин, работавший в госпиталях Красного Креста, писал, что за годы войны он проконсультировал 1054 глазных раненых, лечившихся в 123 госпиталях. Профессор кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии Л.Г. Беллярминов проконсультировал в 1916 г. 300 глазных раненых в различных лечебных учреждениях в районе Петрограда и предложил организовывать глазные отделения в госпиталях [5, 8, 13]. Необходимость создания специализированных офтальмологических отделений обусловливалась и тем, что не все военные хирурги в совершенстве владели методами оказания офтальмохирургической помощи, допускали и ятрогенные осложнения, одно из них в своей монографии Р.А. Кац описывает так: «Хирург, занявшись ранением черепа, попутно удалил и остатки глаза и не позаботился о сохранении глазного мешка» [9].

Устранение выявленных недостатков в организации эвакуационных и лечебно-профилактических мероприятий привели к формированию многопрофильных госпиталей в конце Первой мировой войны, а в 1917 г. на Съезде военных хирургов Юго-Западного фронта А.М. Случевский докладывал о работе глазного госпиталя 8-й армии [2, 5, 8]. Таким образом, к концу войны была создана новая система медицинского обеспечения войск, в том числе формирование специализированных офтальмологических отделений госпиталей, сыгравшая существенную роль при оказании офтальмологической помощи на этапах медицинской эвакуации в последующих войнах столетия [3].

Причинами кристаллизации военно-полевой офтальмологии из военно-полевой хирургии были: увеличение доли глазных раненых по ведущему поражению до 2,25%, количество ранений и контузий глазного яблока было приблизительно равным (49,5% ранений и 50,5% контузий), отмечался рост частоты открытой травмы глаза (ОТГ). Изменилось соотношение ранений глазного яблока от артиллерийского и ружейного огня (приблизительно по 50% соответственно). От артиллерийского огня 59,2% ранения были осколочными, при этом существенно (до 30%) выросла частота ранений с наличием инородных тел внутри глаза [14]. От ружейного огня — 59,9% были сквозными и, как правило, приводили к гибели глаза. Сравнив структуру ранений органа зрения с предыдущими войнами, Н.И. Шимкин сделал важный вывод: «Поражения органа зрения от ружейного огня с каждой позднейшей войной уменьшаются абсолютно и относительно, а от артиллерийского огня увеличиваются» [14]. История последующих войн XX века неоднократно подтверждала это наблюдение [2, 3, 5, 6, 8].

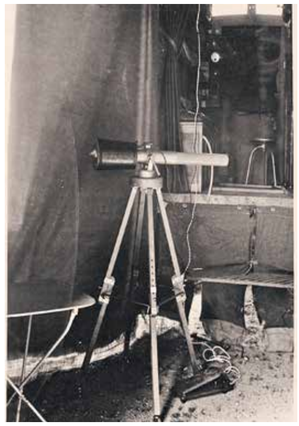
Содержание формируемой дисциплины обсуждал Р.А. Кац — автор книги «Военно-полевая хирургия глаза», опубликованной в 1917 г.: «Военно-полевая хирургия глаза существенно отличается от глазной хирургии мирного времени, что видно хотя бы из того, что наиболее частые операции мирного времени — иридэктомия и извлечение катаракты — в военно-полевой хирургии глаза составляют лишь редкие исключения. В военно-полевой хирургии глаза требуются в широких размерах пластические операции, вылущение глазного яблока и целый ряд других оперативных пособий, вроде перерезки прямых мышц против атрофии» [9].

Фундаментальные исследования по оказанию офтальмохирургической помощи содержатся в докторской диссертации Н.И. Шимкина «Огнестрельныя повреждения органа зрения в современной войне», опубликованной в 1917 г. В этой работе, выполненной под руководством директора глазной клиники Киевского университета, профессора А.Ф. Шимановского (1860-1918), автор обобщил опыт лечения 831 раненого, в том числе 238 раненых с поражением органа зрения в госпиталях V-го Головного эвакопункта в 1914 -15 гг., в котором раненые лечились, как правило, первые десять дней после ранения. Он изучил опыт оказания специализированной помощи в лечебных учреждениях г. Киева: в госпитале

Царская семья среди сотрудников в военном госпитале на фронте

Княжна Вера Гедройц и императрица Александра Федоровна в перевязочной Царскосельского госпиталя

Лазарет для раненых в Зимнем дворце



Электромагнит для удаления внутриглазных инородных тел, 1917 г.

№ 3 Всероссийского Союза городов в Киеве — 120 случаев; в глазном отделении при Киевской Еврейской городской больнице — 132 случая; в лазарете семьи И.Н. Терещенко и уникальный материал по лечению военнослужащих с поражениями органа зрения (341 история болезни), больных в клинике офтальмологии Киевского университета с зарисовками оперативных вмешательств, выполненных лично профессором А.Ф. Шимановским. В работе приведены также результаты морфологических исследований, выполненных приват-доцентом Новороссийского университета, бароном М.М. Тизенгаузеном.

Оказание офтальмохирургической помощи при открытой травме глаза. Более половины ранений глазного яблока сочеталось с повреждением глазницы. Н.И. Шимкин показал, что из 287 ранений глазного яблока в 155 случаях оно было разрушено, в 48 — отмечено повреждение хрусталика: ранение, которое в то время имело очень плохой прогноз для сохранения зрения. В целях сохранения глазного яблока применялись различные оперативные вмешательства: проведение конъюнктивального покрытия роговично-склеральных ран, иридэктомия, удаление хрусталиковых масс или травматической катаракты, абразия выпавшей радужки и цилиарного тела, извлечение инородного тела из глазного яблока, наложение склеральных швов [14, 15].

Пример успешного лечения проводного ранения глазного яблока с травматической катарактой приведен в статье доктора М.И. Элиасберга «К вопросу об оперативном лечении глаз с прободающими ранами роговицы и раневой катарактой от взрывов динамита». Матрос С.В. в начале марта 1915 г. расстреливал мины, выброшенные на берег. Одна мина после большой паузы взорвалась в 6 шагах от С.В., и он получил сочетанное ранение конечностей и обоих глаз. Под хлороформом 7.03.1915 г. на правом глазу выполнена энуклеация, а на левом — проведен разрез копьевидным ножом, иридэктомия, выпускание хрусталиковых масс. В зрачок вставился витреум, и операция была прекращена. М.И. Элиасбергом была разработана мазь, которую он ежедневно закладывал за веки при перевязках: сернокислого атропина — 0,05, солянокислого кокаина — 0,02, синеродистой ртути — 0,005, белого американского вазелина — 10,0. Хрусталиковые массы начали рассасываться, и через два месяца после лечения острота зрения с афакической коррекцией составляла 0,4. В конце статьи автор указывает, как важно время от времени пересматривать установившиеся в науке взгляды на хирургическое лечение боевой травмы [15].

Анализ 15 случаев лечения выпавшей радужки с травматической катарактой, проведенных в клиниках г. Киева, показал следующее: в 7 случаях лечение окончилось вылущением глазного яблока, в 4 случаях — abrasio iridis, в 4 случаях хирургического лечения не требовалось. Острота зрения сохраненных глаз во всех случаях была равна светоощущению.

Анализ 12 случаев хирургического лечения выпавшей радужки, проведенный также Н.И. Шимкиным, показал лучшие результаты: 2 случаях выпавшей радужки хирургического лечения не требовалось, острота зрения после лечения составила 0,3. В 5 случаях проводилась abrasio iridis — острота зрения менее 0,05. В 4 случаях проводилось вылущение глазного яблока и в 1 случае — тенотомия по Вихеркевичу [15].

Гистологическое исследование удаленных глаз, как правило, показывало наличие выраженных внутриглазных воспалительных изменений. В качестве примера приводится описание удаленного глазного яблока на 9-е сутки после ранения его шрапнелью.

Макроскопическое исследование целого глаза, сейчас после вылущения, обнаружило, что роговица в центре перфорирована и некротизирована и гнойно расплавлена по краям. Из дефекта роговицы выпирает наружу гнойная пробка. После разреза глазного яблока, проведенного через спирты, оказалось, что все оно заполнено густой, крошковатой консистенции массой серо-желтоватого цвета. Масса эта выпирает в отверстие перфорированной роговицы. На рисунке цифрой 1 обозначена масса, выпирающая в отверстие роговицы, а цифрой 2 и 3 — края некротизированной роговицы.

Микроскопическое исследование. Роговица в центральных частях некротизирована, в периферических лишена эпителия и разбухла. В центре ее имеется дефект, через который выпирают некротические массы вместе с частями радужки и остатками разрушенного хрусталика. Передней камеры не существует. Радужка с обеих сторон прижата к уцелевшим краям роговицы; она частью инфильтрирована и пропитана кровоизлияниями. Хрусталик разрушен, лишь небольшие обрывки хрусталиковой капсулы видны среди некротических масс, выпирающих через дефект роговицы. Цилиарное тело разбухло, инфильтрировано лейкоцитами, отечно, пронизано кровоизлияниями. Сетчатка на всем протяжении отслоена гнойными экссудативными массами и кровоизлияниями; местами вся многослойная ткань ее набухла, отечна, пронизана гнойными и фибринозными экссудативными массами, местами же происходит полное расплавление ее. Сосудистая сплошь пропитана кровоизлияниями. Местами она отслоена кровоизлияниями и гнойными экссудативными массами, частью разрушена, частью некротизирована: в ней наблюдается местами разрастание молодых кровеносных сосудов, вытянутых и круглых клеток. Среди ткани ее попадается большое количество крупных клеток, круглых, овальных или неправильной формы, с зернистой, резко красящейся кислыми красками протоплазмой и большим количеством (до 30) круглых ядер. Стекловидное тело все сплошь заполнено громадным количеством экссудативных масс, состоящих частью из некротизированных, частью из хорошо окрашивающихся полинуклеарных лейкоцитов. Склера — утолщена, набухла, во внутренних слоях ее имеются диффузные кровоизлияния и круглоклеточная инфильтрация. Глазной нерв в области вхождения его в склеру набух, нервные волокна вакуолизированы и диффузно инфильтрированы полинуклеарами.

Заключение. На основании изложенного в макро- и микроскопическом исследовании срезов вылущенного глазного яблока раненого О. и на основании его истории болезни, мы можем придти к заключению, что при ранении левого глаза шрапнелью была нарушена целость роговицы и хрусталика; через образовавшийся дефект проникла экзогенная инфекция, обусловившая острое гнойное воспаление всех оболочек глазного яблока с частичным гнойным расплавлением corneae, uveae et retinae. Диагноз: Vulnus corneae perforativum. Panophthalmitis.

Наличие внутриглазных инородных тел, как правило, через 24-48 часов приводило к развитию эндофтальмита и почти всегда обрекало глаза на первичную или профилактическую энуклеацию. Вместе с тем удаление инородных тел (в основном магнитных) из переднего и заднего отделов глазного яблока иногда улучшало прогноз этой тяжелой травмы. Для обнаружения внутриглазных инородных тел была разработана методика рентгендиагностики Келера-Головина, которая стала проводиться в стационарных учреждениях и авторентгеновских станциях, которые направлялись на театр военных действий (к июню 1915 г. на фронтах работали 30 автомобильных отрядов, оснащенных рентгеновскими станциями) [4, 8].

Н.И. Пинес разработал электромагнит собственной конструкции и пропагандировал его использование в офтальмологии [8].

В клинике профессора А.Ф. Шимановского использовался гигантский магнит Фолькмана. Анализ удаления внутриглазных осколков в клинике университета Св. Владимира позволил Н.И. Шимкину прийти к заключению, что главным условием удаления внутриглазного инородного тела должна быть свежесть случая, когда гигантский электромагнит должен быть применен сразу же после ранения, он предложил использовать их в передовых отрядах Красного Креста или в дивизионных лазаретах [14].

Оказание офтальмохирургической помощи при ранениях вспомогательных органов глаза и орбиты. При анализе ранений вспомогательных (прибавочных) органов глаза и глазницы было выявлено, что около 30% повреждений сопровождаются травмой мозговых оболочек и черепа. Описано множество различных хирургических пластических вмешательств, позволяющих добиться удовлетворительного косметического результата.

Приведем один из интересных случаев, проведения хирургической пластики (приводится с особенностями орфографии профессора А.Ф. Шимановского). *Больной Книшков Полтиан. Ранен 18 августа 1914 г. Осколком снаряда снесло верхнее веко и переносицу с подлежащими костями, начиная от наружного края глазницы. Кожная рана по-над правой бровью до наружного ее конца. От верхнего века остался небольшой остаток, который рубцом привернут к носу. В нем есть свободный остаток века с ресницами. Под ним лежит мясо. Слизистая конъюнктивы сохранена целиком, зато sinus frontis sin., кажется вырвало целиком. Углубление в переносице на толщу пальца. 28 августа искусственное образование верхнего века с лоскутом на ножке. Хлороформ 40. Операция час. Сначала со стороны носа освободил кожу от приращения к полю дикого мяса и остаток верхнего левого века и перпендикулярным к краю надрезом освободил этот последний и перегнул на место. По отделении приносовой (нижней кожи), повисающая на правом веке складка кожи расправилась. За ним также отделил верхний край кожи на glabella, и здесь в двух местах сбил по куску кожи на ножке из мягкой ткани в 1,5 кв. снт. примерно и положил их на дно ямы glabella. Затем отделил слизистую с верхним краем с остатками левой брови, провел дугообразный разрез на лоб, шириной около 3,5 снт. с ножкой, широкой у наружного угла глазной щели, отделил ее и верхнюю половину слизистой спустил вниз, образовав складку — будущее верхнее веко.*

Мышечная подвижность этой части кожи слабо выражена. У наружного угла оказались глубокие рубцы до кости. Здесь далее сделано окно в ножке при отделении (в рубцах найден был металлический осколок). Расплавленная внутренняя часть конъюнктивы была отделена и пришита одним швом к краю новообразованного верхнего века. При ее отделении оказалось, что, как и glabella, так и налево от решетчатой кости спереди костей нет, и прележит под диким мясом серовато-серебристая твердая мозговая оболочка. Рану на лбу почти целиком стянул швом. В новообразованный мешок — протез. Повязка на оба глаза. Ножка новообразованного верхнего века обнаруживает движение [14].

Интересным представляется удачное удаление пули из вершины глазницы. Младший ординатор 2-го лазарета 16-й пехотной дивизии Н.И. Пинес сообщает о ранении орбитальной части n. optici. Солдат Н., поступил 5 августа 1916 г. с осколочным ранением левой глазницы. На следующий день с согласия больного под наркозом приступили к операции Кронляйна. Осколок кости (2,5 см в поперечнике) внутренней поверхности орбитального края, а затем и пуля, надорвавшая зрительный нерв и основанием упиравшаяся в вершину глазницы, удалены. Острота зрения эксцентрично до 0,02. Через 3 дня лазарет выступил дальше, больной эвакуирован в тыл [12].

Контузии глазного яблока. Большое место в работах военных офтальмологов занимают контузии глазного яблока. Р.А. Кац предлагал различать контузии, к которым он относил повреждения легкой и средней степени и ушибы — тяжелые контузии глаза. Описание одного случая заслуживает особого внимания: «У ефрейтора Р. глаз был задет осколками гранаты при проникании их в нижнюю стенку глазницы у внутреннего угла век. Светоощущение пропало сразу. Здесь ушибен был главным образом задний отдел глазного яблока (на ушиб переднего отдела указывал лишь незначительный надрыв зрачкового края радужки), — и ушиблен был не только глаз, но и зрительный нерв, что и дало своеобразную картину «кошачьего глаза» при совершенно свободном и расширенном зрачке, как это бывает при внутриглазных опухолях. Ввиду подозрения на осумкованное инородное тело, а также с косметической целью, атрофировавшийся глаз был вылущен, и тут оказалось, что к резко утолщенной и рубцово уплотненной в области ушиба белковой оболочке прилегала кровяная опухоль сосудистой, а от отслоенной этой гематомой сетчатки направлялся соединительно-тканный тяж к задней поверхности прозрачного хрусталика» [9]. Нам представляется, что это одно из первых описаний пролиферативного процесса при тяжелой контузии глазного яблока [10].

Средний срок лечения глазных больных в стационарах тыла составлял 46,8 суток. В результате проводимого лечения ослепло на один глаз 53,8% больных, на оба глаза — 10,45%. Первичную энуклеацию проводили в 13,8%, вторичную энуклеацию, убедившись, что предыдущее хирургическое лечение было неэффективно, выполняли в 36,7% случаев [14].

Заключение. В войнах XX века офтальмологами воюющих сторон констатировано увеличение частоты ранений органа зрения более чем в два раза по сравнению с войнами XIX столетия с 0,5-0,86% до 2,2-5,6% и выше.

Опыт, накопленный офтальмологами, лечившими раненых на путях медицинской эвакуации в Первую мировую войну, дал бесценную информацию для становления военно-полевой офтальмологии.

Литература

1. Белевитин, А.Б. Военная медицина: становление, развитие / А.Б. Белевитин, А.М. Шелепов, Е.И. Веселов – СПб.: Издательство «Ъ», 2007. – 440 с.

2. Бойко Э.В. Организация специализированной офтальмологической помощи с применением витреоретинальной хирургии (ВРХ) при лечении боевой открытой травмы глаза / Э.В. Бойко, С.В. Чурашов // Воен.-мед. журн. – 2006. – Т. 327, № 10. – С. 16-21.

3. Бойко Э.В. Витреоретинальная хирургия в лечении боевой открытой травмы глаза / Э.В. Бойко, М.М. Шишкин, С.В. Чурашов / Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – Прил. – 2010. – № 1 (29). – С. 167-171.

4. Будко А.А. История медицины Санкт-Петербурга XIX-XX в. – СПб.: Нестор-История, 2010. – 400 с.

5. Волков В.В. О некоторых особенностях современной боевой травмы органа зрения // Вестн. АМН СССР. –1979. – С. 17-18.

6. Волков В.В., Бойко Э.В., Трояновский Р.Л., Монахов Б.В., Рейтузов В.А. Об эволюции офтальмохирургической помощи в Российской армии в войнах XX столетия (К 100-летию Первой мировой войны) / VI Всероссийский с международным участием семинар – «Круглый стол» «МАКУЛА 2012» / Ростов-на-Дону, 16-18 мая 2014 г. Микролекции, тезисы докладов, стенограммы дискуссий, Ростов-на-Дону: Ростовский офтальмологический центр «ИнтерЮНА», 2014. – С. 39-55.

9. Кац Р.А. Военно-полевая хирургия глаза. – Петроград, 1917.– 70 с.

10. Левкоева Э.Ф. Раневой процесс в глазу. М.: Изд-во АМН СССР, 1951.– 152 с.

11. Пирогов Н.И. Начала общей военно-полевой хирургии / Н.И. Пирогов – М.; – Л.: Медгиз, 1941. – Ч. I. – 338 с.

12. Пинес Н.И. Сообщение о ранение орбитальной части n. optici // Вестн. офтальмологии. – 1916. – № 32. – С. 254-255.

13. Поляк Б.Л. Военно-полевая офтальмология: (боевые повреждения органа зрения) – Л.: Воен.-мед. акад., 1953. – 305 с.; Военно-полевая офтальмология: (боевые повреждения органа зрения) / издание 2-е дополненное – Л.: Медгиз, 1957. – 304 с.

14. Шимкин Н.И. Огнестрельныя повреждения органа зрения в современной войне»: дис. … на степень доктора медицины / Н.И. Шимкин – Издание Одесскаго Областнаго Военно-Промышленного Комитета, 1917 г. – 395 с.

15. Элиасберг М.И. Къ вопросу объ оперативномъ лечении глазъ съ прободающими ранами роговицы и раневой катарактой отъ взрывовъ динамита // Русский врач. – 1916, № 12. – С. 210-216.

Фотографии предоставлены авторами

ХИЛОЗАР-КОМОД® раствор увлажняющий офтальмологический

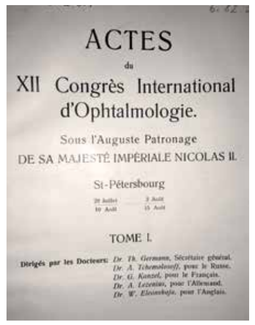
Феерия увлажнения и комфорта

ХИЛОЗАР-КОМОД® — эффективная комбинация натрия гиалуроната и декспантенола:

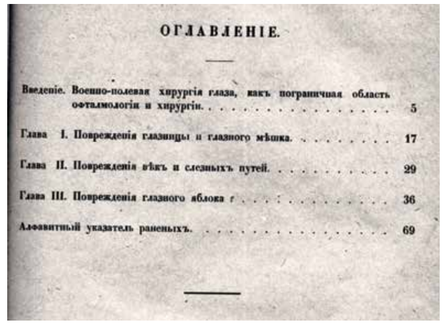
- Увлажняет, смазывает, восстанавливает поверхность роговицы и конъюнктивы
- Приносит быстрое облегчение при сухости и раздражении глаз
- Устраняет дискомфорт при ношении контактных линз (закапывание без снятия линз)
- Снимает усталость при интенсивной зрительной нагрузке
- Не содержит консервантов

УРСАФАРМ Арцнайминттель ГмбХ
107996, Москва, ул. Гиляровского, д. 57, стр. 4. Тел./факс: (495) 684-34-43
E-mail: ursapharm@ursapharm.ru www.ursapharm.ru

URSAPHARM



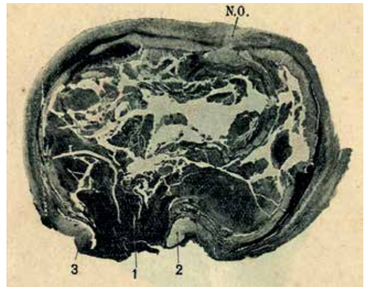
Материалы XII Международного Конгресса офтальмологов, 1914 г.



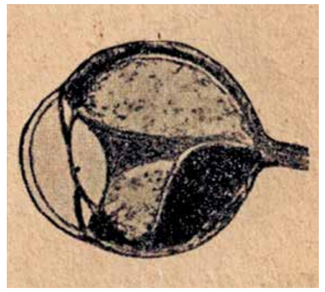
Оглавление монографии Р.А. Каца, изданной в 1917 г.

Диссертация Н.И. Шимкина, 1917 г.

Фрагмент статьи М.И. Элиасберга с рисунками автора



Левый глаз военнослужащего О. вылущен через 9 дней после ранения. Горизонтальный срез увеличен на рис. в 3 раза



Анатомическая картина ушибленного глаза

Больной Книшков Полтиан, прооперированный проф. А.Ф. Шимановским

Спешите делать добро

Интервью с руководителем офтальмологической службы ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, главным внештатным офтальмологом Московской области и Центрального федерального округа, доктором медицинских наук, профессором **А.А. Рябцевой**.

— Алла Алексеевна, расскажите, пожалуйста, об офтальмологической службе МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского.

— Офтальмологическая служба МОНИКИ — это, в первую очередь, стационар круглосуточного пребывания на 75 коек, из них — 15 детских. В консультативно-диагностическом отделе института функционирует офтальмологическое подразделение, которое занимается поликлинической работой: проводит консультации больных из Московской области, а также приезжих из других регионов нашей страны и зарубежья. Мы занимаемся такими направлениями, как травма органа зрения, глаукома, заболевания воспалительного характера, витреоретинальная и детская патология, катаракта, близорукость, офтальмоонкология. Для купирования отечных синдромов при диабетической ретинопатии, при возрастной макулярной дегенерации активно проводится лечение с помощью анти-VEGF и стероидных препаратов; для лечения воспалительных заболеваний, таких как тяжелые увеиты, применяются методы корпоральной гемокоррекции, разрабатываются и внедряются физиотерапевтические методики. Диагностическая линия представлена современными ретинальными камерами с возможностью проведения аутофлуоресценции, ангиографии, ультразвуковыми и электрофизиологическими приборами. Развито лазерное направление — в отделении широко применяются хирургические и терапевтические лазеры. В лечении травм органа зрения, кроме офтальмологических бригад, участвуют и врачи смежных специальностей; применяются такие дорогостоящие исследования, как компьютерная томография орбиты, черепа и т.д. В зависимости от уровня повреждения лечение больных может проводиться на междисциплинарном уровне с участием нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов, ЛОР-врачей и офтальмологов.

Нами создан диагностический центр электрофизиологического направления. В свое время у нас работал доктор медицинских наук Владимир Яковлевич Эскин, основатель электроокулографии. Сейчас электрофизиология переживает не лучшие времена: специалисты в основном заняты практической офтальмологической работой, а электрофизиология существует по остаточному принципу, хотя раньше были специалисты, которые работали только в этой области: уже упомянутый мной Владимир Яковлевич Эскин, Дора Иосифовна Каплунович, Ольга Ивановна Щербатова, пришедшая к нам из научно-исследовательского института им. Гельмгольца. В настоящее время это направление ведет заведующая офтальмологическим отделением поликлиники Ярослава Геннадьевна Шуркайте.

Успешно развивается в институте детское направление. Наши доктора блестяще отработали в научном аспекте сложные формы косоглазия — Илья Иванович Калачев защитил докторскую диссертацию, главный детский офтальмолог Василий Юрьевич Кокорев активно работает над проблемой птоза, большое внимание уделяется проблеме реконструктивной хирургии заболеваний придаточного аппарата глаза.

В нашем коллективе успешно работает ведущий офтальмоонколог, профессор Елена Евгеньевна Гришина, благодаря которой мы имеем в Московской области самостоятельное направление по офтальмоонкологии, представленное самыми разнообразными современными диагностическими, терапевтическими, хирургическими технологиями и методиками. Сложные пластические операции на придаточном аппарате глаза и различные виды орбитотомии стали для нас стандартом лечебных мероприятий.

Мы имеем возможность консультировать пациентов с участием специалистов смежных специальностей, а также с участием офтальмологов, работающих не только в глазном отделении. Взаимосвязь и преемственность в оказании медицинской помощи на уровне стационара и поликлиники, на уровне областных медицинских учреждений, контакты с коллегами при посещении различных учреждений области, видеоконференции, видеоконсультации стали нормой ежедневной работы.

Несколько слов об организационно-методическом направлении: каждый специалист подразделения является куратором 2-х, 3-х, иногда 4-х районов Подмосковья, куда он периодически выезжает с показательными операциями, для оказания консультативной помощи, в том числе и по вопросам внедрения новых диагностических и лечебных технологий. В институте на факультете усовершенствования врачей на сертификационных циклах и по специальным программам ежегодно проходят обучение до 160 врачей-офтальмологов. Достаточно много времени мы уделяем ординаторам, интернам, аспирантам, они не только обучаются у нас, но и активно участвуют в оказании медицинской помощи.

— Насколько я понимаю, работа офтальмологической клиники в составе многопрофильного лечебного учреждения, каким является МОНИКИ, имеет ряд преимуществ по сравнению с офтальмологическим учреждением.

— Нашей офтальмологической службе повезло работать в структуре такого уникального учреждения, потому что любые вопросы, связанные с ведением больных специалистами неофтальмологического профиля, решаются практически мгновенно и на высоком профессиональном уровне. В течение последних 5-7 лет произошло очень серьезное техническое переоснащение института, изменилась подготовка специалистов. Ранее недоступные методики стали обыденными, в принятии решений чувствуется высочайший профессионализм. Мы также сотрудничаем и с другими институтами, например, в таком направлении, как кератопластика. Мы не выполняем кератопластику, направляем таких больных в другие федеральные учреждения. Недостаточно активно и широко у нас представлена витреоретинальная хирургия, мы начали осваивать это направление только два года назад. Конечно, в особых случаях нам необходима помощь, и мы активно ею пользуемся. Мы не держим больного ради амбиций. Если мы что-то делаем не так хорошо, как другие, мы этих больных направляем в другие институты.

— Как Вы видите перспективы дальнейшего развития офтальмологической службы?

— В ближайших планах — перевести на более высокий уровень хирургию катаракты. Мы надеемся, что нам удастся получить фемтосекундный лазер. Следующий большой раздел работы — восстановить выездную лазерную хирургическую помощь. Так сложилось, что за 9 лет мы израсходовали ресурс нашего автомобиля. Нам обещают помочь с приобретением новой мобильной операционной, но пока решаются более неотложные задачи. А этот вид помощи необходим, потому что слепые, слабовидящие, немощные люди просто не в состоянии к нам приехать для лечения.

Более рационально мы должны подходить к применению стандартов в медицине. Оптимальная схема диагностики, лечения и наблюдения позволит сократить время ожидания исследования, облегчит работу персонала. Четкое исполнение стандартов активизирует клиническую работу, более активной становится работа с пациентом на протяжении всего времени его пребывания в стационаре, повышается пропускная способность учреждения. Стандарты и протоколы способствуют усилению контроля медицинской документации, что пока является слабым звеном в офтальмологии. Одна из важнейших задач заключается в совершенствовании системы информатизации службы, позволяющей передать результаты обследования, например, в соседнее отделение в виде изображения или текстов.

Интересным направлением, на наш взгляд, является одновременная совместная деятельность специалистов разного профиля с одним пациентом. Принцип лечения не глаза, а больного в целом, когда работает не только офтальмолог, но и эндокринолог, гематолог, врач, занимающийся гемодиализом, необходимо внедрять и в других областных многопрофильных медицинских учреждениях. У нас интересные совместные результаты с отделением челюстно-лицевой хирургии — мы работаем вместе при поражении органа зрения и орбиты, придаточного аппарата, костей лицевого черепа, одновременно идем на хирургию, корректируем все вопросы при ущелении, смещении тканей, то есть не ждем образования грубых рубцов, когда уже становится необходимой пластическая операция. Мы создаем условия, при которых патология в ранние сроки может быть скорректирована без осложнений.

— Если говорить о перспективах развития офтальмологической службы в Московской области, то мне кажется, необходимо отметить важность диспансеризации.

— Наверное, это сейчас больше относится к мониторингу. У нас в Подмосковье достаточно большой коллектив врачей общей практики. В области работают межрайонные глаукомные кабинеты, где пациенты имеют возможность получить высокоспециализированную помощь, восстановлен даже один доврачебный кабинет тонометрии, функционируют кабинеты офтальмодиабета, где ведут консультативный прием офтальмологи и эндокринологи, есть кабинеты охраны зрения детей. Врачи-офтальмологи работают в специализированных детских садах для детей с нарушениями органа зрения. На первый план выходят профилактические мероприятия лечебного направления. В школах работают кабинеты, оснащенные офтальмологическим оборудованием, позволяющим детям в процессе учебы снимать усталость глаз, проводить тренировочные упражнения. По данным научных исследований, включая результаты работ подмосковных офтальмологов, тяжелые формы близорукости не развиваются в группах, которые в течение дня получают коррекцию напряжения, снимают спазм аккомодации. Тренировочные упражнения, назначение витаминов, правильность чередования зрительной нагрузки и отдыха, соблюдение гигиенических нормативов в школе, которые в настоящее время очень изменились (практически нет регламента зрительной нагрузки), — все это мы пытаемся привить в школах. Ученики должны иметь представление о том, к чему может привести то или иное увлечение. Офтальмологи читают лекции на различные темы по офтальмологии, мы работаем с родителями, с депутатами, от которых во многом зависит выделение средств на это направление. Причем многие рациональные схемы организации здравоохранения, в частности, в офтальмологии, существовавшие в СССР, мы просто не имеем право выбрасывать из своего арсенала.

— В настоящее время в интернете можно найти много некорректной, бульварной литературы, авторы которой заявляют, что существуют способы лечения любых заболеваний, надо только съесть какую-то травку или таблетку.

— Вы правы. Все это должно находиться под жесточайшим контролем наших профессиональных сообществ, ассоциаций и, естественно, врачей, работающих в районах. Какие средства есть в наших руках? Мы должны активно продвигать знания в массы, как это было в советской медицине. Санпросветработа, конечно, сдала свои позиции, зато теперь у офтальмолога появилась возможность выступить на кабельном телевидении, созвать школу глаукомного больного, школу больных сахарным диабетом с патологией органа зрения, то есть активно участвовать во всех этих направлениях посредством профессиональных бесед, ответов на вопросы в интернете. Конечно, это не есть повторение предыдущего опыта, это новый виток в развитии.

— Как Вы оцениваете свое хозяйство как главный офтальмолог ЦФО?

— Хозяйство очень сложное. В Московской области я работаю очень давно, 37 лет, знаю каждого офтальмолога, знаю, на что он способен. Мне чрезвычайно интересно работать с областными офтальмологами. Статус главного офтальмолога ЦФО дает возможность перенести положительный опыт подмосковной офтальмологии в другие регионы, перенять что-то хорошее у соседей. Содружество офтальмологов позволяет достичь более высокого профессионального уровня, видеть интересные решения каждого хирурга, его почерк. Обмен мнениями, опытом — важнейшая сторона профессиональной жизни офтальмолога. Помимо всего прочего, моя новая работа дает возможность знакомиться с интересными людьми, посещать места, которые я раньше и не мечтала увидеть.

— У Вас уже очевидно сложилось представление о том, какая область в плане оказания офтальмологической помощи находится на передовых позициях, какая, возможно, чуть-чуть отстает?

— Мне кажется, образование, профессиональный рост представляет собой верный индикатор уровня развития офтальмологической службы. Возьмем, к примеру, Рязань или Ярославль. Это — лидеры в офтальмологии. Офтальмологи, работающие в этих областях, постоянно знакомят нас с новыми интересными научными разработками, методиками. С другой стороны, есть области, которым пока трудно угнаться за лидерами. Причина — отсутствие кадров. Если в Московской области трудятся примерно 500 офтальмологов, и каждый стремится быть наравне или лучше своего соседа, то в регионе, где на всю область работает одно отделение, с кем офтальмологи могут соперничать, на кого им равняться? Мне кажется, что объединение специалистов-офтальмологов по округам с возможностью общаться на единой площадке должно способствовать их профессиональному росту. Серьезную помощь в этом отношении нам оказывают филиалы МНТК «Микрохирургия глаза», расположенные в ЦФО. В Тамбовской области офтальмологов в областной и муниципальной сети мало, но Тамбовский филиал полностью перекрывает хирургическую потребность области, имеет соответствующее оснащение. Аналогичная ситуация в Калужской области.

— Располагаете ли Вы статистическими данными о диагностической точности выявления глаукомы, ВМД и прочих видов тяжелой глазной патологии?

— Около 20 лет назад мне удалось создать «тезаурус» с банком данных, где представлены вопросы, позволяющие принять решение по развитию того или иного направления. Другими словами, это — количественные и качественные характеристики работы стационара, поликлиники, кадровое обеспечение. Речь здесь идет не только об обороте койки или продолжительности койко-дня, но о профиле больных, сколько операций по этому профилю было сделано, что происходило по разным нозологическим формам, которые не входят в традиционные отчетные схемы. Начало этой работе было положено Юлией Михайловной Корецкой. У нее были разработаны формы отчета по глаукоме, и каждый офтальмолог в поликлинике, в отделении отчитывался по этой форме перед вышестоящими инстанциями, а межрайонные базы передавали эти отчеты в наш институт. Такая схема позволяет нам без ложной скромности говорить о том, что мы располагаем фактически регистром больных глаукомой. Аналогичные данные мы имеем по больным сахарным диабетом с офтальмопатологией, у нас есть сведения о количестве близоруких детишек по возрастам, по степени поражения. Мы располагаем информацией о больных катарактой по стадиям. Разработанная схема отчета помогает нам определить ситуацию с офтальмологическими заболеваниями на конкретной территории и спланировать наши действия. Предположим, мы выяснили, что у нас очень много больных глаукомой, при этом количество хирургических вмешательств заметно снижается. Мы стали задумываться, почему это происходит. Подобные вопросы мы ежегодно обсуждаем на совещаниях главных специалистов-офтальмологов с участием районных врачей, заведующих отделениями, на которых принимаются соответствующие решения. Такие встречи, обмен мнениями позволяют нам найти ответы на многие вопросы.

— Вы делитесь своим опытом?

— Да, два года назад я показала свою схему главным офтальмологам ЦФО, разъяснила ее преимущества, но пока официального распоряжения на этот счет нет, хотя многим докторам такой подход показался интересным. Во время нашей ближайшей встречи с главными офтальмологами регионов мы вновь вернемся к этой теме.

— Обсуждали ли Вы этот вопрос с главным специалистом офтальмологом МЗ РФ, профессором В.В. Нероевым?

— Да, конечно. То, что нам удалось несколько видоизменить схему отчета для России, является, возможно, результатом нашей работы. Мы контролируем ретинопатию, следим за развитием роговичной патологии, воспалительных заболеваний. Для принятия взвешенного решения по оптимизации службы необходима реальная статистика, и мы считаем, что надо поддерживать это направление по совершенствованию отчетных форм.

— Вы упомянули заболевания роговицы — есть сдвиги в направлении создания глазных банков?

— Для нас этот вопрос не столь актуален, так как у нас великолепные соседи — федеральные учреждения Москвы, где методики по лечению заболеваний роговицы широко и активно представлены. Они берут на себя эту патологию, и нам нет необходимости дублировать.

— Не могли бы сказать, как обстоит дело с лекарственным обеспечением в Московской области и ЦФО?

— Пока не могу сказать определенно по ЦФО, но по МО бесплатные лекарства доходят до пациента в ограниченном объеме. Мы с большим трудом можем соревноваться с онкологией, туберкулезом, эндокринной патологией. Тем не менее льготные категории существуют, пациенты более или менее обеспечены. Мы прикладываем максимум усилий к тому, чтобы список препаратов включал новые эффективные лекарства, включая такие дорогостоящие, как люцентис, озурдекс. К сожалению, есть задержки на старых схемах лечения, например, таофон выписывается в огромных объемах. Возможно, он кому-то и нравится, но уже утеряна его актуальность в лечении ряда заболеваний. Конечно, мы выявляем проблемы такого плана, обсуждаем их, повышаем профессионализм чиновников, от которых зависят закупки. Беседы в районах области должны проводиться не только с пациентами или врачами, но и работниками административного аппарата территорий. Мы часто приглашаем представителей администрации на наши конференции. Видя, что мы делаем и как работаем, они охотно нам помогают.

— Алла Алексеевна, хотелось бы знать Ваше мнение по поводу процесса регистрации лекарственных препаратов в РФ. Не слишком ли он затянут?

— Я бы так не сказала. У нас ранее работал фармкомитет, мы принимали непосредственное участие в процессе регистрации новых препаратов. Сейчас эти вопросы решает агентство. Как способствовать регистрации препарата, который не имеет всего пакета данных по его эффективности? Каждый препарат, прежде чем быть рекомендованным к практическому применению, должен пройти полную клиническую проверку и получить разрешение МЗ РФ. К сожалению, нам приходится использовать много препаратов, которые недостаточно эффективны, но которые хотят продать.

— Но почему препараты, которые успешно применяются в Европе, порой с большим трудом пробивают себе дорогу на российский рынок?

— Здесь, как мне кажется, степень влияния на процесс внедрения со стороны организаторов здравоохранения довольно высока. Но, с другой стороны, эта проблема имеет ряд вопросов из-за особенностей места проживания наших пациентов. Представьте, какая флора в Европе? И какая флора в нашей, например, болотистой Мещере? Препарат, который хорошо работает там, может просто не работать в наших условиях. Здесь необходимо учитывать особенность региона. Или вопросы хранения и доставки лекарственных препаратов. Одно дело — налаженная европейская система хранения лекарственных препаратов, другое — наша дальняя северная точка, где требуется соответствующие морозным условиям средства доставки препаратов. Не всякий препарат можно слепо применять у нас, каждое средство должно быть проверено нашими специалистами на эффективность и скорректированы все риски изменения свойств фармпрепаратов.

— Тем не менее часто на конференциях звучат сетования докторов по поводу того или иного препарата: «Когда же, наконец, его зарегистрируют?»

— Я считаю, что это не совсем компетенция главного специалиста, это вопрос к Минздраву. Я помню, как Аркадий Павлович Нестеров или Евгений Алексеевич Егоров собирали нас на фармкомитет,

и специалисты, представляющие различные медицинские учреждения, могли обменяться мнением об эффективности действия лекарств. Условия использования, малейшее нарушение технологии изготовления и применения могли сказаться на их эффективности. Я помню судьбу софрадекса — работал, потом вдруг перестал. Оказывается, его неправильно хранили.

— На какую зарплату может рассчитывать молодой специалист при поступлении на работу в муниципальное учреждение?

— Точные цифры я назвать не готова, но зарплаты небольшие. Ситуация грустная, но повлиять на нее — не совсем в моей компетенции, хотя существует и активно используется система дополнительных выплат сотрудникам в виде надбавок к зарплате, грантов, оплаты научных исследований и пр.

— Сохранилась ли тенденция, когда врачи, окончившие ординатуру, минуя больницы, клиники, идут работать в частные учреждения или оптические салоны? Как обстоят дела в Московской области?

— Сколько угодно. Мы готовим много специалистов, но далеко не все они возвращаются в госучреждения. Многие идут в частные центры, в оптику, туда, где больше платят. В Подмосковье есть особый класс офтальмологов, которые идут работать туда, где лучше оснащение при равных условиях зарплаты, чтобы быть уверенным, что не ошибется при постановке диагноза. Есть еще одна черта, которую я часто замечаю в молодых врачах — желание работать только в хирургии. Таких докторов я называю «манипуляторы», управляющие хирургической машиной. Фактически никакая одна манипуляция не может изменить течение заболевания, если не проводить лечения больного в целом — нервной системы, психики, сердца, сосудов и т.д. Только тогда мы можем рассчитывать на хороший эффект.

— В связи с этим у меня к Вам такой вопрос: как Вы считаете, доктор-хирург должен обладать навыками хирургического лечения ряда заболеваний или должен быть узким специалистом?

— Я считаю, что жесткая специализация — не для муниципальных учреждений. Сегодня вы — один, завтра вас — двое, а послезавтра — ни одного. Должна быть взаимозаменяемость, преемственность. Если хирург какую-то операцию не делает часто, а его коллега делает ее лучше, то пусть коллега и делает, но быть всегда готовым помочь и взять на себя работу очень важно и нужно. Нельзя работать плохо, но и отстраняться от работы врач в районной больнице не должен. Врач обязан быть всегда настроен на совершенствование своих навыков, а любой наш офтальмолог готов прийти молодому коллеге на помощь при необходимости.

— Существуют ли дистанционные консультации в офтальмологии?

— Существуют. Только мы пока не часто пользуемся этим методом, так как не все можно продемонстрировать — порой не хватает технических возможностей у врачей на местах продемонстрировать сложный случай. Если врач профессионально подготовится к консультации, мы вполне можем обсудить с ним методику лечения по видеосвязи.

— Алла Алексеевна, почему Вы выбрали медицину, и офтальмологию в частности?

— В офтальмологию я пришла, послушав лекции Аркадия Павловича Нестерова. Меня очень увлекла работа — лекции, конференции, практические занятия. Однажды моя приятельница во время дежурства рассматривала что-то под микроскопом. Я обратила внимание на изящество инструмента, необыкновенно элегантные движения ее рук во время работы. Меня это восхитило, и я полюбила эту область медицины. А в медицину я пришла, потому что мама была медиком, и в семье воспитывалось сочувствие, желание помочь другому человеку. У меня был выбор — музыка, медицина или математика, мы решили остановиться на медицине — всегда с людьми, всегда помогаешь им.

— Вы помните своего первого пациента?

— Помню своего первого пациента на дежурстве. У него было проникающее ранение роговицы. Мне было жутко страшно самой зашивать рану. Прежде чем подойти к пациенту, я просила всех сотрудников, что и как надо делать. Но все закончилось благополучно: я наложила один узловой шов, хотя очень боялась сделать что-то не так. Конечно, если бы в этот момент случилась более сложная травма, мне бы, я думаю, не доверили выполнить операцию самостоятельно.

— Потом стало легче или каждый пациент — своя история?

— С каждым больным доктор болеет его болезнью. Врач должен не навредить, сделать лучше и, самое главное, объяснить больному, что назначенное тобой лечение помогает. Пациент, прежде чем попасть к нам, проходит многие кабинеты, и поначалу может относиться к нам с недоверием и не без основания. Последнее время доктора, к сожалению, нередко предлагают больному вариант лечения, который поможет, прежде всего, врачу заработать больше денег. Это — бич нашего времени. Конечно, мы все зависимы от личного бюджета, от того, что творится вокруг нас, но врача в себе терять нельзя. Перед тобой человек со своей судьбой, не ты его создавал, не тебе его разрушать. Когда-то в глаукомных диспансерах работали психоневрологи. Чтобы человек тебя услышал, его необходимо определенным образом настроить, и тогда он вместе с тобой будет бороться с болезнью. Мы не должны быть в беседе с больным ни полицейскими, ни диктаторами, вместе с пациентом мы должны понимать, что делаем. Это чрезвычайно сложно и важно. Принципы общения с больным на территории нашего учреждения, заложенные почти 200 лет назад немецким офтальмологом Фридрихом Иосифом Гаазом, главным врачом Старо-Екатерининской больницы (МОНИКИ), остаются неизменными по сегодняшний день.

— Буквально час тому назад я стал невольным свидетелем общения врача Вашего подразделения с пациентом, пожилой женщиной. Вот так бы все доктора разговаривали с больными!

— Конечно, проще всего громко приказать или накричать на больного. Мы стараемся своих докторов научить технологии эффективного общения с пациентом, эту школу нам передали наши старшие товарищи. Главное — дать молодым врачам установку, что перед тобой личность, человек, который пришел к тебе за помощью, нравится тебе он или не нравится. И от того, как ты сумеешь поговорить с больным, будет зависеть многое и, прежде всего, услышит тебя человек или нет. Я хорошо помню, как предыдущее поколение клиницистов, наши учителя — профессора Ольга Борисовна Ченцова, Юлия Михайловна Корецкая, Ляйла Сафовна Байтерякова, Владимир Яковлевич Эскин, Виктор Петрович Можеренков, Лидия Федоровна Шубина — с каким тактом и уважением беседовали с больными. Я была в восторге и всячески старалась им подражать. Это удивительные люди! Я вспоминаю их с любовью. Любые мои вопросы с их помощью решались быстро и профессионально, при этом они не навязывали свою точку зрения, но блестяще аргументировали свою позицию.

— Не могли бы Вы вспомнить неординарный случай из Вашей практики?

— Неординарный случай? Хирургическое вмешательство у медведя. Он должен был поехать с нашим цирком на гастроли в Японию, но с одной стороны у мишки не видел глаз, и он, бедный, путался в движениях. А ему надо было водить машину! Мы прооперировали животное в медицинском центре Цирка им. Ю.В. Никулина, удалили катаракту, имплантировали искусственный хрусталик. Артист «прозрел» и давал по 3-4 концерта в день, восхищая зрителей своим мастерством. Еще один случай — когда во время вмешательства на этапе обработки травмы вдруг выключается свет. Вот это было потрясение. Но мы быстро подключили «аварийку» — включили обычную настольную лампу, и под микроскопом, который не светился, но увеличивал изображение, мы продолжили операцию.

— Скажите, насколько доктора должны быть готовы к неординарным ситуациям? Как можно этому научить или научиться?

— Вы знаете, подмосковные доктора готовы ко всем неожиданностям, могут мгновенно принять правильное решение. Они обладают широкими навыками: катарактальный хирург справляется с витреальными вмешательствами; хирурги, работающие с детьми, с легкостью проводят «взрослые» операции, особенно, когда это касается травматических повреждений. Я слышала отзывы, что доктора, окончившие ординатуру в МОНИКИ, годятся для работы в любом направлении и в любом учреждении: в терапии, хирургии, поликлинике, стационаре, то есть они умеют очень многое. А когда мы видим работу специалистов, подготовленных в других учреждениях, где их не подпускали к операционному столу, где они, возможно, видели только один вид патологии, бывает грустно. Доктора, подготовленные у нас, более независимы в принятии решений.

— Как бы Вы оценили свою главную положительную черту характера?

— Неуемная работоспособность. Только можно ли ее назвать положительной? В моей работе мне очень помогает моя семья. Я работаю столько, сколько мне надо, а они терпят, не мешают, не обижаются, понимают, что это необходимо. Такая взаимосвязь с близкими тебе людьми меня просто восхищает!

— Любимые литературные персонажи?

— Приверженности к особому типу героев у меня нет. Это зависит от возраста: когда-то мне нравились романтические тургеневские девушки, потом — герои романов Ф. Купера и Д. Лондона. Очень люблю читать А.П. Чехова, стихи авторов военного периода — Юлии Друниной, Эдуарда Асадова.

— Любимые герои в реальной жизни?

— В.В. Путин принимает неординарные решения в самых трудных ситуациях. Восхищает его необычная деловая хватка: что ни решение — самое оптимальное. Если говорить о коллегах, мне очень нравится, как работают Г.Е. Столяренко, Я.В. Байбородов, Б.Э. Малюгин. Мы не всегда можем предвидеть, как они поступят в той или иной ситуации, но точно знаем, что сработают на 100%. Это — потрясающие хирурги, у них удивительные руки, сердце и голова.

— Может быть, есть фраза, изречение, которые сопровождают Вас на протяжении жизни?

— «Спешите делать добро!» — напутствовал своих коллег доктор Фридрих Иосиф Гааз. Согласна с ним безоговорочно. Иначе нам просто не место в медицине.

Беседу вел
Сергей Тумар

Альянс технократической и регенеративной офтальмологии

Итоги научной конференции **«Офтальмология XXI века. Проблемы и перспективы»**

19-21 февраля 2015 года, Уфа

Всего несколько месяцев отделяют нашу страну от ее главного политического события года — саммита Шанхайской организации сотрудничества и стран БРИКС. Встреча лидеров стран, дерзнувших бросить вызов существующему миропорядку, созидающих новую многополярную систему координат международного сотрудничества, пройдет на границе двух мировых цивилизаций: европейской и азиатской — в городе Уфе.

Примечательно, что предстоящий форум охватывает не только сферу политического взаимодействия целого ряда стран. Здесь, на Южном Урале, словно в эпоху Великого шелкового пути, вновь пересекаются векторы межгосударственного торгово-экономического сотрудничества, плодотворного взаимодействия народов в области культуры и искусства, науки и медицины. И глубоко символичен тот факт, что в текущем году отмечает свой четвертьвековой юбилей одно из федеральных научно-медицинских учреждений, расположенных в г. Уфе — Всероссийский центр глазной и пластической хирургии Минздрава РФ.

Проходившая под патронажем Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов» и посвященная данному юбилею конференция вполне обоснованно была представлена как сателлитный медицинский форум в рамках саммита ШОС и стран БРИКС. Сам город Уфа сегодня воспринимается не только как географический центр евразийской интеграции, но и как символ нового вектора развития России. На это указывает и представительство участников прошедшего научного форума.

«Всероссийский саммит офтальмологов» собрал около 400 гостей и участников из большинства регионов страны, а также специалистов зарубежных стран. И самая представительная делегация прибыла из г. Москвы. Достаточно сказать, что группу ученых Московского НИИ глазных болезней возглавил директор данного института, главный офтальмолог Минздрава России, член общественной палаты РФ, профессор Владимир Владимирович Нероев. Глубоко восприняв идею Президента России В.В. Путина о Евразийском союзе, профессор В.В. Нероев прибыл в Уфу, чтобы вслед за Президентом страны на этом историческом рубеже поднять тяжелый крест евразийства в медицине. Именно в медицине, поскольку в своих выступлениях он постоянно обращался к своему опыту работы в качестве председателя Комиссии по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни Общественной палаты РФ.

В город Уфу профессор В.В. Нероев прибыл накануне открытия конференции и уже в первый день работы дал интервью для республиканских и российских телеканалов. В своем выступлении главный специалист Минздрава, в частности отметил, что «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии — это Центр высокого профессионализма. Органы федеральной власти сделали многое для оснащения Центра самым современным оборудованием». В заключение своей встречи с журналистами Владимир Владимирович дал самую высокую оценку работе коллектива, назвав его «одним из флагманов российской офтальмологической мысли». В своем выступлении на канале «Россия-1» профессор В.В. Нероев изначально определил высокий статус форума офтальмологов в г. Уфе.

Организационно конференция проходила в два этапа. В первый день работы — 19 февраля — состоялись экскурсии по научным, лечебным и производственным подразделениям Центра. Знакомство с лабораториями и отделениями завершилось в уникальном конференц-зале, выполненном в виде модели глаза. Ее диаметр — 17 метров. Таких размеров рукотворный глаз мы не нашли в доступных интернет-ресурсах. На «глазном дне» одновременно размещаются до 140 участников конференций. Здесь воссозданы основные анатомические элементы глазного яблока: кровеносные сосуды сетчатки, функционирующая радужная оболочка и цилиарное тело, диск зрительного нерва и желтое пятно, хрусталик и цинновы связки. И в этом зале вниманию участников были представлены научные доклады по применению биоматериалов Аллоплант в офтальмохирургии. Руководитель тканевого банка с лабораторией консервации тканей, доктор биологических наук О.Р. Шангина выступила с сообщением «Многопрофильный тканевой банк Аллоплант». Являясь членом Европейской ассоциации тканевых банков, докладчик подробно остановилась на стандартах и медико-технических требованиях к сертифицированным видам биоматериалов Аллоплант и показала их соответствие параметрам GMP. Более того, по ряду критериев Аллоплант явно превосходит европейские стандарты. Речь идет об уникальных технологиях селективной радиационной стерилизации и методах лазерного моделирования тканей.

Профессор Э.Р. Мулдашев открывает конференцию

В докладе заведующей отделением, кандидата медицинских наук А.Б. Нураевой показаны возможности применения трансплантационной технологии Аллоплант при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на глазном яблоке и его придатках. В орбите данного сообщения — многолетний опыт автора и сотрудников отделения по хирургическому лечению последствий травм и ожогов органа зрения, пороков развития, опухолевых поражений. Докладчиком были продемонстрированы методы восстановления костных стенок и мягкого остова орбиты, каркаса век, кожных покровов с использованием биоматериалов Аллоплант с разнообразной структурой и биомеханическими свойствами.

Кандидат медицинских наук О.В. Родионов поделился опытом применения биоматериалов с ангиоиндуктивными свойствами при выполнении реваскуляризирующих операций в офтальмологии.

В заключительной части программы состоялась презентация двух фильмов, специально подготовленных проф. Э. Мулдашевым к конференции:

- «Путешествие внутрь глаза» (в новой редакции);
- «Стволовые клетки и регенеративная медицина».

Эти видеопостановки — оригинальный взгляд автора на морфологические основы и механизмы физиологической и репаративной регенерации, роль зрительного анализатора в реализации функциональных возможностей интегративных систем организма. Предлагаем познакомиться с мнением участников конференции после первого дня заседаний. Мы обратились к к.м.н. Сотниковой Татьяне Олеговне — врачу-офтальмологу высшей квалификационной категории. В своем интервью она отметила следующее:

«Я представляю Краснодарский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» и нахожусь в городе Уфе по приглашению оргкомитета юбилейной конференции Всероссийского центра глазной и пластической хирургии. В клинике филиала наши специалисты уже многие годы используют биоматериалы Аллоплант при самых различных поражениях глаз. В частности, заявленный мною доклад и статья коллектива авторов включают результаты лечений тяжелых воспалительных заболеваний органа зрения с применением уфимских трансплантатов. Результаты этих операций превосходят все наши ожидания. При целом ряде офтальмологических заболеваний Аллопланты являются единственным эффективным методом лечения. Наши кубанские доктора и их пациенты надеются, что смогут и далее заказывать в Уфе эти незаменимые, истинно российские биоматериалы.

Примечательно, что участники и гости конференции смогли познакомиться со всеми отделениями Всероссийского центра. Многопрофильный тканевой банк с лабораторией консервации тканей просто апофеоз самых современных технологий — установки лучевой стерилизации, лазерная резка биоматериалов, избирательная физико-химическая обработка — и все это реализуется на отечественном оборудовании. Более сотни видов биоматериалов и не только для глазной хирургии. Не это ли пример эффективного импортозамещения? Уверена, что итоги конференции в представляемой плоскости будут проанализированы и организаторами здравоохранения.

Несомненно и то, что достижения Центра стали возможны благодаря прекрасно организованному отделу морфологии. Участники форума убедились в том, что на его базе отрабатываются новые технологии, испытываются экспериментальные образцы биоматериалов.

Экскурсия по Центру завершилась в уникальном конференц-зале.

Руководитель тканевого банка, д.б.н. О.Р. Шангина демонстрирует комплекс лазерного моделирования биоматериалов

Профессор Э. Мулдашев знакомит участников конференции с организацией учебного процесса на базе операционного блока

Самое приятное в юбилее — поздравления коллег. Делегация МНИИ ГБ им. Гельмгольца во главе с директором института, проф. В.В. Нероевым поздравляет проф. Э. Мулдашева и руководимый им коллектив с юбилеем Центра

С докладом выступает проф. В.У. Галимова

Вручение сертификата почетного профессора Всероссийского центра глазной и пластической хирургии академику РАН А.Ф. Бровкиной

Об этой части конференции я не могу говорить без волнения. Дело в том, что аудитория эта изготовлена в виде модели глаза. Причем это самая большая в мире модель глазного яблока — и она в России, в Центре Аллоплант. Этот воссозданный архитектурный эквивалент глаза венчает собой идею Аллопланта, его возможности восстанавливать все структуры органа зрения.

Лекции об использовании биоматериалов Аллоплант участники форума слушали и смотрели внутри глаза, презентация проходила, как говорят офтальмологи, на глазном дне.

Профессор Э. Мулдашев приготовил и свой подарок для гостей, совместно с к.м.н. А.Б. Савельевым, врачами и медицинскими сестрами представил два фильма. И особенно удивил гостей тот факт, что эти видеопрезентации созданы при участии только сотрудников Центра под руководством неутомимого директора. Содержание фильмов не пересказать — их необходимо увидеть, чтобы почувствовать идею автора. Это попытка глубинного философского осмысления роли зрительной системы в жизни человека и его регенеративном потенциале.

Вручение сертификата почетного профессора Всероссийского центра глазной и пластической хирургии проф. В.В. Нероеву

Выставка биоматериалов Аллоплант. *Слева направо:* зав. лабораторией электронной микроскопии, проф. Л.А. Мусина, руководитель тканевого банка, проф. О.Р. Шангина, главная медицинская сестра Центра З.А. Ахметова

Побывав во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии, мы поняли почему этот Центр и его архитектурный глаз стали ярким и незабываемым брендом столицы Республики, города Уфы. И в заключение хочу сказать от себя, коллег офтальмологов Краснодарского края: новых успехов вам, уфимские творцы Аллопланта, а мы к вам непременно вернемся за новыми технологиями и новыми открытиями».

Официальные торжества и научные доклады участников форума состоялись 20 февраля в одном из красивейших дворцов исторического центра г. Уфы — здании Башкирского академического театра драмы им. М. Гафури.

С приветствием к участникам конференции обратился член Совета Федерации от Парламента РБ Р.Н. Зинуров, который зачитал обращение Председателя Совета Федерации Федерального Собрания РФ В.И. Матвиенко. Вице-премьер Правительства РБ С.Т. Сагитов от имени руководства Республики поприветствовал гостей форума и огласил письмо Главы Республики Башкортостан Р.З. Хамитова.

Затем к коллегам обратился главный внештатный офтальмолог Минздрава РФ, проф. В.В. Нероев. Тепло поприветствовав всех участников, он перешел к докладу, в ожидании которого пребывала вся аудитория. Нет более волнующей темы сегодня для тех, кто трудится на ниве российской офтальмологии: «Организация офтальмологической помощи в Российской Федерации». Трудно назвать это выступление докладом. Скорее это открытый, предельно честный и конструктивный диалог с коллегами по цеху не только о путях развития отечественной офтальмологии, но и медицины в целом. Аудитория услышала обращение не только главного специалиста Минздрава РФ, но и члена Общественной палаты РФ. Далее приводятся избранные тезисы из речи Владимира Владимировича:

«В структуре Общественной палаты Российской Федерации, начиная с середины 2014 года, действует Комиссия по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни, которую мне поручено возглавить. Основное внимание Комиссии уделяется наиболее важным вопросам: подготовка квалифицированных медицинских кадров, повышение качества и доступности медицинской помощи, стандартизация современного здравоохранения, обеспечение врачей достойной заработной платой.

Президент Владимир Владимирович Путин неоднократно в своих выступлениях говорил о необходимости стандартизации медицины. На сегодняшний день проблемы в стандартизации препятствуют объективным расчетам тарифов на медицинские услуги в российских регионах. Методика расчета тарифов на 2013-2014 годы была утверждена с опозданием, стоимость высокотехнологичной медицинской помощи обозначена только для федеральных учреждений. В результате регионы формируют тарифы самостоятельно, стоимость лечения одного и того же заболевания в субъектах страны значительно различается. Низкий тариф ставит врача в условия, когда ему нужно оказывать помощь теми расходными материалами и лекарствами, на которые хватает средств. Очевидно, что без выработки единых принципов расчета тарифов невозможны достижения основного принципа эффективного здравоохранения — равной доступности высококачественной медицинской помощи.

Социальное положение медицинских работников, престиж профессии по-прежнему не находятся на должном уровне. Согласно президентскому указу, зарплата медицинских работников должна увеличиться к 2018 году на 200% от средней по стране. Без понятной схемы расчета тарифов на медуслуги уровень зарплаты врачей поднять не удастся.

Мы много говорим о недопустимо нерациональном использовании времени врача на амбулаторном приеме при оформлении документации. В настоящее время в стране в электронном виде ведется не более 15% карт, сводный план их внедрения по регионам отсутствует, нет единых требований к программному обеспечению, сроки проекта сорваны. И это при условии, что на информатизацию здравоохранения с 2011 по 2013 год было затрачено более 31 млрд рублей.

Мероприятия в рамках программы оптимизации системы здравоохранения во многих регионах несбалансированы. За 2013 год по всей территории страны сокращено 58 поликлинических учреждений и 225 больниц. В стационарах сокращено 35 тысяч коек, из них в сельской местности — 6 тысяч коек.

Изменения, происходящие в офтальмологии, отражают основные проблемы и тенденции развития отечественного здравоохранения в целом. Проведенный анализ современного состояния нашей отрасли выявил ряд положительных изменений, произошедших за последние годы.

В настоящее время в офтальмологии продолжается формирование нормативной базы по наиболее значимым направлениям.

В перерыве между заседаниями. Проф. В.Н. Трубилин (г. Москва) и проф. Т.В. Гаврилова (г. Пермь)

Книга с подписью автора вдвое ценнее. Проф. Э. Мулдашев вручает монографию «Регенеративная медицина. Биоматериалы Аллоплант в офтальмохирургии» проф. Л.Ш. Рамазановой (г. Астрахань)

Поздравительный адрес от коллег из Хабаровского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» вручает доктор Л.П. Данилова

В заключение слова признательности организаторам выставки и спонсорам конференции от председателя оргкомитета, проф. В.У. Галимовой

Торжественный прием в Колонном зале администрации Главы Республики Башкортостан. Попурри на башкирские мелодии исполняется на народном инструменте — курае

Внедрены и обязательны к исполнению по всей территории страны порядки оказания медицинской помощи при заболеваниях глаз у взрослого и детского населения.

Разработан и утвержден комплекс тем научно-исследовательских работ, направленных на совершенствование профилактики, диагностики и лечения социально-значимых заболеваний глаз на основе углубленного изучения их патогенеза.

После заметного снижения численности врачей-офтальмологов в 2012 году отмечен рост количества специалистов. По данным на начало 2014 года, в офтальмологической службе Российской Федерации занято 13659 врачей. Укомплектованность врачебных должностей возросла до 100%. В то же время, при среднем показателе обеспеченности населения России врачами-офтальмологами 1,0 на 10 тысяч, сохраняются значительные региональные различия. В 24 регионах уровень обеспеченности офтальмологами недостаточен и составляет 0,6-0,7 на 10 тысяч населения.

Хочу отметить, что проводимая нами политика, направленная на укрепление первичного звена, дает свои положительные результаты. Отмечается рост числа врачей-офтальмологов, занятых в амбулаторно-поликлиническом звене, в настоящее время — 8401 врач. Радует постепенный рост хирургической активности офтальмологических стационаров.

В целом по России отмечается снижение показателей заболеваемости по большинству клинических групп. По показателю слепоты и слабовидения — минус 3,4%, слепоты обоих глаз — минус 4,2%. В то же время продолжает расти заболеваемость глаукомой — плюс 3%. Сказывается профилактическая работа офтальмологических кабинетов центров здоровья, где отмечена высокая посещаемость — на IV месте после терапевта, педиатра и стоматолога.

Офтальмологическое сообщество должно сосредоточиться на следующих направлениях деятельности:

– повышение качества работы первичного звена офтальмологической помощи с акцентом на профилактическую направленность деятельности;

– улучшение преемственности работы врача первичного звена и лечебных учреждений по месту прикрепления пациента, в том числе в рамках мероприятий диспансеризации населения;

– оптимизация коечного фонда стационаров с учетом результатов анализа эффективности использования коек, доступности стационарной помощи населению, обоснованности госпитализаций;

– повышение эффективности использования стационарных ресурсов, хирургической активности стационаров, развитие стационарзамещающих технологий;

– повышение качества профессиональной подготовки врачей-офтальмологов, стимулирование последипломного образования».

После доклада сертификаты почетных профессоров Всероссийского центра глазной и пластической хирургии были вручены докладчику, проф. В.В. Нероеву и академику РАН, старейшине российской офтальмологии, профессору А.Ф. Бровкиной.

Далее с докладом «История создания и перспективы развития технологий регенеративной хирургии Аллоплант» выступила первый заместитель генерального директора Всероссийского центра глазной и пластической хирургии, профессор В.У. Галимова. Настоящий доклад — это экскурс в историю Аллопланта, его эволюция от этапа анатомических и экспериментальных исследований до создания многопрофильного тканевого банка с современной инфраструктурой медико-биологического производства и высокотехнологичных трансплантационных методик в хирургии. Слушатели прошли этот путь вместе с докладчиком Венерой Узбековной, переживая успехи и неудачи, взлеты и падения и, наконец, признание в мире офтальмологии и целом ряде других сфер современной регенеративной медицины. Отметим также, что развитию и становлению Центра была посвящена специальная статья в шестом номере 2014 года газеты «Поле зрения».

Затем председательствующий зачитал обращения и телеграммы, поступившие в адрес юбилейной конференции. Так, участников форума поприветствовали:

– председатель Комитета ГД по науке и наукоемким технологиям, академик РАН В.А. Черешнев;

– генеральный директор ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор А.М. Чухраёв;

– ректор Российской медицинской академии последипломного образования, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор Л.К. Мошетова;

– президент фонда академика С.Н. Федорова И.Е. Федорова;

– директор Иркутского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор А.Г. Щуко;

– заведующий кафедрой офтальмологии с курсом ИПО Башкирского медицинского университета, генеральный директор «Оптимедсервис», профессор Б.М. Азнабаев.

Директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», заведующий кафедрой глазных болезней Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, академик РАН, профессор С.Э. Аветисов, к сожалению, не смог лично присутствовать на конференции и направил своего заместителя, профессора В.Р. Мамиконяна, который зачитал его обращение к участникам конференции и выступил с интересным научным докладом о методах хирургического лечения кератоконуса.

В последующем была продолжена научная программа конференции.

Профессор О.И. Лебедев — заведующий кафедрой офтальмологии Омской медицинской академии — совместно с аспиранткой Е.А. Калижниковой представил доклад на тему: «Патогенетические механизмы гипотензивного эффекта факоэмульсификации катаракты «Wait and see».

Доклад проф. В.Н. Трубилина с соавторами даже заявленным в программе названием вызвал интерес аудитории: «ВМД + катаракта: две проблемы. Есть ли решение?» Авторы сообщения предложили комплекс мер для снижения риска прогрессирования ВМД в ходе хирургии катаракты: проводить медикаментозную профилактику, минимизировать время операции и операционную травму, использовать профилактику фототоксического действия света в ходе операции и в послеоперационном периоде.

Доклад проф. И.М. Корниловского являет собой пример удачного сочетания регенеративного и технократического подхода в современной офтальмохирургии. На это указывает и название сообщения: «Регенераторные аспекты эксимерлазерной хирургии роговицы с применением фотопротекции».

О результатах экспериментальной разработки комбинированной биоконструкции в лечении повреждений роговицы было представлено в докладе коллектива авторов из МНИИ ГБ им. Гельмгольца и НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Докладчик, проф. Е.В. Ченцова, описала новый биокомпозитный материал для кератопластики на основе коллагена II типа и культивированных клеток буккального эпителия. Несомненно, что разработчиками инновации экспериментально обоснован еще один вектор на пути создания альтернативного биоматериала для столь дефицитной донорской роговицы.

О создании оригинального наноструктурированного материала для кератопластики на основе гиалуроновой кислоты доложила автор из Оренбургского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России О.М. Яхина.

Представленные доклады указывают на доминирование биологических подходов в экспериментальных разработках технологий кератопластики.

Своим опытом использования различных форм биоматериалов Аллоплант в комплексном лечении воспалительных поражений роговицы поделился офтальмолог из Македонии M. Tomovski.

«Офтальмология — самая анатомичная из всех клинических дисциплин», — такими словами начал свой доклад проф. кафедры топографической анатомии Оренбургского медицинского университета, хорошо известный в стране и за рубежом клинический анатом И.И. Каган. Примечателен тот факт, что данная работа по вариантной анатомии дренажного аппарата глаза выполнена совместно с Оренбургским филиалом ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России и соавтором доклада выступил директор филиала, профессор В.Н. Канюков.

В формате настоящей статьи нет необходимости подробно останавливаться на содержании всех докладов, поскольку многие из них представлены в виде статей в первом номере электронного журнала «Регенеративная хирургия» за 2015 год (Reg-surgery.ru от 27 февраля 2015 года). И в их числе статья оренбургских коллег, профессоров И.И. Кагана и В.Н. Канюкова: «Анатомические различия дренажного аппарата глаза как фактор возможных нарушений оттока водянистой влаги».

Отметим также, что в упомянутом номере журнала представлены статьи ряда докладчиков, которые по объективным причинам не смогли выступить на конференции, но прислали свои материалы для публикации.

Исключительный интерес аудитории вызвал обзорный доклад проф. И.А. Филатовой о возможностях внедрения высокотехнологичной методики радиоволновой хирургии в пластическую офтальмохирургию. Автор сделал доступными материалы своего сообщения, представив его в виде статьи в журнале «Регенеративная хирургия».

Различным аспектам пластической офтальмохирургии и восстановления костных стенок орбиты, хирургии анофтальмического синдрома были посвящены сообщения к.м.н. И.А. Сиротткиной (г. Челябинск), д.м.н. М.В. Лекишвили (г. Москва), Т.А. Захаровой и С.А. Коротких (г. Екатеринбург).

Ряд докладов отражали современные тенденции в лечении различных форм глаукомы. В частности, положительным опытом спончдренирования с использованием специальных форм биоматериалов Аллоплант поделилась офтальмохирург из г. Казани Н.М. Хабибуллина. Доктор медицинских наук С.А. Коротких (г. Екатеринбург) сделал доклад на тему: «Синдром «сухого глаза» и глаукома». Докладчики из Пензенского института усовершенствования врачей С.Л. Кузнецов и И.А. Болдырева проанализировали результаты применения Аллопланта для пластики конъюнктивы в хирургическом лечении глаукомы.

О показаниях к расширению узкого ригидного зрачка при факоэмульсификации катаракты на глаукомных глазах высказали свое мнение доктора из Тамбовского филиала ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России, к.м.н. С.И. Николашин и д.м.н. О.В. Фабрикантов.

Различные аспекты психологической реабилитации пациентов с поражениями органа зрения были представлены в докладах О.М. Бабайловой, ее руководителя, проф. И.Е. Пановой, и Ю.С. Клевакиной (г. Челябинск), к.м.н. А.А. Миронова (г. Оренбург).

На стыке современной физиологии и психологии зрительного восприятия с экстраполяцией на витреоретинальные хирургические технологии был представлен исключительно оригинальный доклад проф. Я.В. Байбородова (г. Санкт-Петербург).

Многолетние результаты применения биоматериалов Аллоплант для акупунктурного введения проанализировал в своем докладе д.м.н., заведующий кафедрой офтальмологии Оренбургского медицинского университета А.Е. Апрелев. Для заинтересованного читателя автор дает ссылку на патент «Способ лечения близорукости» (№ 2329029) и его монографию «Рефлексотерапия в комплексной реабилитации пациентов с приобретенной миопией».

Принципы биологической медицины явно в приоритете у профессора кафедры офтальмологии Башкирского медицинского университета А.Ф. Габдрахмановой, представившей материалы по нейропротективному действию препарата ретиналамина в лечении непролиферативной диабетической ретинопатии.

В заключительном докладе проф. Э. Мулдашевым были удачно определены основные тренды современной офтальмологии: технократическая офтальмохирургия и регенеративная хирургия. К высочайшим достижениям технократической ветви офтальмологии автор отнес хирургию катаракты с имплантацией ИОЛ и рефракционную хирургию, технологии лазерной хирургии, витреоретинальную хирургию. При этом был отмечен неоспоримый вклад целой плеяды российских ученых в разработку доктрины технократической офтальмохирургии. В их числе академик С.Н. Федоров, проф. Л.А. Кацнельсон, наши современники — акад. А.Ф. Бровкина, проф. В.В. Нероев, проф. Р.А. Гундорова и еще десятки имен.

Но параллельно с инженерно-технической мыслью развивались и биологические подходы, которые привели к зарождению регенеративной офтальмохирургии. Признанным основоположником данной ветви офтальмологии, да и медицины в целом, является академик В.П. Филатов. Далее проф. Э. Мулдашев представил достижения регенеративной медицины на основе биоматериалов Аллоплант. Описываемое направление офтальмологии исходит из огромного регенеративного потенциала практически всех анатомических структур глаза. Мобилизации этих механизмов и служат представленные биоматериалы. И как результат, технологии регенеративной медицины Аллоплант шагнули далеко за границы офтальмохирургии, в рамках которой некогда зародились.

В заключение доклада автор сделал вполне справедливый вывод: будущее офтальмологии — в интеграции двух обсуждаемых концептуальных моделей медицины. Подводя итог научных дискуссий, абсолютное большинство участников форума поддержали сформулированную профессором Э.Р. Мулдашевым парадигму офтальмологии XXI века как альянс технократической и регенеративной хирургии.

Настоящую статью завершаем словами академика А.Ф. Бровкиной, сказанными ею при открытии конференции: «Всероссийский центр глазной и пластической хирургии фактически является базовым учреждением по разработке технологий трансплантации тканей и регенеративной офтальмохирургии, и потому предлагаю запланировать проведение здесь научных конференций по данной проблеме раз в два-три года». Предложение уважаемого академика было поддержано в президиуме, и потому мы говорим коллегам: «До новых встреч в г. Уфе!»

Р. Нигматуллин
Всероссийский центр глазной и пластической хирургии, г. Уфа

Новые горонты изучения и лечения глаукомы

VIII Российская конференция **«Глаукома: теория и практика. Горонты нейропротекции»**

26-27 февраля 2015 года, Санкт-Петербург

В конце февраля в Санкт-Петербурге состоялась VIII Российская конференция «Глаукома: теория и практика. Горизонты нейропротекции». Организаторами ежегодного мероприятия стали: Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, Российское глаукомное общество, МОО «Ассоциация врачей-офтальмологов», Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова и ООО «Человек и его здоровье».

В течение двух дней было представлено тринадцать лекций-докладов, освещающих различные аспекты изучения и лечения глаукомы. В конференции приняли участие более двухсот врачей-офтальмологов, учёных-медиков и организаторов здравоохранения из Санкт-Петербурга, Пскова, Новгорода и других городов Северо-Западного региона РФ. Корреспондент газеты «Поле зрения» побеседовал в кулуарах с организаторами и участниками форума.

Владимир Николаевич Алексеев, *д.м.н., профессор кафедры офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, председатель организационного комитета конференции:*

Глаукомная школа доказала свою эффективность

— Владимир Николаевич, мой первый вопрос является вполне традиционным. Не могли бы Вы поделиться своими впечатлениями о прошедшей конференции. Какие цели Вы ставили перед собой? Удалось ли достичь этих целей?

— Думаю, что цели конференции не изменились за восемь лет, в течение которых она проводится. Мы стремимся организовать не просто научный форум, а глаукомную школу. Эта школа доказала свою эффективность.

Врачам необходимо постоянно повышать свою квалификацию. И в первую очередь мы ориентируемся на молодых врачей, на тех, кто только делает первые шаги в медицине. Принимая участие в работе конференции, медики могут не только получить информацию о результатах новых научных исследований, но и «освежить» базовые вузовские знания.

— Какие из докладов, прозвучавших на конференции, Вы могли бы особо отметить?

— Было бы некорректно и несправедливо выделять кого-то из докладчиков, так как все выступающие являются авторитетными, признанными исследователями в области глаукомы. В работе форума приняли участие и выступили с докладами президент Российского глаукомного общества, д.м.н., профессор Е.А. Егоров, вице-президент Российского глаукомного общества, д.м.н., профессор В.П. Еричев и целый ряд других учёных из Москвы, Санкт-Петербурга и Рязани.

Особенность нашей конференции — необычный регламент. Мы готовы предоставить каждому выступающему до шестидесяти минут, целый час! Таким образом, речь идёт не просто о докладе на научном форуме, а о полноценной университетской лекции. Прозвучало всего тринадцать докладов. Мы не стремились увеличивать это количество. Зато каждое выступление запомнилось слушателям!

— Не могли бы Вы подробнее представить свой доклад?

— Он назывался «Комбинированные препараты в гипотензивном лечении первичной открытоугольной глаукомы». Почему эта тема представляется мне интересной и важной? В последние годы проводятся серьёзные исследования, анализирующие нейродегенеративное развитие глаукомы. Соответственно, при лечении глаукомы стали активно применяться неврологические препараты. Для консультации привлекаются неврологи. Эту тенденцию нельзя не приветствовать! Мне она представляется очень перспективной.

Вместе с тем не может не вызывать опасения, когда некоторые коллеги, увлёкшись новыми научными теориями, забывают о базовых принципах лечения глаукомы. К этим базовым принципам относится постоянный контроль внутриглазного давления, использование препаратов для его снижения.

В некоторых российских и зарубежных офтальмологических журналах уже появлялись публикации, в которых утверждалось, что контроль внутриглазного давления для пациентов с глаукомой уже не является обязательным (!). Я считаю такие высказывания очень опасными…

— Почему это Вас беспокоит?

— Любые научные дискуссии, использование любых методик и концепций в лечении не должны наносить ущерба пациенту и подвергать его неоправданному риску. Как мы знаем, глаукома на сегодняшний день является главной причиной слепоты и слабовидения во всех развитых странах мира. Если мы не будем обращать внимание на внутриглазное давление, то человек может потерять зрительные функции неоправданно рано. Каждый год, каждый месяц и каждый день, в течение которых человек зрительно воспринимает окружающий мир — это огромная ценность.

— Даже если мы не можем предотвратить наступление слепоты при глаукоме, то важно максимально отсрочить наступление этого печального, трагического момента…

— Да. На это и направлены усилия врачей! Гипотензивное лечение было и остаётся важнейшей составляющей лечебного процесса. Об этом я и говорил в своём докладе.

— Вы представили собравшимся новинки фармацевтического рынка?

— Новые лекарственные средства на самом деле появляются. Об этом говорил не только я, но и практически все выступающие. Я обратил внимание на антиглаукомные препараты без консервантов. Об этом же говорил и д.м.н., профессор В.В. Бржеский. Его доклад так и назывался: «Терапия без консервантов. Современные возможности».

— Владимир Николаевич, позвольте задать Вам личный вопрос. Недавно на кафедре офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова произошли организационные перемены. Вы оставили пост руководителя кафедры. С чем связано это решение?

— Моё решение связано с возрастом. В феврале 2015 года мне исполнилось 70 лет. Я намерен продолжать свою профессиональную деятельность. Но важно правильно расставить приоритеты. Главным приоритетом для меня является научная и педагогическая работа. Нести груз административных функций становится сложнее… Поэтому я обратился к руководству университета с просьбой об освобождении меня от обязанностей заведующего кафедрой.

Мой уход с поста совпал с организационными переменами в нашем вузе. До недавнего времени у нас существовали две кафедры офтальмологии: кафедру офтальмологии № 1 возглавлял я, а кафедру офтальмологии № 2 — д.м.н., профессор Ю.В. Тахтаев. В настоящее время Юрий Викторович Тахтаев возглавил объединённую кафедру, то есть произошло

Профессор Е.А. Егоров

слияние двух коллективов. Я уверен в том, что объединённая кафедра будет успешно решать поставленные перед ней задачи. Со своей стороны готов оказать новому заведующему максимальное содействие.

Эти перемены никак не скажутся на организации нашей конференции. Она, как и раньше, будет проходить ежегодно. Мне очень приятно, что интерес к форуму не спадает. Слушатели проявляли большую активность, задавали много вопросов, продолжали общаться с лекторами в кулуарах. Конференция прошла в тёплой атмосфере. Надеюсь вновь встретиться со всеми коллегами в 2016 году.

Валерий Петрович Еричев, *д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель отдела глаукомы ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», главный редактор «Национального журнала глаукома», вице-президент Российского глаукомного общества:*

Мы анализируем звенья патогенеза глаукомы

— Валерий Петрович, конференция проходит в восьмой раз. И каждый год Вы приезжаете в Санкт-Петербург с докладом. О чём Вы поведали слушателям в этот раз?

— Я выступил с докладом «Глаукома и болезнь Альцгеймера. Поиск тождественности». Но цель доклада состояла не только в том, чтобы сравнить эти два тяжелых заболевания. Мне было важно провести анализ звеньев патогенеза глаукомы. Как известно, патогенез глаукомы ещё до конца не изучен, вернее, не все звенья патогенеза нам понятны.

Мне думается, что сравнительный анализ глаукомы и болезни Альцгеймера может быть весьма полезен. Уже сейчас учёные имеют основания утверждать, что глаукому, так же как и болезнь Альцгеймера, можно отнести к группе нейродегенеративных заболеваний. Но необходимы дополнительные исследования.

— Помогут ли эти исследования в лечении пациентов?

— Если мы накопим достаточную теоретическую базу, доказывающую нейродегенеративную природу глаукомы, то это поможет фармацевтической промышленности в создании новых препаратов. Я имею в виду препараты нейропротекторного действия.

— По каким параметрам Вы сравнивали глаукому и болезнь Альцгеймера? Как Вы искали тождественность?

— Я представил и сходства, и различия этих двух заболеваний. В докладе был проведён анализ функциональных и морфофункциональных изменений при этих заболеваниях. Прежде всего речь шла об изменениях сетчатки и зрительного нерва. Я также опирался на данные морфологических исследований структур головного мозга, отвечающих за зрительные функции.

— Уже сегодня пациенты с глаукомой получают неврологические препараты...

— Да, это так. Но перед фармацевтической промышленностью стоят масштабные задачи. Необходимо создавать более эффективные препараты, применяемые при нейродегенеративных расстройствах. На сегодняшний день эти лекарства имеют сильные побочные эффекты. Они нередко оказывают негативное влияние на центральную нервную систему.

Изучение глаукомы требует комплексного подхода. С одной стороны, необходимо продолжать исследования по нейропротекции. С другой стороны, важное значение имеет внутриглазное давление. В последние годы на российском рынке появились новые препараты, способствующие снижению внутриглазного давления. Эффективность их различна, что требует индивидуального подхода.

— Что нового происходит в изучении глаукомы в последние годы? Над чем работают российские и зарубежные глаукоматологи?

— В последнее время у нас появилась возможность более детально изучить сетчатку и зрительный нерв, в том числе с помощью оптической когерентной томографии. Разумеется, эти технические возможности способствуют изучению глаукомы. Мы также исследуем интракраниальные структуры головного мозга. В общем, работа идёт по разным направлениям.

— Одной из тем нынешней конференции стало использование дженериков в лечении глаукомы. Как Вы оцениваете эту тенденцию?

— Я не могу дать однозначную оценку этому явлению. Не могу сказать, что использование дженериков в лечении глаукомы — это «хорошо» или «плохо». Не могу сказать, что дженерики хуже оригинальных препаратов. Но назвать их полностью идентичными тоже нельзя. Если доказана их полная эквивалентность и степень безопасности, дженерики будут востребованы.

Безусловным достоинством дженериков является сравнительно низкая цена. Так как глаукома предполагает длительное многолетнее лечение — этот фактор имеет важное значение.

— Ваш Институт занимается сравнительным анализом дженериков и оригинальных препаратов?

— В НИИ глазных болезней такие исследования проводятся так же, как и в других крупных офтальмологических центрах. Но я отношусь к этой теме с определенной сдержанностью. Мне думается, что решение — использовать оригинальные препараты или дженерики — должны принимать сами пациенты после беседы с врачом. Я как врач не стал бы навязывать пациенту какую-либо позицию.

— Не могли бы Вы подробнее рассказать об исследованиях по способам доставки медикаментов?

— Это актуальный вопрос, который мы обсуждали в ходе работы конференции. Разумеется, врачи заинтересованы в том, чтобы пациенты с глаукомой чётко и дисциплинированно выполняли их рекомендации. К сожалению, часто это не происходит. Пациенты закапывают капли нерегулярно… Весьма логичной представляется идея минимизировать кратность инстилляций. И такие идеи есть.

— Вы имеете в виду внутрикамеральное введение медикаментов?

— Внутрикамеральное введение может стать прорывом в лечении глаукомы. В настоящее время наш Институт приступает к масштабным исследованиям по этой теме. Хотел бы подчеркнуть, что внутрикамеральное введение медикамента не только повышает качество жизни пациента, но и способно обеспечить более эффективное действие самого препарата.

Лекарственное вещество, введенное в переднюю камеру, может постоянно, но равномерно, высвобождать препарат в течение нескольких месяцев. Я с оптимизмом смотрю на перспективы этого способа доставки. Но давайте дождёмся результатов исследований.

— Ваш Институт занимается не только медикаментозным, но и хирургическим лечением глаукомы...

— В этой области у нас тоже есть интересные разработки. Например, мы исследуем использование различных дренажей и дренажных устройств в хирургии глаукомы. Результаты этих прикладных исследований дают возможность хирургам правильно выбрать дренажные устройства и эффективно их использовать с учетом конкретной ситуации.

— Валерий Петрович, Вы считаете, что участие в работе конференции поможет врачам-офтальмологам в их практической работе?

— Я очень на это надеюсь! Лечение глаукомы обсуждается на многих офтальмологических форумах. Вместе с тем существует потребность и в специализированных конференциях, посвящённых глаукоме. Ежегодный питерский форум — не единственное подобное мероприятие. Глаукоматологи встречаются и в Москве, и в других городах.

Нынешняя конференция в Санкт-Петербурге и другие подобные мероприятия дают возможность познакомиться и с прикладными, и с фундаментальными исследованиями по изучению глаукомы. Например, мой доклад можно отнести к сфере фундаментальной науки, но врачам-практикам он тоже был интересен. Участники конференции могли встретиться с коллегами и расширить свой кругозор.

Валерия Геннадьевна Лаврентьева, *врач-офтальмолог лечебно-диагностического центра «Светлановский» (г. Санкт-Петербург):*

Конференция не только информирует, но и вдохновляет

— Валерия Геннадьевна, Вы являетесь постоянной участницей конференции. Наверное, такая преданность этому форуму является неслучайной?

— Мой стаж работы в качестве врача-офтальмолога составляет около тридцати лет. Я всегда много внимания уделяла самообразованию. Не пропускаю ни одной петербургской офтальмологической конференции. И в Москву регулярно езжу, и в другие города.

Эта конференция не только информирует, но и вдохновляет. Она вдохновляет врачей на плодотворную, творческую работу, на использование в своей каждодневной практике последних достижений науки. Хотелось бы выразить сердечную благодарность Владимиру Николаевичу Алексееву и всему организационному комитету форума!

— Как участие в этой конференции может помочь Вам в каждодневной работе?

— В прозвучавших докладах были проанализированы методики оценки состояния зрительных функций и состояния зрительного нерва. Доклады были очень разнообразными. Они касались и лекарственного, и лазерного, и хирургического лечения глаукомы. Могу сказать, что я услышала именно то, что мне было нужно.

В последние годы увеличилось количество медикаментов, применяемых при глаукоме. На конференции был проведён анализ эффективности этих лекарственных средств. Важное место в работе конференции также заняло обсуждение дегенеративных изменений коры головного мозга и центральной нервной системы при глаукоме.

В следующем году я тоже обязательно буду принимать участие в работе конференции. Уверена, что со многими докладчиками мы встретимся и гораздо раньше, на других научных форумах. Всем врачам-офтальмологам нужно больше общаться с учёными-медиками! Далеко не каждый врач может сказать своё слово в науке, но необходимо быть в курсе последних достижений научной мысли.

— Джамиля Нурийдиновна, Ваш доклад на конференции назывался «Применение дженериков в практике офтальмолога». Не могли бы Вы для читателей газеты «Поле зрения» сформулировать Вашу позицию по этому вопросу? Не секрет, что использование дженериков вызывает неоднозначную реакцию в медицинской среде.

— Я могу сформулировать свою позицию в одном предложении: я говорю «да» дженерикам!

— Чёткая и ясная позиция.

— Поясню свою мысль. По моему мнению, практически все дженерики, которые на сегодняшний день присутствуют на российском рынке, являются эффективными, безопасными и биодоступными.

В частности, в своём докладе я проанализировала аналоги ксалатана. Этот оригинальный препарат, применяемый для снижения внутриглазного давления, известен в России уже пятнадцать лет. В последние годы на российском рынке появился целый ряд его дженериков: глаупрост, глауком, ксалатамакс и т.д. Все эти препараты можно использовать. Я не вижу здесь никаких проблем.

— То есть использование дженериков, по Вашему мнению, не связано с какими-либо нежелательными побочными эффектами?

— Использование любого медикамента может быть связано с побочными эффектами. И в этом плане дженерики ничем не отличаются от оригинальных препаратов. У российских медиков ещё существует немало предрассудков.

Джамиля Нурийдиновна Ловпаче, *к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения глаукомы НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, доцент кафедры глазных болезней факультета последипломного образования (ФПДО) Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ):*

Я говорю «да» дженерикам!

Часто врачи считают, что при использовании дженериков им необходимо более тщательно контролировать результаты терапии. Это не так. Врачебный контроль никак не зависит от типа лекарства.

Покраснение в глазу, ощущение инородного тела и другие неприятные ощущения могут быть и при использовании оригинального препарата ксалатана и при использовании глаукома или глаупроста.

— Почему же всё-таки, на Ваш взгляд, использование дженериков наталкивается в нашей стране на скептическое отношение?

— Врачам не хватает информации. Давайте не будем изобретать велосипед и обратимся к американскому опыту. В США все дженерики по всем областям медицины чётко систематизированы. Это относится и к офтальмологии. Проведены масштабные общенациональные исследования. Их результаты доступны для каждого врача. А у нас многие врачи-офтальмологи даже не знают, какие дженерики представлены на рынке.

Что касается исследований по использованию дженериков… Такие исследования в России проводятся. Но, во-первых, нужно активнее информировать медицинскую общественность о результатах этих работ. А, во-вторых, сами исследования хотелось бы проводить в большем масштабе.

— Не приведёт ли активное использование дженериков к разорению крупных, авторитетных фармацевтических компаний, к переделу фармацевтического рынка? Производители оригинальных препаратов вложили значительные средства в их разработку, а производители дженериков просто воспользовались чужими результатами. Разработкой медицинских препаратов они не занимались...

— Я не согласна с такой трактовкой. Всемирная организация здравоохранения выступает за активное использование дженериков. Для производителей оригинальных препаратов они также не являются угрозой. Во-первых, права «оригиналов» защищены лицензиями. То есть производить дженерики возможно только в том случае, если патент уже истёк. Во-вторых, всегда будут существовать люди, которые в силу психологических причин выберут оригинальный препарат. В-третьих, само существование дженериков «подстёгивает» фармацевтические компании разрабатывать и внедрять новые препараты. Рыночная ниша создателей оригинальных лекарств как раз и состоит в новых разработках.

— Джамиля Нурийдиновна, чем Вам запомнилась эта конференция?

— На этом форуме можно было познакомиться и с каждодневной врачебной практикой, и с высокой наукой. Были рассмотрены вопросы связи патологических изменений головного мозга с развитием глаукомы. Таким образом, глаукома рассматривалась как нейродегенеративное заболевание. Меня очень заинтересовал доклад д.м.н., профессора В.П. Еричева на эту тему.

В целом ряде докладов была представлена системная, комплексная нейропротекторная терапия при глаукоме. Эта терапия призвана улучшить питание нервных тканей, стимулировать метаболические процессы, улучшить кровообращение головного мозга и т.д.

Хотела бы обратить внимание на доклад президента Российского глаукомного общества, д.м.н., профессора Е.А. Егорова «Рациональные подходы к лечению глаукомы». В этом докладе было, в частности, представлено «Национальное руководство по глаукоме». В декабре 2014 года вышел в свет стартовый экземпляр этой книги. Она была подготовлена авторским коллективом в составе сорока человек. Мне тоже довелось входить в число авторов. В настоящее время книга бесплатно распространяется по России среди врачей-офтальмологов. В ней описаны основные принципы лечения глаукомы, алгоритм действий врача.

Очень надеюсь, что выход в свет «Национального руководства по глаукоме» поможет сделать лечение этого заболевания более эффективным.

Дмитрий Николаевич Никитин, *аспирант кафедры офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова:*

Новые идеи, подходы, гипотезы

— Дмитрий Николаевич, оправдала ли прошедшая конференция Ваши ожидания?

— В полной мере. Она представила новые идеи, подходы, гипотезы, связанные с лечением глаукомы. Цель проведения форума — знакомство практикующих врачей с последними достижениями отечественной и зарубежной науки. Думаю, что эта цель была достигнута. Кроме того, мы могли познакомиться с новыми лекарственными средствами. О них информировали и доклады, и материалы фармацевтических компаний.

Темы целого ряда докладов перекликались с темой моей диссертации «Митохондриальная дисфункция как патогенетическое звено глаукомного процесса». Надеюсь, что в течение 2015 года я стану кандидатом медицинских наук.

— Какие доклады Вас особенно заинтересовали?

— Доклад моего научного руководителя, д.м.н., профессора В.Н. Алексеева «Комбинированные препараты в гипотензивном лечении ПОУГ», доклад д.м.н., профессора Е.А. Егорова «Рациональные подходы к лечению глаукомы» и доклад д.м.н., профессора В.П. Еричева «Глаукома и болезнь Альцгеймера. Поиск тождественности».

Валерий Петрович Еричев обратил внимание, что при глаукоме страдает не только сам орган зрения, но и другие структуры головного мозга, отвечающие за зрительные функции. Этим же вопросам посвящена и значительная часть моей диссертации.

Также не могу не отметить доклад д.м.н., профессора В.В. Бржеского «Терапия без консервантов. Современные возможности». Разумеется, любые консерванты влияют на оболочку глаза. В частности, они вызывают синдром «сухого глаза». Поэтому появление на рынке препаратов без консервантов нельзя не приветствовать.

— Мухаммед, участие в этой конференции было полезным для Вашей научной работы, для подготовки к защите диссертации?

— Да. Я собираюсь защищаться на тему «Совершенствование подходов к гипотензивному лечению первичной открытоугольной глаукомы». Эти вопросы рассматривались во многих докладах. У меня также была возможность лично пообщаться с ораторами. Конференция была интересной и полезной. Она дала новую информацию молодым врачам и всем участникам форума.

— Почему Вы решили заниматься научной работой именно в России?

Мухаммед Калахири, *аспирант кафедры офтальмологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова:*

Я всегда болею за Россию!

— Я родился и вырос в Сирии. Но Россия, русский язык интересовали меня с детства. Можно сказать, что с детства я был другом России. Поэтому после окончания школы отправился на Краснодар. В 2008 году окончил Кубанский государственный медицинский университет. Ординатуру по офтальмологии я проходил в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова. А сейчас учусь в аспирантуре. Я люблю и Россию, и Сирию — и хотел бы жить в обеих странах. Мне думается, что для России важно, чтобы в Сирии и других арабских странах было больше экспертов, специалистов, владеющих русским языком, имеющих опыт российской жизни. Это помогает и в научном, и в межгосударственном сотрудничестве.

Кстати, меня интересует не только российская офтальмология, но и русский футбол. Я всегда болею за Россию!

Беседы вёл ***Илья Бруштейн****. Фотографии Ильи Бруштейна и Михаила Левко*

«Прикамские зори»

XIV Научно-практическая конференция офтальмологов Пермского края

26-27 марта 2015 г. в Перми состоялась XIV Научно-практическая конференция офтальмологов Пермского края «Прикамские зори», посвященная 95-летию кафедры офтальмологии ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера.

Научная часть конференции, которая в этом году была посвящена актуальным проблемам глаукомы, проходила в гостиничном комплексе «Урал».

Открыли конференцию заведующая кафедрой офтальмологии ГБОУ ВПО ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера, профессор Т.В. Гаврилова и главный внештатный офтальмолог г. Перми, заслуженный врач РФ, заведующий офтальмологическим отделением ГБУЗ ПК «ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граля, к.м.н. Н.А. Собянин.

Со словами приветствия к участникам конференции обратились доктор медицинских наук, профессор, заместитель председателя регионального правительства Пермского края по социальным вопросам О.П. Ковтун, проректор по научной работе ПГМУ, доктор медицинских наук, профессор Е.Г. Фурман. О.П. Ковтун проинформировала собравшихся о том, что Пермский край является лидером в Приволжском округе по показателям рождаемости, ведется активная работа и достигнуты позитивные результаты по снижению показателя смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, туберкулеза, в результате ДТП. О.П. Ковтун напомнила, что 2015 год был объявлен годом национальной борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и все врачи независимо от их профессиональной принадлежности должны внести посильный вклад в решение этой важнейшей задачи. Докладчик обратила внимание на тот факт, что процент направления на углубленное обследование и дальнейшее лечение остается низким и офтальмологи должны внести свой весомый вклад в формирование здоровья.

Профессор Е.Г. Фурман сказал, что не только кафедра офтальмологии, но и офтальмологическая школа в Пермском медицинском университете имеет свои давние научные традиции. Примером для подражания является врач-офтальмолог, ученый, филантроп Павел Иванович Чистяков, который в свое время заведовал кафедрой глазных болезней.

Первое заседание началось с чествования сопредседателя оргкомитета XIV Научно-практической конференции офтальмологов Пермского края «Прикамские зори», доктора медицинских наук, заслуженного деятеля науки РФ, профессора кафедры офтальмологии ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера

Профессор О.П. Ковтун, академик РАН В.А. Черешнев, профессор М.В. Черешнева, профессор Е.Г. Фурман

Н.А. Собянин, профессор Т.В. Гаврилова открывают конференцию

М.В. Черешневой. По ее инициативе с 2001 г. в Перми ежегодно проводятся офтальмологические конференции.

С докладом «К юбилею профессора ПМГУ Черешневой М.В.» выступила профессор Т.В. Гаврилова. Она подробно рассказала об основных этапах научной деятельности профессора М.В. Черешневой, о ее вкладе в развитие отечественной офтальмологии.

С поздравлениями в адрес М.В. Черешневой выступили гости из Уфы, Екатеринбурга, Тюмени, Санкт-Петербурга, Москвы и других городов.

С почетной лекцией «Глаукома — вариант нейродегенеративного процесса» выступил академик РАН В.А. Черешнев (Москва). Он отметил, что на момент выявления глаукомы минимальная потеря ганглиозных нейронов сетчатки составляет уже 50%. До установки диагноза «глаукома» большинство пациентов страдают этим заболеванием более 10 лет. Современные представления о нейродегенеративных заболеваниях свидетельствуют о целесообразности разработки предклинической диагностики и превентивного лечения, что, возможно, позволит продлить период бессимптомного развития заболевания до конца биологической жизни потенциального больного.

О состоянии лечебно-профилактической помощи больным глаукомой в Пермском крае доложила С.Н. Мухамадеева (Пермь). Об эффективности гипотензивной терапии с применением аналога простагландина Ксалатамакс и фиксированной комбинации биматопроста/тимолола Ганфорт рассказал профессор С.А. Коротких (Екатеринбург).

«Роль суточных колебаний ВГД в прогрессировании глаукомной оптической нейропатии» — тема выступления профессора Е.И. Волик (Краснодар). Результаты исследований, проведенных автором, показали необходимость контроля суточных колебаний ВГД и своевременного назначения препаратов, способных их нивелировать. Это касается пациентов с далеко зашедшей стадией глаукомы, особенно тех, кто ранее был уже прооперирован, т.к. для этих пациентов характерна иллюзия того, что заболевание полностью излечено.

О новых возможностях раннего скрининга, диспансерного наблюдения и патогенетически ориентированного лечения пациентов с глаукомой рассказала Т.Н. Малишевская (Тюмень).

Академик РАН В.А. Черешнев

Профессор М.В. Черешнева

Профессор В.Н. Трубилин (Москва)

Профессор Е.И. Волик (Краснодар)

Профессор В.Ф. Экгардт (Челябинск)

С.Н. Мухамадеева (Пермь)

Т.Н. Малишевская (Тюмень)

Д.И. Иванов (Екатеринбург)

Черешнева Маргарита Владимировна

Д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ

Черешнева Маргарита Владимировна родилась 30 января 1945 г. в г. Перми. В 1968 г. с отличием окончила Пермский государственный медицинский институт. В 1973-1975 гг. училась в ординатуре, затем в заочной аспирантуре при Пермском государственном мединституте.

В 1983 г. защитила кандидатскую диссертацию «Обоснование метода круговой транскон̂ъюнктивальной криоретинопексии снегом угольной кислоты для профилактики афакической отслойки сетчатки», в 2000 г. — докторскую «Иммунотерапия в комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями роговой и сосудистой оболочек глаза».

В 2000 г. М.В. Черешневой присвоено ученое звание «профессор».

В настоящее время является главным научным сотрудником Института иммунологии и физиологии Уральского отделения РАН, профессором кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера».

Основные направления научной деятельности М.В. Черешневой — иммунологические нарушения и методы их коррекции при глазной патологии. Научные интересы касаются также экспериментальной и клинической офтальмологии и иммунологии (травматология, эндокринология, воспалительные, инфекционные болезни).

Профессор М.В. Черешнева создала школу офтальмологов и иммунологов на Западном Урале; среди ее учеников — 4 кандидата и 2 доктора медицинских и биологических наук.

Автор 312 научных работ, 2-х монографий, 7 патентов на изобретения.

За заслуги в области науки и образования награждена серебряной медалью им. Р. Вирхова, почетной медалью Екатерины Дашковой, медалью им. Н.М. Амосова, орденом В.И. Вернадского, серебряной медалью им. И.И. Мечникова.

Отмечена грамотами УрО РАН, грамотами и благодарностями ГБОУ ВПО «ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера», Комитета по науке и наукоемким технологиям Государственной Думы РФ.

Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования.

Член Российского и Уральского обществ иммунологов, член Общества офтальмологов России.

Доктор медицинских наук В.П. Николаенко (Санкт-Петербург) подробно остановился на факторах, влияющих на успех гипотензивных операций. Длительное применение местных антиглаукомных препаратов приводит к развитию синдрома «сухого глаза», аллергическому и воспалительному ответу глазной поверхности. Хроническое воспаление ведет к субконъюнктивальному фиброзу и рубцеванию. Это приводит к увеличению частоты неудач хирургического лечения. В частности, длительное применение препаратов для лечения глаукомы снижает вероятность успеха синустрабекулэктомии. Причина — в индуцированном основным веществом субклиническом воспалении конъюнктивы, которое способствует фиброзу и рубцеванию субконъюнктивальных тканей, а также тенановой

В офтальмологическом отделении ПККБ

Доцент А.В. Другов рассказывет об истории кафедры офтальмологии

Бюст П.И. Чистякова

капсулы и приводит к несостоятельности фильтрационной подушки. Накоплены достоверные данные о том, что бензалкония хлорид отчасти ответственен за этот эффект. Таким образом, для сокращения воспаления следует применять перед операцией глазные капли без консерванта.

Доклад «Первичная глаукома и коморбидная сосудистая патология» представил Н.А. Собянин (Пермь). По мнению автора, сочетанная коморбидная сердечно-сосудистая патология требует многокомпонентной антиангинальной и антигипертензивной терапии, которая способствует более эффективному снижению ВГД, сохранности зрительных функций и замедлению темпов стадийного прогрессирования ПОУГ.

О возможностях транспальпебральной тонометрии в заключение первого заседания доложила Е.И. Морозова (Рязань).

Второе заседание началось с доклада профессора В.Н. Трубилина (Москва) «Современные хирургические технологии снижения ВГД при глаукоме». Докладчик представил различные виды трубчатых имплантатов, подробно описал их преимущества и недостатки. По мнению докладчика, многообразие методов хирургического снижения ВГД свидетельствует об отсутствии универсальных методик и только патогенетически обоснованный подход к хирургическому лечению глаукомы позволяет достичь нужного эффекта и избежать при этом серьезных осложнений.

Профессор В.Ф. Экгардт (Челябинск), на основании сравнения ближайших и отдаленных результатов НГСЭ и Ex-PRESS мини шунтирования у больных с ПОУГ пришел к выводу о преимуществе мини-шунта. Оно заключается в длительности сохранения гипотензивного эффекта, а также в стабилизации глаукомного процесса и сохранении зрительных функций. Профессор В.У. Галимова (Уфа) выступила с докладом «Трансплантационная технология «Аллоплант» в хирургии глаукомы». Доктор медицинских наук Д.И. Иванов (Екатеринбург) поделился опытом применения техники трабекулотомии ab interno и комплекса послеоперационного консервативного лечения пациентов, разработанных в Екатеринбургском центре «Микрохирургия глаза». По мнению автора доклада, представленные методы малоинвазивны, патогенетически обоснованы, технически несложны, экономичны, обладают высоким функциональным результатом и стойким гипотензивным эффектом

О современных подходах повышения эффективности медикаментозного лечения глаукомы доложил С.Ю. Петров (Москва), о новых возможностях применения нутрицевтиков в терапии глаукомы рассказал С.Ю. Голубев (Москва).

В заключительном докладе доктор Д.В. Перегудов (Пермь) представил клинический опыт факоэмульсификации катаракты с имплантацией торической ИОЛ у пациентов с оперированной глаукомой.

Подводя итог работе симпозиума, профессор В.Н. Трубилин, профессор В.У. Галимова, профессор Е.И. Волик дали высокую оценку конференции, поздравили организаторов с успешным ее завершением.

В течение первого дня гости имели возможность посетить офтальмологические отделения Пермской краевой клинической больницы, познакомиться с работой кафедры офтальмологии ПМГУ им. акад. Е.А. Вагнера, услышать интересный рассказ об истории кафедры. Профессор В.В. Чирковский, профессор П.И. Чистяков, чье имя с 1960 г. носит клиника, Е.П. Серебренникова,

Снимок на память

одна из первых российских женщин-офтальмологов, профессор И.Г. Ершкович, ученик и соратник В.П. Филатова, профессор Ю.Е. Горячев внесли весомый вклад в развитие отечественной офтальмологической науки.

Особое впечатление на гостей произвела лаборатория индивидуального глазного протезирования. Сотрудники лаборатории — мастера высочайшего класса, способные творить настоящие чудеса. Они сумели вернуть радость жизни тысячам пациентов.

Едва ли не самой знаменитой достопримечательностью города Перми является гимназия № 11 им. С.П. Дягилева, расположенная в доме, на протяжении трех десятилетий принадлежавшем большой и дружной семье Дягилевых. Здесь С.П. Дягилев провел свои детские и юношеские годы. В доме, названном современниками «Пермскими Афинами», по четвергам собиралась городская интеллигенция. Здесь музицировали, пели, разыгрывали домашние спектакли. Духовная атмосфера дома, культ страстного поклонения перед искусством способствовали формированию творческой личности Сергея Дягилева — будущего русского театрального и художественного деятеля, реформатора театра, организатора содружества молодых художников «Мир искусства», триумфальных «Русских сезонов» в Париже и антрепризы «Русский балет Дягилева». Музей, составляющий с гимназией единый комплекс, располагает уникальными коллекциями. В его собрании представлены документальные материалы и фотографии пермского периода семьи Дягилевых, предметы усадебного быта из летних имений Дягилевых в Пермской губернии.

Посещение этого единственного в своем роде учебного заведения в России надолго останется в памяти.

Вечером гости имели удовольствие посетить Дом актера Пермского отделения Союза театральных деятелей России, где молодые талантливые актеры Анастасия Баяндина и Рамазан Шахбанов представили спектакль «Дама с собачкой», поставленный по рассказу А.П. Чехова.

Участники и гости были единодушны в высокой оценке как научной, так и культурной части конференции.

Материал подготовил ***Сергей Тумар***

Фото Сергея Тумара

Чистяков Павел Иванович

(15.08.1867 – 20.09.1959)

Заслуженный деятель науки РСФСР

Родился 15 августа 1867 г., в селе Кома Минусинского уезда Енисейской губернии. В 1902 г. с отличием окончил Томский университет. В 1909 г. защитил докторскую диссертацию «О хирургическом лечении трахомы» и работал в течение 10 лет приват-доцентом Томского университета. С 1903 г. работал в клинике при Томском университете. В 1910 и 1914 гг. стажировался в Германии, Швейцарии, Австрии. В 1920 г. П.В. Чистякову присвоено ученое звание «профессор». С 1923 г. до конца жизни — руководитель клиники офтальмологии и заведующий кафедрой глазных болезней Пермского медицинского института. Основное внимание в работе посвятил борьбе с трахомой, проблемам глазного травматизма. Выполнил более 40 тыс. операций, почти 10 тыс. больных вернул зрение.

Профессор П.И. Чистяков подготовил 4 доктора и 11 кандидатов наук. Награжден двумя орденами Ленина, орденом Трудового Красного Знамени и медалями.

Заслуженный деятель науки РСФСР (1943).

П.И. Чистяков трижды избирался депутатом Пермского горсовета. Глазная клиника Пермского медицинского института носит его имя с 1960 г.

Скульптура С.П. Дягилева работы Эрнста Неизвестного

Фрагмент музейной экспозиции гимназии им. С.П. Дягилева

Фрагмент интерьера одной из комнат музейной экспозиции

Алексей Николаевич Богдаев, 1924 г. рождения, ветеран Великой Отечественной войны, полковник в отставке.

Мы познакомились совершенно случайно. Я бродил по центральным улицам Перми с фотокамерой, когда ко мне обратился уже немолодой, но бодрый, подтянутый мужчина. Он предложил приобрести у него две книги, посвященные Великой Отечественной войне. «Мне 90 лет, я воевал, после войны работал журналистом, написал несколько книг. Вот — последние». У меня как назло портфель остался в номере, в руках только камера. Бежать в гостиницу за деньгами — не успею на мероприятие, до начала которого оставалось совсем мало времени. Тогда я предложил ему и его спутнице сфотографироваться на память. «А Вы не могли бы напечатать нашу фотографию в какой-нибудь газете?» — неожиданно спросил Алексей Николаевич. Я представился и пообещал выполнить его просьбу.

С Днем Победы Вас, Алексей Николаевич! С Праздником, солдаты Великой Отечественной! Будьте здоровы, живите долго!

С Вами как-то надежнее…

Фото Сергея Тумара

Лучше офтальмологии специальности нет

Интервью с заведующей кафедрой офтальмологии Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е.А. Вагнера, доктором медицинских наук, профессором **Татьяной Валерьевной Гавриловой**.

— Татьяна Валерьевна, подведите краткие итоги конференции. В чем ее отличие от предыдущих мероприятий?

— Это была 14-я по счету ежегодная конференция. В прошлые годы форумы охватывали несколько направлений и назывались «Актуальные проблемы офтальмологии». С недавних пор мы решили проводить узконаправленные мероприятия. Связано это с тем, что у нас появились друзья, работающие в центральных клиниках, крупных научных учреждениях, которые принимают приглашения, приезжают к нам и делятся опытом. В прошлом году конференция была посвящена травмам органа зрения. В Перми собрались ведущие офтальмотравматологи, и наши врачи имели возможность получить самую свежую информацию «из первых уст». В этом году мы решили посвятить нашу встречу проблемам глаукомы. В последние годы разработаны новые хирургические методики, в линейке глаукомных препаратов появляются лекарственные средства, о которых врачи, работающие в глубинке, могут и не знать. Кроме того, март традиционно считается месяцем борьбы с глаукомой.

Подводя итоги, хочу сказать, что конференция состоялась, прозвучали все заявленные доклады. Перед участниками выступили известные офтальмологи Екатеринбурга, Челябинска, Уфы, Краснодара, Москвы, Тюмени, Санкт-Петербурга, специалисты из Рязани. В своих выступлениях они смогли отразить различные подходы в диагностике и лечении глаукомы. Я благодарю всех докладчиков, которые, несмотря на занятость, нашли время и возможность приехать в наш город. Надеюсь, что врачи Перми и Пермского края открыли для себя много интересного и важного.

— В своем заключительном слове профессор М.В. Черешнева говорила о пассивности пермских докторов, среди докладчиков они находились в явном меньшинстве. Вы можете согласиться с таким мнением?

— Это было справедливое замечание. В этом году некоторые пермские докладчики по разным причинам не смогли участвовать в конференции. Опять же я не могу сказать с полной уверенностью, что офтальмологическая наука в крае развивается удовлетворительными темпами. Мы не можем похвастаться значительными ресурсами. С другой стороны, с результатами своей деятельности наши врачи знакомят коллег на заседаниях Пермского отделения Общества офтальмологов России, которые мы проводим регулярно. А краевая конференция имеет в том числе и образовательный характер — пермские доктора знакомятся с опытом ведущих специалистов страны. Тем не менее я согласна с мнением профессора М.В. Черешневой: на конференциях должно быть больше «своих» докладов.

— Татьяна Валерьевна, как Вы считаете, какие научные направления в офтальмологии находятся в Пермском крае на лидирующих позициях?

— Трудно сказать… Думаю, офтальмоиммунология. Мы долгие годы проводили совместные экспериментальные и клинические исследования с Институтом экологии и генетики УрО РАН, а затем и с Институтом иммунофизиологии УрО РАН; исследовали патогенетические механизмы воспалительной патологии глаз, возможность коррекции отечественными иммуномодуляторами. Также проводится большая работа по реабилитации при глазном травматизме, диагностике и лечению глаукомы, диабетической ретинопатии; на достойном уровне находится катарактальная хирургия. В свое время профессор нашей кафедры Тамара Павловна Нифонтова разработала и внедрила в практику метод криотерапии базалиом кожи век, и на сегодняшний день мы имеем большой положительный опыт лечения данной патологии. На мой взгляд, в регионах, где работает филиал МНТК «Микрохирургия глаза», офтальмологическая жизнь развивалась гораздо быстрее. В свое время академик Святослав Николаевич Федоров предлагал открыть филиал и в Перми (свою трудовую деятельность он начинал в г. Лысьва Пермской области). Но не сложилось, и филиал открылся в Екатеринбурге. Конечно, и у нас жизнь не стоит на месте: в крае используются новейшие технологии в лечении глазных заболеваний. Однако пациентов со сложной витреоретинальной и детской врожденной патологией, а также для органосохранного лечения при онкозаболеваниях мы вынуждены отправлять в федеральные центры.

— Вы ставите перед собой задачу со временем обрести «независимость» от соседей?

— Мы очень на это надеемся и ставим такие задачи, но, к сожалению, развитие происходит не так быстро, как нам бы хотелось. После ремонта заработало детское отделение, его оснащение соответствует современному уровню. Развиваем и совершенствуем технологии лечения витреоретинальной патологии, особенно при тяжелых травмах. Что касается офтальмоонкологии, мы пока не планируем развивать это направление, так как больных все-таки не так много.

— Расскажите, пожалуйста, чем живет сегодня Ваша кафедра, какими силами Вы готовите молодое поколение докторов?

— На сегодняшний день из постоянных сотрудников на кафедре трудятся два профессора (заведующая кафедрой и Субботина Ирина Николаевна), один доцент (Другов Александр Валентинович), а также совместители — профессор и два ассистента. Сотрудников мало, но работа ведется по всем направлениям: проводим занятия со студентами всех факультетов (лечебный, педиатрический, медико-профилактический и стоматологический), активно работает СНО; на кафедре обучаются интерны и ординаторы, аспиранты. Два раза в год проводятся сертификационные циклы повышения квалификации для врачей города и края. Ежегодно мы обучаем от 12 до 17 интернов, от 5 до 8 ординаторов, включая иностранных граждан из Сирии, Марокко, ближнего зарубежья. В данный момент на кафедре проходят обучение 2 аспиранта: 1 — заочно, 1 — очно. Выпускники в основном остаются работать на территории края, хотя некоторые уезжают в другие регионы: Ханты-Мансийск, Екатеринбург, Казань, а также в Москву и Санкт-Петербург. Особенно приятно, что в последние годы увеличилось число интернов — «целевиков», поскольку в лечебных учреждениях края есть свободные ставки офтальмологов. Несколько лет назад администрацией Медакадемии совместно с региональным Министерством здравоохранения было принято решение, которое касается студентов по целевому набору, а также интернов и ординаторов. После обучения молодые специалисты возвращаются туда, откуда они приехали на учебу, для них работает программа по оказанию помощи молодым специалистам.

— В детстве вопрос с выбором профессии для Вас, очевидно, не стоял? В семье, где родители — врачи, выбор медицины должен быть вполне очевидным.

— Вы знаете, в детстве я мечтала быть вагоновожатой, водить трамваи или троллейбусы. Мне очень нравилось наблюдать, как в микрофон водитель объявляет остановки. В нашей школе было радио, и я была его ведущей. Сбылась моя мечта — я говорила в микрофон, передавала школьные новости и объявления, и меня слышала вся школа. А позже, конечно, выбор и не стоял: в старших классах я твердо решила, что буду поступать в медицинский институт. Дома часто говорили на медицинские темы, бабушки и дедушка по маминой линии — медицинские работники, со стороны папы бабушка была подполковником медицинской службы. Мама, Маргарита Владимировна Черешнева, тогда из практического здравоохранения перешла работать на кафедру глазных болезней, папа, Валерий Александрович Черешнев, был доцентом кафедры патофизиологии. Уже будучи студенткой, я долгое время хотела стать гинекологом, как бабушка. Выбор студентами будущей специальности я связываю, прежде всего, с умением преподавателей привить любовь к той или иной врачебной профессии. На 4-м курсе офтальмологию у нас вела моя мама. Никакого давления с ее стороны на мой выбор я не ощущала, но она так провела цикл офтальмологии для нашей группы, что вопрос о моей будущей специальности был решен. Я поняла, что офтальмология — лучшая специальность, и эта убежденность не покидает меня до сегодняшнего дня. Когда 1 сентября к нам приходит молодой отряд интернов и ординаторов, на утренней «линейке», представляя молодежь докторам клиники, я всегда говорю ребятам одни и те же слова: «Сегодня вы пришли в офтальмологию, поздравляю вас с этим выбором, потому что лучше, чем офтальмология, специальности в медицине нет».

— Кроме Вас, многих ли студентов сумела привлечь в офтальмологию Маргарита Владимировна?

— Многие мои друзья-офтальмологи (с кем-то я училась в интернатуре, в ординатуре) уже после учебы признавались мне, что пришли в офтальмологию благодаря Маргарите Владимировне, которая долгие годы руководила студенческим научным кружком. Поскольку она человек очень увлеченный, ответственный, каждое заседание кружка, каждый минидоклад в рамках студенческой программы готовился так, будто это была защита диссертации. Благодаря серьезному научному подходу к процессу учебы люди сделали свой выбор в пользу именно этой специальности. Я очень хорошо помню день окончания ординатуры, выпускной вечер, когда в присутствии врачей, сотрудников кафедры, профессоров я сказала, что благодарю своего учителя в офтальмологии, которым была и остается моя мама.

— Мама, вне всякого сомнения, может гордиться своей ученицей…

— Что тут скажешь? Думаю, ей приятно, что у нее есть преемники ее дела. К сожалению, мои дети — ни сын, ни дочь — в медицину не пошли: сын выбрал экономику, дочь учится на математическом факультете. Я пыталась увлечь и заинтересовать ее медициной: в детстве мы играли в «больницу», лечили кукол, изучали строение клеток под микроскопом. Но не получилось. Однако я не переживаю по этому поводу, для меня гораздо важнее, чтобы дети занимались любимым делом. В настоящее время математики работают на стыке разных специальностей, в том числе биологии и медицины, и может быть дочь еще поработает и в этой области.

— Было ли Вам сложнее учиться, когда преподаватель — Ваша мама? Или Вам, как отличнице, было все равно, кто перед Вами — мама или другой преподаватель?

— Училась я всегда с удовольствием. Когда я пришла в интернатуру, чувствовала ответственность не столько перед мамой, сколько перед другими преподавателями, врачами, старшими товарищами, потому что все знали, что я — дочь Черешневой, ассистента кафедры. Подвести ее я никак не могла и старалась быть не хуже своих сверстников. А группа у нас была просто замечательная, со многими бывшими интернами мы продолжаем дружить, сегодня они присутствовали на конференции.

— Не возникало ли у Вас желания учиться в Москве или Ленинграде? Возможность такая у Вас, очевидно, была?

— Вы знаете, я часто об этом думаю в последнее время, хотя раньше подобные мысли мне и в голову не могли прийти. В детстве я была очень домашней, и желания уехать из Перми никогда не возникало. Сейчас, когда мои дети местом учебы избрали Москву, все больше убеждаюсь в правильности своего решения. Огромный город — Москва или Санкт-Петербург — не моя стихия. Я должна жить там, где живут мои родственники, друзья. Хотя загадывать — дело не благодарное. С другой стороны, Пермский медицинский университет дает достойное образование, и уезжать в другой город тогда не имело смысла.

— Татьяна Валерьевна, у меня складывается впечатление, возможно, оно ошибочно, что по уровню подготовки врачей, в частности, офтальмологов, не существует разницы между ВУЗами Москвы, Санкт-Петербурга — с одной стороны и региональными университетами — с другой. Своими научными офтальмологическими школами славятся Самара, Чебоксары, Казань, Астрахань, Ярославль, Челябинск, другие города. Тем не менее многие рвутся в Москву, в Москву… Как Вы думаете, почему?

— Сегодня эта тенденция сложилась не только в медицине. На мой взгляд, Москва дает больше возможностей для дальнейшего продвижения. Каждый год после окончания учебы один, два интерна обязательно уезжают в Москву или Санкт-Петербург. Как мне кажется, им хочется получить не лучшую подготовку, а большие перспективы в жизни. Учебные программы везде одинаковые, более того, в Москве меньше возможностей в плане практической подготовки. У нас ординаторы уже на втором году оперируют катаракту, в Москве с этим сложнее. Широкая география докладов на нашей конференции наглядно демонстрирует, что прогресс в медицине развивается не только благодаря столице.

— Если помните, в прошлом существовала система распределения. Как Вы считаете, она себя оправдывала?

— Я считаю, такая практика имеет право на существование и сейчас. Более того, система распределения у нас неплохо работает. Речь идет о «целевом направлении», о котором я упомянула чуть раньше.

— Не могли бы Вы подробнее на этом остановиться?

— Дело в том, что в недалеком прошлом сложилась ситуация, когда районные центры были фактически лишены офтальмологической помощи. Когда мы видим запущенные случаи, понимаем, насколько необходимо обеспечить доступность врачебной помощи. Это — одна из главнейших задач. Благодаря усилиям нашего ректора Министерство здравоохранения каждый год при приеме в медуниверситет выделяет примерно 40% мест абитуриентам по целевому направлению. Студенты, обучающиеся по этой программе, после окончания ВУЗа обязаны вернуться в свой регион. В конце 6-го курса ребятам предлагаются несколько специальностей на выбор. После окончания интернатуры по договору молодые специалисты обязаны отработать на местах от 3-х до 5-ти лет. Сейчас в Пермском крае молодым специалистам оказывается вполне осязаемая помощь: подъемные, возможность в дальнейшем приобрести жилье и т.д. Мы считаем, что это правильно. Программа работает последние три, четыре года и вполне себя оправдывает. Другой, не менее важной причиной ее внедрения, стало то, что в Пермский медицинский университет по причине высокого уровня подготовки поступает много абитуриентов с высокими баллами из соседних регионов: Свердловской, Тюменской областей, Татарстана, Башкирии. С одной стороны, это нормально. Но после окончания университета они возвращаются домой. Мы осознали, что фактически занимаемся подготовкой кадров для других регионов. Поэтому и пришлось возродить (немного в измененном варианте) систему распределения. Каждый год количество учащихся по программе целевого назначения растет. В этом году у нас на кафедре учатся замечательные ребята, занимаются исследовательской работой, и мы бы с радостью их взяли в ординатуру, но они — «целевики» и после окончания учебы отправятся в свои районы, при этом с гордостью заявляют, что с удовольствием будут работать в «глубинке». И это очень радует.

— Татьяна Валерьевна, кто Вы больше на сегодняшний день — хирург или преподаватель?

— Конечно, сегодня я — больше преподаватель. После окончания ординатуры я пришла на работу в глазное отделение городской клинической больницы № 2, которым заведует главный внештатный офтальмолог г. Перми Николай Александрович Собянин. Там в свое время работала моя мама, и всех врачей я знала с самого детства. В отделении царила особенная атмосфера доброжелательности, уважения. Об этом времени у меня остались самые приятные воспоминания. В больнице я проработала 8 лет, делала все виды офтальмологических операций. Потом перешла на кафедру. Сейчас в штате только 3 постоянных сотрудника (когда я была студенткой, на кафедре работали 9 человек). При этом объем работы большой, включает преподавательскую, организационно-методическую деятельность, готовится большое количество программ для студентов. Дважды в год проводим сертификационные циклы для врачей; ежеквартально готовлю заседания Пермского отделения Общества офтальмологов России, являясь его председателем. Так что на хирургию, к сожалению, времени остается мало, сейчас я оперирую в основном только ультразвуковую факоэмульсификацию катаракты. Но что делать — это другой этап жизни.

— Помните свою первую операцию?

— Конечно, хорошо помню, она была на первом году ординатуры — экстракапсулярная экстракция катаракты, и ассистировала мне врач Галина Никитична Лозовая. Операция прошла успешно. Очень важно, когда на первых порах тебя поддерживают и не дают разочароваться в хирургии.

— Когда пришло осознание того, что Вы стали хирургом?

— Наверное, через год работы в стационаре. В ординатуре, на кафедре, тебе в любой момент могли прийти на помощь, когда же я пришла в отделение больницы, сразу началась самостоятельная работа, необходимо было самой решать множество задач — и по лечению больных, и по проведению операций. Постепенно накапливался опыт, а с ним появлялась уверенность в своих силах и уходила боязнь переступить порог операционной. Я благодарна всем докторам глазного отделения городской клинической больницы № 2, которые меня поддерживали, когда я пришла молодым, неопытным врачом. Сейчас я являюсь консультантом этого отделения, часто общаюсь с моими бывшими наставниками и чрезвычайно рада, что пути наши не разошлись.

— Вы довольны тем, как оснащены офтальмологические отделения краевой больницы, где Вы работаете?

— Постоянно мечтаешь иметь больше. Хотим обновить имеющееся оборудование — купить современный витреотом, более современное диагностическое оборудование для глаукомного центра. Нам есть, куда расти, но кризис, к сожалению, нарушил наши планы, так что пока приходится обходиться тем, что имеем.

— Как Вы считаете, частные клиники оказывают ощутимую помощь в снижении нагрузки в госучреждениях?

— В Перми есть три частные хирургические клиники. Они взяли на себя определенный объем операций, но в основном это неосложненные катаракты, не рефрактерная глаукома. Так что очередь на операции пока довольно существенная, и самые сложные вмешательства проводятся хирургами краевой больницы. На этих докторах лежит огромная нагрузка, и я хочу выразить им глубокую признательность за их труд.

— Принято считать, что если очередь на операцию меньше, чем один год, ситуация благополучная.

— Наше министерство считает по-другому, хотя у нас, в краевой клинике (мы обслуживаем население края и города), время ожидания операции значительно меньше — 4-6 месяцев. Работа по сокращению времени ведется серьезная, однако уменьшение очереди происходит за счет увеличения нагрузки на врачей. А в стационарах Перми, в которых лечатся жители города, очередей практически нет, помощь для пациентов вполне доступна.

— Татьяна Валерьевна, как Вы проводите свое свободное время?

— При первой же возможности мы с мужем и детьми, когда они с нами, едем на дачу. Дом стоит в сосновом лесу, на берегу реки Камы. Только там мы можем отдохнуть, отвлечься от работы. Зимой катаемся на лыжах. Летом — грибы, ягоды, которые растут прямо на участке. Ну и, конечно, огород — разводим цветы, овощи. Вот только жаль, что свободное время выпадает не часто.

— Благодарю Вас за беседу!

Интервью подготовил
Сергей Тумар

Современные технологии лечения витреоретинальной патологии

XIII Научно-практическая конференция

19-20 марта 2015 года, Москва

Организаторы конференции: Министерство здравоохранения РФ, Общество офтальмологов России, ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

По данным оргкомитета в конференции приняли участие около 800 врачей из 10 стран мира.

Двухдневная программа была предельно насыщенной.

Заседание «Диагностика витреоретинальной патологии» возглавили профессора В.С. Акопян (Москва), М.М. Бикбов (Уфа), А.А. Шпак (Москва).

Доклад профессора А.А. Шпака (Москва) «Новая номенклатура оптической когерентной томографии (ОКТ) и новая классификация патологии витреомакулярного интерфейса на базе ОКТ» вызвала огромный интерес у аудитории. В своем выступлении докладчик представил новую номенклатуру ОКТ, рассказал о происхождении терминов, остановился на причинах создания новой классификации. Новая номенклатура ОКТ максимально приближена к гистологической структуре органа зрения и обеспечивает наиболее правильное понимание наблюдающихся изменений. Новая классификация патологии витреомакулярного интерфейса является объективной и простой схемой, обеспечивающей единообразие не только в терминологии, но и в прогнозировании исходов хирургического лечения. Определение структурных и функциональных показателей, наиболее информативных в прогнозировании анатомического эффекта хирургического лечения ИМР — основная цель исследования, проведенного группой авторов из ФБГУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова».

Начало конференции было омрачено сообщением о смерти выдающегося офтальмолога, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, заведующей отделом хирургии глаукомы ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Элеоноры Валентиновны Егоровой. В траурной церемонии приняли участие академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор М.М. Бикбов, профессор А.М. Чухраёв, профессор Б.Э. Малюгин, профессор В.Д. Захаров, профессор Н.С. Ходжаев. Выступающие поделились личными воспоминаниями о профессоре Э.В. Егоровой. Прозвучало много искренних слов в адрес Элеоноры Валентиновны, человека большой творческой энергии, талантливого, увлеченного ученого, которая достигла в профессии подлинных вершин мастерства. Элеонора Валентиновна Егорова — настоящий гражданин и патриот своей страны, честный, обладающий огромным внутренним достоинством человек, которому верили и которую безгранично уважали. Участники конференции почтили минутой молчания память профессора Э.В. Егоровой.

Элеонора Валентиновна Егорова никогда не скрывала, что ей очень нравится наша газета. При каждом удобном случае она повторяла, что читает «Поле зрения» от корки до корки и ждет с нетерпением выхода свежего номера.

В 2013 году в канун своего юбилея Элеонора Валентиновна дала нам интервью «Аксиома счастья профессора Элеоноры Егоровой» *(читайте интервью с профессором Элеонорой Валентиновной Егоровой в «Поле зрения» №2, 2013, стр. 18-21)*. Она очень волновалась до и после встречи. Говорила, что коллеги из МНТК критиковали ее за то, что она раскрыла нам свою душу. Боялась, что нарушила корпоративную этику.

Я ее успокаивала, говорила, что интервью получилось честным, открытым и интересным, что редакция «Поле зрения» во главе с главным редактором, академиком РАН С.Э. Аветисовым высоко оценили искренность Элеоноры Валентиновны, что ее желание дать интервью «Полю зрения» не имеет ничего общего с корпоративной солидарностью. Мы обе надеялись, что материал будет опубликован на сайте МНТК в рубрике «Пресса о нас», но не дождались. Почему? Для меня этот вопрос скорее риторический, поэтому оставим ответ за скобками.

Но, справедливости ради, отмечу, что отзывы из МНТК были. Звонил в редакцию и делился своими впечатлениями В.П. Кордаш, профессор А.М. Чухраёв назвал интервью «интеллигентным и искренним». Я рассказала об этом Элеоноре Валентиновне, и она успокоилась.

В заключение хочется процитировать слова из одного стихотворения Полины Крутихиной: «Не бойтесь говорить хороших слов! Ведь вам самим приятно их услышать. Но мало стало нынче смельчаков. Способных из себя их все же выжать. Не бойтесь говорить хороших слов! Они не могут ни к чему вас обязать... Жизнь коротка…»

Группа авторов из Иркутского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» в своем исследовании выявили ключевые классификационные маркеры ишемии сетчатки у пациентов с окклюзией ретинальных вен, изучили их роль в прогнозе заболевания и эффективности лечения. И.В. Злобин (Иркутск) в докладе дал анализ полученных данных, которые позволили выделить наиболее значимые критерии ишемии сетчатки: зоны неперфузии макулярной области и данные ЭРГ — амплитуды b-волны и осцилляторных потенциалов. Для прогнозирования функционального эффекта лечения всем пациентам с площадью неперфузии сетчатки >1 квадранта рекомендована оценка ЭРГ, особенно осцилляторных потенциалов. А.Н. Злобина (Иркутск) в своем выступлении представила диагностические критерии клинических форм ЦСХР, на основе которых докладчик с соавторами расширили и оптимизировали классификацию с определением факторов риска и прогноза заболевания.

Т.Б. Шаимов (Челябинск) рассмотрел сравнительные аспекты ОКТ ангиографии, ФАГ и ангиографии с индоцианином зеленым в диагностике неоваскуляризации при возрастной макулярной дегенерации. ОКТ ангиографии позволяет: с высокой точностью определить послойную локализацию новообразованных сосудов при неоваскулярных формах возрастной макулярной дегенерации; верифицировать атипичные формы неоваскуляризации; измерять площадь неоваскулярной сосудистой сети, определять активность сосудистых сетей, оценивать результативность лечения. Отсутствие инвазивности обеспечивает безопасность и возможность многократного исследования.

А.Л. Ярмухаметова (Уфа) с группой авторов провела анализ основных морфофункциональных показателей сетчатки при диабетическом макулярном отеке на фоне антиангиогенной терапии. В результате лечения пациентов с диабетическим макулярным отеком блокаторами ангиогенеза наблюдалось воздействие препарата преимущественно на внутренние слои сетчатки, что приводит к нивелированию ее общей толщины. Было выявлено положительное воздействие препарата на остроту зрения, плотность макулярного пигмента и световую чувствительность центральной зоны сетчатки. Данная терапия, как считают авторы, оказывает положительное влияние на макулярный интерфейс и на функциональные показатели сетчатки при диабетическом макулярном отеке, что подтверждает ее эффективность.

Для повышения эффективности лечения и динамического контроля пациентов с окклюзионными процессами вен сетчатки, целесообразным, по мнению Р.Р. Файзрахманова (Уфа) с соавторами, является применение микропериметрии и ОКТ. Тромбоз центральной вены сетчатки сопровождается значительным снижением зрительных функций, «заинтересованностью» всех слоев сетчатки. Интравитреальное введение ранибизумаба (срок наблюдения — 1 месяц) способствует выраженной положительной динамике показателей светочувствительности сетчатки при незначительном повышении остроты зрения пациентов.

М.В. Пшеничнов (Хабаровск) сообщил, что в Хабаровском филиале «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» ежегодно выполняется около 1000 лазерных и витреоретинальных операций по поводу диффузного макулярного отека (ДМО). После завершения этапного лечения пациенты наблюдаются по месту жительства, их дальнейшая судьба, как правило, неизвестна. Целью работы, проведенной группой авторов, явилось проспективное исследование риска сосудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом II типа в отдаленные сроки после лечения диабетического диффузного макулярного отека. Исследования показали, что у 37% пациентов с двухсторонним диффузным ДМО в течение 3-х лет после лечения произошли острые нарушения кровообращения в сосудах головного мозга, у 15% пациентов — в коронарных сосудах. Наличие диффузного отека у больных с сахарным диабетом II типа может являться предвестником развития тяжелых васкулярных осложнений. Наиболее частыми являются острые нарушения мозгового кровообращения.

Т.А. Аванесова (Москва) с группой авторов изучила особенности кровообращения заднего отдела глаза у пациентов после эндовитреального лечения отслойки сетчатки и пришла к выводу, что флюоресцентная ангиография является ценным способом диагностики и визуализации нарушений кровообращения в заднем отделе глаза после эндовитреального лечения РОС; хирургическое лечение РОС вне зависимости от тампонирующего вещества может усугубить гиперфункцию задних цилиарных артерий и привести к развитию сосудистой оптической нейропатии; силиконовая тампонада по сравнению с газовоздушной достоверно негативно влияет на ретинальный и хориоидальный кровоток.

Заседание «Хирургия макулярной патологии» открыл профессор Cesare Forlini (Италия). Его доклад был посвящен использованию тяжелого силикона для интравитреальной тампонады. Были перечислены показания и продемонстрирована хирургическая тактика. Я. В. Байбородов (Санкт-Петербург) представил анатомические и функциональные результаты применения различных вариантов техники хирургического закрытия макулярных разрывов. Актуальная концепция была представлена автором доклада как нечто больше, чем просто выводы. Излагаю в том виде и в той последовательности, в какой автор представил собственную концепцию аудитории. «Сегодня у нас есть уже нечто больше, чем просто закрытие макулярного разрыва — мы достигаем анатомической реконструкции фовеолы. 1. Отказ от окрашивания ВМП — интеграция приемов визуализации; 2. Зеленый свет — низкая фототоксичность; 3. Низкая яркость светового потока — защита сетчатки; 4. Минимальный диаметр удаления ВМП — сохранение нервных клеток; 5. Полное сближение краев разрыва — высокая острота зрения; 6. Трехэтапный метод закрытия больших разрывов — реконструкция фовеолы. Любой макулярный разрыв можно закрыть интраоперационно с помощью деликатных, но вполне реальных манипуляций».

Во время траурной церемонии. Профессор В.Д. Захаров, профессор А.М. Чухраёв

Во время траурной церемонии. Академик РАН А.Ф. Бровкина, профессор Н.С. Ходжаев

Профессор А.В. Большунов (Москва), профессор Ю.А. Иванишко (Ростов-на-Дону), профессор А.Д. Семенов (Москва), профессор Чонг А. (Англия)

Профессор М.М. Бикбов (Уфа), профессор А.А. Шпак (Москва), профессор В.С. Акопян (Москва)

Д.Г. Арсютов (Чебоксары) представил хирургическую тактику при лечении больших и гигантских макулярных разрывов диаметром более 700 мкм, которая заключается в технике сближения краев разрыва с последующим заполнением дефекта венозной аутокровью на пониженном внутриглазном давлении. Профессор Ю.А. Белый (Калуга) предложил новый подход к хирургии больших идиопатических макулярных разрывов. Предлагаемая методика позволяет: под контролем формировать ВПМ необходимых размеров для закрытия разрывов; закрыть макулярные разрывы любого размера; добиться плотной адгезии фрагмента ВПМ с сетчаткой с отсутствием риска его репозиции; сохранить вновь сформированные точки фиксации. Докладчик считает, что необходимо проведение дальнейших исследований для достоверной эффективности разработанного метода.

Д.О. Шкворченко (Москва) представил технику хирургического лечения эпиретинального фиброза, осложненного псевдоразрывом. Докладчик привел критерии эффективности оперативного лечения: функциональные — исчезновение либо уменьшение метаморфопсий, повышение остроты зрения на 10% и более, восстановление способности к чтению; анатомические — нормализация макулярного контура, отсутствие тракций сетчатки. Хирургическое лечение эффективно во всех группах и показано при проявлении жалоб. При лечении ламеллярных разрывов с ретиношизисом предпочтительна воздушная тампонада, так как она способствует более быстрому восстановлению макулярного интерфейса. Удаление эпиретинальной и внутренней пограничной мембран при лечении ламеллярных разрывов с ретиношизисом необходимо выполнять техникой «от аркад к фовеоле», чтобы предотвратить интраоперационное увеличение зоны ретиношизиса. В большинстве случаев удаление ЭРМ и ВПМ происходит одним блоком, что подтверждается послойной хромографией и говорит о возможном фиброзном изменении ВПМ при данном типе патологии, что и характеризует морфологические изменения макулярного контура.

С.В. Сдобникова (Москва) представила доклад «Место витрэктомии в лечении макулярного отека, не осложненного тракционным синдромом». На сегодняшний день имеется множество публикаций, посвященных как интраокулярным, так и системным осложнениям после ИВИ анти-VEGF препаратов: острые системные сосудистые нарушения, острое поражение почек, желудочно-кишечные кровотечения, эректильная дисфункция, глазной ишемический синдром, головная боль, анемия, вирусные инфекции, психические расстройства. VEGF является важнейшим нейромодулятором, оказывая нейропротекторное действие на нейроны головного мозга и периферической нервной системы. Хроническое ингибирование экспрессии VEGF приводит к значительным потерям нейронов сетчатки в эксперименте. Первым методом выбора лечения фокального и диффузного диабетического МО является лазеркоагуляция сетчатки: фокальная или в виде решетки. Интравитреальное введение стероидов и ингибиторов ангиогенеза дает нестойкий эффект, имеет специфические системные и местные осложнения, требуют многократного воздействия. Преимуществом витрэктомии при лечении макулярных отеков различной этиологии с применением пиллинга внутренней пограничной мембраны является стойкий эффект, который сохраняется в течение многих лет, риск системных осложнений является минимальным. Использование современных технологий бесшовной хирургии малого калибра (25, 27G) позволило сократить время операций до 20 минут и не требует общей анестезии. Основной задачей является выявление оптимальных комбинаций существующих методов лечения макулярного отека и вариантов их преемственности.

Заседание «Инновации в витреоретинальной хирургии» прошло под председательством профессора Э.В. Бойко (Санкт-Петербург), профессора Г.Е. Столяренко, профессора М.М. Шишкина, к.м.н. Д.О. Шкворченко, к.м.н. А.В. Малофеева (Краснодар), д.м.н. В.Н. Казайкина (Екатеринбург), А.Ю. Худякова (Хабаровск), А.Г. Югая (Москва).

Г.В. Братко (Новосибирск) представила результаты он-лайн опроса о практике применения anti-VEGF терапии в России. Данный формат опроса может служить альтернативой экспертным советам с возможностью дистанционного вовлечения большего числа экспертов вне зависимости от их географического положения. Полученные результаты опроса могут быть полезны для формирования тематик дальнейших дискуссий.

Профессор И.Е. Панова (Челябинск) обсудила вопросы комплаенса и тахифилаксии при лечении неоваскулярной формы возрастной макулярной дистрофии. Докладчик представила эволюцию подходов к лечению неоваскулярной ВМД, рассмотрела способы индивидуального лечения пациентов с «влажной» ВМД, перечислила факторы низкого комплаенса, связанные как с пациентами, так и с системой здравоохранения. Далее были названы причины тахифилаксии и даны рекомендации по применению препаратов.

Д.Б. Бабаева (Москва) рассказала об особенностях клиники и результатах лечения пролиферативной диабетической ретинопатии с витреопапиллярным тракционным компонентом. У пациентов с ПДР и клиническими проявлениями ВПТС прогноз на восстановление центрального зрения после ВРХ хуже, чем у пациентов с ПДР без признаков ВПТС. Причиной более низких зрительных функций у данной категории пациентов после успешной ВРХ могут быть дистрофические явления папилломакулярного пучка или повреждения фовеа вследствие тракций. Кинетическая эхография позволяет своевременно определить наличие изменений по ходу лентикопапиллярного канала, в том числе и при непрозрачных оптических средах.

А.В. Малофеев (Краснодар) рассказал об опыте хирургического лечения пациентов с проникающими ранениями с инородным телом в полости глаза. Докладчик считает, что реконструктивные, витреоретинальные операции при травматических повреждениях с инородным телом в полости глаза нельзя уложить в схемы. Это — «творческие операции», и решение принимает хирург индивидуально и часто в условиях операционной.

А.А. Рапопорт (Екатеринбург) привел собственные результаты хирургического лечения отслойки сетчатки, возникшей на фоне ЦМВ-ретинита у ВИЧ-инфицированных больных. Хирургическая техника — трехпортовая витрэктомия с тампонадой силиконовым маслом — является эффективным методом лечения.

Параллельно с мероприятиями, которые проходили в главном корпусе комплекса, прошли заседания в конференц-зале поликлиники. Утреннее заседание, посвященное проблемам офтальмоонкологии, открыл д.м.н. А.А. Яровой (Москва). Он прочел мемориальную лекцию, приуроченную к 85-летию со дня рождения профессора Л.Ф. Линника. Докладчик рассказал о вкладе

Академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва)

Профессор А.А. Шпак (Москва)

К.м.н. Д.О. Шкворченко

Профессор И.Е. Панова, профессор М.М. Шишкин (Москва)

Во время дискуссии

профессора Леонида Феодосьевича Линника в решение проблемы органосохраняющего лечения внутриглазных опухолей. В работе приняли участие ведущие специалисты офтальмоонкологи: академик РАН А.Ф. Бровкина (Москва), профессор С.В. Саакян (Москва), И.Е. Панова (Челябинск), М.М. Шишкин (Москва). Во время заседания широко обсуждались проблемы, связанные с лечением меланомы хориоидеи, а также вопросы диагностики и лечения ретинобластомы у детей.

На дневном заседании специалисты обсудили современные аспекты витреальной и лазерной хирургии ретинопатии недоношенных.

Заседание второго дня конференции «Лазерная хирургия в лечении патологии сетчатки» проходило в переполненном зале. Президиум возглавили известные специалисты-лазерщики: профессор Чонг В. (Англия), профессор А.В. Большунов, профессор Ю.А. Иванишко, профессор А.Д. Семенов.

Профессор Чонг В. (Англия) выступил с докладом «Желтый микроимпульсный лазер в лечении диабетического макулярного отека».

К.А. Кузьмин (Москва) представил методику формирования эпиретинальной модели субретинальной неоваскулярной мембраны (СНМ) у животных. Цель работы группы исследователей — разработать в эксперименте модель СНМ на глазном дне кроликов. Изучить ангиографические и морфологические особенности сформировавшихся СНМ в различные сроки развития.

Эффективность лазерной коагуляции при лечении ДМ подтверждена в ходе многоцентрового рандомизированного исследования Earle Treatment Diabetic Retinopathy Study, и в настоящее время лазеркоагуляция по методике модифицированной «решетки» является стандартом лечения ДМО. Вместе с тем применение надпороговой лазеркоагуляции сопряжено с развитием посткоагуляционной атрофии оболочек глазного дна и снижением чувствительности сетчатки. С докладом «Сравнительная эффективность диодного лазера (0,8 мкм) в режимах лазеркоагуляции и микрофотокоагуляции при равноэнергетических параметрах воздействия в лечении диабетического макулярного отека» от группы авторов выступила Т.В. Кацур (Санкт-Петербург). По мнению автора доклада, применение околосубпороговых уровней излучения диодного (0,8 мкм) лазера приводит к уменьшению отека сетчатки при ДМО. Преимущественно субпороговый характер воздействия лазера позволяет увеличить полезную площадь обработанной сетчатки, увеличивая количество лазерных аппликаций (при необходимости до 1000 и более за сеанс лечения) без угрозы возникновения посткоагуляционной атрофии оболочек глазного дна.

Группа авторов из Волгограда — Л.Н. Борискина, Ю.Ю. Хзарджан, О.Ш. Шарифова — провели исследование с целью оценки эффективности субпороговой микроимпульсной лазеркоагуляции мягких друз с помощью цифровой сканирующей офтальмоскопии. Данный метод является эффективным в профилактике транссудативных осложнений при ВМД. Приводит к регрессу и уменьшению количества мягких друз. Отмечается стабилизация максимально корригированной остроты зрения. Наиболее эффективно раннее применение субпороговой микроимпульсной лазеркоагуляции мягких друз.

Во время сессии «живой хирургии» высокий уровень профессионализма продемонстрировали профессор В.Д. Захаров (Москва), профессор Э.В. Бойко (Санкт-Петербург), Marco Mura (Нидерланды), Carl Claes (Бельгия), к.м.н. А.В. Малафеев (Краснодар), В.В. Зотов (Чебоксары). Как и ожидалось, видеосессия по сложным и нестандартным случаям привлекла огромное внимание специалистов. Один из самых эффективных форматов конференции традиционно собирает как молодых, так и очень опытных офтальмохирургов. Победителем в номинации «За лучший видеофильм» стал профессор Ю.А. Белый (Калуга).

Иностранные участники конференции поделились опытом, идеями с коллегами из России. Профессор M. Mura (Италия) представил доклады «Искусственное зрение» и «Интраоперационная ОКТ». Профессор C. Claes (Бельгия) — «Интересные случаи и осложнения в витреоретинальной хирургии».

Памятными призами и грамотами были награждены победители интерактивной постерной сессии. Победителями конкурса стали А.Ю. Худяков и В.В. Егоров (Хабаровск) за работу «Результаты хирургического лечения субретинальной макулярной геморрагии при возрастной макулярной дегенерации».

В рамках конференции были проведены: интерактивный симпозиум «Современная стратегия и тактика лечения заболеваний сетчатки» (организатор — компания Bayer); сателлитные симпозиумы «Современные подходы к лечению патологий сетчатки с использованием субпорогового воздействия желтым лазером (577 нм)» (организатор — компания R-Optics) и «Актуальные вопросы терапии ведения пациентов с ДМО» (организатор — компания Novartis).

В течение работы конференции работала выставка медицинского оборудования и фармацевтической продукции.

Материал подготовила
Лариса Тумар
Фото Сергея Тумара

7-летний опыт работы Уфимского НИИ глазных болезней «по законченному случаю» с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан

З.Р. Марванова, Н.Е. Шевчук

Уфимский НИИ глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан

В настоящее время в нашей стране активно осуществляется этап «оптимизации» сети лечебных учреждений, способы и объемы финансирования государственной медицины. В марте 2014 г. в интервью министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой были отмечены недостаточная эффективность работы стационаров и загруженность коек, длительное пребывание пациента в стационаре и т.д.

В Республике Башкортостан Министерство здравоохранения (МЗ РБ) и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) принимают активное участие в выполнении региональной программы развития здравоохранения.

Одним из исполнителей данной программы является Уфимский НИИ глазных болезней — крупный научный и лечебно-диагностический центр, в котором сосредоточены квалифицированные кадры, современное офтальмологическое оборудование и технологии. В институте осуществляются все виды офтальмологической помощи, в т.ч. высокотехнологичной.

За последние годы внедрены самые современные технологии для лечения катаракты, заболеваний сетчатки и стекловидного тела, детской офтальмопатологии. Арсенал хирургов пополнился различными видами шунтов и дренажей для хирургического лечения глаукомы. В 2013 г. впервые среди бюджетных учреждений России в Уфимском НИИ глазных болезней проведена фемтолазерная хирургия катаракты.

Оказание медицинской помощи в Уфимском НИИ глазных болезней в рамках программы обязательного медицинского страхования является бесплатным и обеспечивает полную доступность к самым современным офтальмологическим технологиям всем жителям республики и близлежащих регионов РФ. Ежегодно около 80 тыс. человек, в т.ч. 18 тыс. детей, посещают поликлинические отделения института. Только за последние 5 лет было проконсультировано свыше 450 тыс. пациентов.

До 2014 г. финансирование лечебно-профилактических учреждений страны осуществлялось гарантировано в зависимости от нормативного количества койко-дней. При этом контролировалось не качество лечения, а количество отработанных койко-дней.

С 2014 г. все лечебно-профилактические учреждения страны были переведены на финансирование по «законченному случаю», т.е. за каждого пролеченного больного. Для большинства государственных клиник переход на новую систему финансирования оказался достаточно сложным. Но проблем переходного периода удалось избежать единственному из республиканских учреждений — Уфимскому НИИ глазных болезней.

В середине 2000-х годов в институте большая часть операций и консультаций осуществлялись на хозрасчетной основе. При хирургии катаракты, которая в большинстве случаев выполнялась экстракапсулярно, больной находился на лечении в течение 2-х недель. В стационаре преобладали пациенты с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва, получавшие консервативное лечение. Доля высокотехнологичных операций составляла небольшой процент. Невооруженным глазом было заметно отставание института от реальных потребностей, что требовало радикальных преобразований.

Это обусловило необходимость реорганизации оказания офтальмологической помощи населению республики за счет увеличения доли доступных бесплатных медицинских услуг. В конце 2005 г. в институте сформировалась новая «команда», которой пришлось менять психологию врачей института, участковых специалистов и самих пациентов. Команде удалось убедить всех, что проведение хирургии катаракты в ранние сроки способствует получению высоких зрительных результатов. С этого времени началась реорганизация клиники института, оснащение современным операционным оборудованием, повышение квалификации хирургов.

В результате переговоров с ТФОМС и МЗ РБ в 2007 г. в качестве эксперимента первым в республике Уфимский НИИ глазных болезней был переведен на финансирование «по законченному случаю».

Эксперимент сразу же дал результаты: уже в 2008 г. число факоэмульсификаций катаракты в 2,6 раза превысило таковое в 2007 г. С этого времени число прооперированных пациентов с катарактой прогрессивно увеличивалось.

Рост общего количества операций в институте (в 2007 г. — 17 тыс., в 2014 г. — более 34 тыс.) тесным образом связан с повышением процента хирургической активности, которая выросла за период 2007-2014 гг. с 53,6 % до 95,8% *(рис. 1)*.

Стабильное планомерное развитие экономической базы института на основе финансирования «по законченному случаю» позволило постоянно обновлять материально-техническую базу института и внедрять достижения офтальмологической науки в практику для хирургического лечения заболеваний роговицы, сетчатки и стекловидного тела. В 2013 г. в Уфимском НИИ глазных болезней после масштабной реконструкции были введены в эксплуатацию операционные блоки, соответствующие современным международным стандартам и оснащенные по последнему слову техники (комбинированная лазерная платформа, современные операционные микроскопы, факоэмульсификаторы и многое другое), что позволило существенно повысить качество лечения и уменьшить сроки реабилитации пациентов. Это, в свою очередь, привело к значимому увеличению оборота койки. Так, если в 2007 г. он составлял 35,7, то в 2014 г. оборот койки увеличился в 1,8 раза — до 64,7, а койко-день сократился до 4,1.

Рис. 1. Рост количества операций в круглосуточном и дневном стационарах

Приобретенный опыт работы позволил разработать систему материального стимулирования сотрудников — офтальмохирургов и среднего медицинского персонала. Оценивая материальные результаты, сотрудники института сами заинтересованы в повышении производительности труда, что способствует экономическому росту и института в целом, и каждого его сотрудника.

В качестве примера эффективной работы в новых условиях может служить хирургическое лечение катаракты, которая, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время является главной причиной слепоты в мире. Ежегодно в США и Германии выполняется 10,9 операций по удалению катаракты на 1 тыс. населения, в Японии — 10,3, в Индии — 5 операций на 1 тыс. населения. В России, по официальным данным, ежегодно производится в среднем около 2 операций на 1 тыс. населения, а нуждающихся в стране — почти 2 млн человек. Все это свидетельствует о недостаточности охвата катарактальной хирургией населения.

Согласно рекомендациям ВОЗ, целевой показатель хирургии катаракты (cataract surgical rate — CRS) должен составлять не менее 3 операций на 1 тыс. населения. В Республике Башкортостан большую часть работы по ликвидации слепоты от катаракты выполняет Институт глазных болезней: только в 2014 году проведено более 13 тыс. операций, т.е. 3,2 операции на 1 тыс. населения республики. Эти цифры соответствуют рекомендациям ВОЗ оказания хирургической помощи по предотвращению слепоты от катаракты и значительно превышают общероссийские показатели (Программа ВОЗ и Международного агентства по профилактике слепоты (IARB) — «VISION 2020»).

В настоящее время самый передовой метод хирургического лечения катаракты — факоэмульсификация. Однако если в США в последнее десятилетие доля технологии факоэмульсификации составляет 100%, то в РФ — немногим более 60%, в то время как в Институте глазных болезней — 97%. Таким образом, Республика Башкортостан, во многом благодаря Институту глазных болезней, является одним из немногочисленных регионов России, где оказание офтальмологической помощи населению при катаракте осуществляется на уровне мировых стандартов.

Рис. 2. Фемтолазерная хирургия катаракты

Рис. 3. Тренировочная операционная WETLAB

Сегодня в Уфимском НИИ глазных болезней активно проводится хирургия катаракты с использованием фемтосекундного лазера, изучаются вопросы расширения показаний к проведению этого вида операций *(рис. 2)*. Первыми в России в институте стали применять фемтосекундный лазер для хирургического лечения врожденной катаракты у детей.

Одна из важных задач — подготовка высококвалифицированных кадров. Современная учебная лаборатория WETLAB на базе института позволяет молодым специалистам осваивать современные хирургические технологии, перенимая опыт лучших специалистов в своей области *(рис. 3)*. В тренировочной операционной каждый курсант должен провести 50-100 операций, чтобы отработать хирургическую технику. Конечная цель проекта — улучшить результаты офтальмохирургии. В результате опытных хирургов станет больше, а лечение катаракты в республике станет еще более доступным.

Проведение ежегодных международных научно-практических конференций по офтальмохирургии «Восток-Запад», в которых принимают участие ведущие зарубежные специалисты, осуществляется прямая трансляция операций — «живая хирургия», круглые столы — все это способствует ознакомлению с последними достижениями офтальмологической науки, обмену опытом, а следовательно, повышению квалификации офтальмологов.

Таким образом, Уфимский НИИ глазных болезней результатами своей деятельности доказывает, что финансирование работы «по законченному случаю» является самым передовым методом и экономически выгодно для клиники. Это способствует постоянному внедрению новых технологий, повышению квалификации специалистов, что в конечном итоге выгодно и для пациента, получающего доступную высококвалифицированную офтальмологическую помощь. ■

Конъюнктивиты: дифференциальная диагностика и лечение

М.М. Бикбов, В.Б. Мальханов, А.Э. Бабушкин

ГБУ «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан»

В 2015 году издательство «Апрель» выпустило в свет монографию «Конъюнктивиты: дифференциальная диагностика и лечение».

На основании собственного многолетнего клинического опыта и анализа современных литературных данных авторы излагают вопросы этиопатогенеза, диагностики, клиники и лечения воспалительных заболеваний конъюнктивы. Монография иллюстрирована рисунками, схемами и таблицами, приведена основная библиография отечественных и зарубежных авторов.

Книга предназначена для работающих и повышающих свою квалификацию практических врачей-офтальмологов, кроме этого, она будет полезна ординаторам, аспирантам и врачам других специальностей.

Предлагаем вашему вниманию главу из книги.

Глава 3. Диагностика и лечение вирусных конъюнктивитов

3.1. Аденовирусные конъюнктивиты

В практике врача-офтальмолога наиболее часто среди всех воспалительных заболевания наружной поверхности глаза встречаются эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК) и аденовирусный конъюнктивит (АВК). При этом ЭКК характеризуется сравнительно более высокой контагиозностью и тяжестью клинического течения по сравнению с АВК. Большие потери по временной нетрудоспособности, временная или стойкая утрата зрения, высокая контагиозность и эпидемический характер вспышек АВК и ЭКК, в т.ч. в офтальмологических стационарах, определяют медико-социальную значимость аденовирусных заболеваний глаз.

Аденовирусные конъюнктивиты (АВК) чаще вызываются аденовирусами типов 3, 7 и 8 (86%) и реже – типов 4, 10, 15, 29 и 19 (6%), остальные серотипы изолировали редко – лишь у 8% больных. Наибольшая частота поражения глаз у детей приходится на аденовирус типа 7 (Schmitz H. et al., 1983). Вспышки АВК, вызванные серотипами 3, 7, 10, длились более продолжительно (до 2 лет), чем обусловленные серотипами 4 и 15 (до 1 года). Аденовирусы серотипов 3 и 7а обычно выделяются при эпидемических вспышках, серотипы 4 и 6 – в случае спорадических заболеваний. Мало распространенный аденовирус типа 16 может являться причиной фарингоконъюнктивальной лихорадки. Этиологическими агентами спорадических случаев АВК в Республике Башкортостан (Мальханов В.Б., 1985) являлись аденовирусы серотипов 1, 3, 5, 6, 7 и 10, причем преимущественно (82,9%) аденовирусы «латентной» группы (1, 5, 6).

АВК клинически протекают в виде катаральной, фолликулярной или пленчатой формы. Это заболевание, как правило, начинается остро, обычно на одном глазу (40%), через 24-72 часа заболевает второй глаз (60-100%), но, как правило, с менее выраженными симптомами. Поражение верхних дыхательных путей у больных с АВК отмечается в 72-97% случаев. У детей одновременно с конъюнктивитом при инфекции, вызванной аденовирусом типа 7, наблюдают преимущественно лимфоаденопатию, а типа 2 – ларинготрахеит и бронхит. Распространение АВК в стационарах происходит при контактной тонометрии, через глазные капли, предметы больничной обстановки.

Больные с АВК предъявляют жалобы на отделяемое из конъюнктивальной полости, отек век, ощущение инородного тела за веками, слезотечение и светобоязнь, покраснение глаз и нередко зуд. Частота обнаружения отдельных клинических симптомов представлена в *табл. 3*.

Вспышки АВК в отдельные годы могут отличаться между собой остротой и длительностью течения заболевания, частотой отдельных симптомов, характером поражения роговицы. В частности, это касается пленчатых форм заболевания, субконъюнктивальных кровоизлияний и образования сосочков, изъязвления роговицы.

При спорадических случаях АВК, в отличие от вспышек, как правило, отсутствуют пленки на конъюнктиве, дакриоаденит, новообразованные капилляры конъюнктивы, но значительно чаще имеется папиллярная гиперплазия верхнего века. Достаточно редко наблюдается аденопатия предушных лимфоузлов (2%) и рубцевание конъюнктивы в исходе заболевания (0,7%). Фолликулы чаще всего располагаются на конъюнктиве нижнего века (27-52%), реже – переходной складки (12%) и очень редко бывают слившимися (2%).

Таблица 3

Частота клинических симптомов АВК при вспышках и спорадических случаях (%)

Клинические симптомы АВК		Вспышки	Спорадические случаи
Конъюнктива	гиперемия конъюнктивы: – век; – глазного яблока	 100 –	 88-91 15-25
	кровоизлияния	62-64	9-15
	инфильтрация	38	60-74
	хемоз	5	–
	единичные фолликулы	66-24	27-52
	сосочки	5-17	34-46
	новообразованные капилляры	28	–
Дакриоаденит		8	–
Роговица	снижение чувствительности	3-15	–
	инфильтрация	5-8	–
	отек и эрозия	10	6-12
	инфильтраты: – эпителиальные; – субэпителиальные	 13-23 –	 36-42 7-9

В течении АВК, осложненного кератитом, выделяют 4 стадии (Каспарова Е.А., 2001). Первая стадия характеризуется отеком век, гиперемией конъюнктивы, часто ее хемозом, инфильтрацией, появлением фолликулов и складчатостью нижней переходной складки, отделяемым слизистого характера (длительность 1-4 дня) *(рис. 2)*.

Для второй стадии (от 2 до 7 дней) характерно образование тонких фибриновых, некротических конъюнктивальных пленок (при отделении которых наблюдается кровотечение), точечных инфильтратов на роговице, возможное присоединение вторичной инфекции. Третья стадия включает резорбцию роговичных инфильтратов, уменьшение отека, гиперемии конъюктивы и количества фолликулов, выздоровление (7-14 дней). Четвертая стадия – период синдрома «сухого глаза», который длится от 15 до 30 дней.

Эпидемический кератоконъюнктивит (ЭКК), быстро распространяясь среди населения, ввиду большой контагиозности приносит большой экономический ущерб обществу. При этом существенно снижается объем стационарной офтальмологической помощи. Данное заболевание глаз описано еще в 1889 г. (Fuchs E., Adler), и только в 1942 г. оно получило свое настоящее название (Hogen M.J., Growford J.W., 1942).

Наиболее часто ЭКК вызывается аденовирусом типа 8. Отечественные штаммы этого серотипа аденовируса выделены В.О. Анджеловым (1964). Возбудителями ЭКК могут быть также аденовирусы серотипов 11 и 19, реже 1, 2, 3а, 7, 9, 15, 29 и 37. Наблюдались вспышки ЭКК, когда одновременно циркулировали и два возбудителя: типов 7 и 4, 7 и 2 или 8 и 19. Установлено, что аденовирус типа 19 может вызывать одновременное поражение гениталий и глаз человека (Harriet G.B., New W.A., 1981). В Республике Башкортостан основным возбудителем ЭКК являлся аденовирус типа 8. О циркуляции на территории республики другого, более редко встречающегося возбудителя ЭКК, свидетельствовало выявление антител к аденовирусу типа 19 (Казакбаев А.Г., 1989). В последние годы одной из главных этиологических причин ЭКК является аденовирус типа 37. При вспышке внутрибольничного острого ЭКК, вызванного аденовирусом данного типа, уровень выявления его ДНК на всем инструментарии и глазных каплях, несмотря на дезинфекцию инструментов и осуществление всех необходимых процедур, составлял более 80%. Следует отметить, что повторная дезинфекция не приводила к полному уничтожению вируса, а лишь снижала уровень выявления ДНК до 38% (Hamada N., 2008). Клиническое течение вспышки внутрибольничного ЭКК, обусловленного этим типом аденовируса, может протекать от бессимптомного до тяжелого. Мягкое или бессимптомное его течение является обычным явлением во время вспышки, что может осложнить эпидемиологическую обстановку (Kaneko H., 2009).

В 2005 г. в США при вспышке ЭКК был выделен аденовирус типа 53, содержащий гены типов 8, 22, 37, который в экспериментальных исследованиях на мышах вызывал воспаление роговицы (Walsh M.P., 2009). Исследование генотипа АД, вызывающих ЭКК, показало отличие между серотипами по ряду гипервариабельных участков – белков пентона, оболочек и фибрилл. Предполагают, что тропизм к тканям глаза связан с приобретением вирусом именно такого генотипа. Генотип изолята нового штамма аденовируса типа 19, вызывающего ЭКК, в последние годы стал рекомбинантом подобных типов (Kaneko H., 2004). Вероятность того, что глаз в инкубационном периоде может являться источником распространения инфекции, оказалась очень мала (Kimura R., 2009).

ЭКК является высококонтагиозным и тяжело протекающим заболеванием, способным поражать все население при вспышке и отсутствии соответствующих противоэпидемических мероприятий в глазных лечебных учреждениях, общежитиях, школах. Главным является контактный путь передачи инфекции через медицинские инструменты и приборы, лекарственные растворы, где аденовирус может длительно (до 15 дней и более) сохранять свою инфекционную активность, а также руки медицинского персонала, дверные ручки, белье и другие предметы, зараженные отделяемым из глаза больного ЭКК. Входными воротами возбудителя ЭКК служит конъюнктива глаза человека.

ЭКК наблюдается как у взрослых, так и у детей. Инкубационный период его колеблется от 4 до 12 дней (в среднем 8 дней). Как правило, острое течение заболевания сопровождается слезотечением, светобоязнью, чувством инородного тела или жжением за веками, зудом и болью в глазу. У больных ЭКК обнаруживают скудное слизистое, слизисто-гнойное или даже серозно-геморрагическое отделяемое *(рис. 3)*, отек и гиперемию конъюнктивы век, переходной складки, глазного яблока, мелкие поверхностные фолликулы, в основном на конъюнктиве хряща нижнего века и переходной складки (в 91-93% случаев). Через 5-12 дней от начала заболевания происходит поражение роговицы без какой-либо избирательности в локализации инфильтратов. Чаще роговица вовлекается в процесс у взрослых (в 60-90% случаев), реже – у детей (в 5-25%).

В течение первых 2-4 дней у 1-14% больных регистрируются конъюнктивальные точечные и петехиальные кровоизлияния (особенно часто при поражении аденовирусами типов 19 и 37 – в 42% случаев и более). В начале заболевания отмечают образование поверхностно располагающихся и легко снимающихся пленок на слизистой век: у детей – в 40-60% случаев, у взрослых – в 1-7% *(рис. 4)*.

На стороне больного глаза в 70-100% случаев обнаруживаются увеличенные регионарные лимфатические узлы (околоушные – в 10-78% случаев, подчелюстные и шейные – только в 2%). У некоторых больных (до 4%) развивается передний увеит. Нередки общие проявления заболевания в виде кратковременного повышения температуры тела, катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, диспептических расстройств, которые наблюдаются чаще у детей.

В клиническом течении ЭКК выделяют 3 основные стадии: острые конъюнктивальные проявления, поражение роговицы, выздоровление (Анджелов В.О., 1961). Явления острого конъюнктивита обычно длятся 7-16 дней, затем после небольшого периода (2-4 дня) мнимого улучшения состояния наступает период его обострения, связанный с появлением точечных подэпителиальных, не окрашивающихся флюоресцеином, инфильтратов роговицы (единичных или множественных), что нередко приводит к снижению остроты зрения. Некоторые из инфильтратов могут быть достаточно глубокими и иметь монетовидную форму *(рис. 5)*.

В течение 2 недель могут обнаруживаться также поверхностные мелкие эпителиальные инфильтраты, которые окрашиваются флюоресцеином. Как правило, к 3-4 неделе наступает регрессия инфильтратов роговицы, сопровождающаяся повышением остроты зрения. Частота развития субконъюнктивальных кровоизлияний, сосочковой и фолликулярной гиперплазии конъюнктивы, появления пленок и изъязвлений роговицы может варьировать в различные годы.

При ЭКК отмечается массивное воспаление в эпителии и строме роговицы. Так, методом прижизненной конфокальной микроскопии (HRT-II) на 1 неделе развития ЭКК в базальном слое эпителия были выявлены скопления гиперрефлективных клеток на уровне боуменовой мембраны, субэпителиальные скопления дендритных клеток, а в строме – группы гиперрефлективных клеток неправильной формы. На 2 неделе с развитием фолликулярного конъюнктивита и появлением субэпителиальных инфильтратов все еще определялись группы гиперрефлективных клеток эпителия в сочетании с лейкоцитами. В передних слоях стромы роговицы дендритные клетки образовывали запутанную сеть гиперрефлективных клеточных бляшек, собственно и представляющих собой субэпителиальные инфильтраты. Появление их на ранних этапах развития ЭКК свидетельствует о высокой степени активации иммунной системы (Dosso A.A., 2008).

Тяжесть и особенности клинического течения ЭКК могут быть связаны со способом заражения и типом аденовируса. Клиника ЭКК, вызванного аденовирусом типа 19, сходна с таковой, обусловленной типом 8, когда более выражены конъюнктивит и кератит, околоушная аденопатия, в отличие от 3 типа. Если этиологический агент – аденовирус серотипа 37, то, как правило, имеет место абортивное течение ЭКК. Геморрагии наблюдаются значительно чаще при ЭКК, связанном с аденовирусами типов 19 и 37, реже – при типе 3. При ЭКК, обусловленном аденовирусом типа 11, кератит, ирит и конъюнктивальные кровоизлияния отмечаются соответственно в 33, 9 и 6-9% случаев, околоушная аденопатия – у 40-73% больных, фолликулы – у 8% и блефароптоз – у 3%. При ЭКК, связанном с аденовирусом типа 10, часто наблюдаются отек век, хемоз и смешанная инъекция конъюнктивы глазного яблока. Заболевание протекает около 1 месяца, максимального развития его симптомы достигают на 15 день. При этом наблюдаются многочисленные точечные участки десквамации эпителия роговицы, складки и разрывы десцеметовой мембраны. Течение ЭКК осложняется дисковидным кератитом, изъязвлением роговицы, увеитом, образованием конъюнктивальных рубцов *(рис. 6)* с формированием симблефарона.

Продолжение следует

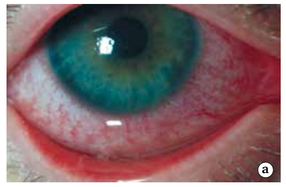


Рис. 2. Аденовирусный конъюнктивит: **А** – слизистое отделяемое, гиперемия; **Б** – инфильтрация, фолликулярная гипертрофия конъюнктивы нижнего века

Рис. 3. Эпидемический кератоконъюнктивит: гиперемия, инфильтрация, стушеванность сосудистого рисунка конъюнктивы: **А** – верхнего века; **Б** – нижнего века, серозно-геморрагическое отделяемое в конъюнктивальной полости

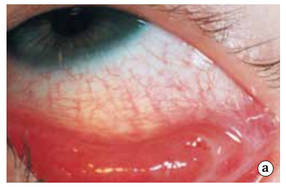
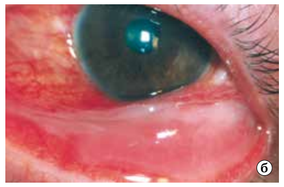



Рис. 4. Эпидемический кератоконъюнктивит: **А** – гиперемия, инфильтрация конъюнктивы нижнего века; **Б** – образование пленок

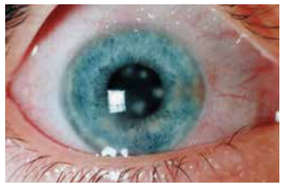
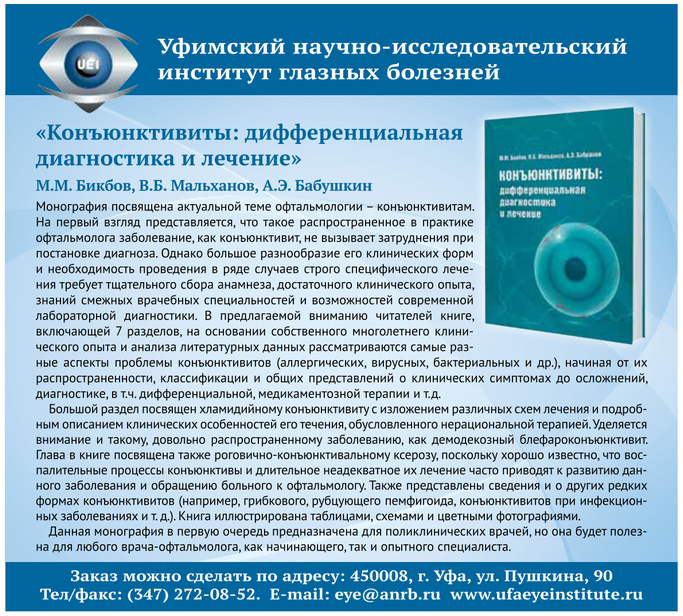


Рис. 5. Эпидемический кератоконъюнктивит. Характерные монетовидные помутнения роговицы

Рис. 6. Эпидемический кератоконъюнктивит. Формирование спаек нижнего свода конъюнктивы в исходе заболевания



Дисбаланс морфологической стабильности глаза при глаукоме и возможности его компенсации

С.Ю. Анисимова[1], С.И. Анисимов[1], Е.Н. Иомдина[2], Л.Л. Арутюнян[3], Н.Ю. Игнатьева[3], Н.С. Анисимова[4]

[1] Глазной центр «Восток-Прозрение»; [2] Институт глазных болезней им. Гельмгольца; [3] Московский государственный университет им. Ломоносова; [4] Московский государственный медико-стоматологический университет им. Евдокимова

В литературе описано множество факторов риска, которые играют существенную роль в патогенезе глаукомы. Это можно образно отобразить в виде иллюстрации к восточной сказке о слепцах, которых попросили описать слона *(рис. 1)*. Очень трудно сформулировать общую картину этого заболевания и его определяющий фактор. Можно предположить, что на роль такого фактора должен претендовать тот, который существует всегда вне зависимости от формы и типа течения глаукомы. Таким фактором, вне всякого сомнения, является нарушение биомеханики глаза уже на самых ранних стадиях. Само понятие «биомеханика глаза» собирательное и не вполне конкретное, тем не менее оно успешно используется многими исследователями. Так, в работах Quigly придается значение состоянию фиброзной оболочки в области ДЗН. Констатируется изменение ригидности склеры при глаукоме, особенно в перипапиллярной области. Механизмы изменения ригидности склеральной ткани неизвестны. Имеются единичные работы, указывающие на нарушение процессов ремодуляции в склере при глаукоме, коррелирующие с ухудшением биомеханических параметров. В то же время исследователи указывают на отсутствие методов лечения, воздействующих на улучшение биомеханики заднего отдела склеры.

Мы основываемся на гипотезе декомпенсации процессов ремодуляции при глаукоме. Механизмы регуляции процессов ремодуляции в тканях мало изучены.

Рис. 1. Факторы риска в патогенезе глаукомы

Рис. 2. Схема биомеханического баланса глаза при участии ВГД

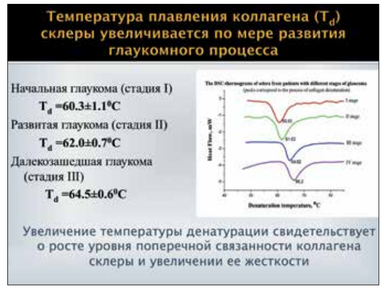


Рис. 3. Температура плавления коллагена увеличивается с развитием глаукомного процесса

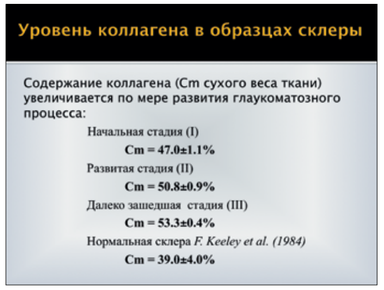


Рис. 4. Уровень содержания коллагена в образцах склеры в зависимости от стадии глаукомы

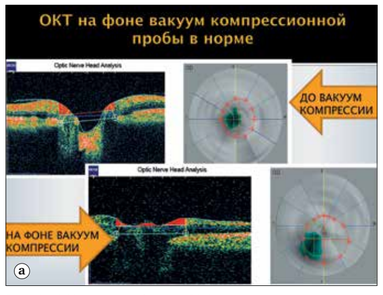
Рис. 5. Ключевые соотношения аминокислот в коллагене склеры

Рис. 6. Микроэлементный состав склеры глаз при глаукоме

Элемент	Стадия глаукомы		Возрастная катаракта
	I-II	III-IV	
Al	0,085±0,037	0,012±0,006*	0,0311±0,007
Ba	0,0067±0,0023	0,00057±0,0003*	0,0079±0,0028
Cu	0,0010±0,0011*	0,0000*	0,0210±0,009
Fe	0,146±0,051*	0,220±0,058*	0,053±0,014
Mg	5,87±0,52 *	3,08±0,41	6,70±0,94
Zn	0,139±0,03	0,000*	0,144±0,06
Si	1,8±1,2	0,34±0,21	1,9±1,3
Ti	0,01±0,007	0,000*	0,0058±0,0017
Mn	0,0044±0,0006*	0,0009±0,00008*	0,0120±0,0035
Ca	1,14±0,15	1,6±0,18	0,25±0,02

* – различие с группой контроля достоверно, p<0.05

Рис. 7. Содержание микроэлементов во влаге передней камеры при глаукоме



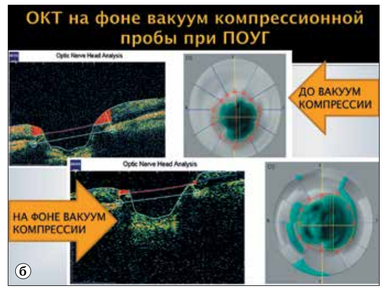


Рис. 8. а) Изменение формы ДЗН при вакуум-компрессионной пробе в норме, происходит его уплощение; **б)** при глаукоме во время вакуум-компрессионной пробы объем экскавации ДЗН заметно увеличивается

Рис. 9. Этапы комплексной антиглаукоматозной операции с имплантацией «Ксенопласта» в периневральную область (периневральная склеропластика)

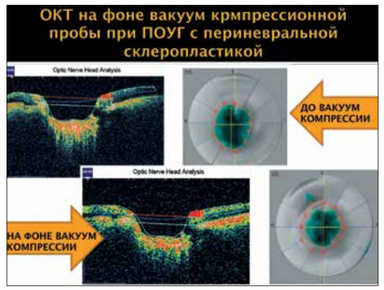


Рис. 10. После периневральной склеропластики с использованием костного коллагена «Ксенопласт» частично восстанавливается способность ДЗН к уплощению в процессе вакуумно-компрессионной пробы

Рис. 11. Эффективность периневральной склеропластики

Рис. 12. Замедление развития экскавации ДЗН после периневральной склеропластики

Увеличение механических напряжений в тканях активируют клеточные элементы, ответственные за механическую прочность межклеточного вещества. В глазу в норме роль такого физического фактора, вызывающего механическое напряжение оболочек, выполняет ВГД, обеспечивающее общий биомеханический баланс в тканях глаза *(рис. 2)*. К примеру, для костей и мышечной ткани такую роль играет гравитация.

Дисбаланс процессов, отражающихся в виде сдвигов биомеханических параметров, может вызывать в глазу целый комплекс морфофункциональных нарушений:

- возникают анатомические структурные нарушения;
- усиливается апоптоз;
- повышается способность к регенерации (рубцеванию);
- усиливается ремодуляция с последующей декомпенсацией;
- в оболочках возникает деградация коллагена по типу увеличения дополнительных сшивок, усиливаются биомеханические сдвиги на фоне ухудшения эластического ответа склеральной ткани;
- возникает изменение аминокислотного состава;
- нарушается соотношение эластин/коллаген в фиброзной оболочке глаза.

Апоптоз

- В основном задействован при органогенезе фиброзной оболочки глаза.
- Проявляется в виде деградации нейрооптических структур глаза.
- Со стороны фиброзной оболочки глаза: уменьшение и снижение активности клеточных элементов в фиброзной оболочке глаза (уменьшение количества митозов).

Регенерация

- Активируется в основном при острых повреждениях фиброзной оболочки глаза.
- Играет роль в рубцовых процессах после антиглаукоматозных операций.

Ремодуляция

- Является процессом, пространственно коррелирующим с увеличенным механическим стрессом фиброзной оболочки и управляется за счет активации фибробластов.
- В ДЗН также активируется опорная ткань.

С целью подтверждения гипотезы о декомпенсации процессов ремодуляции при глаукоме изучали показатели, которые могут быть «свидетелями» активности процессов ремодуляции склеры.

Температура плавления коллагена повышается *(рис. 3)*, что свидетельствует о нарушении процессов полимеризации коллагеновых фибрилл и о нарушении в работе ферментных систем, отвечающих за обновление коллагена в процессе его ремодуляции.

Увеличивается доля коллагена в сухом остатке склеральной ткани *(рис. 4)*, что указывает на причину уменьшения эластического ответа склеры за счет потери эластина.

Нарушается баланс аминокислот *(рис. 5)*.

При изучении микроэлементного состава сделан упор на элементы, которые входят в состав металлопротеиназ, ферментов, участвующих в процессах гидролиза, заменяемых в процессе ремодуляции белковых структур. Было выявлено статистически достоверное снижение уровней ключевых элементов, что может говорить о снижении активности ферментных систем, ответственных за обновление коллагена в склере и других структурах глаза *(рис. 6, 7)*.

Таким образом, можно констатировать, что при глаукоме значительно снижается активность процессов ремодуляции, что может свидетельствовать о ее декомпенсации:

- происходит деградация коллагена склеры по типу дополнительных сшивок;
- нарушается нормальное соотношение аминокислот в ткани склеры;
- снижается количество микроэлементов — компонетов металопротеиназ.

В норме при вакуумно-компрессионной пробе ДЗН по данным ОСТ уплощается, т.к. склера эластична и она просто растягивает его, а при глаукоме эластичность нарушается, и при компрессии глаза ДЗН «проваливается» *(рис. 8а, б)*.

Это результат декомпенсации процессов ремодуляции склеры. Не имея возможности управлять этими процессами, ремодуляцию можно достаточно эффективно имитировать. Мы обнаружили, что, используя биоматериалы, которые способны интегрироваться с эписклерой, возможно механически разгрузить периневральную область склеры. Таким требованиям отвечает костный коллаген «Ксенопласт».

После нормализации ВГД при имплантации быстроинтегрирующегося нерастворимого костного коллагена «Ксенопласт» вокруг ДЗН *(рис. 9)* механические напряжения в этой области уменьшаются. Это приводит к частичному восстановлению эластического ответа склеры вокруг ДЗН *(рис. 10)*.

Исследование 210 пациентов (235 глаз) с развитой и далеко зашедшей глаукомой после периневральной склеропластики показало, что эффективность метода достигла 63,6% *(рис. 11)*, что коррелировало с функциональными результатами операции в сроки до 4-х лет.

В случаях, когда не удалось достичь стабилизации или уменьшения величины экскавации ДЗН, скорость изменений замедлялась в два раза *(рис. 12)*.

Выводы

- При глаукоме нарушаются процессы ремодуляции склеры.
- Прогрессирование глаукомы связано с нарушением эластического ответа склеры у краев ДЗН.
- Периневральная склеропластика биоматериалом «Ксенопласт» обеспечивает выраженный нейропротекторный эффект за счет улучшения эластического ответа склеры на повышение ВГД.
- Клинические результаты ПС показывают, что возможна длительная стабилизация зрительных функций даже в далеко зашедших стадиях глаукомы. ■

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на журнал

«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ ГЛАУКОМА»

по каталогу «Газеты и журналы» агентства Роспечать в любом отделении связи.

Подписной индекс:

37353

ГЛАУКОМА. Глазами художника и пациента

С.Ю. Казанова

ГБУЗ ЯО КБ № 1, Ярославль

Глаукома является хроническим заболеванием, что означает необходимость пожизненного диспансерного наблюдения и лечения после постановки диагноза. Это радикальным образом меняет качество жизни пациентов даже при отсутствии каких-либо симптомов болезни. При ощутимых субъективных изменениях зрения диагноз глаукомы еще более негативно воспринимается пациентами.

На Школах для пациентов с глаукомой в 2014 году мы провели короткое анонимное анкетирование, задав три вопроса:

1. Что Вы испытали, когда врач сказал, что у Вас ГЛАУКОМА?
2. Мешает ли Вам ГЛАУКОМА в Вашей жизни (работа, отдых, повседневные дела)?
3. С каким цветом ассоциируется у Вас слово ГЛАУКОМА? Например, солнце — оранжевое, трава — зеленая (или наоборот, желтая, пожухлая), небо — синее (а для кого-то оно может быть серое, свинцовое или розовое, закатное) и т.д.

В анкетировании приняли участие 39 пациентов. Преимущественным ответом на первый вопрос было: ЧУВСТВО СТРАХА (12 ответов), ИСПУГ (5), ШОК (4), ОГОРЧЕНИЕ (4), ТРЕВОГА (3), СТРЕСС (2), по одному ответу были представлены УЖАС, ЗЛОСТЬ, СМИРЕНИЕ, ИНФОРМАЦИЯ К РАЗМЫШЛЕНИЮ и вопросительный ответ: НА СКОЛЬКО ХВАТИТ ЗРЕНИЯ? Четверо пациентов затруднились с ответом.

Наиболее распространенным ответом на второй вопрос был следующий: ПЛОХО ВИЖУ (12). Далее по убывающей: НАДОЕЛО КАПАТЬ И ХОДИТЬ В ПОЛИКЛИНИКУ (5), ДА — без пояснений — 4 ответа, ПРИВЫКАЮ (2), ОГРАНИЧЕНИЕ ОБЗОРА (2) и по одному ответу: ЗАБЫВАЮ КАПАТЬ, ДОРОГИЕ ЛЕКАРСТВА, БОЯЗНЬ ВЫПОЛНЯТЬ РАБОТУ. Не знают, что сказать на этот вопрос — 3 пациента и 8 человек ответили НЕТ (по-видимому, это пациенты с недавно выявленной глаукомой без ощутимых изменений в зрении).

Интересным был третий вопрос: это не только физическое восприятие болезни (снижение зрения, ограничение свободы действий, финансовые затраты), но и психологический аспект (краски жизни). У 10 пациентов этот вопрос вызвал затруднения, они поставили прочерк. У абсолютного большинства из числа ответивших ГЛАУКОМА ассоциируется с мрачной цветовой палитрой: ТЕМНЫЙ (11), ЧЕРНЫЙ (9), СЕРЫЙ (3), КОРИЧНЕВЫЙ (1), МУТНЫЙ (1) и просто ПРОТИВНЫЙ (1). Еще по одному варианту были представлены более оптимистичные тона: БЕЛЫЙ (1), ЖЕЛТЫЙ (1), СИРЕНЕВЫЙ (1). Все это подчеркивает депрессивное, угнетенное состояние пациентов с глаукомой и их негативное отношение к болезни.

По аналогии с третьим вопросом автор статьи обратилась с просьбой к одному из пациентов нарисовать ГЛАУКОМУ. С одной стороны, стаж его заболевания (на сегодняшний день) составляет 10 лет, с другой стороны — данный пациент является профессиональным художником и может выразить свои ощущения образно. Эти рисунки были представлены 6 марта 2015 года на конференции офтальмологов, проходившей в Ярославле в рамках Международного дня борьбы с глаукомой.

Несколько слов о пациенте. Павлов Александр Петрович — сын художника, окончил Ярославское художественное училище, затем круто изменил свою судьбу, став военным летчиком. На четверть века его жизнь была связана с небом. После черепно-мозговой травмы и операции в госпитале им. Бурденко он потерял зрение левого глаза (атрофия зрительного нерва). Александр Петрович вернулся в Ярославль, продолжив рисование, стал членом Ярославского отделения Союза художников России. *Рис. 1, 2* датированы 2004 годом, до выявления глаукомы, и выполнены в светлых, ярких тонах.

Но судьба подготовила новое испытание: в 2005 году ему был поставлен диагноз глаукомы лучшего, правого глаза. Внутриглазное давление было крайне высоким и составляло 38-41 мм рт.ст. (Рт). Достичь компенсации медикаментозно не удалось, и в 2006 году Александр Петрович направлен на хирургическое лечение (выполнена НГСЭ). Далее несколько лет он наблюдается у офтальмолога в поликлинике. На протяжении первых 6 месяцев ВГД (Рт) оставалось на уровне 16-18 мм рт.ст., затем стало повышаться. Лечащий врач не направила на лазерную ДГП, возобновив медикаментозное лечение. Из амбулаторной карты: сначала был бетоптик 1 раз в день 2 раза в неделю (?), затем бетоптик ежедневно. Потом идет череда капель — ксалатан, проксофелин, азарга. Поскольку ВГД оставалось на уровне 25-32 мм рт.ст., периодически к каплям добавляли диакарб, горчичники на висок (?). И только через несколько лет, по настойчивой просьбе пациента, было дано направление в глаукомный центр. Отрицательная динамика полей зрения представлена на рисунках *(рис. 3а, б)*.

Субъективно Александр Петрович начал отмечать сложности с рисованием, нарушение сумеречного зрения. Изменилась цветовая палитра его картин *(рис. 4)*.

В 2012 году правый глаз был дважды оперирован — антиглаукомная операция с имплантацией дренажа Ахмед, через 5 месяцев вторым этапом — ФЭК с имплантацией ИОЛ. На сегодняшний день острота зрения правого глаза составляет с коррекцией 0,5, сохраняется выпадение поля зрения в нижне-назальном квадранте; острота зрения левого глаза p.l.inc. (ощущение света в назальном квадранте). Пациент проходит ежегодные курсы лечения в глазном отделении. Стабилизация зрительных функций проявила себя и в творчестве художника, снова появились яркие краски в его картинах *(рис. 5)*.

Как же воспринимает свою болезнь сам пациент, как с ней живет, что ощущает? Образное изображение ГЛАУКОМЫ представлено на его *рис. 6а-в*. Учитывая возраст пациента (63 года), предполагающий активную деятельность на долгие годы так называемого «периода дожития», творческую профессию пациента, связанную именно со зрительным восприятием, и при этом частичную утрату зрения на единственном зрячем глазу, мы видим негативное отношение к болезни. *Рис. 6а* вызывает ассоциации с полем зрения и теми дефектами, которые есть у пациента. На *рис. 6б* глаз плачет от тех пятен и мух, которые в нем плавают и снижают зрение. Но особенно остро чувство страха перед болезнью и возможной слепотой изображено на *рис. 6в*, где неведомые чудовища тянут свои лапы к глазу, угрожая погасить свет и погрузить мир в темноту.

Все вышесказанное показывает, что пациенты с глаукомой имеют комплекс переживаний и страхов по поводу своего заболевания и это не может не отражаться на их лечении и реабилитации. Нейрогуморальные процессы в организме на фоне хронических негативных эмоций отнюдь не способствуют лечебному процессу.

Однако время приема пациентов с глаукомой ограничено, и мы, врачи, не интересуемся внутренним миром наших пациентов, стараясь за 10-12 минут (!) выполнить необходимые обследования и назначить комплекс лечебных мероприятий. И вроде бы все врач сделал правильно, но закрылась дверь, и пациент остался наедине со своей болезнью…

Необходимо рекомендовать пациентам с глаукомой консультации психолога (психотерапевта) для снятия внутреннего напряжения и улучшения эмоционального фона. Это будет способствовать повышению качества жизни наших пациентов и, несомненно, окажет положительное влияние на результат лечения в целом. ■

Рис. 1. Заря. А.П. Павлов, 2004

Рис. 2. Пионы. А.П. Павлов, 2004

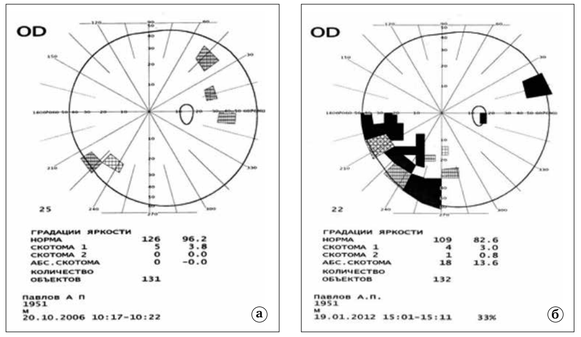


Рис. 3. Поле зрения правого глаза после первой операции и компенсации ВГД **(а)** и через 5 лет, после длительного периода субкомпенсации ВГД **(б)**

Рис. 4. Вечерняя Которосль. А.П. Павлов, 2007

Рис. 5. Рябина черная, рябина красная. А.П. Павлов, 2012

Рис. 6. Глаукома — темная вода. А.П. Павлов, 2015

Глаукома плюс возрастная макулодистрофия: две проблемы. Есть ли решения?

20 сентября 2014 года в оздоровительном комплексе «Сосны» состоялась третья по счету конференция из серии «Дискуссионные вопросы офтальмологии». На форуме присутствовали известные ученые, представители различных московских и региональных офтальмологических учреждений, которых заинтересовала тема встречи, желающие поделиться своим опытом или услышать точку зрения профессионалов в области глаукомы и ВМД. Модераторы мероприятия — директор ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», академик РАН, профессор С.Э. Аветисов и заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней», профессор В.П. Еричев — представили на обсуждение тему: «Глаукома плюс возрастная макулодистрофия: две проблемы. Есть ли решения?»

Первый блок вопросов «ВМД плюс глаукома: экзотика или медико-социальная проблема?» осветили эксперты — профессор И.Е. Панова (главный внештатный офтальмолог Челябинской области, заведующая кафедрой офтальмологии ФДПО ЮУГМУ) и д.м.н. М.В. Будзинская (ФГБНУ «НИИГБ», Москва).

Открывая дискуссию, профессор В.П. Еричев отметил: «Если не принимать во внимание травматических поражений глаз, разрушающего характера и некоторых синдромальных заболеваний, все чаще причиной необратимой слепоты называют возрастную макулодистрофию и глаукому. Статистика неоднородна. По данным профессора Э.В. Бойко, в России на одну тысячу человек 15 страдают макулярной дегенерацией. Макулодистрофия и глаукома — инволюционные заболевания. Считается, что данной патологией подвержены чуть более 20% лица старше 60 лет. Рост благосостояния приводит к росту продолжительности жизни, а это означает, что через 30-40 лет лиц старше 60 лет будет более 33%. Рост количества заболевших инволюционными заболеваниями, такими как глаукома и ВМД, увеличится. Проблема приобретает совсем острый характер, когда речь идет о сочетанной патологии. Трудности возникают, прежде всего, при выборе адекватной тактики лечения подобных пациентов».

Дискуссию открыла профессор И.Е. Панова с докладом **«Возрастная макулярная дистрофия и глаукома — взгляд ретинолога»**.

Стенограмма выступления

Уважаемые коллеги!

Обсуждение данной проблемы не случайно и обусловлено несколькими моментами. Прежде всего следует сказать, что в настоящее время мы живем с вами в условиях демографического постарения населения. Так, если в конце XIX века Россия являлась страной с молодым населением, до 1938 года — население было «демографически молодым», то с 1959 года, в результате снижения рождаемости, начался процесс демографического старения. В 1990 году — Россия занимает уже 25-е место в списке стран с высокими показателями старения населения, на сегодняшний день в нашей стране 13% населения старшего возраста, и предварительные расчеты аналитиков указывают, что к 2025 году эта цифра увеличится вдвое.

Общеизвестно, что возрастная макулярная дистрофия (ВМД) и первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) являются одними из главных причин развития необратимой слепоты у пациентов старшей возрастной группы и занимают ведущее место среди патологии глаз, ухудшающих качество жизни больных. ВМД и глаукому объединяют: двусторонний характер поражения, прогрессирующее течение, стойкая потеря зрительных функций, обе данные нозологии являются главной причиной инвалидности (>30%).

Если посмотреть на факторы риска возникновения и звенья патогенеза данных болезней, то мы обнаружим много общего: схожие факторы риска (наследственная предрасположенность, возраст, курение, сердечно-сосудистая патология, нарушения питания) и схожие звенья патогенеза (первичные генетические дефекты, нарушения кровотока глазного яблока, метаболические изменения (оксидативный стресс), иммунопатологические механизмы). Разумеется, закономерно возникает вопрос: являются ли ВМД и ПОУГ коморбидными заболеваниями? При этом под коморбидностью мы

Профессор И.Е. Панова

понимаем сочетание у одного больного двух и/или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени у одного пациента вне зависимости от активности каждого из них.

Для того чтобы ответить на данный вопрос, сначала обратимся к цифрам. Какова же частота данной сочетанной патологии ВМД и ПОУГ? И можем мы ли мы уповать на цифры? Здесь уместно привести высказывание Марка Твена, который говорил: «Цифры обманчивы — я убедился в этом на собственном опыте; по этому поводу справедливо высказался Дизраэли: «Существует три вида лжи: ложь, наглая ложь и статистика».

Для ответа на поставленный вопрос мы проанализировали две выборки пациентов *(слайд 1)*, находящихся на учете в глаукомном центре Областной клинической больницы № 1 (849 больных глаукомой) и в Челябинском областном клиническом терапевтическом госпитале для ветеранов войн (165 больных ВМД). Анализ частоты встречаемости ВМД и ПОУГ в двух выборках показал, что эти болезни встречаются с частотой 8,2% и 10,3% соответственно, в среднем эта частота составляет 9,3%. Если обратиться к отдельным данным наших зарубежных коллег, то они указывают цифру от 4,1 до 9,5%. Итак, цифры говорят, что проблема существует.

Обсуждая эту проблему, мне, прежде всего, как специалисту в области ретинальной патологии, представлялось интересным «нарисовать» портрет пациента, страдающего этими двумя болезнями *(слайд 2)*. Давайте посмотрим, что из этого получилось. Предварительно, мне бы хотелось продемонстрировать схему патогенеза ВМД, предложенную M.A. Zarbin (2004), в которой я добавила две стрелки (желтый цвет), для того чтобы акцентировать ваше внимание на атрофической форме ВМД, которая может возникать как вследствие рассасывания друз, так и являться исходом неоваскулярной формы заболевания *(слайд 3)*.

По нашим данным *(слайды 4, 5)*, изучение частоты сухой и влажной формы ВМД в зависимости от стадий глаукомы показывает превалирование сухой формы ВМД у больных с ПОУГ на всех стадиях болезни, а исследование структуры сухой формы ВМД в зависимости от стадии глаукомы выявило увеличение частоты встречаемости атрофической формы и уменьшение частоты встречаемости друз по мере прогрессирования стадийности ПОУГ.

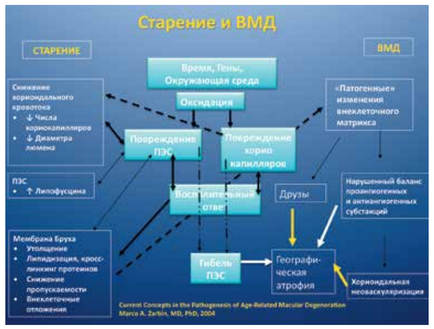
Для полноты создания картины болезни «ВМД+ПОУГ» мы подробно проанализировали выборку пациентов — 190 человек (394 глаза) с ВМД, средний возраст пациентов составил 78,7±8,4 лет. Пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту: 92 пациента (173 глаза) с ВМД без признаков нейрооптикопатии любого генеза и 113 пациентов (198 глаз) с ВМД в сочетании с ПОУГ *(слайд 6)*. Здесь следует сразу оговориться, что к классификационным критериям ВМД мы отнесли друзы, атрофическую форму и экссудативную (неоваскулярную), атрофическую форму подразделяли на фокальную, географическую атрофию и атрофию в сочетании с фиброваскулярной пролиферацией.

Как демонстрируют результаты, представленные на *слайде 7*, пациенты с сочетанной патологией — ВМД+ПОУГ — характеризовались более низкой остротой зрения, превалированием миопической рефракции, вероятно, за счет большей частоты и степени помутнения хрусталика, в данной группе достоверно чаще диагностированы явления ангиосклероза сетчатки и ишемическая болезнь сердца.

Анализ частоты клинических проявлений ВМД у пациентов исследуемых групп показал, что при сочетанной патологии

Слайд 1.

Слайд 2.



Слайд 3.

Слайд 4.

достоверно чаще выявляется атрофическая форма заболевания (47%) и реже — неоваскулярная (7%) *(слайд 8)*.

Клиническая картина атрофической формы макулодистрофии у больных с ВМД+ПОУГ преимущественно представлена географической атрофией (61%), а характеристика друз выглядит следующим образом: превалируют крупные (60%), изолированные (91%), мягкие (65%) друзы, расположенные преимущественно парафовеально (79%) *(слайды 9, 10)*. В свете полученных результатов, анализируя течение ВМД у больных ПОУГ, следует предположить, что в более старшей возрастной группе, по мере прогрессирования глаукомы, происходит постепенное рассасывание друз с развитием географической атрофии. Не совсем ясным для меня остался вопрос — почему при такой характеристике друз (скажем так, прогностически неблагоприятных в плане прогрессирования с развитием неоваскулярной формы) частота развития хориоидальной неоваскуляризации в данной возрастной группе невысока?

Метод оптической когерентной томографии сетчатки широко применяется в диагностике и мониторинге больных с ВМД и ПОУГ. Единичные исследования посвящены изучению морфометрических показателей сетчатки при сочетанной патологии, при этом, как правило, применяется автоматический анализ толщины нервных волокон, ганглиозных клеток. В нашем исследовании мы провели измерение толщины нейроэпителия (НЭ) и слоя ганглиозных клеток сетчатки (ГКС) в ручном режиме *(слайд 11)* на аппарате RTV-ue 100, в условиях медикаментозного мидриаза в двух зонах: зона I — в макулярной области (парафовеа, носовой сегмент) и зона II — 4 мм медиальнее ДЗН (режим Line и 3Dмакула, 3Ddisk). Результаты морфометрического анализа сетчатки приведены в таблице *(слайд 12)*. Обращает внимание, что у больных с сочетанной патологией имели место достоверно более низкие показатели толщины слоя ГКС латеральнее (макулярная зона) и медиальнее ДЗН. На наш взгляд, весьма информативным и показательным является расчет индекса толщины слоя ГКС (индекс ТГКС), вычисляемый по формуле: Индекс ТГКС = толщина ГКС/толщина НЭ, который был достоверно ниже у пациентов с сочетанной патологией.

Одним из этапов нашего исследования явилось изучение показателей хориоидального кровотока, которое проведено на 56 глазах, группа контроля составила 15 человек (30 глаз). Исследования выполнены врачом ультразвуковой диагностики, доктором медицинских наук Е.М. Ермак на многоцелевой диагностической системе LOGIC 7 (General Electric, США), аппарате экспертного класса мультичастотным линейным матричным датчиком (диапазон частот 7-12 МГц) с учетом мер безопасности, рекомендованных «Standard for real time…, 1992», интенсивность ультразвукового импульса Ispta.3 не превышала 50 мВт/см², термический индекс был не более 1,0, механический индекс — не выше 0,23, минимальное значение фильтра (50 Гц). Визуализация и спектральная оценка кровотока хориоидеи проведена в двух зонах: I — 4 мм латеральнее ДЗН, II — 4 мм медиальнее ДЗН.

Профессор В.П. Еричев и профессор И.Е. Панова

Полученные результаты представлены в таблице *(слайд 13)* и свидетельствуют о более выраженных гемодинамических изменениях в хориоидее у пациентов с сочетанной патологией, которые, на наш взгляд, можно трактовать как перфузионный дефицит латеральнее и медиальнее диска зрительного нерва *(слайд 14)*.

В заключение следует сказать, что полученные нами данные — это пока только «зарисовки» к портрету двух болезней — ВМД и ПОУГ. Выглядят они следующим образом:

– ВМД и ПОУГ — это все-таки (к счастью!) редкое сочетание болезней (здесь уместно говорить о полиморбидности);

– клиническая манифестация глаукомы наступает раньше, чем ВМД, при этом чем «старше» становится глаукома, тем «суше» ВМД;

– прогрессирование ВМД у больных с сочетанной патологией сопровождается рассасыванием друз с формированием неблагоприятной в плане прогноза и возможностей лечения географической атрофии сетчатки и хориоидеи;

– нарушение хориоидального кровотока с формированием ишемических паттернов имеет патогенетическое значение в течении заболевания;

– в мониторинге пациентов с подобной сочетанной патологией целесообразно использовать ОКТ, фотоархивирование в режиме аутофлуоресценции, при возможности — мультифокальную сканирующую лазерную офтальмоскопию;

– пациенты с сочетанной патологией при наличии друз должны принимать нутрицевтические препараты, содержащие антиоксиданты, лютеин и зеакскантин;

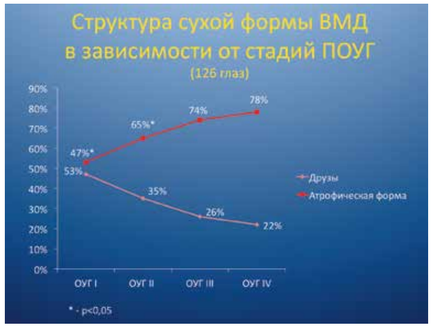
– принимая во внимание доказанный нейропротективный эффект бримонидина, будущее в лечении таких пациентов, вероятно, в использовании подобных имплантов.

В заключение хочу выразить признательность своим коллегам — аспиранту кафедры Т.А. Шаимовой, доценту кафедры лучевой диагностики, доктору медицинских наук Е.М. Ермак — за подготовку этого материала и аудитории, которая сегодня в основном представлена ведущими специалистами в области глаукомы.

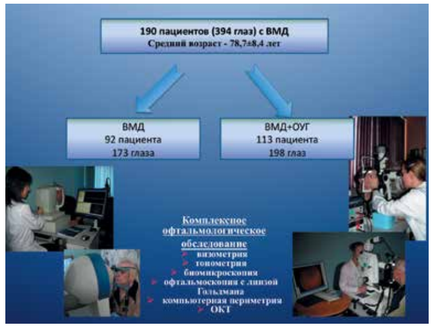
Профессор Еричев В.П.: И ВМД, и глаукома — инволюционные заболевания, и, по сведениям государственной статистики, такое позитивное явление, как рост продолжительности жизни, становится фактом. Следовательно, будет расти и число больных и с той, и с другой патологией. Как Вы считаете, мы готовы встретить рост количества больных с этой патологией с точки зрения снижения слепоты вследствие этих заболеваний?

Профессор Панова И.Е.: Вы задали каверзный вопрос. Если иметь в виду, что, по нашим данным, это сочетание болезней возникает у 8-10% населения, то вроде и особой проблемы как бы нет. Однако, если учитывать распространенность этих нозологических форм отдельно (глаукомы и возрастной макулярной дистрофии) в старшей возрастной группе, то проблема приобретает совершенно другие масштабы. Возможно, такое сочетание болезней встречается чаще. Цифры действительно могут быть обманчивы в силу тех причин, что при «узкой» специализации в офтальмологии нередко мы акцентируем свое внимание только на макуле или только на диске зрительного нерва. Отсюда и формулировки диагноза. Если обсуждать вопросы лечения пациентов с данной сочетанной патологией, то, к большому сожалению, арсенал патогенетической терапии весьма ограничен. Мы широко применяем у таких пациентов сосудистую, нейропротекторную терапию, уровень доказательности которой невелик. В этом аспекте, на мой взгляд, ситуация с этой категорией пациентов выглядит достаточно драматично.

Профессор Слонимский Ю.Б.: Уважаемая Ирина Евгеньевна, Вы сделали обстоятельный доклад с убедительной статистикой, который лично у меня вызвал ощущение грусти. Однако Вы выглядите прекрасно и улыбаетесь. В чем секрет Вашего оптимизма?



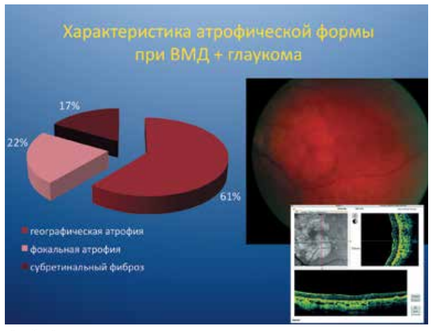
Слайд 5.



Слайд 6.

Слайд 7.

Слайд 8.



Слайд 9.

Слайд 10.

Профессор Панова И.Е.: Работа со сложной, нередко малоперспективной в плане зрения, категорией пациентов. Как бы не было банально, но постоянно приходится говорить больным о так называемом «здоровом образе жизни» — рациональное питание, физические упражнения, вредные привычки, диспансеризация. Если ты сам это не выполняешь, то искренне убеждать других в этом нет никакого смысла.

Академик РАН Бровкина А.Ф.: Друзы — это симптом или диагноз?

Профессор Панова И.Е.: Диагноз — возрастная макулодистрофия. Друзы, представляющие собой преимущественно отложение липофусцина, рассматриваются как симптом болезни. Нередко доктора пользуются классификацией AREDS, в соответствии с которой друзы менее 65 мкм рассматривались как отсутствие ВМД. При этом надо помнить, что данная классификация была предложена для оценки эффективности применения лютеиносодержащих препаратов в лечении друз. Поэтому, на мой взгляд, друзы — это часть диагноза, какими бы они ни были (маленькими, большими, средними) и где бы они ни залегали. «Расшифровка» характеристики друз в диагнозе (например, указание — мягкие, сливные) может помочь практикующему врачу при динамическом наблюдении пациента, отнеся его к группе риска по развитию влажной формы заболевания.

Академик РАН Бровкина А.Ф.: Все-таки это — структурные изменения сетчатки, которые могут возникать при той или иной патологии?

Профессор Панова И.Е.: Да.

Академик РАН Бровкина А.Ф.: Но имеем ли право относить это к диагнозу? Головная боль — это диагноз? Я думаю, что это симптом, что это группа высокого риска, где могут произойти более серьезные структурные изменения с формированием той или иной формы заболевания.

Профессор Панова И.Е.: Алевтина Федоровна, если это симптом, то должен быть и диагноз, тогда с учетом патогенеза болезни и ее начала в пигментном эпителии и хориокапиллярном слое можно сказать, что это «возрастной эпителиит пигментного эпителия»?

Академик РАН Бровкина А.Ф.: Есть ли у Вас на стадии друз четкие признаки развития того или иного заболевания? Есть люди, которые с друзами могут долгие годы ходить, а есть пациенты с друзами, у которых развивается атрофическая, влажная форма ВМД… Как можно дифференцировать — будет ли прогрессирование ВМД, либо все останется на стадии структурных изменений?

Профессор Панова И.Е.: Я поняла вопрос. Сегодня много говорится о персонифицированной медицине. Если бы мы располагали широкими возможностями проведения генетических исследований, то, конечно, я бы начинала с них. Потому как есть пациенты с казалось бы «стационарными» друзами, вследствие метаболических нарушений, но при генетической предрасположенности процесс может вполне развиться в неоваскулярную форму. И эти больные нуждаются в индивидуальном мониторинге и тактике лечения.

Академик РАН Бровкина А.Ф.: Это — общие фразы. Вы друзы лечите?

Профессор Панова И.Е.: Да, мы лечим таких пациентов.

Академик РАН Бровкина А.Ф.: Нельзя друзы лечить, понимаете? Вы лечите заболевание. Если это ограничено только друзами, это первое, я не очень согласна, и второй момент — конечно, за генетикой большое будущее, но мне кажется, что сегодня в клинической практике мы генетикой очень увлекаемся. Я не думаю, что доживу до того времени, когда можно будет генетически доказывать возможное изменение болезни у конкретного больного…

Профессор Панова И.Е.: Друзы — это и есть возрастная макулодистрофия.

Академик РАН Бровкина А.Ф.: Тогда так и говорите, что друзы — это симптом начальной формы ВМД.

Профессор Панова И.Е.: Клинические проявления. Здесь я с Вами полностью согласна.

Профессор Егоров Е.А.: Алевтина Федоровна, помните, как говорили о декабристах? «Страшно далеки они от народа». С точки зрения генетики Вы правы, но реально ли, для сидящих в зале, провести генетические исследования… У нас проводили, и даже на 8-ми случаях делали кандидатские диссертации, потому что это страшно дорого. Давайте вернемся на землю. А с другой стороны, Алевтина Федоровна, Вы так ее… «забили» с этими друзами… На самом деле никуда мы от друз не денемся…

Слайд 11.

Морфометрические параметры толщины НЭ, ГКС и индекса толщины слоя ганглиозных клеток сетчатки (ТГКС=толщина ГКС/толщина НЭ)

Группа пациентов (n=кол-во глаз)	Зона I (латеральнее ДЗН)			Зона II (медиальнее ДЗН)		
	Толщина НЭ, мкм, M ±δ	Толщина слоя ГКС, мкм, M±δ	Индекс ТГКС	Толщина НЭ, мкм, M ±δ	Толщина слоя ГКС, мкм, M±δ	Индекс ТГКС
Контрольная группа (n=30)	293,4 ±13,6	56,9 ±7	0,19 ±0,02	196,8 ±27,15	39,6 ±7,52	0,2 ±0,04
ВМД без НОП, сухая форма (n=38)	248,9 ±39,2*	52,5 ±13	0,21 ±0,04*	230,71 ±34,7*	47,64 ±13,95*	0,21 ±0,06
ВМД с ПОУГ (n=42)	253 ±15,2*	35,9 ±8*#	0,14 ±0,05*#	216 ±35,8*	16,75 ±5,5*#	0,07 ±0,03*#

*- достоверность различий между данной группой пациентов и контрольной группой
#- достоверность различий между исследуемыми группами ИГ 1 и ИГ 2
p <0,05

Слайд 12.

Сравнительный анализ спектральных параметров кровотока в хориоидее

Показатели кровотока	Пациенты с ВМД и ПОУГ, ИГ1 (n=18 глаза), M±m		Пациенты с ВМД без НОП, ИГ2 (n=38), M±m		Контрольная группа, КГ,(n=30), M±m	
	Латеральнее ДЗН (зона I)	Медиальнее ДЗН (зона II)	Латеральнее ДЗН (зона I)	Медиальнее ДЗН (зона II)	Латеральнее ДЗН (зона I)	Медиальнее ДЗН (зона II)
ПССК	7,3±0,48*#	6,3±0,33*#	15,8±0,23*	8,9±0,18*	13,0±0,18	9,8±0,24
КДС	2,4±0,19*#	2,1±0,14*#	3,5±0,15	3,1±0,11	3,4±0,09	3,2±0,12
ТАМХ	3,7±0,17*#	3,9±0,21*#	7,5±0,19 *	5,0±0,11 *	6,9±0,15	6,1±0,16
Ri	0,7±0,02*#	0,7±0,02*#	0,79±0,01*	0,64±0,01*	0,74±0,01	0,68±0,01

*- достоверность различий в сравнении с КГ в ИГ 1, 2, p <0,05
#-достоверность различий между исследуемыми группами, ИГ1и ИГ2
p <0,05

Слайд 13.

Слайд 14.

Профессор Алексеев И.Б.: Уважаемая Ирина Евгеньевна, две страшные болезни — хронические, прогрессирующие, на сегодняшний день неизлечимые, но имеющие разные патогенезы, потому что глаукома больше связана с нарушением внутриглазной гидродинамики, а название «макулодистрофия» говорит само за себя. Глаукому мы лечим, снижая ВГД тем или иным способом. Как Вы считаете, существует ли зависимость между прогрессированием изменения сетчатки в центре макулодистрофии — друзы или влажные формы и состоянием внутриглазной гидродинамики и тем, что мы привычно называем целевым уровнем ВГД. Стоит ли у этих «комбинированных», тяжелых пациентов добиваться целевого уровня ВГД, максимально его снижать, либо на пограничных цифрах мы можем найти стабилизацию? Где находится тонкая грань?

Профессор Панова И.Е.: Уважаемый Игорь Борисович! Я Вам не смогу ответить на данный вопрос, как говорят «у нас в Одессе» — таки что Вы сами думаете по этому поводу?

Профессор Еричев В.П.: Игорь Борисович, на Ваш вопрос ответят эксперты, здесь сидящие.

Профессор Еричев В.П.: ВМД и глаукома — сосудистые заболевания. Одна из теорий патогенеза глаукомы так и называется: «Сосудистая теория развития глаукомы». Среди Ваших пациентов с той и другой патологией у всех ли пациентов была значимая кардиоваскулярная патология?

Профессор Панова И.Е.: В наших исследованиях больные с сочетанной патологией имели достоверно значимую большую частоту ИБС, в то время как частота гипертонической болезни, атеросклероза не имела статистически значимых различий. В литературе на этот счет встречаются достаточно разноречивые данные. Так, наши коллеги из Финляндии, которые изучали эпидемиологические аспекты ВМД+глаукома и ВМД+псевдоэксфолиативный синдром, не нашли достоверных различий, связанных с кардиоваскулярной патологией, с атеросклерозом.

Профессор Ходжаев Н.С.: Ирина Евгеньевна, спасибо большое за очень интересный доклад. «Красной нитью» через Ваше выступление проходит мысль о том, что мультимодальность исследований должна быть всегда основной линией в подобных исследованиях, чтобы выявлять как можно более ранние предвестники признаки — предикторы, маркеры — заболеваний. Возвращаясь к той таблице, где у Вас было много стрелок, в патогенезе одним из основных звеньев является, очевидно, нарушение барьерной функции биологических структур — мы говорим об эндотелии сосудов. У Вас присутствовало указание на нарушение баланса про- и антиангиогенных факторов, а эндотелиальную дисфункцию Вы не рассматривали? Это опять-таки перекликается с вопросом Алевтины Федоровны Бровкиной, в какой ситуации признак, который Вы видите, является патогенетическим проявлением заболевания, а в каком случае — сопутствующий, «немой» компонент, который сам по себе живет? Мне кажется, если бы был включен фрагмент исследования эндотелиальной дисфункции и, наверное, это было одно из первичных звеньев тех изменений, которое клинически проявляется теми находками, которые мы видим, а также по данным аутофлюоресценции. На сегодня доказано, что аутофлюоресценция — это морфологическое подтверждение нарушения эндотелиальной дисфункции. У меня такое пожелание: это очень серьезное исследование, если бы этот момент был включен, он бы провел границу между глаукомой и ВМД, хотя, говоря о глаукоме, нарушение сосудистой микроциркуляции, эндотелиальный фактор также присутствует — цитокининдуцированные механизмы через активацию VEGF фактора — это описано в работах. Мне кажется, это более углубило бы те очень интересные результаты, о которых Вы нам сегодня рассказали.

Профессор Панова И.Е.: Спасибо большое. Сразу скажу, что мы это не изучали. Приведенная схема не моя, она была предложена в 2004 году, в ней я выделила акцент на атрофической форме ВМД. Предложенное Вами направление в изучении патогенеза и течения ВМД у больных с сочетанной патологией весьма интересно и, наверно, может дать ответ на тот вопрос, который я оставила открытым — «Почему у больных с ВМД и глаукомой, на наш взгляд, редко развивается неоваскулярная стадия ВМД?»

Может быть, у них существует баланс между VEGF-факторами, которые вырабатываются в самом организме и анти-VEGF системой. Я думаю, вопросы, которые Вы, в частности, поставили, говорят о том, что такая проблема существует, и очень хорошо, что мы ее обсуждаем. Спасибо большое!

Профессор Страхов В.В.: Как Вы лично считаете, Ирина Евгеньевна, ВМД+глаукома — это патогенетическая общность или несчастный случай у больного?

Профессор Панова И.Е.: Думаю, что все-таки несчастный случай.

Профессор Еричев В.П.: Состоявшийся чуть ранее диспут в отношении друз позволил нам подумать о том, что друзы не так страшны, более всего страшна отечная форма ВМД. При лечении этого сложного заболевания, особенно, если оно сочетается с другим «несчастным случаем», как сказал профессор В.В. Страхов, глаукомой, очень непросто определить правильный тактический подход. Представляю Марию Викторовну Будзинскую, доктора медицинских наук, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт глазных болезней».

Доктор медицинских наук
М.В. Будзинская

Стенограмма выступления

Доктор медицинских наук Будзинская М.В.: Как уже сказала профессор И.Е. Панова, ВМД и глаукома — большая социальная проблема. На сегодняшний день количество людей старше 60 лет стремительно растет, и к 2050 году это число достигнет 2 млрд человек. Это связано не только с улучшением качества жизни пациентов, но и улучшением медицинского обслуживания, особенно в таких странах, как Китай и Индия. Таким образом, количество людей, больных ВМД, составляет 20-25 млн человек. По своей социальной значимости экссудативная ВМД стоит в одном ряду по инвалидизации, как артрит, хронические обструктивные заболевания легких, инсульты. Некоторые исследователи, по результатам социальных опросов, показали, что ВИЧ-инфицированные пациенты ощущают себя так же, как и пациенты с ВМД *(слайд 1)*. На *слайде 2* представлено распределение частоты случаев слепоты как при ВМД, так и при глаукоме — в европейских странах. Процент слепых пациентов с ВМД увеличивается в зависимости от возраста, при глаукоме такой тенденции нет. К сожалению, популяционных исследований по встречаемости ВМД и глаукомы среди населения практически нет. Существует одно популяционное исследование, датированное 1980 годом, которое показало, что сочетанное проявление ВМД и глаукомы в популяции 52-85 лет происходит в 0,1% случаев, а глаукома у пациентов с ВМД развивается в 5,4% случаев. Повторяю, это — 1980 год, численность населения старше 80 лет тогда была значительно меньше, чем сейчас, кроме того, это исследование базировалось не на скрининге, а на ретроспективном анализе карт. Если бы мы начали проводить популяционное исследование сейчас, эта цифра была бы больше.

Как отметила И.Е. Панова, ВМД делится на сухую и влажную формы *(слайд 3)*. В своем сообщении я бы хотела сделать акцент на влажной форме ВМД. Считается, что основным цитокином, влияющим на рост новообразованных сосудов, является фактор роста эндотелия сосудов. Мы лечим это заболевание путем ингибирования фактора роста эндотелия сосудов. Что происходит, если, помимо возрастной макулярной дегенерации, у пациента имеется глаукома? Прежде всего, необходимо разобраться, что же такое «фактор роста эндотелия сосудов» и нужен ли он нам? На сегодняшний день «семья» фактора роста эндотелия сосудов состоит из 5 членов *(слайд 4)*. Самый распространенный — это фактор роста эндотелия сосудов А, и самая распространенная изоформа — 165. Она играет огромную роль в ангиогенезе. Однако VEGF — это не только ангиогенез, как представлено на *слайде 5*, это и барьерные функции, фенестрация, антивоспалительная функция. Очень важно, что фактор роста эндотелия способствует поддержанию лимфатического дренажа. Если фактора роста эндотелия больше чем необходимо, при определенном стечении обстоятельств в глазу развиваются заболевания, связанные с формированием новообразованных сосудов. Это и экссудативная форма ВМД, новообразованные сосуды при диабете или венозной окклюзии, неоваскуляризация у детей при ретинопатии недоношенных. Но VEGF — это не только «злодей», если «определенные обстоятельства отсутствуют», он обладает достаточно выраженным нейропротективным действием. Что происходит, если концентрация фактора роста эндотелия сосудов падает? Здесь возникает вопрос, как влияет падение уровня фактора роста эндотелия сосудов на собственные сосуды, на собственные капилляры? Не развивается ли процесс нейродегенерации?

С помощью каких молекул мы можем ингибировать фактор роста эндотелия сосудов? На сегодняшний день известны 3 такие молекулы: ранибизумаб, афлиберцепт, бевацизумаб *(слайд 6)*. Самая большая молекула — это молекула бевацизумаба, которая не была разработана специально для офтальмологии, главная ее задача — воздействие на онкологические заболевания, поэтому она большая и долго существует в организме. Это те основные требования, которые выдвигали онкологи для этой молекулы. Две небольшие по своим размерам молекулы и существующие сравнительно недолго — ранибизумаб, афлиберцепт — были разработаны специально для внутриглазного введения. Они должны быстро выводиться и действовать только внутри глаза, не выходя за гемоофтальмический барьер. Афлиберцепт имеет достаточно большое «покрытие», ингибируя не только фактор роста эндотелия сосудов А, но и фактор роста эндотелия сосудов В, и PIGF.

Как молекула попадает в периферический кровоток *(слайд 7)*? В том случае, как, предположим, у бевацизумаба, если молекула имеет Fc-фрагмент, то он соединяется с рецептором, выводит всю молекулу через гематоофтальмический барьер в периферический кровоток. Ошибочно мнение, что чем меньше молекула, тем лучше она выходит в кровоток — здесь рецепторно-зависимый транспорт, если у молекулы нет с-фрагмента, она не попадает в периферический кровоток.

Были проведены достаточно интересные исследования *(слайд 8)* по изучению влияния препаратов при ИВВ на концентрацию VEGF в периферическом кровотоке. Первоначально замеряли уровень фактора роста эндотелия в плазме, он составлял 114 пг/мл. Пациентам вводили эндовитреально бевацизумаб, и через 1 день уровень VEGF в плазме, т.е. в периферическом кровотоке, снизился до 9,4 пг/мл. Еще раз повторю, что в контрольной группе исходный уровень составлял 114 пг/мл. Через 1 месяц не произошло поднятия уровня до исходного, т.е. 26 пг/мл *(слайд 9)*. Следующее исследование — здесь уже сравнивали молекулы бевацизумаба и ранибизумаба, и опять, посмотрите, какая разница, когда мы вводим бевацизумаб, через 28 дней мы получаем статистически достоверное снижение уровня фактора роста эндотелия в периферическом кровотоке. При введении ранибизумаба мы такого статистически достоверного снижения уровня фактора роста эндотелия сосудов не получаем. Таким образом, размер молекулы имеет большое значение для глаз.

Слайд 1.

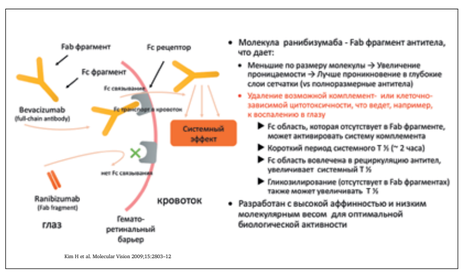
Слайд 2.

Слайд 3.

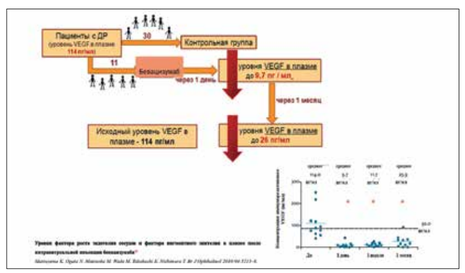
Слайд 4.

Слайд 5.

Слайд 6.



Слайд 7.



Слайд 8.

Не секрет, что когда мы проводим ИВВ анти-VEGF препаратов, происходит резкое повышение ВГД. У одних пациентов через 30 мин. давление падает, у других — остается повышенным и приводит к развитию офтальмогипертензии в очень ограниченном количестве, к сожалению, регистрируется глаукома (хотя неизвестно была ли она до этого, и может ИВВ можно рассматривать как нагрузочный тест?).

Что мы знаем о нашем пациенте, когда вводим внутрь фактор роста эндотелия сосудов *(слайд 10)*? Мы знаем, что повышается ВГД и что уровень фактора роста эндотелия падает. Если мы вводим ранибизумаб, фактор роста падает только внутри глаза (чего мы и добиваемся), если вводим бевацизумаб, фактор роста падает и в периферическом кровотоке. Еще раз повторю, это — не одна инъекция, пациенты получают инъекции постоянно. А знаем ли мы, какое толерантное давление у этого пациента? К сожалению, в большинстве случаев нет. Исследованию толерантного давления посвящено большое количество работ группы профессора В.Р. Мамиконяна. А знаем ли мы, разовьется ли у этого пациента постинъекционный трабекулит, который уже описан в литературе? Также не знаем. Увеличение концентрации протеинов: чем больше молекулы — тем хуже глазу? Кроме того, показано, что силикон, содержащийся в канюле, по мнению одних ученых, может попасть в переднюю камеру из стекловидного тела, по мнению других, не может. Имеются ли рецепторы к VEGF в трабекулярной сети, я имею в виду факторы роста эндотелия сосудов? Если VEGF ингибирует лимфатический дренаж, возможно, он также ингибирует и пути оттока? Как видно вокруг механизмов повышения ВГД при ИВВ препаратов идут жаркие научные споры.

В своей работе мы попытались посмотреть, что же происходит, когда мы вводим фактор роста эндотелия сосудов пациенту с глаукомой.

В исследование были включены 114 пациентов с экссудативной формой ВМД в сочетании с глаукомой: 39 человек — в начальной стадии, 74 человека — в развитой и всего 4 человека — в далеко зашедшей. В качестве гипотензивных препаратов пациенты получали моно- и комбинированную терапию. В качестве монотерапии применяли ингибиторы карбоангидразы, β-адреноблокаторы и α_2-адреномиметики. В комбинированной терапии использовали сочетания препаратов из вышеуказанных групп или их фиксированные формы.

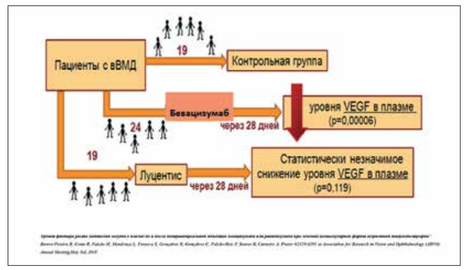
Всем вводился одинаковый объем ранибизумаба, в объеме 0,05 мл (0,5 мг) трехкратно с интервалом 4 недели между каждой инъекцией, одним хирургом *(слайд 11)*. Посмотрите *(на слайдах 12 и 13)*, острота зрения у пациентов с глаукомой IA (3 инъекции) — повысилась; в группах IIA, IB и IIB мы наблюдаем стабилизацию остроты зрения, несмотря на то что морфологически отек резорбировался во всех группах, т.е. функционально и морфологически результат совпал только у пациентов с глаукомой IA. Таким образом, мы получили прекрасный морфологический результат, но не получили желаемого функционального результата, хотя стабилизация при экссудативной форме ВМД может быть оценена как положительный результат.

У пациентки с IIIb стадией, за счет развития экссудативной формы ВМД, острота зрения снизилась до 0,1. Больная находилась на максимальном медикаментозном режиме, включавшем β-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы и агонисты α_2-адренорецепторов, после первой инъекции ВГД повысилось до 30 мм рт.ст., через 4 часа было снижено до 25 мм рт.ст. приемом ингибиторов карбоангидразы per os в дополнение к максимальному медикаментозному режиму. В дальнейшем, в связи с отсутствием стойкой нормализации ВГД, возможного риска его значительного повышения во время ИВВ луцентиса, была выполнена синусотрабекулэктомия с одномоментным интравитреальным введением ингибитора VEGF. Затем, с интервалом в месяц, две интравитреальных инъекции. В результате в течение 6 месяцев наблюдения уровень ВГД составил 17,7 мм рт.ст., острота зрения повысилась до 0,3, отек на глазном дне резорбировался. У другого пациента с IIIa стадией острота зрения после первой инъекции повысилась с 0,3 до 0,5, пациент начал читать, однако после 3 инъекции острота зрения вернулась к исходным значениям из-за прогрессирования глаукомной оптической нейропатии. Отек уменьшился с 349 до 274 мкм. Таким образом, применение анти-VEGF препаратов при ВМД и III стадии глаукомы стоит под вопросом и требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

Аналогично изменялся макулярный объем *(слайд 14)*. Я привожу данные по макулярному объему, потому что мембрана не всегда симметрична, и когда мы измеряем только фовеальную часть, мы иногда не получаем полноценной картины, если мембрана расположена чуть сбоку от фовеолы. Как менялось ВГД? На *слайде 15* представлены цифры ВГД до и через 3 месяца: статистически достоверно произошло снижение ВГД у пациентов в группе III (из-за проведения оперативного лечения и назначения гипотензивных препаратов в данной группе).

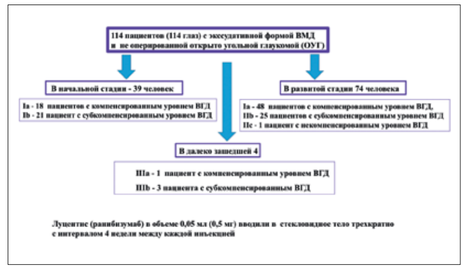
Для того чтобы посмотреть, как реагирует зрительный нерв, мы использовали проведение зрительных вызванных потенциалов *(слайд 16)*. Зрительные вызванные потенциалы не менялись во всех группах, кроме последней. Я понимаю, что преступление — делать статистику на 4-х пациентах, но, чтобы не рассказывать о каждом в отдельности, посмотрите, при III стадии происходит увеличение латентности.

Несмотря на проведение этой работы, у нас осталась еще масса вопросов, на которые мы не можем ответить. Мы можем сказать одно: как возрастная макулярная дегенерация, так и глаукома, являются наиболее часто встречающимися заболеваниями, приводящими к снижению остроты зрения. И чем больше у нас будет пациентов старше 60 лет, тем чаще мы будем встречать данное сочетание. Оба заболевания требуют ранней диагностики. Все пациенты требуют постоянного мониторинга, и эффективность терапии зависит от сроков введения. Очень хорошие результаты при ИВВ дают пациенты с IA стадией глаукомы и экссудативной ВМД, однако необходимо с осторожностью относиться к III стадии. Лечение экссудативной ВМД, как правило, не ограничивается тремя инъекциями. У нас есть пациенты (без глаукомы), которым было сделано 18 и 20 инъекций, что позволяет сохранить им высокие зрительные функции. Можем ли мы применять одинаковые алгоритмы для ведения пациентов с экссудативной ВМД с сочетанием с глаукомой и без? Все это требует дальнейшего изучения. Спасибо за внимание! ■

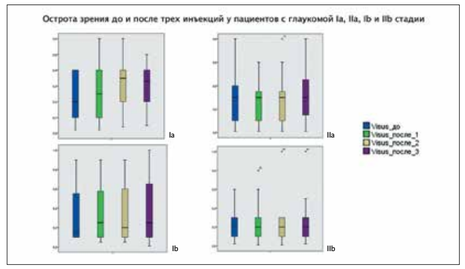


Слайд 9.

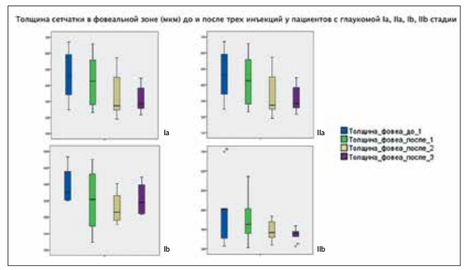
Слайд 10.



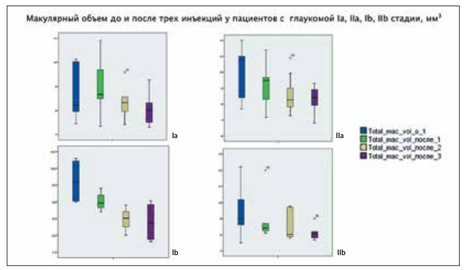
Слайд 11.



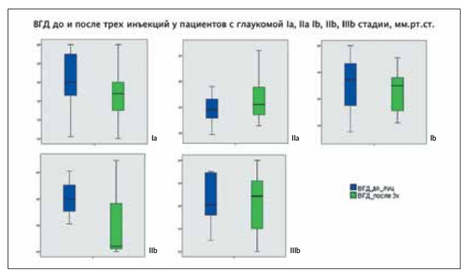
Слайд 12.



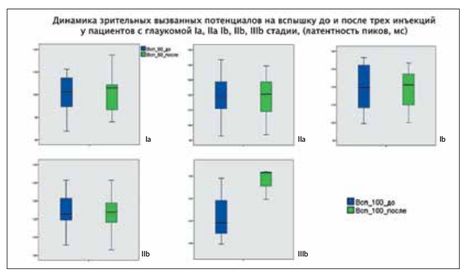
Слайд 13.



Слайд 14.



Слайд 15.



Слайд 16.

Материал подготовил ***Сергей Тумар***

Четкое зрение на всех расстояниях
или Как работают очковые прогрессивные линзы

Интервью с врачом-офтальмологом **Н.А. Макуха**, медицинским консультантом компании «Виста Оптикал».

— Николай Александрович, мы обратили внимание, что на офтальмологических конференциях Вы часто выступаете с докладами о прогрессивных линзах. Ваши мастер-классы пользуются неизменным успехом. Как Вы считаете, в чем причина такого внимания к теме со стороны представителей оптических салонов? Не могли бы Вы представить коротко доклад?

— Интерес к прогрессивным линзам существует давно, а всплеск внимания к ним в последние годы объясняется тем, что больше людей стали понимать, что прогрессивная коррекция не только дает возможность оптикам заработать денег (прогрессивные линзы — один из самых дорогих продуктов в оптических салонах). Прогрессивные линзы — очень физиологичный вид коррекции, обеспечивает комфортную работу аккомодации, является прекрасным профилактическим средством различных глазных заболеваний и, разумеется, обеспечивает высокое качество зрения и высокое качество жизни. К сожалению, бывают случаи, когда человеку тяжело адаптироваться к прогрессивным линзам. В 60% случаев неадаптация вызвана ошибкой при подборе коррекции. Современные прогрессивные линзы благодаря использованию высоких технологий практически полностью исключили неадаптацию, вызванную боковыми аберрациями.

— Какие чаще всего допускают ошибки оптометристы при подборе прогрессивных линз?

— По нашей статистике, неадаптация часто вызвана неправильным рецептом: либо это слабая аддидация, либо сильная аддидация, либо резкое изменение рецепта или несоблюдение доминантности глаз, что случается, правда, значительно реже.

— Как Вы считаете, у выпускника колледжа достаточная подготовка для работы с прогрессивными линзами?

— Конечно. Человек с недостаточным уровнем знаний не получит диплом. Только у нас существует одна особенность: в России оптометристы готовятся 2 года, а в Европе — это высшее образование, подготовка занимает 4 года. Тем не менее оптометристов в нашей стране учат оптометрии больше, чем врачей-офтальмологов. Знаю по себе: учась в ординатуре, мы посещали кабинет сложной коррекции зрения, но нас не учили подбирать прогрессивные линзы. Офтальмологи зачастую не обладают тем объемом знаний, который бы позволил им успешно работать в области оптометрии. Необходимые знания они обычно получают на семинарах, организуемых поставщиками линз для очков и контактных линз. Со своей стороны мы проводим еженедельные вебинары, посвященные ассортименту и особенностям работы с линзами для очков. Работают курсы оптометрии в глазных институтах, но врачей пока больше учат лечить глазные заболевания, оперировать, но не подбирать очки.

— Как Вы считаете, оптометристы должны получать высшее образование?

— Да, я так считаю.

— Вы один из немногих, кто поддерживает эту точку зрения. Большинство докторов считают, что задача оптометристов заключается в подборе очковой или контактной коррекции, а выявление и лечение заболеваний — удел офтальмологов. В Америке, например, мы слышали, часто возникают конфликты интересов оптометристов и офтальмологов, когда они «играют не на своем поле».

— Насколько я знаю, оптометристы в Америке и больных лечат, разве что не оперируют. Их подготовка касается не только подбора очков. Хорошо подготовленный оптометрист может заподозрить заболевание. Например, при проверке зрения он видит, что человек не поддается полной коррекции, значит, существуют какие-то причины: помутнение оптических сред, нарушения в принимающем аппарате (сетчатке) и т.д. В этом случае оптометрист дает рекомендацию обратиться к офтальмологу. Разделение все равно будет существовать. К тому же в оптиках должны работать не только офтальмологи. Офтальмологами часто владеют амбиции, им порой трудно выйти в зал, помочь выбрать оправу: «Как же я — офтальмолог, врач, зачем я буду заниматься продажами?» Я долго сам себя ломал на этот счет, было тяжело перестроиться.

— Вы как командир воздушного судна, Ваш выход в торговый зал должен быть праздником для пациента...

— Пациенту всегда приятно, когда врач подобрал рецепт, порекомендовал линзы, помог выбрать оправу. Пациент воспринимает это уже не как рекомендации консультанта, а как назначение врача. Хотя в некоторых оптических салонах врач отвечает за рецепт, и этим его ответственность ограничивается. В этом случае, если пациент не сможет привыкнуть к линзам по причине неправильно выписанного рецепта, отвечать своим кошельком будет врач, если в результате неправильной сборки — отвечать будет мастер, а если оправа подобрана некорректно — отвечает консультант. Я, например, все делаю сам: подбираю, размечаю и т.д., зато сплю спокойно, уверен, что когда придут линзы, мастер, в котором я также уверен, правильно соберет очки, и пациент к ним быстро адаптируется.

— Как Вы относитесь к мнению о том, что после 40 лет люди обязательно должны носить «прогрессивы»?

— На мой взгляд, это направление заслуживает самого пристального внимания. Для определенных возрастных групп в зависимости от запаса относительной аккомодации и процессов, происходящих в глазу, доктор А.И. Деревянченко из Волгограда рекомендует определенную величину функциональной поддержки аккомодации на близких и средних дистанциях. Вдаль аккомодация расслаблена и начинает напрягаться вблизи. Не у всех людей аккомодация способна напрягаться так, чтобы было комфортно глазу при длительной зрительной нагрузке. Мне сейчас 31 год, я ношу прогрессивные очки с аддидацией 0,75 для поддержки аккомодации, чувствую себя прекрасно. Через 3 дня я уже забыл, что ношу «прогрессивы».

— Николай Александрович, расскажите, пожалуйста, о продукции компании Indo.

— Мы занимаемся линзами производства Испании, это — национальный оптический производитель, существует на рынке с 1937 года. У компании Indo не самый большой объем производства, но она занимает лидирующие позиции в мире по технологиям создания дизайнов линз для очков. В компании работает большой научно-исследовательский отдел, включающий профессоров и докторов наук, разрабатывающие дизайны прогрессивных линз, материалы, покрытия и т.д. Компания Indo сама выпускает прогрессивные линзы, а также продает некоторые дизайны прогрессивных линз другим компаниям, которые производят прогрессивные линзы, но при этом сами не разрабатывают дизайны. Например, лабораторий, заводов по производству рецептурных линз у нас в России можно посчитать по пальцам, в Северной Америке их свыше 1 тысячи. Indo поставляет дизайны линз для таких заводов и лабораторий, поэтому по всему миру линз Indo (под «private label») продается гораздо больше, чем под брендом Indo. Другими словами, компания является поставщиком технологий. Наша компания на сегодняшний день единственная, которая не продает прогрессивные линзы старого стандартного дизайна. К сожалению, массовые поставки этих дешевых, устаревших линз в Россию продолжаются, они пользуются известной популярностью из-за «низкой» стоимости. Пара складских линз стандартного дизайна в рознице может стоить 5-7 тысяч рублей. Некоторые стандартные дизайны от именитых производителей стоят уже довольно дорого, но при этом линза имеет узкие поля зрения, большие искажения по периферии, плавающий эффект, увеличивающий эффект в нижней части, который затрудняет ходьбу, особенно по ступенькам. Такие линзы до сих пор продаются в больших количествах и по высоким ценам.

С 2010 года компания Indo отказалась от выпуска линз стандартного дизайна и полностью перешла на самые современные технологии изготовления: FreeFORM — обработка по внутренней поверхности под контролем компьютерной программы с использованием алмазных резцов и FreeMAX — технология, по которой линза изготавливается сразу по форме оправы. Технология FreeMAX позволяет уменьшить толщину линзы на 62% и снизить боковые аберрации на 40%. На этапе расчета дизайна поверхности все аберрации «вытесняются» за пределы оправы. По технологии FreeMAX изготавливаются индивидуальные прогрессивные и однофокальные линзы для нестандартных рецептов, нестандартных посадок, спортивных оправ, с углом изгиба до 30°, с базовой кривизной до 9 дптр, с полезным диаметром до 90 мм. Технология FreeFORM применяется для изготовления отдельных дизайнов прогрессивных линз как для новичков, так и для опытных пользователей, где искажения строятся по-разному. У новичков линзы облегчают адаптацию, для опытных пользователей — шире поле четкого зрения. Есть новинка — специальные линзы для пользователей смартфонов, планшетов, а также людей, постоянно работающих за компьютером. Нарастание аддидации в этой линзе начинается чуть быстрее, в отличие от обычной прогрессивной линзы. В обычной прогрессивной линзе, если человек сидит за компьютером, монитор находится на 10-15° относительно взгляда вдаль, т.е. человек должен опустить свой взор на этот угол. В обычной прогрессивной линзе при незначительном опускании глаз добавка еще не успевает нарасти, и монитор видно нечетко, поэтому необходимо приподнимать голову, чтобы смотреть на монитор через большую коррекцию. В новом дизайне ACTIVA RVD увеличивается скорость нарастания аддидации, за счет чего она быстрее достигается, и человеку уже достаточно опустить взор на 15°, чтобы пользоваться компьютером. Компания разработала также новый дизайн линз специально для вождения автомобиля и велосипеда. В этих линзах широкие поля зрения не мешают взгляду в боковые зеркала, пересчитана ближняя зона, чтобы хорошо видеть приборную панель. Наша компания выступает за специализацию. Принято считать, что одна прогрессивная линза заменяет три пары очков, однако на этом много людей погорело. Нельзя в оптиках настраивать человека на то, что в прогрессивных линзах он все сможет. Это не всегда так. Есть выражение: «предназначенное лучше приспособленного». Существуют линзы офисные, для работы на близкой и средней дистанции, для вождения, для средней дистанции, для дали, для близи. Чаще всего для конкретной деятельности нужна конкретная линза.

— Каков ценовой диапазон линз Indo?

У нас в ассортименте прогрессивные линзы по технологии FreeFORM с просветляющим покрытием в рознице для клиента начинаются от 12000 рублей за пару, утонченные с самым хорошим покрытием будут стоить от 16000 рублей за пару. Сегодня это самая низкая цена из всей европейской и японской рецептуры. Благодаря линзе, которая называется NeoMADE, мы ставим перед собой задачу увеличить количество людей, которые смогут позволить себе использовать этот удобный физиологичный вид коррекции. На такой заказ пациент решится легче, чем заплатить 20-25 тыс. за пару. Заплатив 12000 рублей, человек приобретет первый положительный опыт ношения прогрессивных линз, что позволит ему через некоторое время заказать себе уже более дорогие линзы. Первый опыт ношения линз, если это стандартный дизайн, где все плывет, узкие поля зрения и тяжело адаптироваться, может стать отрицательным, и человек, вероятно, уже никогда не захочет пользоваться прогрессивными линзами.

— В каких регионах работает компания?

— Центральный офис находится в Москве, региональные — в Самаре, Воронеже, Екатеринбурге, Казани, Краснодаре и Новосибирске. Мы начали заниматься этими линзами с 2009 года, и постепенно Indo становится узнаваемым брендом среди оптиков и их клиентов. Вопрос: «А что это?» звучит уже редко.

— Я слышал, что человеку, пользующемуся прогрессивными линзами, приходится отказываться от некоторых привычек, например, лежа читать или смотреть телевизор.

— Вы правы. Однако современные технологии позволяют максимально учитывать привычки пользователя. У меня был один клиент, которому разметили очки для вождения, исходя из естественного положения водителя в машине. Но, когда он сел за руль, вернее, «лег» за руль, оказалось, что он ничего не видит, так как смотрит вдаль через зону для близи. Поэтому прежде, чем подбирать очки, врач должен выяснить привычки пациента, попросить его показать привычное рабочее положение при пользовании очками.

Современные технологии позволяют так адаптировать линзу для очков, чтобы не заставлять человека адаптироваться к линзе. Однако в любом случае необходимо некоторое время для привыкания. В некоторых компаниях существует правило: вне зависимости от того, когда линзы пришли, когда мастер их собрал, выдача прогрессивных очков происходит только раз в неделю, в пятницу. Если, предположим, пациент получит очки во вторник, в среду он идет в них на работу и сразу дает неадаптированным глазам чрезмерную нагрузку. На следующий день он может вернуться в салон с жалобами на невозможность работать. А если человек заберет свои «прогрессивы» в пятницу, в субботу он отдохнет, выспится, почитает в новых очках газету, сходит погулять с собакой и т.д., то к понедельнику он уже адаптируется. Как результат — количество жалоб значительно сокращается. Доволен человек, довольны и сотрудники оптического салона.

— Спасибо Вам за интересную, познавательную беседу!

Беседу вел ***Сергей Тумар***

Оптометрия как высший уровень офтальмологического образования

Интервью с **Еленой Анатольевной Эрастовой**, оптометристом офтальмологического центра «Крофт Оптика», г. Старый Оскол, консультантом по медицинским вопросам «Крофт Оптика-М», г. Магадан, **Павлом Николаевичем Эрастовым**, детским врачом-офтальмологом, генеральным директором клиники «Крофт Оптика-М», руководителем сети оптических салонов «Крофт Оптика-М».

— Елена Анатольевна, Вас нам рекомендовали как специалиста высочайшей квалификации в области оптометрии. Скажите, у Вас высшее образование?

— Нет, среднее специальное. До того как попасть в офтальмологию я работала обычной детской медицинской сестрой в хирургическом отделении. А с офтальмологией я связала свою жизнь давно, в 1994 г., когда мы познакомились с моим будущим мужем, врачом-офтальмологом, Эрастовым Павлом Николаевичем, и открыли в Магадане первую офтальмологическую клинику. Как я уже говорила, к офтальмологии в тот я момент я не имела ни малейшего отношения, к тому же у меня были совершенно другие планы по жизни. Он предложил мне попробовать открыть свой бизнес, а на мой вопрос: «Что делать?» — ответил просто: «Учиться». Окончила курсы повышения квалификации для медицинских сестер глазных отделений при Магаданской городской больнице. Наша наставница говорила: «Девчонки, вы — первые ласточки, не бойтесь». Потом была Москва, институт Гельмгольца, центр коррекции зрения. Курс назывался «Учеба на рабочем месте», то есть, кроме теоретических занятий, лекций, мы работали на приеме. В 2009 г. прошла обучение в Академии медицинской оптики и оптометрии у профессора А.В. Мягкова, получила диплом медицинского оптика-оптометриста и пошло-поехало… Клиника, которую мы открыли в Магадане, получила довольно широкую известность, мы неплохо развивались, а потом переехали в Старый Оскол и организовали в этом городе офтальмологический центр.

— Чем Ваш центр отличается от оптического салона?

— Кроме собственно оптики, у нас работает хирургическое отделение, отделения мягкой и жесткой контактной коррекции, ведем прием детей. Я в последнее время занимаюсь в основном мягкими астигматическими контактными линзами, сложной очковой коррекцией. У нас штат сотрудников довольно большой, но так получилось, что сложную коррекцию доверяют мне.

— Вы работаете с прогрессивными линзами?

— Очень редко. Старый Оскол — город совсем маленький, к нам приезжают в основном жители близлежащих деревень, а для них прогрессивные линзы — пустой звук, но работы хватает и без этого.

— В городе много частных клиник?

— Довольно много, есть учреждения чисто хирургические, но в большинстве — оптики.

— Елена Анатольевна, Вы — медицинская сестра, оптометрист, занимающаяся тем, что обычно делает специалист с дипломом врача.

— Вы знаете, у нас подход несколько отличается от большинства подобных учреждений. Мне трудно судить, насколько это хорошо, но в нашем случае пациента с момента его прихода к нам в клинику ведет оптометрист: проверка зрения, подбор очков, биомикроскопия, тонометрия. У нас медицинские сестры работают на уровне оптометристов. Не получив еще диплом, они успешно справляются с обязанностями оптометриста. У нас существует еще одна особенность — мы, прежде чем отправить учиться, обучаем их всему на месте. Конечно, сестры работают под контролем доктора, который постоянно находится рядом. Затем они проходят обучение в Академии медицинской оптики и оптометрии и получают диплом оптометриста. В других клиниках, насколько я знаю, медицинские сестры занимаются только выпиской рецептов. У нас же медсестры многое умеют. Кроме того, в нашей клинике не бывает задержек, вся работа расписана буквально по минутам, очередей нет. Может быть, поэтому наша клиника в городе довольно хорошо известна.

— По Вашему мнению, медицинская сестра должна больше заниматься работой с пациентами или писать бумаги?

— Вы знаете, правильно писать бумаги надо тоже уметь. С другой стороны, необходимо постоянно развиваться, иначе просто неинтересно. В наше время медсестра должна уметь все, пусть и не на уровне доктора. Могут возникнуть ситуации, когда медицинская сестра должна уметь выполнить и врачебную функцию. Но почему-то медсестрам пока не особенно доверяют. А это в свою очередь приводит к тому, что их профессиональные навыки ограничиваются умением проверить зрение, выписать рецепт, заполнить карту. Но этого явно не достаточно. Справедливости ради, надо сказать, что медсестры не всегда имеют возможность повысить свой уровень: курсы, семинары проводятся редко, не каждый может себе позволить оплатить дорогу и обучение. Мы в нашей клинике оплачиваем своим сотрудникам и дорогу, и проживание, и стоимость обучения. Это касается как медицинских сестер, так и докторов.

— Павел Николаевич, Ваша клиника хорошо оснащена?

— Я считаю, что неплохо. Мы полностью оснащены для катарактальной хирургии, контактной коррекции, диагностики. Кроме хирургии катаракты, мы проводим операции по поводу косоглазия и взрослым, и детям. Другие направления — это ортокератология, кератоконус, любая степень астигматизма, занимаемся также глаукомой и диабетом — у нас есть донный лазер, ИАГ-лазер. Делаем все, что в наших силах. У нас работают специалисты высокой квалификации, которые совершенствуют свое профессиональное мастерство на различных курсах, семинарских занятиях в Москве, Уфе, Санкт-Петербурге, других городах, хирурги участвуют в конференциях в МНТК «Микрохирургия глаза». После прохождения обучения обязательно делятся полученными новыми знаниями с коллегами, так что процесс развития, обучения идет постоянно, и денег на это мы не жалеем.

Минимум один раз в году мы проводим научно-практические семинары в нашей клинике, где участвуют офтальмологи со всей Белгородской области, приезжают офтальмологи из Курской, Воронежской областей, профессора из Курска, Воронежа выступить с лекциями, нас послушать. Слушателям вручаем серитификаты.

— Вы считаете, должны ли сближаться офтальмологи и оптометристы?

— Понимаете, у каждого направления свой очень большой объем работы. Опять же я считаю, что «кесарю кесарево…» Офтальмологи должны заниматься болезнями, оптометристы — коррекцией. Мы учим оптометристов понимать глазные заболевания, своевременно их распознавать и направлять к офтальмологу. Поэтому наши оптометристы умеют скиаскопировать, смотреть глазное дно, владеют щелевой лампой, видят катаракту, могут посмотреть закрытый угол, знают, как диагностировать различные виды глаукомы. Оптометристы у нас обладают багажом знаний практически как врачи. Я считаю, что оптометрия — это высший уровень офтальмологического образования, немногие врачи-офтальмологи хорошо разбираются в оптометрии. Наши семинарские занятия показывают, что у офтальмологов часто бывает пробел именно в оптометрии, и они с интересом воспринимают новые для них знания.

— Жизнь вас заставила заниматься всем одновременно и всему учиться на ходу, а получилось, что так и должно быть.

— Причем получилось так, что оптика появилась позже, чем возникла клиника, а это — немного другое направление в оптическом бизнесе. Когда я делюсь с коллегами, которые при оптиках открывают кабинеты, получается, что врач — это некое подспорье для оптики, у нас же ситуация прямо противоположная: оптика — подспорье для врачей-оптометристов. Любой оптометрист чувствует свою главенствующую роль — руководит оптиками, он знает, как делать очки, всю технологическую цепочку их изготовления. В нашем случае оптометристы, врачи и оптики одновременно участвуют в процессе изготовления очков. В первую очередь мы создали оптику для удовлетворения своих внутренних потребностей, чтобы не было так: мы выписываем рецепт, кто другой изготавливает очки, а бедный пациент через месяц-два приходит к нам с жалобой. Чтобы такого не происходило, мы все всю работу взяли на себя.

— Что означает в названии клиники слово «Крофт...»?

— «Красота и офтальмология».

— Благодарим вас за интересную беседу!

Беседовали ***Лариса Тумар*** *и* ***Сергей Тумар***

Как добиться гармонии между рынком частной медицины, ответственным здравоохранением и наукой

Эскина Эрика Наумовна, доктор медицинских наук, профессор. Главный врач и директор клиники лазерной медицины «Сфера», профессор кафедры глазных болезней ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова», профессор кафедры офтальмологии ФГБОУ ДПО ИПК ФМБА России.

— Эрика Наумовна, расскажите о Вашей клинике.

— Наша клиника существует давно, с 1996 года. На мой взгляд, для частной клиники в условиях формирующегося рынка — это достойный стаж. К нам приезжают не только москвичи, но и жители других регионов, иногда приезжают пациенты из-за границы. Начинали мы как рефракционная клиника, но почти сразу стало очевидно — узкий специалист подобен «флюсу». И сегодня, если говорить об офтальмологии (а наша клиника многопрофильная), мы охватываем ее основные направления. Два года работаем в системе ОМС и постепенно продолжаем развиваться — привлекаем профессионалов своего дела и по другим специальностям: отоларингология, дерматология, косметология, пластическая хирургия. Не так давно у нас открылось фармацевтическое направление, работает оптика. В клинике консультирует эндокринолог, терапевт — для корректной и безопасной подготовки к операции, для коррекции медикаментозного ведения. Клиника оснащена превосходным рефракционным оборудованием, в частности, эксимерным лазером Schwind последнего поколения. Мы являемся референтным центром этой компании — к нам приходят все новейшие идеи и разработки, которые мы внедряем в клиническую практику. Среди других офтальмологических направлений — катарактальная хирургия, глаукома, вмешательства на сетчатке. Мы также проводим научные исследования, изучаем механизмы процессов, происходящих в органе зрения. Я когда-то работала в институте Гельмгольца, где в меня, наверное, и вселился научный вирус. Такая работа приносит огромное удовольствие: не погружаешься в рутину, идет постоянный творческий процесс, все время анализируешь результаты своих усилий. Без анализа в медицине, на мой взгляд, профессионализм невозможен.

— Как Вы относитесь к мнению о том, что практикующие врачи не должны заниматься наукой?

— Есть экспериментальная наука, которая действительно должна делаться в соответствующих условиях: лаборатории, виварии, морфологические центры, электронная микроскопия, биохимический анализ, генетика и т.д. Но это не означает, что практикующие врачи не могут анализировать результаты своей работы. Наука — это, в первую очередь, изучение научной литературы, современных трендов, постоянное генерирование идей, проверка их на практике. Цель — добиться наилучшего результата в лечении больных. Другой вопрос, что не всякий человек может этим заниматься. Если мы говорим о поликлиническом враче, при существующих нормативах ежедневного приема пациентов, о какой науке может идти речь? Но если он дома анализирует, например, карточки своих пациентов, а результаты решает опубликовать, он занимается наукой. На рабочем месте у доктора нет такой возможности, это и не входит в его обязанности. Но мы не можем запретить человеку думать.

— В Вашей клинике проводятся совместные исследования и разработка новых методов лечения с ведущими отечественными и европейскими специалистами в области практической офтальмологии. Расскажите, пожалуйста, об этом.

— Клиника занимает лидирующее положение в области эксимерлазерной коррекции пресбиопии, проводятся совместные исследования с крупными научными центрами, среди которых ФГБНУ «НИИГБ», Институт общей патологии и патофизиологии. Сотрудничество развивается по таким направлениям, как закономерности диагностики и мониторинга глаукомы, изменение зрительных функций, эффективность некоторых препаратов при возрастной макулодистрофии. Поскольку я по своему первому научному образованию физиолог зрения, для меня эта проблематика представляет особый интерес, и я очень рада, что рядом со мной молодые коллеги, которые превосходно делают свою работу, развивают свои аналитические способности и поддерживают инициативу проведения научных исследований.

— Вы требовательны к коллегам и подчиненным? Как проводится отбор специалистов, как Вы формируете профессиональную среду?

— Вы знаете, Ваш вопрос был бы актуальным некоторое время назад. Главное, чтобы человек хотел работать и развиваться в профессиональном смысле, что, к сожалению, не так часто встречается. Все остальное — дело наживное, и я с радостью готова помогать и поддерживать любые начинания — от помощи в образовательном процессе до материальных вопросов. Желание — это такая редкая вещь, а если оно еще и сочетается с возможностью — это просто великолепно. Жестких требований к коллегам нет, есть желание видеть рядом профессионалов, любящих свое дело, соратников и единомышленников.

— Может ли врач, потерявший работу в результате реформы здравоохранения, рассчитывать получить работу в Вашей клинике?

— Если врач имеет достаточный опыт и знания или готов учиться и приводить себя в соответствие требованиям и стандартам, предъявляемым в моей клинике — милости просим — я готова работать с таким человеком. Это, к сожалению, не часто бывает, особенно в возрасте после 40 лет. Желание меняться, развиваться, способность сомневаться и признавать свои ошибки — это самое ценное, что может быть в профессиональной жизни.

— Обратил внимание, что Вы не формально подходите к роли модератора научных секций на конференциях.

— Если меня пригласили занять место за столом президиума — это большая честь и ответственность. Секция должна быть интересной, дискуссия — острой и живой. Иначе выступления без их дальнейшего обсуждения теряют всякий смысл. В любом докладе должен содержаться вопрос, проблема, он должен вызывать интерес. Любое сообщение может быть подвергнуто сомнению и обсуждению. Вывести коллег на дискуссию, на обмен опытом — в этом и есть смысл научных конференций, и вопросы, вокруг которых разворачиваются споры, порой гораздо более содержательны, чем просто доклад, иногда зачитанный до дыр. Хочется, чтобы конференции проходили интересно и на высоком профессиональном уровне. Когда человек варится «в собственном соку», он профессионально деградирует. Это особенно касается медицины.

— Согласитесь, что среди отечественных лекторов есть настоящие мастера, умеющие с полуслова завладеть вниманием аудитории, но часто докладчик просто отбывает «номер». Скажите, этому где-нибудь учат?

— Если Вы посмотрите программу Американской академии офтальмологии, обязательно найдете секцию «Искусство презентации». Секция эта довольно посещаемая. У нас пока подобных проектов внутри конференций не встречала, как и секций, посвященных организации бизнеса, рекламы, искусства учитывать и делать оптимальными расходы и растить рентабельность медицинского бизнеса. Уверена, что скоро мы к этому придем. Уже сейчас реформа отечественного здравоохранения направлена на то, чтобы научить нас считать и нести не только профессиональную, но и финансовую ответственность за наши действия. Думаю, нам есть что позаимствовать и чему поучиться у зарубежных коллег. Как и наоборот.

— А у нас есть что-нибудь подобное?

— Не знаю, но это вовсе не означает, что нет. Идея интересная, и я предлагаю ее совместно озвучить в нашем интервью. Нам риторику в школе не преподавали. Помню, когда я защищала докторскую диссертацию, мой сын, которому тогда было 12 лет, сидел на защите, а потом провел «разбор полета»: пояснил, что я делала правильно, а что нет. Он учил этот предмет в школе. Возможно, настанет время — придут другие лекторы, владеющие искусством риторики лучше, чем мы. Опять же мы должны понимать, что за рубежом обычные доктора редко выступают с лекциями, обычно это делают профессора университетов, которые активно занимаются преподавательской деятельностью и имеют опыт работы с аудиторией. При этом, согласитесь, научный доклад и лекция — это совершенно разные вещи. К докладчикам предъявляются другие требования — краткость, лаконичность, способность заинтересовать аудиторию, сконцентрироваться на главном и убедить в своей правоте. Это — совершенно иная ипостась. У нас порой эти понятия смешиваются. Тем не менее я считаю, что наш лекторский опыт заслуживает уважения и у нас есть уникальные лекторы, у которых есть чему поучиться.

— Вне всякого сомнения. Эрика Наумовна, Вы строгий руководитель?

— Вы знаете, есть вещи, которые я не приемлю, есть вещи, с которыми я могу согласиться, пойти на компромисс. Это вопрос опыта — руководителем нельзя родиться. Мне еще расти и расти, и руковожу я относительно недавно, меньше чем работаю врачом. Я не приемлю халатность, безразличие, непрофессионализм в нашем деле. Все остальное можно наработать, исправить, только должно быть желание исправить, желание услышать коллегу, пациента. Для нас чрезвычайно важно — слышать пациента, сопереживать ему — проявить эмпатию. Некоторые врачи начинают искать болезнь, пытаются поставить диагноз, при этом не слышат, зачем пришел больной, что его мучает, беспокоит, снижает качество жизни. Очень важно понять, чем мы должны и можем пациенту помочь и оказать максимальную врачебную поддержку. Пациент должен быть уверен, что его поняли. Однако, к сожалению, это не всегда удается.

— «Не всегда удается» в стенах Вашего учреждения, или у вас с деонтологией все в порядке?

— Пациент в нашей клинике, если он остался чем-то недоволен, всегда имеет возможность обратиться прямо ко мне и высказать свое мнение о нашей работе. К счастью, это бывает редко. Все подобные случаи мы стараемся разбирать, найти ошибку и сделать так, чтобы пациенту было хорошо.

— Книга жалоб у вас не пухлая?

— У нас пухлая книга благодарностей и отзывов.

— Эрика Наумовна, Вы являетесь обладателем диплома Московского фонда защиты прав потребителей в номинации «Лучшие в Москве» за вклад в развитие цивилизованного потребительского рынка...

— …Вы и это откопали…

— Это моя работа... Что лично Вы вкладываете в понятие «цивилизованный потребительский рынок» в области здравоохранения?

— Мы с Вами уже частично коснулись этого вопроса. Мне кажется, пациент, прежде всего, должен получить максимально развернутую информацию о том, чем мы можем ему помочь. Не секрет, что желание сохранить пациента или клиента иногда приводит к тому, что он остается недоинформирован в ущерб лечению. Этого я бы не хотела допускать. Полное обследование, полный сбор информации и принятие правильного решения, даже если мы ему не можем помочь в нашей клинике — вот что имеет особое значение. Поскольку мы начинали с незначительного объема оказания услуг, для меня, в первую очередь, было важно максимально широко использовать возможность медицинской офтальмологической помощи. И сегодня, я считаю, мы уже и сами на довольно высоком уровне можем это делать.

— Какое понятие Вы предпочитаете: «медицинская услуга» или «медицинская помощь»?

— Это вопрос юридический, терминологический, этический. Иногда это услуга, иногда — помощь. Когда возникает острая ситуация, есть угроза сохранению зрительных функций или органа, это — помощь. Когда человек приходит с неким пожеланием, это — услуга.

— Какие пожелания клиентов Вы можете исполнить? Вопрос о медицинской помощи мы с Вами уже обсудили...

— Мы можем улыбнуться… На высочайшем уровне исправить любой дефект рефракции, избавить пациента от пресбиопии. Еще мы можем провести некоторые виды косметических и пластических операций, хотя в таких случаях, как после травмы и серьезных повреждений, эти вмешательства перестают быть услугой. Но серьезную патологию мы стараемся не брать — мы все-таки амбулаторный центр.

— Открыть частную клинику при желании может любой предприниматель. Для этого не обязательно быть практикующим врачом и иметь медицинский диплом. Правильно ли это? Что Вы можете посоветовать коллегам, которые собираются открыть собственное дело?

— В нашей стране закон позволяет человеку, не имеющему диплом врача, открыть клинику. Открыть клинику и руководить клиникой — это разные вещи. Можно нанять менеджера с медицинским образованием для управления учреждением. Мой длительный опыт работы в негосударственной медицине подсказывает, что каждый должен заниматься своим делом. Опытный менеджер, открыв клинику, может пригласить партнеров, коллег, которые являются профессионалами в своем направлении. Высокий профессионализм — это главное условие выживания частных клиник. Единоличное ведение дел ни к чему хорошему, как правило, не приводит. Менеджмент — это наука управления, взаимодействия с людьми, существуют определенные законы эффективного менеджмента. История офтальмологии, в том числе отечественной, знает эффективных менеджеров, нам есть, у кого поучиться.

— Эрика Наумовна, расскажите о себе. Почему Вы выбрали медицину и конкретно офтальмологию? Насколько я знаю, Ваши родители не были связаны с медициной: папа — ученый-физик, мама — экономист.

— Мои родители действительно не имели отношения к медицине, но в семье медиков было достаточно, среди них врачи, известные ученые: терапевты, онкологи, радиобиологи, инфекционисты, акушеры-гинекологи. Их уже нет с нами, но они продолжают служить для меня примером. В нашей семье эти люди пользовались неизменным уважением, их имена всегда вспоминаются с определенным пиететом, и для меня это имело большое значение. Так сложилось, что с ранних школьных лет я увлеклась естественными науками, медициной. В школе работал санитарный пост, и команда, которой я руководила, была чемпионом Москвы среди школьных команд санитарных постов. Собственно с этого все и началось, и постепенно я углублялась в медицину.

Училась я во 2-м Медицинском институте, оканчивала ординатуру на кафедре, руководимой Аркадием Павловичем Нестеровым. Я застала его великолепные клинические разборы, пятиминутки, лекции, конференции. Мне есть, что вспомнить в этом отношении, кафедра глазных болезней — это моя клиническая школа. Своей научной школой я считаю Московский научно-исследовательский институт глазных болезней имени Гельмгольца и лабораторию клинической физиологии зрения института им. Кравкова, куда я пришла еще на 3-м курсе института. Среди моих учителей я с гордостью могу назвать профессора Э.С. Аветисова, профессора Ю.З. Розенблюма, профессора Ф.Е. Фридмана, профессора А.Я. Бунина. Цитата из стихотворения Блока, висевшая на стене кабинета Э.С. Аветисова, до сих пор стоит у меня перед глазами: «И вечный бой! Покой нам только снится…»

С особым теплом и благодарностью я хочу вспомнить своего научного руководителя, профессора Анжелику Михайловну Шамшинову. До сих пор многое из того, на что я опираюсь в своей работе, — ее идеи и наработки. Учиться медицине можно только тогда, когда рядом с тобой опытный наставник, на которого можно положиться. Знания в медицине должны передаваться из уст в уста, из рук в руки, «глаза в глаза». К сожалению, сейчас мы это теряем, а я хочу, чтобы наши молодые коллеги об этом не забывали. На мой взгляд, конкуренция в медицине начинает противоречить этическим аспектам, клятве Гиппократа. Некоторые опытные коллеги из-за боязни создать себе конкурентов не передают знания, не дают возможности молодым врачам осваивать новейшие хирургические методики. Молодежь теряет темп своего профессионального развития, лучшие годы проходят впустую. Необходимо помнить, что отечественная офтальмология и медицина нуждаются в молодых докторах, чтобы было кому нас лечить и чтобы мы смогли их предостеречь от ошибок, которые когда-то совершили мы сами.

— Вы застали время, когда выступление на Московском научном обществе имело колоссальное значение для профессионального становления офтальмолога?

— К счастью, я застала заседания Московского научного общества, когда они проходили в аудитории МОНИКИ, в институте Гельмгольца, в ФГБНУ «НИИГБ» до сих пор проводятся заседания МНОО. К сожалению, мне самой не довелось выступать на этих заседаниях. Сегодня рынок конференций и врачебных встреч чрезвычайно насыщен и неупорядочен, что несколько снижает научный уровень и качество проводимых мероприятий, а следовательно, подрывает интерес врачей к конференциям. Надеюсь, мы перерастем эту детскую болезнь через какое-то время и возобновим клинические разборы и обсуждение новых разработок именно в том ключе, как это было принято на заседаниях Общества. Возможно, участие в конференциях станет интерактивным, дискуссия будет проходить в он-лайн режиме, без потери эффективности и времени на дорогу.

— Не приведет ли развитие средств коммуникации к тому, что учитель и ученик будут общаться между собой в он-лайн режиме?

— Вы знаете, некоторые вещи невозможно передать на расстоянии: нельзя правильно поставить руки и т.д. С другой стороны, нет смысла отказываться от возможностей, которые предоставляют нам современные технологии, однако нельзя лишать людей возможности физического контакта друг с другом.

— Вы помните свой первый доклад перед широкой аудиторией?

— Да, хорошо помню. Я выступала на одном из заседаний нейроофтальмологического общества. Конференция проходила в небольшой аудитории, переполненной докторами. Я докладывала о результатах своих исследований зрительных вызванных корковых потенциалов при альбинизме. Работа была выполнена мной и соавторами в институте Гельмольца, совместно с институтом дефектологии. Мой учитель, профессор А.М. Шамшинова, доверила мне доложить наши результаты. Переживала я ужасно. Пыталась выучить доклад наизусть, боялась оторвать глаза от текста. Этот день я запомнила на всю жизнь, но поняла, что выступать перед аудиторией вовсе «не смертельно». Уже давно никакая шпаргалка во время доклада мне не нужна. Формирование навыков, уверенности в себе, владение материалом — приходит со временем. Всему надо учиться, и это нормально.

— Вы создаете впечатление абсолютно самодостаточного, уверенного человека, знающего себе цену. Назовите ту черту характера, которая помогает Вам идти по жизни вперед.

— На самом деле, в вопросе кроется ответ. Можно шутить, обсуждая эту тему, но мне бы не хотелось выглядеть нескромной в своих суждениях. Существует масса человеческих качеств, которые я ценю, но думаю, очень важны две вещи. Вы говорите о движении вперед, это означает, что должна быть цель. И еще — наверное, я достаточно критически отношусь к себе. Не уверена, что мне это сильно помогает, возможно, наоборот — мешает, но именно от этой черты характера мне никуда не деться... Она постоянно толкает меня дальше. Вперед. К большему количеству знаний, желанию увеличивать и совершенствовать профессиональные возможности.

— Какие добродетели Вы цените больше всего?

— Ответить оригинально сложно, а очень хочется, но едва ли смогу. Честность, порядочность, смелость суждений, готовность противостоять давлению обстоятельств — пожалуй, это первое, что я стараюсь увидеть в людях. К сожалению, на протяжении всей истории развития нашей страны, культуры, люди были вынуждены часто подстраиваться под действительность и обстоятельства. И когда я вижу обратное, это вызывает во мне чувство глубокого уважения.

— Какую последнюю книгу Вы прочли?

— Серьезный след в моем сознании за последнее время оставили книги Ромена Гари. Среди моих родственников есть филологи, переводчики-литературоведы, актеры, музыканты, благодаря которым я развивалась как личность. Кстати, на русский язык книги Гари переводила моя тетя, Наталия Самойловна Мавлевич, и они попадали ко мне еще до того, как оказывались в широкой продаже. Произведения Гари просто великолепны, интересны для меня и с точки зрения словесности, и с точки зрения психологии. В профессиональном отношении я периодически перечитываю книгу о клинике Мейо. Как ни странно, впервые эту книгу мне предложил прочесть мой сын. Она служит мне учебником, перечитывая ее, я пытаюсь понять, как лучше наладить процесс внутри клиники, как развиваться, как правильно и эффективно делать бизнес от медицины. Как сделать этот бизнес рентабельным и при этом приносить максимальную пользу людям. Это сложно, так как «медицина» и «бизнес» — понятия чаще всего несовместимы, но, стараемся учиться.

— Какие исторические личности вызывают у Вас наибольшую симпатию, антипатию?

— Очень широкий и глубокий вопрос. Есть общеизвестные, оставившие глубокий след в истории, которые заслуживают однозначной оценки. Обсуждать или осуждать этих людей я не считаю возможным, потому что многих из них уже оценила история, а она — самый лучший судья. Жизнь человека, особенно одаренного, неоднозначна и многогранна. Развитие и проявление личности во многом зависит от обстоятельств, окружающей среды, культуры и менталитета страны и нации, в которой все происходит. Если оглянуться назад, можно многих вспомнить: и тех, у кого поучиться, и тех, кого поблагодарить. Если посмотреть вперед, всегда найдешь то, что можно и нужно сделать лучше.

— Как Вы считаете, если молодые ребята оглянутся назад, они найдут для себя пример для подражания?

— Вопрос, конечно, с подковыркой... Молодые ребята на своем жизненном пути должны прийти к такому этапу, когда они захотят оглянуться назад. А там — наше поколение и те, кто старше нас. Я уверена, что они найдут для себя достойные примеры. Мы не измельчали, отнюдь нет. Возможно, меньше стало энциклопедистов, но мозг просто не в состоянии охватить весь объем существующей сегодня информации. Но «звезды» есть и у нас в стране и за рубежом, и не надо их делить на «наших» и «не наших». Важно, что есть, в кого верить, у кого учиться, о ком вспомнить с уважением и благодарностью.

— Ваше любимое изречение?

— «Ничто нас в жизни не может вышибить из седла…»

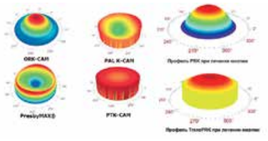
— «...Такая уж поговорка у майора была». Я благодарю Вас!

Беседу вел
Сергей Тумар

TRADOMED INVEST

Эксимерные лазеры SCHWIND AMARIS
Лучшая производительность от лидера новых технологий

- Максимальная частота лазера — 1050 Гц
- Уникальный 7D-трекинг «Latency-Free Tracking»
- Гарантированная безопасность с технологией контроля нагрева ткани
- Минимальное время абляции — 1,3 секунды на диоптрию
- Модуль PresbyMax® — мультифокальная коррекция пресбиопии
- Бесконтактная коррекция методом TransPRK
- Всесторонний план лечения с полной диагностикой
- Безупречные клинические результаты
- Высокая оценка ведущих рефракционных хирургов



Модульное программное обеспечение **SCHWIND CAM** предлагает большой выбор протоколов лазерного лечения и позволяет составить индивидуальный план операции для каждого пациента.

Эксклюзивный дистрибьютор «SCHWIND» (Германия) в России и странах СНГ — фирма «Трейдомед Инвест»

SCHWIND eye-tech-solutions

109147, Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 1, офис 412. Тел./факс: (495) 662-78-66
E-mail: info@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.ru
01001, Киев, пер. Музейный, д.4, офис 16. Тел.: +38 (044) 495-84-37. Факс: +38 (044) 459-46-37
E-mail: shakirova@tradomed-invest.ru www.tradomed-invest.com

Тихие попутчики науки

Полтора века с Möller-Wedel: создание оптических систем как дело жизни

Оптические приборы по своей природе — тихие попутчики науки. Их создание требует не только глубоких и специфических знаний, но и предельной концентрации, поэтому оно, как правило, происходит в тихих помещениях и спокойной местности, вдали от шума и суеты. Возможно, поэтому производители таких приборов долгое время остаются неизвестными в широких кругах, скрываясь в тени исследовательских институтов и университетов.

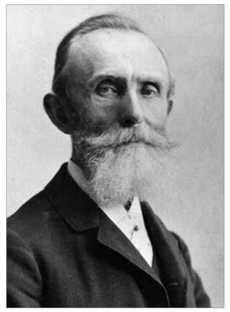
Производство оптических приборов в Германии началось в XVIII веке. Тогда все они изготавливались вручную в маленьких мастерских, некоторым из которых впоследствии суждено было превратиться в крупные предприятия с мировым именем.

Детали, определившие историю

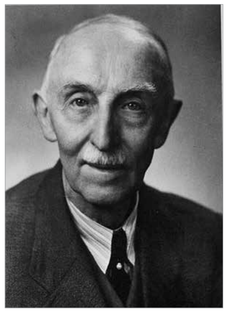
Весомый вклад в развитие немецкой оптической индустрии внесло производство в городе Ведель близ Гамбурга, возникшее в 1864 г. За 150 лет своего существования оно заработало исключительную репутацию и всемирную известность. Основателю компании Йоганну-Дитриху Мёллеру, отличавшемуся особой наблюдательностью и желанием открывать новые возможности «видеть» мир, хотелось разработать инструменты, которые помогли бы ему в его хобби. Сыну Йоганна-Дитриха, Хуго, было важно построить фабрику и проявить себя в качестве промышленника, а внук Альфред не жалел сил для объединения научной и исследовательской работы на базе семейного предприятия. Эти персональные качества сыграли решающую роль в становлении и развитии компании Möller-Wedel.

Исполнение давней мечты

В возрасте двадцати лет Йоганн-Дитрих Мёллер, сын прядильщика льна, исполнил свою давнюю мечту — открыл небольшую мастерскую в пристройке к родительскому дому. К этому времени он уже получил степень мастера в области оптики и художественное образование. Сначала Йоганн-Дитрих вытачивал линзы для микроскопов, но вскоре ему удалось сконструировать и собрать собственный микроскоп, после чего он занялся интенсивным изучением строения растений, насекомых и окаменелостей.



Основатель компании Йоганн-Дитрих Мёллер



Хуго Мёллер

Помимо этого, к нему стали поступать сторонние заказы на исследовательские работы. Вскоре Йоганн-Дитрих открыл для себя еще одну страсть — составление орнаментов из чешуек насекомых, особенно бабочек, пользовавшихся в те времена небывалым спросом. Эта микротехническая работа привела к созданию необходимых для нее принципиально новых оптических элементов.

Широкие производственные рельсы

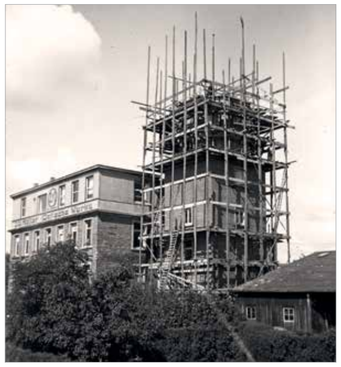
Постепенно мастерская в Веделе стала известна в определенных исследовательских кругах во многих странах. Но Йоганн-Дитрих не думал о расширении производства. Только его сын Хуго, получивший образование оптика в мастерской отца и унаследовавший в 1908 году его дело, смог поставить производство оптических элементов на широкие рельсы. Количество заказов росло так стремительно, что уже через год Хуго приступил к строительству 5-этажного здания фабрики. В поездках по Европе он расширял сеть своих партнеров, и через несколько лет площадей новой фабрики стало не хватать для обработки всех поступавших заявок... Но Первая мировая война прервала эту стремительную линию роста, принудив фабрику производить необходимые для военных нужд Германии оптические, зеркальные и стеклянные приборы и осуществлять поставки только внутри своей страны. Особенно ощутимой для компании стала потеря русских и английских покупателей.

Под игом Carl Zeiss — туда и обратно

После войны фирма оказалась в совершенно другой ситуации. Внутренний рынок ослаб, политическая ситуация не способствовала развитию экономических отношений с зарубежьем. В середине 20-х годов завод Möller-Wedel Optische Werke начал производить лупы, пенсне и бинокли, пользовавшиеся спросом у населения. Но из-за постоянного падения значения национальной валюты выживать все равно было тяжело. В связи с этим Хуго принял непростое решение — объединиться с другим производителем — и продал 51% основного пакета капитала фирме Carl Zeiss. Однако это объединение не принесло ожидаемого результата. Производство биноклей было перенесено в Йену, а в Веделе приступили к созданию небольших измерительных приборов для судостроения и судоходства (карманных спектроскопов и т.п.). Это производство было абсолютно нерентабельным, поэтому Хуго Мёллер решил выкупить свои акции обратно. С 1 января 1931 года завод Möller-Wedel Optische Werke вновь стал полностью семейным предприятием.

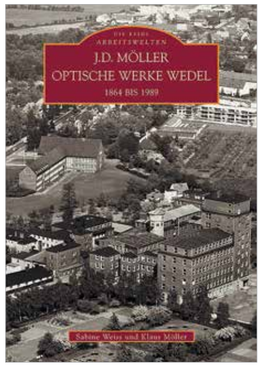
Ганс Мёллер

Альфред Мёллер



Wedel Möller Werke — старая водонапорная башня

J.D. Möller. 1959 г.



Завод Möller-Wedel Optische Werke

Новая волна успеха

После мирового кризиса в начале 30-х годов была произведена модернизация завода и наряду с выпуском оптических деталей и элементов запущено производство целых приборов. Однако амбиции Хуго Мёллера не позволяли ему останавливаться на достигнутом и подталкивали к поиску интересных путей развития. Поскольку оптическое производство потребляло много воды, Хуго разработал и построил новую систему водоснабжения, которая снабжала (и до сих пор снабжает!) не только завод, но и весь город Ведель.

Также предприимчивый Хуго Мёллер известен тем, что выкупил разорившиеся во время кризиса фабрики, расположенные по берегам Эльбы, и организовал на их месте знаменитые на всю Германию кафе.

Третье поколение и еще одна война

Сын Хуго — Альфред Мёллер — начал свою деятельность на заводе в 1934 году и оказал особое влияние на реструктуризацию предприятия. Он предложил принципиально новую систему организации труда: выделил крупные подразделения, задачей которых была исключительно исследовательская и конструкторская работы, а также сформировал отделы по обучению тем специальностям, которые были необходимы на заводе. Вскоре на фабрике начался выпуск приборов, созданных на основе собственных разработок компании.

Начало Второй мировой войны приостановило развитие этих программ. Завод снова был вынужден производить изделия, необходимые в основном для военных нужд. В марте 1943 года город Ведель был наполовину разрушен бомбежками. Фабрика при этом серьезно пострадала, и возникла необходимость переносить производственные помещения. С 1945 года Möller лишился права выпускать многие приборы собственной разработки. Завод стал использоваться для производства очковых линз и некоторых медицинских устройств и деталей для них. Хуго и Альфред были отстранены от руководства. Но вскоре вернулись из плена двое младших сыновей семьи Мёллер. Они-то и подхватили семейное дело.

Удар со стороны ширпотреба и первый шаг к медицине

В 1949 году семье были возвращены здания завода, а после денежной реформы началось и восстановление производственных мощностей. Выпуск очковых линз вышел на новый уровень, был освоен процесс шлифовки стеклянных поверхностей, а также начато изготовление специальных измерительных приборов для кинематографа и медицины. Последнее направление развивалось особенно успешно, сопровождалось проведением совместных научно-исследовательских работ с гинекологами и офтальмологами. Эти перемены сыграли решающую роль в дальнейшем развитии предприятия и обеспечили продукции Möller-Wedel известность не только в Европе, но и за океаном.

В начале 60-х годов на заводе Möller-Wedel работало около 580 человек по профессиям, связанным с точной механикой, машиностроением, инструментальной инженерией, слесарным делом и продажами. Налаженный процесс обучения сотрудников исключал нехватку профессиональных кадров. И, тем не менее, это были непростые времена. Поскольку на рынке стало появляться все больше массовых, гораздо более дешевых продуктов, у компании Möller-Wedel стали возникать проблемы со сбытом. Особенно тяжело стало продавать бинокли. Европейский рынок заполонили японские компании, предлагавшие бинокли дешевого сегмента, у которых не только корпуса, но даже линзы и оптические компоненты были выполнены из пластика. Установка на безупречное качество на заводе Möller-Wedel расходилась с требованием массового потребителя, искавшего более дешевых товаров.

В 1964 году фирма Möller-Wedel прекратила выпуск биноклей, но этот на первый взгляд болезненный шаг не привел к ее экономическому краху. Усилия были направлены на разработку медицинской техники, особенно — на производство микроскопов, ставшее впоследствии основной деятельностью компании.

Мёллер освободил хирургам руки

Совместно с гамбургскими профессорами Заутером и Дрегером в 1966 году была разработана и изготовлена консоль «А» для глазной хирургии с переменным оптическим фокусом. Появилась первая в мире потолочная система для хирургии, включавшая операционный микроскоп, управляемый посредством ножной педали. Применение такой педали впервые в истории освободило руки хирурга на время операции, а впоследствии стало общепринятым стандартом.

Фирма продолжала инвестировать в разработку оптического диагностического оборудования: коллиматоров, интерферентных приборов, гониометров. Был открыт гальванический цех и подразделения вакуумной техники и точной механики для обработки стекла и металла. Рынок глазной диагностики и аппаратов для изготовления очков рос непрерывно. Фирма начала выпуск рабочих столов офтальмолога с аппаратами Visutest, тонометрами и щелевыми лампами. Одновременно развивалось производство микроэлектроники, встраиваемой практически во все приборы Möller-Wedel. В России и Китае совместно со швейцарской компанией Balzers были построены два завода по производству планпараллельных стеклянных пластин, используемых в схемах для микроэлектроники.

Этот этап истории Möller завершился 18 декабря 1982 года, когда скончался Ганс Мёллер, проработавший руководителем фирмы до последнего своего дня. Его брат Альфред руководил компанией до 1995 года, после чего началась эпоха четвертого поколения промышленников семьи Мёллер.

Компания Möller-Wedel гордится своей историей. Первой в мире она разработала: микроскоп на потолочном штативе (1966 г.), операционный микроскоп с переменным фокусным расстоянием (1975 г.), микроскоп с компьютерным управлением (1991 г.), микроскоп с ручным/моторизированным управлением (1994 г.), микроскоп со светодиодным осветителем (2008 г.). В 2011 году была разработана новейшая система видеодокументирования и управления. Для применения в области офтальмологии созданы уникальные устройства: EIBOS (для витреоретинальной хирургии) и iOCT — (Оптический Когерентный Томограф для визуализации глубинных структур и возможности оптического наблюдения через полупрозрачные ткани).

Международное партнерство: немецкое качество и швейцарская точность

26 лет назад — в 1989 году — швейцарская компания Haag-Streit приняла фирму Möller-Wedel в свой холдинг; этому шагу способствовало руководство города Ведель. Основной целью являлось сохранение немецкого производства и нежелание отдавать фабрику в руки заокеанских инвесторов. В 2012 году было основано новое подразделение — Haag-Streit Surgical, осуществлявшее продажи и сервис хирургических микроскопов во всем мире. Оборудование Haag-Streit Surgical применяется во многих областях медицины. Новейшие разработки сочетают в себе лучшие традиции и современные технологии, немецкое качество и швейцарскую точность. Тесное сотрудничество с лечебными учреждениями, университетами позволяет достаточно быстро реагировать на требования современной медицины. Фирма гарантирует высокую точность в области оптики, электроники и механики, при этом постоянно внедряет инновационные идеи и современные технологии, позволяющие докторам проводить уникальные операции.

На сегодняшний день фирма Haag-Streit работает через своих представителей более чем в 70 странах мира, в том числе и в России. Многие ведущие медицинские центры РФ смогли оценить качество и долговечность микроскопов Möller-Wedel/Haag-Streit.

Материал подготовила
***А.Д. Курочкина** (компания Stormoff)*

Фото предоставлены компанией Stormoff

В единой олимпийской семье

Двукратная чемпионка и двукратный бронзовый призёр Паралимпийских игр, заслуженный мастер спорта России **Елена Паутова:**

От стометровки до марафона — я люблю все беговые дистанции

Илья Бруштейн

Окончание. Начало в предыдущем номере

В прошлом номере газеты «Поле зрения» мы начали знакомить наших читателей со слабовидящими спортсменами — чемпионами и призёрами Паралимпийских игр в лёгкой атлетике из Республики Башкортостан. В этом номере предстоит знакомство ещё с двумя жителями Уфы: Еленой Паутовой и Ильдаром Помыкаловым.

— Елена Осиповна, позвольте в начале беседы задать Вам самый главный вопрос: каким образом Вам удалось стать бегуном-универсалом, успешно освоить практически все беговые дистанции, от стометровки до марафона? Вам доступен и бег на стадионе, и бег по шоссе, и кросс (бег по пересечённой местности)...

— Я просто очень люблю бегать. Мне даже кажется, что я сначала научилась бегать, а уже потом — ходить. Когда увлечён каким-то делом, то стремишься познать его в максимальном объёме. Методика подготовки к соревнованиям на различных беговых дистанциях, разумеется, отличается. Но это и делает спортивный процесс таким интересным для меня.

— Ваши коронные дистанции — это 800 и 1500 метров. На трёх предыдущих Паралимпиадах Вы завоевали награды именно во время этих забегов...

— В настоящее время я продолжаю готовиться к стартам на дистанциях 800 и 1500 метров и одновременно веду подготовку к марафонским забегам. На Паралимпиаде 2016 года в Рио-де-Жанейро впервые в программу включён женский марафон. Обязательно хочу принять в нём участие!

— Хотелось бы напомнить нашим читателям, что марафон отличается от других беговых дисциплин не только своей протяжённостью. Дистанция составляет 42 километра 195 метров. Важнейшее отличие состоит в том, что бежать приходится не по дорожкам стадиона со специальным покрытием, а по шоссе и городским улицам... Это обстоятельство не доставляет Вам сложностей?

— В последнее время я много общалась с марафонцами, и с мужчинами, и с женщинами. Мне интересен их опыт, их физическая и психологическая подготовка. Я, как губка, впитываю новую информацию и новые ощущения. Думаю, что в марафоне я смогу добиться не меньших успехов, чем в беге на средние дистанции. Мне всего 29 лет. И спортивная карьера ещё далека от завершения.

В беговых дистанциях на стадионе гораздо сильнее ощущается психологическая поддержка болельщиков. А марафонцу приходится справляться с перегрузками практически в одиночку. Но это обстоятельство меня не пугает.

— Расскажите, пожалуйста, о себе.

— Я родилась в прекрасном Краснодарском крае, в олимпийском городе Сочи в 1986 году. Если быть точнее, то моей родиной является сочинский район Адлер. Именно в этом районе и находится Олимпийский парк, где проходили спортивные состязания, а также церемонии открытия и закрытия зимней Олимпиады и Паралимпиады 2014 года.

Субтропический сочинский климат благоприятствует бегунам. Бегом здесь можно заниматься круглый год, и на стадионах, и в городской черте, и на пересечённой местности. Уже много лет я живу в Уфе и считаю себя уфимкой. Но в Сочи бываю регулярно. В этом городе живут мама и брат. Конечно, я не только общаюсь с родственниками, но и тренируюсь в родных краях.

С рождения являюсь инвалидом по зрению. У меня целый букет офтальмологических диагнозов, первая группа инвалидности. Острота зрения составляет всего несколько процентов.

— У Вас нет опасения, что спортивные нагрузки и перегрузки могут способствовать потере остаточного зрения?

— Я серьёзно занимаюсь спортом с самого детства, и на моих зрительных возможностях это никак не сказалось. Я вижу сейчас точно так же, как и в детстве. Никаких предостережений врачей по отношению к спортивным занятиям тоже не было.

Конечно, слепоту в моём случае исключать нельзя. Я унаследовала свои проблемы от мамы. Раньше у неё был остаток зрения. Сейчас она полностью слепая… Такая судьба у многих слабовидящих людей. Но это не повод отказываться от физической культуры и спорта!

— Где Вы учились?

— В Краснодарском крае, в армавирской специальной (коррекционной) школе-интернате для слепых и слабовидящих детей.

— Вы учились в классе для незрячих учащихся или для слабовидящих?

— Мне довелось побывать в обоих классах. Сначала я училась в классе для слабовидящих, а потом меня перевели в класс для незрячих. Но не потому, что зрение стало хуже… Просто учителя решили, что с помощью рельефно-точечной (брайлевской) системы моя учёба станет более эффективной. И они оказались правы! В классе брайлистов мне больше понравилось! Сейчас, правда, брайлевской системой я почти не пользуюсь. Слушаю аудиокниги, применяю программу озвучивания для компьютера или читаю с обычного экрана (с большим увеличением).

— Армавирская школа-интернат знаменита своими музыкальными традициями...

— Да, у нас в одном здании находятся общеобразовательная и музыкальные школы. Многие дети занимаются музыкой. Я тоже семь лет занималась в музыкальной школе по классу фортепьяно. В 2001 году, в возрасте пятнадцати лет, я переехала в Уфу. Среднюю школу заканчивала уже здесь. Поэтому сдать выпускные экзамены в армавирской музыкальной школе не удалось. Конечно, теоретически это можно было бы сделать и в Уфе… Но меня так увлекла спортивная жизнь, что стало уже не до музыки.

— Расскажите, пожалуйста, о Ваших первых шагах в спорте.

— В армавирской школе был замечательный учитель физкультуры Владимир Васильевич Маренич. Он меня заметил. Пригласил в секцию лёгкой атлетики. Но физическая нагрузка, которая предлагалась учащимся, казалась мне недостаточной… Тогда Владимир Васильевич стал давать мне дополнительные задания. Я оставалась в спортивном зале и прыгала через козла, через коня…

В апреле 2001 года в Уфе проходило Первенство России по лёгкой атлетике. В своей возрастной группе я выиграла «золото» в прыжках в длину и завоевала «серебро» на беговых дистанциях 100 метров и 200 метров. Тогда меня и заметил уфимский тренер Пётр Захарович Буйлов.

В июне того же года я вновь попала в Уфу. Теперь здесь проходил Чемпионат России по лёгкой атлетике. Я вновь выступила неплохо, хотя и осталась без медалей. Кстати, на этом чемпионате довелось познакомиться с прославленной спортсменкой, многократной чемпионкой Паралимпийских игр Римой Акбердиновной Баталовой, ныне депутатом Государственной Думы России.

После завершения чемпионата России Пётр Захарович Буйлов предложил мне остаться в Уфе и начать тренироваться у него. Этот вопрос он обсудил не только со мной, но и с учителем физкультуры В.В. Мареничем. Также состоялось несколько телефонных разговоров с моими родителями.

— Родители не боялись отпускать пятнадцатилетнюю девчонку в Уфу?

— Конечно, боялись… Но П.З. Буйлов сказал им, что у меня большой потенциал в лёгкой атлетике, а в Уфе созданы оптимальные условия для тренировок. Кроме того, Пётр Захарович обратил внимание, что спорт для меня — это не только увлечение, но и дело всей жизни. Он обещал моей маме, что будет не только тренировать меня, но и подготовит к поступлению в институт. Так всё и получилось. В Уфе я окончила среднюю школу, потом Башкирский институт физической культуры. И до сих пор продолжаю тренироваться у Петра Захаровича.

— В Уфе Вы тоже учились в специальной школе-интернате для слепых и слабовидящих детей?

— Нет. Последние четыре года моей школьной жизни прошли в Республиканской школе-интернате № 5 спортивного профиля. Эта школа в течение многих лет является кузницей башкирских спортсменов. В 2001 году П.З. Буйлов впервые в истории школы создал экспериментальную группу для девочек-инвалидов по зрению. Я вошла в эту группу вместе с тремя другими юными спортсменками из разных регионов России. Общеобразовательные предметы я изучала вместе со своими «глазастыми» ровесниками, а всю спортивную подготовку взял на себя Пётр Захарович.

— Где Вам было интереснее и приятнее учиться: в обычной школе или специальной?

— Я благодарна обоим учебным заведениям. Но необходимо учитывать, что у меня всё-таки был и остаётся остаток зрения. Тотально слепым детям, наверное, было бы гораздо сложнее учиться в обычной общеобразовательной школе.

— Как отнеслись к Вам одноклассники?

— Сначала они были удивлены, что в их школе создали такую группу из «особых» спортсменов. Но в дальнейшем мы подружились. Отношение было доброжелательным.

— Когда Вы стали выступать на международных соревнованиях?

— С 2003 года. В июне 2003 года на Чемпионате Европы в Голландии я завоевала «золото» на дистанции 5000 метров. 1500 метров принесли «серебро», 800 метров — «бронзу». В том же году в августе со Всемирных игр слепых в Канаде я привезла два «золота» (5000 метров и 1500 метров) и одну «бронзу» (800 метров). В 2003 году стала мастером спорта международного класса. А уже в 2004 году — заслуженным мастером спорта России.

В 2004 году на Паралимпиаде в Афинах я выиграла забег на 1500 метров с результатом 4 минуты 36,9 секунд, а также была третьей в забеге на 800 метров (2 минуты 15,7 секунд).

В апреле 2005 года произошло важное событие в моей жизни — я выиграла Чемпионат России по кроссу среди юниоров. Причём это был чемпионат для обычных, зрячих спортсменов. Я была просто счастлива! Дистанцию в 5000 метров по пересечённой местности я пробежала за 16 минут и 40 секунд.

— Расскажите, пожалуйста, о двух других Паралимпиадах, в которых Вы принимали участие.

— Паралимпиада в Пекине 2008 года принесла мне две бронзы: 1500 метров (4 минуты 32,8 секунд) и 800 метров (2 минуты 15,7 секунд). А Паралимпиада в Лондоне во второй раз принесла лавры чемпионки: 1500 метров (4 минуты 37,8 секунд).

— Расскажите, пожалуйста, о Ваших тренировках.

— Есть очень простое правило: чтобы быстро бегать — надо много бегать. За один раз я могу пробежать десять, двадцать, даже тридцать километров. Разумеется, план тренировок предварительно обсуждается с тренером. Выполняю отжимания, делаю приседания, занимаюсь на силовых тренажёрах.

— Беговую дорожку спортсмены-бегуны используют?

— Очень редко. Беговая дорожка — это отличный тренажёр для любителей. А профессиональным бегунам необходимо бегать на свежем воздухе, причём в хороших климатических условиях. Зимой в Уфе бегун тренироваться не может. Поэтому зимние поездки в тёплые страны и регионы — это не роскошь, а необходимость для легкоатлетов.

Елена Паутова участвует в эстафете олимпийского огня в Уфе

Елена Паутова на Паралимпиаде в Афинах. 2004 год

— Соблюдаете ли Вы диету, режим дня?

— Каждый спортсмен составляет свой рацион питания с учётом рекомендаций тренеров и врачей-диетологов. Это совершенно естественно. Но с другой стороны, я никогда не мучила себя никакими диетами. Всегда ела и ем всё, что хочу…

— И вес не набирается?

— Не набирается. Это относится не только ко мне, но и к другим спортсменам. У нас большие нагрузки, поэтому все калории сжигаются… Я, например, люблю сладкое. И никто не запрещает мне полакомиться пирожным или шоколадной конфетой! Всем читателям могу дать совет: не мучайте свой организм жёсткими диетами, не голодайте! Нужно больше двигаться, заниматься спортом. И тогда проблема лишнего веса решится сама собой.

Что касается режима дня… Это тоже для меня совсем не сложно. По характеру я человек тихий, домашний. Обычно в десять часов вечера иду спать. Встаю рано. Днём тоже стараюсь поспать, чтобы восстановить силы.

— Какие у Вас планы на ближайшее время?

— В сентябре 2015 года надеюсь принять участие в Московском международном марафоне. Кроме того, сейчас я активно осваиваю роликовые коньки и роликовые лыжи.

— Роликовые лыжи сейчас уже признаны как самостоятельный вид спорта. Вы ими тоже хотите заняться?

— В соревнованиях по этому виду спорта я не буду принимать участие, но, думаю, что и роликовые коньки, и роликовые лыжи станут неотъемлемой частью тренировочного процесса. Я всегда люблю осваивать что-то новое.

— Есть ли у Вас жизненные планы, не связанные с активными занятиями спортом? Видите ли Вы себя в роли тренера? Или спортивного чиновника?

— Честно говоря, пока я не представляю себя ни тренером, ни спортивным чиновником. Все мысли и планы связаны только со спортивными стартами.

— Позвольте в заключение нашей беседы задать Вам несколько личных вопросов. Вы уже задумывались о создании семьи? Довелось ли Вам встретить мужчину своей мечты? Какими качествами должен обладать Ваш избранник?

— Конечно, я уже задумывалась о создании семьи, но мужчину своей мечты пока не нашла… Надеюсь, что такой человек ещё появится на моём пути. Мой потенциальный избранник не обязательно должен быть профессиональным спортсменом, но ему необходимо дружить со спортом, вести здоровый образ жизни. В отношениях я готова идти на компромиссы, стараюсь понять другого человека… Со своей стороны тоже рассчитываю на понимание, любовь и взаимное уважение.

Заслуженный тренер России П.З. Буйлов

Двукратный чемпион и двукратный бронзовый призёр Паралимпийских игр, заслуженный мастер спорта России **Ильдар Помыкалов:**

Из большого спорта я пока не ухожу

— Ильдар Валерьевич, Вы являетесь одним из самых титулованных спортсменов-паралимпийцев из Башкортостана. За вашими плечами пять Паралимпиад. Сейчас Вы готовитесь к шестой?

— Думаю, что теоретически мог бы попробовать принять в ней участие. Я пока не ухожу из большого спорта и способен пробегать марафонские дистанции на достойном уровне. Но шансов завоевать медаль в Рио-де-Жанейро в 2016 году у меня практически нет. Мне тогда будет уже 45 лет. Я реалистично оцениваю свои силы…

Не хочу занимать место в паралимпийской сборной, ведь количество мест ограничено. Нужно дать шанс молодым спортсменам! Тем, кто принесёт медали нашей стране.

— В международных соревнованиях марафонцев Вы ещё будете принимать участие?

— Обязательно! Марафонские дистанции с хорошим результатом можно преодолеть и в пятьдесят, и в шестьдесят лет. И это полезно для здоровья!

— Неужели марафон полезен для здоровья?

— Он полезен в том случае, если человек к нему подготовлен. Это относится ко всем видам человеческой деятельности. И ко всем спортивным дисциплинам! Обычно я в неделю пробегаю, в общей сложности, от 150 до 200 километров. Иногда даже больше… Бегаю шесть дней в неделю. Только один раз в неделю могу позволить себе выходной.

При таком режиме тренировок организм вполне готов к преодолению марафонской дистанции. Разумеется, неподготовленным людям в марафоне участвовать нельзя.

— Считается, что последние километры марафона являются самыми сложными...

— Это так и есть. Некоторые любители бега хотят принять участие в марафоне, но они не могут объективно оценить свои силы. В этой связи есть простое правило. Если Вы способны за один раз с лёгкостью пробежать тридцать километров, если в течение недели вы регулярно пробегаете, в общей сложности, не менее ста — ста пятидесяти километров, то к участию в марафоне Вы готовы. Если нет, то лучше пока не пробовать!

— Расскажите, пожалуйста, о Вашем пути в спорте, об основных этапах Вашей биографии?

— Я родился в Уфе в 1971 году. Инвалид детства по зрению. Мой дядя, Анатолий Сергеевич Помыкалов, был успешным слабовидящим спортсменом. В 1988 году он принимал участие в Паралимпиаде в Сеуле и завоевал «серебро» на дистанции 800 метров. Именно пример дяди и привёл меня в большой спорт.

— Где Вы учились?

— Я окончил специальную (коррекционную) общеобразовательную школу III-IV вида № 28 (для слепых и слабовидящих детей) в Уфе.

— Наверное, лёгкой атлетикой Вы стали заниматься ещё в школе?

— Да, у нас в школе был замечательный учитель физкультуры Рамиль Шаяхович Гарифуллин. Он руководил и секцией лёгкой атлетики. В школьные годы меня привлекали многие виды спорта, в том числе коньки и лыжи. Но потом решил остановиться на лёгкой атлетике.

— Как складывалась Ваша жизнь после окончания школы?

— В 1990 году после окончания школы я стал работать слесарем-сборщиком на учебно-производственном предприятии (УПП) Всероссийского общества слепых. Но потом развалился Советский Союз. Дела на предприятии стали идти неважно, зарплата уменьшилась, людей увольняли…

В этой ситуации я ушёл с основной работы и полностью посвятил свою жизнь спорту. В 1993 году, в возрасте 22 лет, впервые попал на Чемпионат Европы по лёгкой атлетике среди слепых. На дистанции 5000 метров завоевал «бронзу», на дистанции 1500 метров — «серебро».

В 1994 году принял участие в Чемпионате мира, проходившем в Берлине. Вернулся чемпионом мира. 10 000 метров преодолел за 33 минуты и 37 секунд. Также завоевал «бронзу» в марафонском забеге.

В 1996 году на Паралимпиаде в Атланте я завоевал бронзу на дистанции 5000 метров, а также стал четвёртым в забеге на 10 000 метров (немного не дотянул до медали).

В 1998 году на Чемпионате мира я выиграл марафонский забег! И одновременно принял решение впредь выступать на соревнованиях только в марафонских забегах. Этому правилу я следую все эти годы. Марафон стал не только любимой, но и единственной дистанцией.

— Назовите, пожалуйста, основные вехи Вашей спортивной биографии.

— В 1999 году я выиграл Чемпионат Европы. В 2000 году финишировал первым на Паралимпиаде в Сиднее. В 2004 году вновь стал первым на Паралимпиаде в Афинах. В 2008 году завоевал «бронзу» на Паралимпиаде в Пекине. В 2012 году участвовал в Паралимпиаде в Лондоне. Пробежал неплохо, но остался без медалей.

— Вы когда-нибудь устраиваете себе отдых от бега?

— Очень редко. Больше чем на две недели перерывы никогда не делаю. Иначе потом трудно снова входить в форму.

— Какими качествами, на Ваш взгляд, должен обладать настоящий марафонец?

— Главные качества — это трудолюбие, усидчивость, терпение, целеустремлённость. Иногда говорят, что бегуны-марафонцы — двужильные люди. И это совершенно верное определение.

Надо быть способным в любую погоду, и в дождь, и под палящим солнцем, бежать по два-три часа по скучному, нудному, прямому шоссе… Иногда приходиться бегать по гористой местности. Это сложнее физически, но легче психологически. Всё-таки интересный ландшафт!

У марафонцев обычно спокойный характер. Они склонны к созерцательности, умеют переносить одиночество, так как тренироваться часто приходится в одиночку.

Необходимо помнить, что на марафонской дистанции никогда нельзя переходить на шаг. Можно сбавить темп, но надо обязательно продолжать бежать. Если перейдёшь на шаг, то потом будет трудно или даже невозможно снова войти в беговой ритм. Так можно легко сойти с дистанции.

— Во время марафонов устраивают пункты питания, где спортсменам предлагают напитки и лёгкие закуски...

— Можно сделать несколько глотков воды. Или употреблять специальные питательные гели. Но всё это должно происходить на бегу. Останавливаться нельзя!

— Какие чувства Вы испытываете после завершения марафона?

— Есть такое выражение: выжат как лимон. Оно в полной мере относится к марафонцам после финиша. Спортсмены действительно «выжаты как лимоны». Но одновременно испытываешь чувство огромной радости, даже счастья. Когда какая-то цель достигнута — это всегда приятно.

Президент России В.В. Путин с чемпионами и призёрами Паралимпиады 2012 года в Лондоне

— Как складываются отношения между спортсменом и тренером?

— Всю жизнь моим тренером был и остаётся Пётр Захарович Буйлов. С инвалидами по зрению он работает с 1975 года. Я знаком с ним с раннего детства. Он был тренером моего дяди. Наши семьи дружили.

Хороший тренер — это, в первую очередь, педагог. Он не только определяет физическую и психологическую подготовку к соревнованиям, но и способствует формированию личности спортсмена. Тренеру необходимо быть и хорошим психологом, и хорошим организатором. Часто ему приходится заниматься решением социально-бытовых проблем своих питомцев. Думаю, что спортивные успехи паралимпийцев Башкортостана, в том числе и мои — это во многом заслуга Петра Захаровича.

— Ваша супруга тоже спортсменка?

— Людмила — мастер спорта по лёгкой атлетике. Раньше тоже выступала на соревнованиях по лёгкой атлетике в марафонских дистанциях. Сейчас она ушла из большого спорта и стала домохозяйкой. У неё — прекрасное зрение. А вот дочь Ириша, к сожалению, унаследовала мои гены. Видит она очень плохо. Является инвалидом детства. Таким образом, сейчас в нашей семье два инвалида по зрению.

— Вы бы хотели, чтобы Ваша дочь занялась спортом?

— Ей сейчас десять лет. Она очень увлечена плаванием. Конечно, я был бы счастлив, если она когда-нибудь сможет участвовать в Паралимпийских играх… Но главное — чтобы она была здоровой, развивалась физически и духовно. В нашей семье все являются сторонниками здорового образа жизни. Поэтому Ириша может брать пример и с мамы, и с папы.

Фотографии Ильи Бруштейна

Ильдар Помыкалов с супругой Людмилой и дочкой Ириной

Surgix
ophthalmic surgical products

HOYA
SURGICAL OPTICS

ПРЕДСТАВЛЯЮТ

ЯПОНСКОЕ КАЧЕСТВО

Устройство для интраокулярной коррекции зрения iSert модель 251

- в инжекторе для имплантации
- идеальная оптика
- самый острый край
- реальный разрез 2,2 мм и менее

www.surgix.ru info@surgix.ru

издательство Апрель

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

Подписной индекс: 15392
www.aprilpublish.ru

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. E-mail: aprilpublish@mail.ru. Слайды, иллюстрирующие доклады, фото, предоставленные авторами, публикуются в авторской редакции. Издательство не несет ответственности за иллюстративный материал, а также за содержание рекламных, рекламно-информационных материалов. Перепечатка и любое воспроизведение материалов и иллюстраций допускается только с письменного разрешения газеты «Поле зрения». Дата выхода газеты: апрель 2015. Тираж 2000 экз. Газета изготовлена в ООО «Издательство «АПРЕЛЬ». Адрес издательства: 115184 Москва, Большой Ордынский переулок, д. 4, строение 3, Офисный центр «Ордынский».
© «Поле зрения», 2015. © ООО «Издательство «АПРЕЛЬ».
Отпечатано в типографии «CAPITAL PRESS». 111024, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 11А, корп. 1.