



## О.Н. МИНУШКИН: «Заслуги российских ученых- физиологов переоценить невозможно»

*О развитии отечественной современной гастроэнтерологии, ее настоящем и будущем – в интервью с доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ, заместителем главного терапевта, главным гастроэнтерологом ГМУ Управления делами Президента Российской Федерации, заведующим кафедрой гастроэнтерологии Учебно-научного центра Управления делами Президента РФ Олегом Николаевичем МИНУШКИНЫМ.*

– Олег Николаевич, многие наши читатели знают Вас прежде всего как ученого, чьи публикации регулярно появляются в ведущих медицинских отечественных и зарубежных изданиях. Расскажите, пожалуйста, в каком направлении движется наука гастроэнтерология и какое место в ней занимает Россия?

– Есть два направления науки: фундаментальное, на котором базируются клинические дисциплины, и клиническое, которое имеет прикладной характер и занимается изучением эффективности препаратов, разработкой способов лечения, оценкой диагностических методов и оборудования, определением их места в общей структуре диагностики и т.д. Но в основе клинических исследований всегда лежит фундаментальная наука.





Заслуги российских ученых-физиологов перед фундаментальной наукой переоценить невозможно. Все, что сегодня мир знает о физиологии пищеварения, базируется на фундаментальных исследованиях нашего соотечественника Ивана Петровича Павлова, получившего в 1904 г. Нобелевскую премию. Учение об иммунитете было создано другим великим россиянином – Ильей Ильичом Мечниковым. Более близка к нам исторически теория мембранного пищеварения. К ней самое непосредственное отношение имеет физиолог Александр Михайлович Уголев. Я сам учился у Владимира Харитоновича Василенко, которого искренне считаю гуру мировой гастроэнтерологии. Так что российским гастроэнтерологам есть чем гордиться. В фундаментальной науке мир дальше основополагающих исследований, проведенных нашими отечественными корифеями еще в прошлом веке, пока не пошел. Хотя, конечно же, сегодня ведутся многочисленные разработки, но все они связаны лишь с современным уровнем развития науки, техники и технологий.

Нынешний период в истории гастроэнтерологии – время клинических исследований. Мы «прикладываем» фундаментальные исследования в области физиологии, микробиологии, молекулярной биологии, биохимии, биофизики и т. д. к медицинскому делу. Возможно, российские специалисты оснащены хуже, не столь масштабно, как наши западные коллеги. Но в остальном мы почти не отстаем от мирового уровня.

**– Олег Николаевич, много Ваших работ было посвящено изучению микробиоценоза кишечника и его роли в развитии и поддержании заболеваний желудочно-кишечного тракта. Насколько сегодня актуальна эта проблема?**

– На сегодняшний день у меня 600 работ, и они посвящены абсолютно всем вопросам гастроэнтерологии... Но вот проблемами микробиоценозов гастроэнтероло-

ги должны интересоваться всегда. Хотим мы того или нет, а в нас живут тысячи микроорганизмов, и наш организм должен находиться в равновесии с этой системой, любое ее нарушение приводит к патологии, более или менее серьезной.

У российских гастроэнтерологов действительно много работ, посвященных микрофлоре и микробиоценозам. Нами внедрен способ изучения их метаболизма и метаболитов толстокишечной микрофлоры. Это очень важно. Дело в том, что раньше получали анализ микрофлоры, которая находится в просвете кишечника. А живут-то бактерии вовсе не там, а в пристеночном склоне. Один анализ вообще малоинформативен, для создания общей картины нужно несколько исследований.

Изучая метаболизм толстокишечной микрофлоры, мы не только получаем представление о том, какова она, но и выясняем, какой именно пул и какие метаболиты дает. У каждого микробиоценоза они свои, свойственные только ему. И второе: в отличие от посевов, результаты которых получают через 8–10 дней, мы получаем данные исследования за часы. И это очень важно: быстро получив ответ, можно немедленно сориентироваться: есть нарушение или нет, с чем оно связано, определить взаимосвязи, то есть причинно-следственные отношения, и, конечно же, довольно быстро принять решение. Но самое главное – понять, наступит ли процесс саморегуляции, или врачу необходимо вмешаться в эту систему, чтобы помочь.

Флора сама по себе – функциональная система. А эта система всегда стремится к саморегулированию, и если мы пытаемся вмешиваться в эти процессы, нужно понимать, какие функции мы берем на себя. Это довольно опасное дело. Вмешательство может быть только временным. На определенном этапе необходимо дать организму возможность справиться самому. И поэтому мы не только изучаем метаболиты, но и внедри-

ли систему, основанную на фундаментальных исследованиях функциональных систем Петра Кузьмича Анохина.

**– Олег Николаевич, Вы – практикующий врач. Скажите, пожалуйста, с какими медицинскими проблемами наиболее часто сталкиваетесь?**

– Я хоть и практикующий врач, но, как заведующий кафедрой гастроэнтерологии, не могу себе позволить выбрать любимую дисциплину, какую-то одну область для специализации. Я должен знать все разделы гастроэнтерологии одинаково хорошо, ведь в мои обязанности входит совершенствование навыков других врачей.

Испытываем ли мы, практикующие гастроэнтерологи, значительные проблемы? Сегодня мы с вами общаемся на нашей базе – в городской больнице. Она не какая-то особенная, но оснащена достаточно хорошо, здесь очень неплохая эндоскопическая служба. Кстати, на одном этаже с кафедрой гастроэнтерологии находится и кафедра эндоскопии. Как и наши европейские или американские коллеги, мы активно изучаем *Helicobacter pylori*. У нас ведутся исследования моторики кишечной трубки (и верхних, и нижних отделов).

Мы изучаем болезни пищевода – проведено достаточно большое число научных исследований, внедрена уникальная методика исследования. Совсем недавно у нас защищена докторская диссертация, одна из шести, выполненных в России за последние 15 лет. Заболеваниям пищевода были посвящены 8 кандидатских диссертационных работ.

**– А язвенная болезнь?**

– Это традиционная на нашей кафедре тема. Только докторских диссертаций, посвященных различным аспектам язвенной болезни, защищено 8. А логическим завершением наших разработок становятся изданные книги, множество методических пособий.

Заболевания печени – еще одно направление нашей работы. Оцен-

гастроэнтерология



ка степени тяжести болезни сегодня в значительной степени базируется на вирусологических исследованиях (выделено 8 гепатотропных вирусов). В Российской Федерации, по крайней мере в Москве и в городах, где представлены медицинские школы в университетах, институтах, на кафедрах, все эти вирусы определяются. Наше положение, касающееся противовирусного лечения, соответствует и европейским, и международным рекомендациям. Другую большую группу заболеваний печени составляют метаболические формы поражения – жировая дистрофия печени (алкогольная, неалкогольная). Диагностика их базируется на общих принципах европейской школы. Мы занимаемся также болезнями желчного пузыря. В зависимости от того, насколько активно представлено воспаление, эта патология может быть или терапевтической, или хирургической. Достаточно часто нынешние врачи имеют дело с метаболическими поражениями желчного пузыря, в частности с холестерином – отложениями холестерина в стенке желчного пузыря. Эта широко распространенная патология осложнена тем, что отложения холестерина на стенках желчного пузыря ведут к снижению его сократительной способности и к формированию камней. Если говорить о поджелудочной железе, то надо отметить: сегодня всему миру грозит настоящая «эпидемия» ее патологий. Не исключаю, что столь значительное распространение может быть объяснено тем, что мы научились их лучше диагностировать – появилось ультразвуковое исследование, ставшее базовым. Международное сообщество активно заговорило о необходимости создания специализированных панкреатологических отделений – слишком часто патологии приобретают довольно тяжелый характер, требующий хирургического вмешательства. В России таких отделений пока нет, впрочем, и в Европе их можно по пальцам пересчитать.

В области диагностики, лечения и исследования заболеваний кишечника российские гастроэнтерологи также не отстают от своих зарубежных коллег. Еще совсем недавно мы знали всего два воспалительных заболевания кишечника. Сейчас их число увеличилось в 3 раза. Это микроскопические колиты: лимфоцитарный и коллагеновый. Здесь пока не обнаружено какого-либо возбудителя, но не исключено, что и он будет найден. Говоря о положении российской гастроэнтерологии, надо отметить, что хотелось бы иметь больше отечественных препаратов, и лучшего качества. Обеспечение собственными препаратами – это обеспечение собственной безопасности. Впрочем, в последнее время начала просматриваться тенденция развития отечественной фармацевтической промышленности. Будем надеяться на лучшее.

#### – Какова эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний в современной России?

– На сегодняшний день в РФ язвенная болезнь встречается чаще по сравнению с европейскими странами. Я не очень хорошо понимаю, почему так. Возможно, общее количество больных, страдающих язвенной болезнью, одинаково, только в Европе на первое место сегодня выходят болезни пищевода, и в частности гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Правда, последние статистические данные показывают, что и у нас наметился ее рост, по крайней мере в крупных городах. В общей структуре заболеваемости печени можно отметить распространенность вирусных патологий, хотя, по официальным данным, в России она ниже, чем в европейских странах. Возможно, здесь есть просчеты диагностики – вирусологические исследования достаточно дороги, и далеко не все наши больные могут себе их позволить. Видимо, наше государство должно более активно участвовать в проведении подобных исследований.

– Несколько лет назад поднимался вопрос о создании Федеральной целевой комплексной программы по вирусным гепатитам (по аналогии с программой по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа)...

– Вопрос этот очень непростой. Из европейских стран, пожалуй, только Италия долго обеспечивала бесплатное лечение вирусных гепатитов, в частности гепатита В. Но в последние три года и они отказались – слишком дорогая программа. У нас бесплатное лечение этой категории больных не осуществляется.

К счастью, в нашей стране есть свой противовирусный препарат Виферон, созданный сначала для детей, а теперь выпускающийся и во «взрослой» дозировке. Я думаю, что он будет шире внедряться, тем более что препарат качественный. Но в целом стоимость интерферонов пока очень высока. Поэтому, если говорить о том, много ли больных у нас проходят лечение, думаю, что немного. Остается только надеяться, что, разбогатев, страна начнет и медицину лучше финансировать.

– Вы главный гастроэнтеролог Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ. Поэтому трудно обойти вниманием и еще один аспект вашей деятельности – организацию здравоохранения. Расскажите, какие проблемы решаются в этой области?

– Надо сказать, что, когда профессор Е.И. Чазов возглавил 4-е Главное управление при Министерстве здравоохранения СССР, называвшееся в народе Кремлевской больницей, он создавал прерогативную медицину, которую можно было бы реплицировать, воспроизводить. Сложный путь развития этой отрасли тесно связан с историей становления и государственности, и медицины. Пройдя путь от Лечсанупра Кремля до Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, она претерпела



значительные качественные изменения. Теперь это – целостная система, крупнейший лечебный комплекс, где успешно сочетается практика с научными исследованиями. На сегодняшний день основательно проработаны вопросы диагностики, лечения, преемственности. Более того, создающиеся частные медицинские центры организационно воспроизводят «кремлевскую» медицину.

Отмечу еще один важный момент: современная правительственная медицина – это прежде всего люди. У нас все врачи проходили (и проходят) ординатуру, стажировки, специализации и разнообразные курсы усовершенствования. И это очень важно. Мне часто приходится консультировать больных и в частных медицинских центрах. Могу отметить, что, несмотря на достаточно хорошую оснащенность, к сожалению, кадры не всегда соответствуют ее уровню. Их подготовка – задача номер один.

Я давно работаю в Управлении и могу сказать, что организационно-медицинское дело в нашей системе поддерживается на высоком, достойном уровне, несмотря на все временные, в том числе экономические, трудности. И мы делимся своими знаниями и опытом с врачами, повышающими свой профессиональный уровень у нас.

**– Вот мы логично подошли и к очередному направлению Вашей деятельности – преподавательской. На каких принципах строится эта работа?**

– У нас сохранилась немецкая модель медицинского образования. Преподаватель – это ментор, который всегда знает больше, чем его слушатели, он не дискутирует, не обсуждает, а читает лекции. Но сам по себе процесс обучения, конечно же, заставляет преподавателя постоянно учиться. Нельзя преподавать, не зная современного состояния науки, хотя бы той отрасли, где работаешь. Поэтому, конечно же, само по себе преподавание – великий стимул к самосовершенствованию.



Впрочем, врач – та редкая специальность, которая не может стоять на месте. Доктор не вправе не развиваться, он должен присутствовать на научно-практических конференциях, международных симпозиумах, где обсуждаются современные проблемы клинической медицины, он должен полученные там знания внедрять в практику. И мне кажется, что Министерство здравоохранения должно на это обращать особое внимание. Такие мероприятия – обучающие, по сути, с них начинается внедрение новых методов и методик.

**– И в заключение традиционный для нашего издания вопрос: какое место занимает фармакотерапия в гастроэнтерологии?**

– Мы не знахари и не гомеопаты. Поэтому фармакотерапия – основной метод в гастроэнтерологии. Есть, конечно же, физиотерапия, диеты и прочее, но это – вспомогательные методы. На сегодня

шний день в гастроэнтерологии есть большая группа болезней, которые лечатся перманентно, например ГЭРБ (в 1999 г. было принято решение: подавив обострение, переводить пациента на поддерживающее лечение). Перманентного поддерживающего лечения, не дающего обостриться болезни, требуют больные с диагнозом «язвенная болезнь», пациенты с болезнью Крона. Так что в нашей специальности фармакотерапия представляется сегодня даже более важным методом (и более сложным), чем это было, допустим, 30 или 40 лет назад. Сохраняет свою важную роль и фитотерапия. У нас много собственных достойных препаратов. Возможно, информирование и реклама несколько отстают, тормозя их использование, но таких препаратов много. Их надо изучать и использовать. ☺

*Беседовала Н. Токарева*