

## «Моя любовь к медицине с годами только возрастает»



*Владимир Трофимович Ивашкин — доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Минздрава России, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, директор клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, президент Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА).*

*Основатель таких изданий, как «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии», «Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии», «Российские медицинские вести». Создатель национальной школы гастроэнтерологов и гепатологов.*

*Награжден орденами Дружбы и «За службу Родине в Вооруженных Силах СССР» III степени, медалями. В 1993 г. В. Т. Ивашкину присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки РФ. В 2006 г. присуждена Премия Правительства РФ в области науки и техники.*

— **Владимир Трофимович, Вы окончили Тамбовское суворовское военное училище, а затем — военно-морской факультет Ленинградской военно-медицинской академии. Что повлияло на выбор профессии?**

— Случайное стечение обстоятельств. Я из очень простой семьи, папа погиб во время войны, мама четверых детей воспитывала одна, так что это

была не династия врачей. В период моего окончания суворовского училища несколько изменилась политика приема в военно-медицинскую академию, куда раньше принимали только офицеров: решено было отдать предпочтение молодым выпускникам школ, училищ. Я попал в этот разряд. И когда мне предложили поступать в медицинскую академию, с удовольствием согласился, тем более что учиться предстояло в Ленинграде.

— **Ваши направления деятельности очень разнообразны: Вы практикующий врач, главный гастроэнтеролог страны, заведуете кафедрой, руководите РГА... Что для Вас наиболее значимо?**

— Мне вообще нравится медицина. Причем я бы сказал, что моя любовь к медицине с годами только возрастает, по аналогии с известным парадоксом Зенона. Этот древнегреческий философ так объяснил ученикам разницу между знанием и незнанием. Представим, что в одном круге находится то, что мы знаем. За пределами — неизвестное. При развитии круг расширяется. И чем больше площадь круга, тем больше неизвестного вокруг. В итоге, чем больше мы знаем, тем больше мы не знаем. Развитию нет конца — в отношении чего бы то ни было.

У каждого из нас есть такой круг, внутри которого лежит область познанного нами, а вне его — беспредельная область непознанного.

— **По каким признакам, на Ваш взгляд, можно определить хорошего врача?**

— Мне представляется, у него должна быть внутренняя любовь к разгадыванию логики событий, логики тех закономерностей, которые спрятаны за внешними проявлениями, путем оценки синдромов, симптомов, путем изучения процесса. Анализ всех этих компонентов приводит к своеобразному озарению, и тогда врач ставит абсолютно верный диагноз в самых сложных случаях. Такое свойство есть не у всех, но уж если оно есть, это большой дар, который нужно ценить.

Меня беспокоит, что очень мало врачей остается у постели больного. По разным данным, у нас в России к этому стремится один из 50 или даже из 100 выпускников медицинского вуза.

— **Ваши научные труды охватывают проблемы патофизиологии, кардиологии, клеточной физиологии и другие. И все же большинство из них посвящены гастроэнтерологии, почему?**

— Это тоже следствие обстоятельств. Обстоятельства в нашей жизни очень важны, и иногда они являются ведущей силой. Я начал свою научную деятельность еще в военно-медицинской академии. Для молодого врача огромное значение имеет личность педагога. У меня был потрясающий учитель — Евгений Викторович Гублер, патофизиолог, благодаря которому я увлекся этой наукой. После окончания академии работал врачом на подводной лодке. Там не было возможности активно заниматься чистой наукой, и в этот период меня больше увлекала философия медицины. Затем поступил в адъюнктуру на кафедру госпитальной терапии военно-медицинской академии к профессору Павлу Ивановичу Шилову, который предложил: «У нас есть радиотелеметрическая капсула, изучай pH, давление, температуру в желудочно-кишечном тракте». Так началась моя научная деятельность в гастроэнтерологии.

Но после защиты кандидатской диссертации я очень увлекся кардиологией. Этому способствовал еще один мой учитель — известный аритмолог Макс Соломонович Кушаковский. Потом у меня появились друзья в университете, на кафедре биохимии, где я попал в круг великого учителя Александра Михайловича Уголева. Это сыграло существенную роль в моей дальнейшей научной деятельности: пришлось много заниматься клеточной биологией, чистой физиологией, «переводом» на практике достижений клеточной физиологии, молекулярных механизмов на язык медицины.

В дальнейшем такое разнообразие научных интересов мне пригодились, особенно когда я стал начальником терапевтической кафедры военно-медицинской академии. Традиционно человек, занимающий эту должность, обязан был быть подготовленным по всем направлениям внутренней медицины, ведь он должен читать весь курс программы. Поэтому начальниками кафедр военно-медицинской академии в пору, когда я учился там, были фантастические врачи!

А после переезда в Москву, будучи главным терапевтом Министерства обороны СССР — РФ в 1988–1995 годах, вел консультативную работу практически по всем разделам внутренней медицины. Сейчас я возглавляю многопрофильную клинику, где очень сильные кардиологическое, пульмонологическое, гепатологическое, гастроэнтерологическое, панкреатологическое, колопроктологическое отделения; у нас отделение интенсивной терапии, куда поступают очень тяжелые пациенты.

— **Какова статистика гастроэнтерологической заболеваемости в Москве и в целом в России, различается ли она в разных возрастных группах?**

По данным Минздрава России, гастроэнтерологические заболевания занимают 3–4-е место в структуре всех заболеваний. Свыше 37% пациентов из числа ежедневно обращающихся к терапевтам страдают заболеваниями пищеварительной системы. В 55–56% случаев причиной смерти от болезни пищеварения становится патология печени. В структуре онкологической смертности в России второе место занимает смертность от колоректального рака. В 73% случаев онкологические заболевания пищеварительной системы диагностируются на поздней стадии.

Различается ли структура заболеваний в разных возрастных группах? Я думаю нет, если не считать таких исходов хронических заболеваний, как злокачественные опухоли. Взрослые болезни вырастают из подростковых. У взрослых, конечно, начинают наслаиваться факторы риска, с которыми сталкивается уже и подросток, — это алкоголь и курение. Если посмотреть причины летальных исходов в гастроэнтерологических отделениях наших российских больниц, то основными окажутся алкогольный и вирусный циррозы печени.

И здесь уже надо бить тревогу! Огромные деньги, которые инвестируются в здравоохранение, могут разбиться, как волна о гранитный причал, о такие вещи, как безобразное повсеместное распространение курения и продолжающаяся алкоголизация населения с самых юных лет. Я в клинике наблюдаю пациентов, у которых цирроз есть уже в 30 лет, а к 40 они от него умирают.

Ни в одной европейской стране и в США не увидишь в кафе, ресторанах, театрах, других общественных местах человека с сигаретой. Там этот вопрос очень быстро решили на законодательном уровне.

Курение, алкоголь и нарастающее ожирение населения стали бичом современного общества, факторами риска развития большинства заболеваний.

— **Каков процент перехода воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта в злокачественные, в частности в рак прямой кишки?**

— Это зависит от продолжительности заболевания: вероятность тем больше, чем длительнее язвенная болезнь. Обычно он появляется на рубеже 10 лет.

Сейчас по инициативе Минздрава разрабатываются скрининговые подходы для ограничения субпопуляции риска по раку желудка и колоректальному раку.

Должен сказать, что внедрение такой простой тестовой системы, как определение у людей старше 50 лет наличия скрытой крови в кале, способно снизить смертность от колоректального рака на 40%. И на столько же может снизить смертность от рака желудка введение в практику панели определения пепсиногенов 1 и 2.

— **Могут ли воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта иметь иммунное происхождение?**

— Язвенный колит — это, безусловно, заболевание с большим иммунным компонентом, как и болезнь Крона. С определенными оговорками оба заболевания можно отнести к аутоиммунным. В пользу этой точки зрения говорит тот факт, что ремиссию и поддержание ремиссии мы осуществляем теми же препаратами, что и при аутоиммунных заболеваниях: глюкокортикостероидами и цитостатиками разных классов.

— **Что бы Вы назвали главными достижениями гастроэнтерологии последнего времени?**

— Одним из достижений стало то, что удалось переломить ситуацию с ошибочным пониманием врачами причины язвенной болезни. Для этого пришлось преодолеть много предрассудков, иных мнений. Сейчас общепризнанным является факт, что в основе заболевания лежит инфицирование бактерией хеликобактер пилори, язвенную болезнь лечат антибиотиками и ингибиторами желудочной секреции. Это привело к реальному снижению числа больных в нашей стране и к тому, что хирурги в большинстве регионов перестали оперировать неосложненную язвенную болезнь, так как ее способны вылечить терапевты.

Произошел значительный прорыв в лечении болезней, распространением которых озабочены не только медики, но и все общество, — вирусных гепатитов В и С. В настоящее время разработаны хорошо обоснованные стандарты их лечения. Всех младенцев стали вакцинировать, благодаря чему заболеваемость гепатитом В отчетливо пошла на спад. Однако мы никогда не избавимся от гепатитов, если не перекрыть продолжающийся поток наркотиков в нашу страну.

— **Вы являетесь членом гастроэнтерологических ассоциаций в Америке и Европе. Чем они отличаются от РГА?**

— Начнем с того, что Американской гастроэнтерологической ассоциации 200 лет, а нашей — 40. Американская ассоциация развивалась, в частности, после Второй мировой войны, в период равной мощности учебных центров, университетов и клиник, следовательно, там сейчас есть возможность (как и в Европе) проводить ежегодные конгрессы в разных центрах, что у нас до сих пор невозможно. Если центр берет на себя обязательство провести конгресс, он должен представить не менее 40% собственных лекторов. Таких учреждений в России пока нет.

Тем не менее мы развиваемся, чему способствуют постоянное общение между отечественными специалистами, обмен опытом с зарубежными коллегами. Так, например, в октябре 2012 года в рамках Российской гастроэнтерологической недели в пресс-конференции «Изжога, гастрит, язва, рак... Кто предотвратит эту угрозу для общества?» принял участие президент Объединенной европейской гастроэнтерологической федерации доктор медицины, профессор Колм О'Морзэн.

— **Вы очень занятой человек. Есть ли у Вас время для того, чтобы заниматься чем-то помимо работы?**

— Я люблю оперу, это мое хобби. Где бы я ни был в командировках, если там есть оперный театр, я всегда стремлюсь туда попасть. У меня хорошая коллекция дисков с записями лучших мировых оперных спектаклей.

— **Что бы Вы хотели пожелать новым поколениям медиков?**

— Надо работать! Мне повезло в том, что у меня были великие учителя: Г. И. Дорофеев, В. А. Максимов, А. М. Уголев, Е. В. Гембицкий, Ф. И. Комаров и другие. Один из них, начальник Главного военно-медицинского управления Федор Иванович Комаров, не только мне, но и другим много раз повторял: «Работайте, работайте, работайте! А слава и материальный достаток к вам придут обязательно». Жизнь подтвердила правильность этих слов, и теперь я постоянно повторяю молодым коллегам его слова.

Специально для «Доктор.Ру» Елисова О. В., Жукова Е. О.