«Фармакологическая направленность — положительная тенденция в лечении желудочно-кишечных кровотечений»

Игорь Иванович Затевахин — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой хирургических болезней ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, президент Российского общества хирургов. Научный руководитель по хирургии Клинической больницы Управления делами Президента РФ, член Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов и Европейского общества сосудистой хирургии, лауреат премий Правительства Москвы, Правительства России и премии им. А. Н. Бакулева.

— Игорь Иванович, в начале нашей беседы хочется поговорить о Российском обществе хирургов (РОХ). Какие задачи стоят перед этой организацией?

— Задачи РОХ — обсуждение важных вопросов медицинской сферы, проведение научных конференций, симпозиумов. Оно сформировано еще в СССР, и сейчас это уже устоявшееся общество с отделениями по всей стране. РОХ было задумано как объединяющее хирургов общество, и моя мечта — объединить все общества различных хирургических специальностей. РОХ уже этим занимается.

И, конечно, оно уделяет большое внимание последипломному образованию. Ведь как врач его получает? Он пишет статью, выступает, приезжает на съезд и слушает научные выступления, обменивается мнениями с коллегами. Таким образом начинающий работник медицины получает так называемые образовательные баллы, которые потом идут в аттестацию квалификации врача. На Западе такая система очень развита. А у нас, к сожалению, идет обратный процесс: утечка кадров и распад хирургических школ.

Не менее важный вопрос — профессиональные дискуссии в регионах. В пример могу привести недавно прошедшую в Воронеже национальную согласительную конференцию «Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта». Мероприятие было организовано четко и продуманно — на конференцию приехали врачи со всей России, что далеко не всегда бывает в Москве. Между тем проблемы, которые обсуждались, должны решаться на государственном уровне. В хирургии должно быть все как в армии: где порядок, там и результат. И одна из целей РОХ — создать такой порядок.

Перед обществом стоит также задача, поставленная Министерством здравоохранения, — создание клинических рекомендаций: по обеспечению своевременной помощи в экстренных ситуациях, по ведению больных на госпитальном этапе, диагностической и лечебной тактике у больных с массивной кровопотерей и так далее.

— Проводит ли РОХ обучение хирургии?

— Как таковым обучением врачей РОХ не занимается. Они учатся благодаря присутствию на симпозиумах, съездах.

— Наверняка у Вас много учеников. Есть те, которыми гордитесь?

— Разумеется, есть. Многие мои ученики — доктора и кандидаты наук, один из них, например, был ректором Самаркандского медицинского института. Мне мои ученики как дети, и я ими по-настоящему горжусь.

— Профессия хирурга подразумевает большую ответственность за пациентов. Насколько сложно жить с такой ответственностью?

— Это этически сложный вопрос. С одной стороны, у врача нет права на ошибку, с другой — ошибок не может не быть. У каждого хирурга, как говорят, имеется свое кладбище. Разница только в том, что есть ошибка, а есть халатность. Не все соблюдают клятву Гиппократа. Степень ответственности зависит от личностных качеств. Дело в отношении к людям, к своей профессии.

— Вы не сторонник узкой специализации в медицине?

— Узкая специализация — это неизбежность. Но я вышел из такой школы и клиники, где был вынужден пройти абсолютно все: операции на сердце, сосудах, онкологические операции, оперативные вмешательства

на поджелудочной железе, на желудке. С одной стороны, специализация, конечно, необходима: начинающие врачи изучают принципы работы уникальной аппаратуры, приобретают более широкие познания о различных заболеваниях. С другой стороны, врачей, которые могут работать во всех областях медицины, осталось очень мало, буквально единицы.

Специализация — естественный процесс, отражающий современность. Тем не менее она должна базироваться на общей хирургии.

— Данный выпуск журнала посвящен желудочно-кишечным кровотечениям. Тема эта сохраняет свою актуальность, несмотря на очевидный прогресс в понимании механизмов развития таких состояний и совершенствовании методов лечения. Почему?

— Я Вам отвечу встречным вопросом: как Вы думаете, желудочно-кишечные кровотечения — это тема эндоскопическая или хирургическая? Кто должен заниматься лечением кровотечений?

— Желудочно-кишечные кровотечения должен лечить хирург.

— Вот Вы и ответили на свой вопрос. Бурное развитие вспомогательных диагностических методов, которые переросли в лечебные, является положительной тенденцией. Но последнее слово всегда за хирургами, они должны решать тактические вопросы. У каждого из них должно быть объективное мнение о той или иной проблеме, что, к сожалению, среди наших хирургов редкость. Вот поэтому, на мой взгляд, данная тема остается до сих пор злободневной.

Она на повестке дня, несмотря на то что в лечении желудочно-кишечных кровотечений произошли изменения в лучшую сторону, например, возникла тенденция к фармакологической направленности. Появляются новые препараты, которые снижают секрецию желудка, благодаря чему заживает язва. Появилось больше возможностей использовать консервативное лечение, а в ряде ситуаций и эндоскопические вмешательства, палитра которых разнообразна. Если же кровотечение не прекращается, пациенту необходима полноценная операция.

— Ваша кафедра является одной из ведущих в изучении желудочно-кишечных кровотечений. Каковы основные направления деятельности по этой тематике?

— Самое главное направление — это прогнозирование. Есть категория больных, которых удалось избавить от желудочно-кишечных кровотечений. Кровотечения прекратились, причину устранили. Но если в госпитальном периоде кровотечение открывается снова, летальность составляет 30%. Что в таком случае делать? Прогнозировать, откроется снова кровотечение или нет — главный интерес исследователей, этим и занимается наша кафедра.

Это сложный момент. Если язва глубокая, гемоглобин упал ниже отметки 50 г/л, значит, заживления не будет и возможны рецидивы. Есть и достаточно тяжелые больные, при начале лечения которых кажется, что процесс будет очень длительным, но в итоге язвы у них быстро закрываются. Это происходит благодаря применению новых лекарственных средств.

Конечно, многое зависит еще и от вида язвы. Если она небольшая и неострая, то можно лечить человека препаратами и операция не потребуется.

— Игорь Иванович, поговорим о Вас. Вы с молодости уделяете большое внимание спорту, в частности водному поло. Расскажите об этом подробнее.

— Да, я профессионально занимался водным поло. У меня в кабинете стоят все мои награды. Я мастер спорта СССР по водному поло, в 14 лет стал чемпионом Москвы по плаванию. Только в этом году перестал быть членом президиума Федерации водного поло, уже невозможно совмещать этот вид деятельности и медицину. В свое время я ездил по стране в качестве руководителя сборных команд по водному поло, как мужских, так и женских. Это моя страсть.

— Вы потомственный врач?

— Нет. Мой отец был военным — командующим Отдельной гвардейской воздушно-десантной армией в годы Великой Отечественной войны.

— Дети пошли по Вашим стопам?

— Только дочка. Она врач-косметолог. Мой старший сын, Иван Затевахин, стал известным телеведущим, ведет программы «Диалоги о животных» и «Диалоги о рыбалке». Младший сын — полковник спецназа.

— Какие у Вас отношения с военной медициной и медициной катастроф?

— Никаких. Это отдельные медицинские разделы. У меня у самого на работе катастрофы, причем постоянно. Если говорить откровенно, то вся наша жизнь — катастрофа. Мы живем в очень сложный период. Даст Бог, все будет хорошо.

— Как проводите досуг? Откуда черпаете силы для работы?

— Все очень просто: плаваю в бассейне. Мой совет: плавайте по километру в день, и будете здоровы.

— Игорь Иванович, одним из направлений Ваших научных интересов являются ангиология и сосудистая хирургия. Каковы новации в этой области?

— Сейчас в сосудистой хирургии набирает обороты стентирование. В артерию вставляют катетер, затем — баллон, который увеличивается в размерах и расширяет стенки сосуда, и уже после этого — стент. Благодаря расширению стенок сосуда улучшаются проходимость и циркуляция крови, а значит, снижается риск сердечно-сосудистых заболеваний. Стентирование проводят при сахарном диабете, атеросклерозе и других смежных патологиях.

Могу также отметить коронарную хирургию. Коронарное стентирование артерий в настоящее время занимает лидирующие позиции в хирургии. Через маленький прокол вводят катетер, проводят в сердце вместе с баллоном, который расширяется и устраняет закупорку сосуда, затем ставится стенд. Привозят, к примеру, больного с инфарктом, ему ставят стент — он встает и идет. Это можно считать чудом!

Специально для выпуска «Хирургия в гастроэнтерологии»
Кнорринг Г. Ю.