



# Профессор Л.А. Звенигородская: «Врачу необходимо постоянно расширять горизонты познания. Только так можно состояться в профессии»

*За плечами ведущего научного сотрудника эндокринологического отделения Московского клинического научно-практического центра им. А.С. Логинова, заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора Ларисы Арсентьевны ЗВЕНИГОРОДСКОЙ более полувека работы в медицине и тысячи пролеченных больных. Будучи замечательным врачом-клиницистом и видным ученым, она внесла значительный вклад в развитие диагностики и терапии сочетанной патологии. Недавно Лариса Арсентьевна отметила юбилей. В беседе с нашим корреспондентом она рассказала не только об актуальных методах лечения заболеваний органов пищеварения у пациентов с сопутствующими патологиями, но и о своем пути в профессии, о влиянии на свое профессиональное становление врача выдающихся деятелей отечественной медицины.*



**– Лариса Арсентьевна, медицина стала делом вашей жизни. Выбор профессии был сознательным или случайным? Расскажите о своем пути в профессию.**

– Это был осознанный выбор. В определенной степени на него повлияла моя бабушка. Во время Первой мировой войны она, будучи сестрой милосердия, работала в военных госпиталях. Именно эта профессия спасла ее в Александровском центре, куда она попала в 1937 г. как жена врага народа. Почти 25 лет провела она в Сибири, в лагере для репрессированных, работая медсестрой и фельдшером в тюремной больнице. Мы с бабушкой часто вели душевные беседы, в том числе о выборе будущей профессии. Поэтому к моменту окончания школы я уже твердо знала, что хочу быть врачом. Школу я окончила с золотой медалью и поступила в ме-

дицинский институт в Киеве, затем перевелась на лечебный факультет Донецкого медицинского института. Мне очень повезло с педагогами. Достаточно сказать, что среди них был академик Николай Дмитриевич Стражеско – выдающийся представитель киевской терапевтической школы.

С отличием окончив институт, уехала по распределению в Сибирь, где работала в санитарной авиации Иркутской области, участковым врачом, заведующей отделением функциональной диагностики многопрофильной клинической больницы Иркутска. Мне посчастливилось начать научную деятельность на кафедре госпитальной терапии Иркутского медицинского института, которой заведовал академик Константин Рафаилович Седов. Он занимался краевой патологией, изучал эпидемиологию хрониче-

ских заболеваний населения Сибири. В Иркутске я защитила кандидатскую диссертацию, которая была посвящена сократительной функции миокарда и показателям гемодинамики у больных с пороками сердца. В 1974 г. вышла замуж за профессора Вишневого, переехала в Москву и стала работать клиническим ординатором кардиологического отделения 63-й городской клинической больницы.

**– Как получилось, что вы связали свою дальнейшую деятельность с гастроэнтерологией? Что подвигло вас на принятие такого решения?**

– В клинику поступали тяжелые больные по скорой помощи, которые погибали не от острой сердечной патологии, а от обширных кровотечений, развившихся на фоне приема дезагрегантов, антикоагулянтов. Пришло понимание, что сердечно-сосудистые



## Актуальное интервью

заболевания зачастую сочетаются с болезнями органов пищеварения. Захотелось глубже изучить проблему. Однажды я прочла в медицинской газете объявление о наборе сотрудников в Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии (ЦНИИГ) и решила отправить необходимые документы с просьбой о приеме на работу. Меня пригласили на собеседование. Собеседование проводил директор института, академик Анатолий Сергеевич Логинов. До сих пор помню впечатление от нашей первой встречи. Я сразу попала под обаяние этой масштабной личности. Он поинтересовался у меня, чем я хочу заниматься в институте. Я ответила, что буду лечить язвенную болезнь, желудочные кровотечения у больных с инфарктом миокарда и недостаточностью кровообращения. Видимо, мой ответ его удовлетворил, поскольку я была принята на должность младшего научного сотрудника отделения пограничных состояний, которым заведовала профессор Ирина Евгеньевна Сперанская. Вскоре произошел клинический случай, который подвигнул руководство к созданию отделения сочетанных заболеваний.

### – Расскажите об этом случае подробнее...

– В одно из дежурств к нам в больницу в тяжелом состоянии с входящим диагнозом «панкреонекроз» поступила пациентка, которая скорострительно скончалась. Нужно сказать, что в те годы ультразвуковое исследование только зарождалось, поэтому панкреатит диагностировали лишь по определенным признакам. Мы усомнились в правильности диагноза и произвели вскрытие, которое показало, что причиной смерти стал разрыв брюшной аорты с внутренним кровотечением. Когда я доложила Анатолию Сергеевичу Логинову об этом случае, он спросил: «Вот есть ишемическая болезнь сердца, есть атеросклероз артерий, а брюшная аорта что делает у этих больных?» Таким образом, он определил направление, которое мы должны были развивать. Стало разрабатываться учение о хронической ишемической болезни органов пищеварения.

Оглядываясь назад, я отмечаю, насколько с тех пор изменились спектр заболеваний и возможности их диагностики и лечения. Мы в большей степени вынуждены были опираться на свой опыт, интуицию, клинические наблюдения. Я застала то время, когда были известны только гепатиты А и В, а также гепатит не А и не В, ныне известный как гепатит С. Были распространены пороки сердца и так называемые кардиальные циррозы печени. Это заставило более детально изучать морфологию. В нашем институте работал потрясающий ученый – патологоанатом Леонид Иосифович Аруин, заведующий отделением патоморфологии, к которому обращались в трудных случаях. У меня до сих пор хранится архив из 300 биопсий больных с пороками сердца.

### – Вы занимались исследованиями в области порока сердца?

– Да, в области порока сердца и кардиального цирроза. Так случилось, что в институте трансплантологии должны были оперировать больную с пороком сердца, но при обследовании у нее были выявлены значительные изменения биохимических показателей крови, желтуха. Было сделано заключение о наличии у больной помимо порока сердца кардиального цирроза. Однако подобное заключение вызвало сомнение у Анатолия Сергеевича Логинова, и он дал добро на проведение пациентке биопсии печени. Такого ранее не делал никто. Каково же было наше удивление, когда с помощью биопсии у пациентки был выявлен первичный билиарный цирроз печени. Именно после этого случая Анатолий Сергеевич и предложил мне заняться изучением этой темы.

С того времени началось наше сотрудничество с академиком Валерием Ивановичем Шумаковым, а НИИ трансплантологии и искусственных органов стал для меня практически вторым домом. Мы с Валерием Ивановичем участвовали в обходах больных, постоянно обсуждали наиболее интересные случаи, сидя в его кабинете за чашкой кофе. Он только с виду казался таким большим, неприступным и грозным, а в общении с кол-

легами был очень открыт и дружелюбен. Для нас всегда были открыты двери кабинета заведующего отделением сердечной хирургии профессора Михаила Львовича Семеновского. В ходе проведения научно-исследовательской работы мне посчастливилось общаться со светилами отечественной медицины – академиками В.С. Савельевым, Р.С. Акчуриным, Е.И. Чазовым, членом-корреспондентом АМН СССР Н.М. Мухарлямовым. Впоследствии Нурмухамед Мухамедович Мухарлямов, которому Анатолий Сергеевич Логинов первым поставил верный диагноз, стал пациентом нашего института, а я – его лечащим врачом.

### – Академик А.С. Логинов был научным руководителем вашей докторской диссертации, посвященной функциональному состоянию печени у больных с хронической недостаточностью кровообращения. Каким он вам запомнился?

– Анатолий Сергеевич Логинов был выдающейся личностью. Это был высокообразованный человек, талантливый во всем, блестящий оратор, который буквально притягивал к себе внимание любой аудитории. К его мнению всегда прислушивались, поскольку его интересы были ориентированы на наиболее актуальные и малоизученные проблемы в области гастроэнтерологии. Под его руководством были проведены исследования по целому ряду ключевых направлений, позволившие заострить внимание на лекарственных и вирусных поражениях печени при хронической сердечной недостаточности, метаболических нарушениях печени, аутоиммунных болезнях желудочно-кишечного тракта, показать роль *Helicobacter pylori* в развитии язвенной болезни. За научный труд, посвященный изучению ишемической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, мы с коллегами были удостоены премии правительства Москвы. Бесспорно, деятельность института была смыслом жизни А.С. Логинова. Настоящей школой для врачей стали проводимые им еженедельные клинико-научные конференции с разбором



## Актуальное интервью

клинических случаев. Врач заранее писал на доске данные больного, на столе у Анатолия Сергеевича лежали история болезни и листок с диагнозом. Во время доклада врача он, листая историю болезни, мог задавать ему самые неожиданные вопросы, например, кто является основоположником перкуссии, кто изобрел стетоскоп, кто открыл инсулин? И мы, боясь в очередной раз оконфузиться, заранее шли в библиотеку, чтобы повысить свой образовательный уровень. Последний такой «разбор» он провел незадолго до своей смерти, будучи уже в тяжелом состоянии по причине болезни. Несмотря на все страдания, которые он испытывал, приезжая в институт, он сразу становился одухотворенным! Он был влюблен в свое дело. Для меня Анатолий Сергеевич Логинов – эталон истинного ученого, клинициста и учителя.

**– Какое место занимает институт сегодня в системе гастроэнтерологической помощи? В чем его особенность?**

– ЦНИИГ был и остается ведущим научно-практическим центром по изучению проблем заболеваний органов пищеварения. Сегодня он продолжает работу в составе многопрофильного Московского клинического научно-практического центра. В настоящее время институт оснащен самым современным высокотехнологичным оборудованием для диагностики и лечения пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. С учетом новых технологий существенно расширились его терапевтические и хирургические направления работы. На высоком профессиональном уровне наши специалисты проводят фармакоэкономические исследования, изучают возможности использования биотехнологий при лечении болезней ЖКТ, продолжают исследования в области экспериментальной гастроэнтерологии, выполняют сложные высокотехнологичные операции, разрабатывают стандарты лечебно-диагностической помощи больным. Я думаю, что Анатолий Сергеевич Логинов, для которого

институт был смыслом жизни, мог бы им гордиться.

**– Вы являетесь автором монографий и методических рекомендаций, которые посвящены заболеваниям желудочно-кишечного тракта у больных с сочетанными заболеваниями. Каковы перспективные направления лечения болезней органов пищеварения у полиморбидных пациентов?**

– Разработка наиболее оптимальных схем лечения при сочетанной патологии является одной из актуальнейших задач современного здравоохранения. Редко кто из специалистов не сталкивался с заболеваниями, ассоциированными с метаболическим синдромом (МС), определение которому дал профессор Г. Риван (G. Reaven), назвав его синдромом инсулинорезистентности. В свое время мне посчастливилось прослушать цикл его лекций. С подачи Анатолия Сергеевича Логинова мы начали изучать метаболические изменения органов пищеварения при МС. Как известно, основной составляющей МС является абдоминальный тип ожирения, причем основные факторы ожирения формируются в раннем детстве и даже внутриутробно. Это показали результаты исследований, проводимых совместно с кафедрой педиатрии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, которой руководит профессор Ирина Николаевна Захарова. Сегодня в институте проблеме ожирения и сахарного диабета второго типа (СД 2) уделяется особое внимание. Проводимые совместно с руководителем отделения эндокринных и метаболических нарушений профессором Ашотом Мусаеловичем Мкртумяном исследования продемонстрировали, что больные сахарным диабетом имеют совершенно иное по сравнению с пациентами без диабета клиническое течение заболеваний органов пищеварения: гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, эрозивного гастрита, язвы желудка, заболеваний печени, микроишемических колитов. Впервые было составлено нозологическое дерево болезней

органов пищеварения при сахарном диабете, был описан так называемый феномен оптически пустых ядер при изменениях печени у больных СД 2. Стало понятно, почему больные диабетом оказались рефрактерны к сахароснижающей терапии.

Следующим перспективным направлением стало определение множественной полилопной рецепторной резистентности, что дало возможность сформулировать новое определение МС. Метаболический синдром – это множественная, полилопная резистентность к действию регуляторных нейропептидов, прежде всего резистентность к лептину, которая является предшественником инсулинорезистентности. Но все начинается с нарушения пищевого поведения. А пищевое поведение – это каннабиноидная система. Мы это можем предвидеть и осуществлять профилактику развития ожирения, определяя функциональную активность рецепторов K1, K2, а также гормон аметаболического синдрома – ретинол-связывающий протеин четвертого типа. Ну а пациентам с высоким индексом массы тела (выше 40 кг/м<sup>2</sup>) сможет помочь только бариатрическая хирургия. Хирургическое лечение ожирения сегодня применяется в нашем институте. Однако вылечить ожирение лишь усилиями хирургов нельзя, поскольку сохраняется метаболическая память. Поэтому с пациентами, страдающими ожирением и сахарным диабетом, работает междисциплинарная команда.

Безусловно, сахарный диабет – основа полиморбидностей, поэтому такие больные нуждаются в коррекции очень большого спектра метаболических нарушений, и разработка такой терапии – еще одно приоритетное направление нашего института.

**– Что бы вы посоветовали молодому врачу, начинающему свой профессиональный путь?**

– Необходимо быть мотивированным на изучение малознакомых проблем, не замыкаться в формальном следовании стандартам. Только постоянно расширяя горизонты познания, можно состояться в профессии. ●