



Эмма ВОЙЧИК: «Люблю работать в экстриме, быстро решать сложные задачи»

За ее плечами – более 45 лет работы в эндокринологии и тысячи пролеченных больных. Замечательный врач-клиницист и ученый, автор многочисленных статей и научных трудов, она с удовольствием делится своими знаниями с молодыми специалистами, участвуя в международных и российских конгрессах, конференциях, симпозиумах. Недавно заведующая Эндокринологическим центром ЦКБ № 1 ОАО РЖД, заслуженный врач РФ, к. м. н. Эмма Анатольевна ВОЙЧИК отметила свой юбилей. В беседе с нашим корреспондентом Эмма Анатольевна рассказала не только о методах диагностики и лечения эндокринных заболеваний, применяемых в возглавляемом ею центре, но и о своем нестандартном пути в специальность.



– Эндокринология стала делом Вашей жизни. Скажите, выбор специальности был сознательным или случайным?

– Абсолютно случайным. Многие в моей жизни было определено волей случая. В 1964 г. я окончила педиатрический факультет Воронежского мединститута. Кстати, одновременно со мной, но лечебный факультет окончил Иван Ива-

нович Дедов, ныне – Главный эндокринолог страны, президент РАМН. Об эндокринологии я имела весьма смутное представление, поскольку во время учебы у нас по данной специальности было всего-навсего факультативное двухдневное занятие. По распределению оказалась в Тамбове, где жили мои родители, стала участковым врачом детской поликли-

ники. К тому времени я уже знала, что имею проблемы с щитовидной железой – у меня был тиреотоксикоз. Естественно, обратилась за помощью в Противозобный диспансер – такими диспансерами была представлена в те годы эндокринологическая служба страны. Главный врач предложил лечиться и занять вакантную ставку эндокринолога. Я согласилась, хо-



Актуальное интервью

ты поначалу только то и умела, что посмотреть щитовидную железу у пациента и узнать, есть ли у него сахарный диабет. К слову говоря, мои коллеги по диспансеру – несколько немолодых женщин – недалеко ушли от меня в познаниях. Я купила том по внутренним болезням под редакцией В.Г. Баранова (посвященный эндокринным болезням) и принялась его изучать. Поначалу прием проводила следующим образом: осматривала больного, потом лезла в книгу, которая вся была подчеркнута, находила нужное место, читала и только потом начинала разбираться с пациентом. Изучая научную литературу, ведя прием больных, постепенно постигала основы специальности.

Клиническую ординатуру, спустя пять лет, я уже проходила по эндокринологии в Морозовской детской клинической больнице. Я даже целый год исполняла обязанности заведующей отделением без права подписи, пока сама заведующая писала кандидатскую диссертацию. Моим куратором была Валентина Александровна Петеркова, которая сейчас является директором Института детской эндокринологии. Потом встала проблема выбора между аспирантурой и работой. Профессор Ю.А. Князев сказал: диссертацию ты защитишь позже, но нужна прописка. Меня прописали по лимиту, я работала на ставку как педиатр и совмещала на полставки как эндокринолог. По воле случая, придя однажды на педиатрический вызов к ребенку, познакомилась с его отцом, который оказался заместителем главврача поликлиники «старых большевиков». Он пригласил меня на работу в качестве эндокринолога.

– Что это была за поликлиника и кого обслуживала?

– Всего таких поликлиник в Москве было три. В них обслуживались видные деятели партии и правительства, а также искусства, науки, бывшие дипломаты, вы-

шедшие на пенсию. «Призывной» возраст пациентов – от 60 лет и старше. Я работала в той, что располагалась по улице Жолтовского, за театром Моссовета. Два дня приема чередовались с тремя днями работы на выезде и наоборот. Уже тогда я пыталась усовершенствовать профилактическую направленность службы. Выезжая по одному вызову, просила подготовить список с адресами других пациентов, находящихся поблизости, навещая их по дороге. Это позволяло сократить количество экстренных вызовов, улучшить качество обслуживания. Безусловно, контингент больных был сложный, но ко мне относились с уважением. А уже оттуда меня пригласили на работу в ЦКБ № 3 МПС по ул. Часовая. Здесь для меня открылось такое большое поле научной и практической деятельности: кафедра эндокринологии (тогда ее возглавляла проф. Е.А. Васюкова), где в то время аспирантами были А.С. Аметов и А.М. Мкртумян, отделения на 120 коек с большим потоком больных, что я осталась надолго и работаю здесь уже 36 лет. Я люблю работать в больнице, в экстриме, быстро решать сложные задачи.

– С какими экстремальными ситуациями приходилось сталкиваться и справляться?

– Это диабетические комы, гипогликемические комы, коматозные состояния, связанные с гипокортицизмом, тиреотоксические кризы и все другие неотложные состояния у больных с эндокринной патологией. У меня непростой характер, это правда, но я по гороскопу Телец и не боюсь брать на себя ответственность и принимать решение. Я ставлю цель, я к ней иду и добиваюсь. Но, как разумный человек, я способна на компромиссы, если не уверена в своей правоте. Но если мое мнение верно, то буду его отстаивать. Мне всегда интересно быть в курсе последних достижений, инноваций, применять новые методы лечения

на практике. В 1990 г. я в составе первой делегации российских медиков, куда входил и профессор Александр Сергеевич Аметов, попала в Америку, в Миннеаполис. Там я познакомилась со структурой Международного диабетологического центра, где в том числе занимались обучением больных сахарным диабетом. Это была удивительная школа, где больным объясняли, что такое диабет, как они должны изменить образ жизни, как правильно делать инъекции инсулина, как измерять сахар, как питаться, как предупредить гипогликемию, как ухаживать за ногами и заниматься спортом. У нас в стране в 1990 г. такой системы еще не было. И я поставила перед собой цель – организовать подобный класс в нашей больнице. В Москву с пустыми магазинными полками я везла через океан не дефицитные продукты, а позаимствованные у американских коллег муляжи продуктов, пособия, слайды – все, что смогла из них «выжать». Школа, созданная в те годы, развивается и продолжает работать по сей день, хотя имеет некоторое отличие от большинства российских школ диабета.

– В чем ее отличие?

– Цели у нас одни, но методы достижения выстраиваются по-другому. Например, у нас все больные с СД 1 и 2 типа, которые лечатся в отделении или приходят на прием, вместе обучаются в классе. Обычно врачи проводят два занятия: большое по одной теме для всех, а затем – небольшие по тем проблемам, которые беспокоят пациентов. Что касается планирования индивидуального питания, мы используем принципы структуры питания Международного центра в Миннеаполисе – это система эквивалентной замены продуктов. Углеводы делятся на фруктовые, крахмальные и молочные единицы. Это не хлебные единицы. Подсчет хлебных единиц – это немецкая школа, которая предполагает, что хлеб можно

Эндокринология

поменять по содержанию углеводов на фрукты, а фрукты – на молоко. Но это совершенно разные продукты. Фрукты – это только углеводы, молоко – это животный продукт, в его состав входят белки, жиры и углеводы. А крахмалы – это «долгоиграющие» углеводы и растительный белок, которые представлены в хлебе, макаронах, каше, картофеле. Мы обязательно подсчитываем содержание в рационе белков, жиров и того, что можно употреблять, условно не учитывая. Эта сбалансированная система здорового питания применяется не только при диабете, но и при ожирении в течение более 40 лет. Основа всего этого – здоровое питание. В России бытует мнение, что мясо можно есть, не учитывая, сколько его съешь. Хотя мясо – это белки, нагрузка на почки. А углеводы, наоборот, ограничивают, потому что во всех таблицах написано, что эти продукты повышают сахар. На самом деле это неправильная модель питания. При индивидуальном суточном калораже 50–55% калорий больной с диабетом, с ожирением, да и просто здоровый человек должен получать за счет углеводов. Так мы эволюционно устроены. Для нас углеводы являются основным источником энергии. Если мы принимаем сахароснижающие препараты – инсулин или таблетки – и сокращаем количество углеводов, то мы ставим организм производить глюкозу из собственных белков и жиров с помощью стрессовых гормонов через печень. Если к нам приходит больной, который ограничивает употребление углеводов, у него часто оказывается высокий сахар. Как только он начинает принимать пищу, составленную на основе нашего рациона, с включением в него макарон, каш, хлеба, картофеля (расширяя потребление углеводов), сахар в крови снижается, проходит депрессия, вызванная как неудачей в управлении диабетом, так и избытком стрессовых гормонов. Мы

ничего не запрещаем, мы только учим больных считать белки, жиры и углеводы.

– Алгоритмы лечения сахарного диабета за эти годы также претерпели существенные изменения.

– Особенно в последнее время произошел огромный скачок в терапии диабета, практически каждые полгода мы получаем что-то новое – и по препаратам, и по методикам. Чем раньше лечили больных диабетом? Как правило, это выглядело так: двухграммовый шприц с огромной иглой, свиные (животные) инсулины, все запрещалось, и больные переносили частые и тяжелые гипогликемии. Сегодня они могут жить как совершенно здоровые люди, получая соответствующее «нормальное» питание, новые сахароснижающие препараты, инсулиновые аналоги, которые действуют как собственный инсулин. Только нужно правильно выстроить комбинацию препаратов. Сейчас появились инкретины – ингибиторы ДПП-4, агонисты рецепторов ГПП-1, – которые позволяют достигать хорошего контроля гликемии, снижения уровня артериального давления и избыточной массы тела у больных СД 2 типа без риска гипогликемий, сохраняют бета-клетки, предупреждают прогрессирование заболевания. Жить становится веселее.

– Вы поддерживаете новый российский Консенсус по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2 типа?

– Конечно, его положения мы уже используем в своей практике. Это очень структурированный, персонифицированный (возраст, наличие осложнений, ожидаемая продолжительность жизни, риск гипогликемий) подход к пациенту для определения индивидуальных целевых значений гликемии. Сахароснижающая терапия назначается в зависимости от уровня HbA1c. Это все согласуется с тем

консенсусом, который уже принят в Европе и Америке в 2010 г. Но у них более жесткие требования – через 3 месяца менять терапию, если она неэффективна. В нашем консенсусе оговорено: не позже, чем через 6 месяцев. Каждый врач имеет право выбора. Мне всегда нравились гибкий подход и возможность маневрировать. При назначении сахароснижающей терапии у своих пациентов проверяем не только уровень гликированного гемоглобина, но и С-пептида. Это может быть монотерапия, может быть комбинация из 2–3 препаратов, включая инсулин. Главное – помочь пациенту добиться компенсации диабета.

– Общеизвестно, что только своевременно поставленный диагноз и адекватная терапия помогут избежать осложнений при диабете. Что значит – своевременно?

– Распознать сахарный диабет вовремя – а речь в первую очередь идет о диабете 2 типа, поскольку диабет 1 типа составляет 5–7% от общего числа случаев заболевания, – удается редко. Причины тому известны: отсутствие выраженных симптомов – болезнь подкрадывается незаметно, слабая информированность населения об этом грозном заболевании, нехватка эндокринологов в амбулаторно-поликлинической службе, нежелание самих больных нести ответственность за лечение, например, многие, зная о болезни, просто от нее отмахиваются. Именно поэтому – когда пациент не участвует в лечении диабета – и развиваются осложнения. Что мне понравилось в Миннеаполисе? Там в команде, которая занимается пациентом, пациент является главным, его обучают и переключают затем на него часть ответственности за свое состояние. Наша больница является ведомственным учреждением, и поэтому у нас постоянный контингент больных. Когда они обращаются в железнодорожные медицинские учреждения, то получают необходимую информацию о диа-



Актуальное интервью

бете и возможность обучаться. Нам каждого железнодорожника нужно сохранить на рабочем месте. Они же, в свою очередь, тоже борются за то, чтобы остаться в своей профессии. Меня радует, что сейчас есть доступные безопасные препараты, которые позволяют продлить профессиональное долголетие работников, обеспечивающих безопасность движения поездов. Мы занимаемся также лечением пациентов с метаболическим синдромом, который, как известно, способствует развитию сахарного диабета, с ожирением, назначая соответствующую терапию (индивидуальное питание, физические нагрузки, современные препараты).

– С какими осложнениями сахарного диабета приходится чаще всего сталкиваться?

– Нам приходится постоянно сталкиваться с грозным инвалидизирующим осложнением – с диабетической стопой. И здесь также многое зависит от самого пациента, от соблюдения им элементарных правил безопасности, от необходимости своевременного обращения к специалисту. Что же получается на практике? Больной поранит ногу и сидит дома, пока у него не начнет развиваться гангрена, либо обращается за помощью к хирургу в поликлинику по месту жительства (между прочим, мало кто из хирургов владеет искусством лечить диабетическую стопу). Учитывая значимость проблемы, мы усилили профилактическую работу. Гангрена чаще развивается у тех больных СД, у которых нарушено кровообращение в конечностях, поэтому, помимо тестов на диабетическую нейропатию, у всех пациентов проверяем состояние кровообращения в стопах. Если оно нарушено, проводится ангиография и восстановление кровообращения с помощью баллонной ангиопластики либо установки стентов. Мы также широко применяем ангиографию у больных с диабетом, что-

бы предупредить риск инсультов, инфарктов.

– Болезни щитовидной железы занимают одно из ведущих мест в структуре эндокринных заболеваний. Полагаю, что больных с патологиями щитовидной железы немало наблюдается и в вашем Эндокринологическом центре.

– Очень много узловых зобов – включая многоузловые. К сожалению, нередко встречается рак. У нас хорошие диагностические возможности: исследование гормонального статуса, УЗИ, пункционная биопсия, то есть верификация диагноза, консервативное и радикальное лечение. Очень много случаев гипотиреоза – снижения функции щитовидной железы. Причем у гипотиреоза много масок: он проявляется в виде сердечной, почечной недостаточности, заболеваний нервной системы. Одна из причин развития гипотиреоза – йододефицит. И вторая большая проблема связана с широким употреблением йодсодержащих препаратов для лечения различных заболеваний и йодсодержащих рентгеноконтрастных средств. К примеру, препарат амиодарон (Кордарон), содержащий йод, применяется для лечения нарушений сердечного ритма. Его часто назначают, не учитывая исходное состояние щитовидной железы. В результате на фоне длительного лечения ритм восстанавливается, но зато может развиться гипотиреоз либо йодиндуцированный тиреотоксикоз. Так что йодсодержащие препараты следует назначать с особой осторожностью тем, у кого сомпрометирована щитовидная железа.

Заболеваниям щитовидной железы сопутствует офтальмопатия, которую мы также лечим в нашем центре. Лечение должно проводиться очень скрупулезно. Мы применяем оригинальную методику, которая нам досталась в наследство от Галины Сергеевны Зефириной (директора кафедры эндокринологии,

которая была учителем для многих эндокринологов). Лечение включает ремиттирующую схему приема глюкокортикоидов, которая обеспечивает терапевтический эффект и не подавляет функцию собственных надпочечников.

Очень много случаев остеопороза, который, к сожалению, поздно диагностируется. В результате пациенты поступают уже с различными переломами. И конечно, все чаще приходится сталкиваться с такой проблемой XXI века, как андрогенный дефицит у мужчин, когда после 30 лет у мужчин резко снижается уровень половых гормонов. Безусловно, это не только российская беда, это всемирное явление. Здесь повинны и экология, и изменение среды обитания, и образ жизни.

Нужно отметить, что больных с эндокринными патологиями, к сожалению, меньше не становится, поэтому я вижу необходимость и пользу обучения пациентов: это должен быть красивый, непрерывно обновляющийся процесс. В центре мы проводим занятия по ожирению, сахарному диабету, по заболеваниям щитовидной железы. Такие занятия просто необходимы и по остеопорозу, однако это требует определенных затрат, все упирается в отсутствие ставок, финансирования.

Ну а мне по-прежнему хочется апробировать новые методики, препараты, приборы. Я востребована как лектор, часто выступаю. Имея большой клинический опыт и самую новую информацию, я с удовольствием делюсь ею с коллегами. Сейчас мне многое нравится, мне интересно жить, хватило бы только времени и сил, добрых и умных друзей. И я благодарна судьбе за то, что 36 лет работаю в железнодорожном здравоохранении, которое позволило мне постоянно совершенствоваться в профессии, защитить диссертацию, готовить молодых специалистов и сохранить лучшие традиции отраслевой медицины.

Подготовила С. Евстафьева

Эндокринология