



Arte et humanitate, labore et scientia (Искусством и человеколюбием, трудом и знанием)

Via scientiarum (Дорога знаний)

– Кардинально менять сферу деятельности всегда и сложно, и не сложно... Сложно потому, что каждый раз, переходя на другую работу, приходится приравниваться к новым условиям. Понимая, что нельзя повредить, сломать то, что уже сложилось, то, чем по праву гордится коллектив, ты не имеешь права пропустить дефекты, требующие если не незамедлительного, то скорого исправления. Не сложно – потому что если ты сложившийся врач, то новая работа, новое направление – это естественное продолжение твоей прежней деятельности.

Впрочем, сегодня я думаю, что мог бы работать в любой области здравоохранения. И это – не пустое бахвальство. Дело в том, что нам давали действительно отличную профессиональную подготовку – общеврачебную, общетерапевтическую – на лечебном факультете 1-го Московского медицинского института имени И.М. Сеченова (ныне Первый МГМУ им. И.М. Сеченова). В то время в факультетской терапевтической клинике, куда я пришел ординатором после окончания института, было негласное правило: молодые люди, мечтающие заниматься кардиологией, обязательно должны были поработать в качестве выездных врачей на московской станции скорой помощи. Я был одним из них, и, надо сказать, пятилетний стаж работы на скорой научил меня принимать быстрые и правильные решения, не теряться в сложных ситуациях, брать на себя ответственность. Работа в клинике под руководством строгих учителей директора клиники профессора З.А. Бондарь

В начале этого года Леонид Борисович ЛАЗЕБНИК (профессор, доктор медицинских наук, главный терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы, директор Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии – ЦНИИГ, заведующий кафедрой геронтологии и гериатрии Российского государственного медицинского стоматологического университета – РГМСУ) отмечает два юбилея: 11 января – 70 лет со дня рождения и 20 февраля – 10 лет руководства Центральным НИИ гастроэнтерологии ЦНИИГ. Многим медикам имя Леонида Борисовича хорошо известно по серьезным и интересным публикациям, связанным с актуальными проблемами кардиологии, общей терапии и геронтологии. И вот уже 10 лет он занимается проблемами гастроэнтерологии. Насколько легко было перейти в новую отрасль медицины, стать не просто клиницистом, но и организатором здравоохранения, с какими проблемами пришлось столкнуться? Об этом Леонид Борисович рассказал нашему корреспонденту, а также поделился своими размышлениями о жизни, медицине и о себе.



и моего непосредственного руководителя ассистента Э.Г. Лейзеровской приучила к системному мышлению и умению работать с больными.

А непосредственно с кардиологическими проблемами была связана моя диссертация, которая, к слову, носила клинико-экспериментальный характер (экспериментальную часть я ставил в лаборатории нормальной и патологической физиологии под руководством академика Е.Б. Бабского, а клиническую – непосредственно под руководством профессоров В.Г. Попова и А.Л. Сыркина). Подобный подход стал традиционным для подготовки отечественных медицинских кадров еще со времен С.П. Боткина (кстати, всемирно известный физиолог И.П. Павлов заведовал у него в клинике лабораторией, где заложил основы экспериментальной физиологии и клинической фармакологии). В диссертации удалось доказать защищающее действие аспарагината калия и магния на миокард от повреждения импульсным электрическим разрядом, что являлось тогда весьма актуальным, так как электрическая дефибрилляция сердца все более входила в повседневную практику. De facto – это была модель защиты сердца при проведении дефибрилляции, способствующая разработке клинических рекомендаций по применению кардиопротекторов.

В те годы на Пироговке активно культивировалась прогрессивная и актуальная на все времена модель общеврачебной клинической подготовки.

Ad notam

(Для заметки, к сведению)
Сегодня, к сожалению, от нее отошли, поэтому к современному медицинскому образованию я отношусь весьма скептически. Оно чрезвычайно удалено от реалий, и, самое главное, студентов перестали учить работать с людьми... Компьютеры, тестовые задачки... А улыбнуться, взять больного

за руку, присесть на край постели... Больной сначала должен почувствовать тепло, исходящее от врача. Опытный врач прекрасно знает, как долго можно «тянуть» самого безнадежного больного, если ты, его доктор, вместе с ним.

Medicus amicus et servus aegrotorum est (Врач – друг и слуга больных)

Потом была преподавательская работа в МГМСУ. Профессор З.А. Бондарь, возглавлявшая факультетскую кафедру терапии, рекомендовала меня на должность ассистента на вновь формируемый лечебный факультет Московского стоматологического института, где я и начал работать с 1970 г., преподавая сначала пропедевтику внутренних болезней на кафедре проф. В.П. Померанцева, а затем госпитальную терапию на кафедре проф. Л.Л. Орлова.

Далее так сложилось, что кафедра проф. Ю.К. Токмачева, на которую меня перевели вместе с курсом вечернего лечебного факультета, стала базироваться в корпусе персональных пенсионеров Городской клинической больницы № 33 им. А.А. Остроумова, где мы столкнулись с совершенно иным социумом – миром пожилых людей. Вместе со мной туда пришли очень опытные сотрудники кафедры, очень хорошие общие терапевты, и тем более удивляло, насколько часто мы стали ошибаться в диагнозах – мы не привыкли к этому в клинике людей среднего возраста. По моим данным, у пожилых выявляется в 2 раза больше ошибочных диагнозов.

Понадобилось время, чтобы понять: мы неправильно думаем. При лечении пожилых людей нужен другой алгоритм постановки диагноза. Не традиционный – «симптом – синдром – диагноз», а «синдром – симптом – диагноз». И первый наш доклад на Московском терапевтическом обществе назывался «Причины диагностических трудностей, ошибок в гериатрии». А тема моей

докторской диссертации касалась проблемы полиморбидности у пожилых людей, недостаточно изученной проблемы влияния различных заболеваний друг на друга.

Aliis inserviendo consumor (Служа другим, расточаю себя)

Собственно, еще в советское время, работая в хозрасчетных поликлиниках, я понял очень важную вещь: работа с пожилыми людьми требует прежде всего длительного с ними общения. Вот пришел молодой доктор, симпатичный, хорошо одетый, внимательный, душевно поговорил, и им становится легче, даже лекарств особенно не требуется. Одиноки наши старики. Не поздравили внучонок – бабушка вызывает доктора. Он придет, поговорит, даст лекарство, давление померяет и пульс пощупает. Наверное, тогда и понял: я – старушечий доктор.

Актуальность геронтологических и гериатрических проблем, без сомнения, с каждым годом будет только возрастать, поскольку демографические сдвиги последних десятилетий приводят к резкому увеличению доли пожилого населения в развитых странах. И это необходимо учитывать, как и то, что в силу физиологических и психологических особенностей, характерных для большинства лиц старшего возраста, медицинская помощь этому контингенту имеет свою специфику.

Вот этими особенностями и занимается кафедра геронтологии и гериатрии Российского государственного медицинского стоматологического университета, которой я руковожу. Наши сотрудники подготовили несколько руководств по актуальным проблемам гериатрии, в том числе, на мой взгляд, очень серьезную монографию, посвященную полиморбидности, множественности заболеваний одного человека.

Возглавив ЦНИИ гастроэнтерологии, я не бросил геронтологию, хотя и пообещал себе, что коллеги-геронтологи не придут за мной.



Два или три года так и было. Но сегодня кафедра базируется в нашем институте. Ее сотрудники разрабатывают направление, которое можно назвать гериатрической гастроэнтерологией (под таким названием опубликована книга).



Aut Caesar, aut nihil
(Или Цезарь, или ничто, все или ничего)

Приглашение в столичный Департамент здравоохранения 18 лет назад (тогда это было Главное медицинское управление) в качестве главного терапевта города было для меня неожиданным, но я всегда буду благодарен А.П. Сельцовскому, который в силу только ему известных обстоятельств выделил мою кандидатуру из числа остальных. Всегда считал, что кадровые решения руководства не подлежат обсуждению. Принимая предложение, понимал, что начинается новая жизнь и что руководству департамента необходим энергичный человек, человек города, специалист общего профиля.

И снова было глубокое погружение в новый мир, на этот раз администрирования здравоохранения. Я понял всю силу грамотно сформулированного документа. Насколько велик и могуч русский административный язык, самый четкий, самый красивый! Это – квинтэссенция мысли, облеченная во фразу. Многие документы и законы не работают только потому, что неграмотно составлены. В своем восприятии я открыл новые грани здравоохранения, понял, что очень многое зависит от моего мировоззрения и толкования.

Кто такой главный специалист? Это эксперт, советник и доброволец. Он обязан высказать свое мнение, даже если с ним не считаются. Несмотря на то, что на него наложены определенные административные права, он не вправе ими пользоваться, он не подписывает приказов о зачислении, закрытии или развертывании каких-то служб – он может лишь подать докладную: «считаю целесообразным».

Opera et studio
(Трудом и старанием)

Тем не менее, за это время сделано немало. Я всегда ратовал за профилактические подходы в медицине, раннюю диагностику

и своевременное терапевтическое вмешательство. Поэтому мы начали с развертывания в Москве программ диспансеризации населения (семь программ, в том числе по раннему выявлению сердечно-сосудистых заболеваний, подростков, женщин с заболеваниями молочных желез и шейки матки, выявления заболеваний предстательной железы у мужчин и т.д.). Все они финансируются Правительством Москвы.

A posteriori
(Исходя из опыта, на основании опыта)

Парадокс. Русские люди безумно любят лечиться в медицинских учреждениях, но по поводу самых серьезных заболеваний они врачуют себя самостоятельно, без специалиста, к тому же ругая медицину. Наши соотечественники не проводят разделения между состоянием здравоохранения и состоянием собственного здоровья. Раз плохое здоровье, значит, плохое здравоохранение.

У меня много тому примеров. Как-то на совещании в Департаменте здравоохранения с ветеранами один из них очень горячо критиковал нас: «Это геноцид лучшей части русского народа! У меня давно кашель, а врачи ничего не могут сделать!» «А вы не пробовали бросить курить?» – спрашиваю я. А в ответ: «Курил и буду курить!»

Omnium profecto artium medicina nobilissima

(Из всех наук, безусловно, медицина самая благородная (Гиппократ))

Сегодня нам пытаются навязать модель: нужны лишь медики-специалисты, а не врачи-терапевты, которых путают с врачами общей практики. Это колоссальная ошибка! Мне хотелось бы, чтобы те, кто решает судьбу отечественной медицины, поняли, что невозможно обойтись без терапевта. Потому что у каждого человека должен быть свой лечащий врач, который



ведет больного, назначает ему соответствующие лекарственные препараты, выявляет у него симптомы новых заболеваний, оценивает эффекты лечения, назначаемого специалистами различного профиля. Нужен специалист по синдромам и симптомам, нужен специалист, обладающий системным мышлением, а это – терапевт.

Если он не справляется самостоятельно, то направляет своего пациента к специалисту и затем выполняет его назначения, контролируя эффективность лечения. Каждый специалист, не видя больного в целом, назначает свое. Один специалист, другой... и пациент принимает уже не один десяток различных лекарственных средств. Кто должен учитывать взаимодействия этих препаратов в организме? Специалисты лечат либо заболевание, либо орган. А терапевт должен лечить не просто болезнь, а больного человека.

Ad vocem

(К слову, кстати сказать)

Формулу «Лечить не болезнь, а больного человека» долго приписывали Боткину. Я при написании книги о величайшем российском враче отметил это. А спустя некоторое время обнаружил в источниках, что эта мысль якобы принадлежит М.Я. Мудрову. Но в конце концов оказалось, что и не он первым пришел к подобному выводу. Гиппократ – вот автор этого священного для врача руководства. Увы, не все наши учителя хорошо знакомы с работами классиков, которые по существу уже все сказали. Мне недавно довелось прочитать переводы Гиппократа. В них с удивлением обратил внимание на формулировку определения здоровья, которая практически в первозданном виде предлагается нам ВОЗ. Действительно, чем человек может измерить свое здоровье? Только ощущениями. И эта мысль высказана Гиппократом 2000 лет назад!

Debes, ergo potes

(Должен – значит можешь)

В 2000 г. ушел из жизни академик РАМН, профессор А.С. Логинов, бессменный директор Института гастроэнтерологии. Мудрый А.П. Сельцовский, отработывая на мне свое решение, спросил: «Я же сам – травматолог и что-то не понимаю: терапия и гастроэнтерология – это отдаленные друг от друга области? Так почему до сих пор не лежит ваше заявление, или вы считаете, что я должен вам предложить?» Вот так я получил это назначение.

Придя в институт, я испытал настоящий шок: на мне ответственность за 540 больных, которые должны быть вылечены, и чуть большее число сотрудников, которые должны быть накормлены. Встал я около окна, смотрю во двор и думаю: что же делать? Я не очень молодой человек, а тут такое поручение.

Впрочем, для меня каждое поручение – проверка на прочность. Должен – значит можешь. Начал с дорожки, сегодня проходящей через территорию соседней больницы к остановке городского транспорта. Договорился с главврачом соседней больницы, прорубили калитку и сделали дорожку: он – со своей стороны, я – со своей. Теперь стало удобно до нас добираться.

Обрисовав круг злободневных задач, понял: отпуск в ближайшие годы не светит (их, неотгулянных, набралось уже несметное количество). Больным, врачам и ученым нужно, чтобы было тепло, не протекала крыша, из окон не сквозило, а из крана лилась холодная и горячая вода. Начинать с создания условий для жизни и работы, и вскоре обнаружил в себе нераскрытые способности хозяйственника и администратора.

Alea jacta est

(Жребий брошен, нет пути назад)

De actu et visu (по опыту и наблюдениям), гастроэнтерология – это часть общей терапии. Более того,



взгляд на некоторые ее проблемы с позиции общего терапевта, по моему убеждению, привнесит определенную систему в подходы к диагностике и лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Когда я вникал в «производственную» проблематику института, я вновь благодарил своих учителей и общетерапевтическую подготовку, заложенную на Пироговке. Я убедился, что, не будучи





гастроэнтерологом, вижу проблему, причем более полно, нежели узкий специалист.

Сначала сотрудники института побаивались, что НИИ гастроэнтерологии я превращу в институт терапии, но я считал и считаю – крупнейший в мире НИИ гастроэнтерологии нужен и городу, и стране (к сожалению, не все власти предрежающие это понимают). Однако всякой узкой специализации необходим системный подход, этому меня учили на Пироговке, это единственно правильный подход к гарантированному качеству лечебно-диагностического процесса. Потребовалось достаточное количество времени, чтобы сотрудники ЦНИИГ прониклись этим мировоззрением, и вот лучший энтеролог страны профессор Асфольд Иванович Парфенов активно изучает патологию суставов, легких, пищевода у больных с воспалительными заболеваниями кишечника, обещает заняться еще и сердцем. По-моему, это сама логика медицины.

Я работаю по принципу, которому научили в alma mater: за больного, попавшего к тебе, ты несешь полную ответствен-

ность – «от и до», ab ovo usque ad mala (от начала и до конца). Все болезни – твои. Пациент должен быть полностью обследован и должен получить адекватное лечение. Этот принцип постепенно передается всем сотрудникам профилированного ЦНИИГ, то есть фактически складывается институт терапии, профилированный на патологию органов пищеварения.

Argumentum ad rem (Аргумент к делу)

Повторюсь, я – за системный подход в медицине. Вот пример: глютенная энтеропатия, которая часто манифестирует расстройствами половой системы, пародонтозом, остеопорозом. Мы поработали вместе с гинекологами и показали, что причиной бесплодия у некоторых женщин является именно непереносимость глютена, аминокислоты, входящей в состав некоторых хлебобулочных изделий. Совместно с коллегами-гинекологами мы рекомендовали этим женщинам соблюдение «аглютеновой» диеты, и многие из них смогли забеременеть и родить детишек.

А вирусные гепатиты? Кто ими должен заниматься? Инфекционисты? А цирроз – это «чья» болезнь, терапевта или гастроэнтеролога? Общепрактические отделения переполнены больными с циррозами печени.

Наша узкая межведомственная разобщенность, когда все мечутся в трех соснах и не могут найти нужного доктора, больным добра не приносит.

Раньше так было на Западе, теперь это дефект и нашей системы. Ничего хорошего сей подход не дал, а от больного увел. Absque omni exsertione (без всякого сомнения), врач общей практики должен уметь все (или почти все) делать сам – и эндоскопию, и УЗИ, и биопсию печени, и рентгеновское исследование. А что сегодня? Даже пальпировать печень умеют далеко не все врачи.

Ignoscito saepe alteri, nunquam tibi (Другим прощай часто, себе – никогда)

Я – человек требовательный и жесткий по отношению к себе, поэтому имею право быть таким же по отношению к помощникам. Я понимаю, что все – люди и у всех свои слабости, но я никогда не буду терпеть сотрудника, если он плохо работает, не выполняет заданий, безразличен к больному, берет с пациентов деньги. Так меня учили. Так учу и я.

Должность директора института открыла мне многие аспекты бытия. К примеру, я понял: не переставив людей, трудно решить проблему. Или: сначала – специалист, а уж потом – оборудование. Только придя к выводу, что данный человек может решить ту или иную проблему, поставь ему оборудование. «Железки» – дело наживное.

Полагаю, что формирование институтской команды (никогда не имеющее конца) сегодня практически завершено. Причем сохранены авторитетные, заслуженные специалисты – opinion-лидеры, руководители направлений – мудрые люди и их ученики.

Наверное, я «коллекционирую» врачей и горжусь каждым человеком, который пришел ко мне и со мной не расстался. Бесконечно верю в команду единомышленников (для меня это те врачи, которые прежде всего видят больного). А еще меня радует, что к нам приходит молодежь, начинающая осознавать свои альтруистические наклонности (которые заложены в каждом человеке и которые не дает ни один институт). Я бываю резким человеком и часто эмоционально реагирую, если мне кажется, что врач сделал что-то не так, не помог больному. Но коллеги не обижаются, не уходят.

Esse oportet ut vivas, non vivere ut edas

(Надо есть, чтобы жить,
а не жить, чтобы есть)

В какой-то степени и институт формирует меня. Я по-новому



взглянул на гастроэнтерологию, понял, что это основная терапевтическая дисциплина; что мы, в конечном итоге, это то, что мы едим. Пришел к курьезному заключению и шучу, что человеческое тело – не что иное, как наружная оболочка пищеварительной трубки, а голова – совершенное приспособление для жевания, удобный рычаг: верхняя челюсть – большое плечо, а нижняя – малое.

Я чрезвычайно рад, что коллеги – заслуженные врачи еще старой школы – приняли меня здесь. Теперь мы вместе разрабатываем многие институтские направления.

Dies diem docet (День учит день)

Например, алгоритмы диагностики хронического панкреатита. Правда, следует отметить, что российский панкреатит, как правило, алкогольный. Брось пить – и его не будет.

Мы занимаемся атерогенезом, доказываем теорию, по которой атеросклероз – болезнь гепатоцита, конечная часть процесса, который начинается в кишечнике и развивается в печени.

Дисбактериоз – еще одно направление наших исследований. Уверен, что именно в нем следует искать причины многих заболеваний. Кишечник – это обитель микроорганизмов, заселяющая нас, а мы – продукты их жизнедеятельности. Когда наши симбионты живут в гармонии, человек молод, здоров и красив. Если же они не могут прийти к миру, конфликтуют между собой, человек болеет. Это же очевидно: организм человека, его микрофлора и окружающая среда – компоненты единой экологической системы.

Одно из новейших направлений, которым занимаются наши специалисты, – лечение заболеваний кишечника стромальными клетками. Еще совсем недавно мы были лидерами в данной области, оторвались от зарубежных коллег на 4 года. Теперь, увы, разрыв сократился примерно вдвое – амери-

канцы запустили программу промышленного масштаба.

Я еще не отметил серьезные успехи наших специалистов, занимающихся патологией желчного пузыря, желчевыводящих путей и метаболическим синдромом.

Ведутся серьезные работы по эпидемиологии наиболее распространенных заболеваний, по изучению моторики пищеварительной трубки, по фармакоэкономике заболеваний органов пищеварения, по биохимии пищеварительных гормонов, по изучению костного метаболизма и анемий у больных с патологией органов пищеварения, по особенностям фармакокинетики и клинической эффективности кардиологических препаратов у больных с заболеваниями печени и т.д.

Argumenta ponderantur, non numerantur

(Сила аргументов не в числе, а в весомости)

За 10 лет нам удалось создать действительно серьезную экспериментальную базу. Основное внимание в нынешней работе института сосредоточено на изучении причин, механизмов развития и профилактике наиболее распространенных, социально значимых заболеваний органов пищеварения (хронических заболеваний печени и желчных путей, поджелудочной железы, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также неинфекционных заболеваний тонкой и толстой кишок).

Мы первыми в России начали проводить эпидемиологические исследования (к слову, получили за них первую премию на XII Международном конгрессе по заболеваниям пищевода в Японии). Серьезная работа ведется по эпидемиологии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (при поддержке Научного общества гастроэнтерологов России, Всемирной ассоциации гастроэнтерологов и Европейской ассоциации гастроэнтерологов и эндоскопистов), пытаемся установить истин-

ную картину распространенности заболевания, выработать адекватные меры по своевременной диагностике и лечению.

Структура института с моим приходом кардинально не изменилась, поскольку при моем предшественнике акад. А.С. Логинове был сформулирован очень верный принцип функциональности под-





разделений. У нас 10 клинических отделений. Самые большие – два гепатологических отделения, каждое на 60 коек (заведующие д.м.н. Е.В. Голованова и к.м.н. Г.Н. Якимчук), занимаются проблемами хро-

нического гепатита, портальной гипертензии, поражениями печени у наркоманов и алкогольными заболеваниями печени.

Отделение патологии поджелудочной железы (60 коек) (руководители доктора медицинских наук Л.В. Винокурова и Е.А. Дубцова) – единственное в России. Оно хорошо оснащено (есть оборудование для проведения эзофагогастро-дуоденоскопий и УЗИ органов брюшной полости), его сотрудники, помимо хронического алкогольного панкреатита, изучают роль цитокинов и интерферонов в развитии воспаления поджелудочной железы, гормональной регуляции ее функций.

Отделение патологии желчных путей (60 коек, руководитель отдела проф. А.А. Ильченко) занимается ранней диагностикой, патогенезом, морфогенезом, профилактикой и лечением хронического холецистита и желчнокаменной болезни (широко используется эндоскопия, исследования кислотности желудочного сока – компьютерная рН-метрия, суточный рН-мониторинг, УЗИ, эндоскопическая ультрасонография).

Есть отделение патологии верхних отделов ЖКТ (60 коек, руководитель отдела проф. Ю.В. Васильев), отдел патологии кишечника (руководители проф. А.И. Парфенов и д.м.н. И.Н. Ручкина), хорошо оснащенные оборудованием (ректоскопами и колоноскопами с видеосистемой), занимающиеся изучением синдрома нарушенного всасывания, глютенной энтеропатии, болезни Уиппла, нарушенный всасывания при первичных формах иммунодефицита. Техническое оснащение последнего – предмет нашей особой гордости (проф. П.Л. Щербаков). Его специалистами внедрены методы интестинофиброскопии (с множественной биопсией слизистой оболочки различных отделов тонкой кишки), колонофиброскопии с илеоскопией; разработан и внедрен водородный тест для диагностики лактазной недостаточности

и нарушений скорости транзита по тонкой кишке. Без ложной скромности: это лучшее отделение патологии тонкой кишки в России.

Отделение сочетанных заболеваний органов пищеварения (60 коек) (проф. Л.А. Звенигородская), где изучаются изменения органов пищеварения у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ревматические пороки, ИБС, гипертоническая болезнь), вирусными заболеваниями печени и др. Наши высококвалифицированные специалисты здесь также располагают всем необходимым оборудованием – для проведения ЭГДС, УЗИ, доплерографии, холтеровского мониторирования и мониторинга артериального давления, внутрижелудочной рН-метрии (суточное мониторирование) и др.

Rem cum cura age (Веди дело заботливо)

Есть еще одно отделение, предмет особой гордости, именуемое отделением апитерапии. Созданное в свое время по заданию правительства Москвы, оно решали вопросы эффективности лечения заболеваний органов пищеварения продуктами пчеловодства, что и было, кстати, успешно решено. Помимо хорошо изученного общеукрепляющего воздействия меда на организм человека, было показано и вызвало международный интерес наблюдение об эффективности прополиса как антисептического средства для лечения геликобактериоза.

Из отделения вышло много статей, научных сообщений и диссертаций и серьезная научная монография.

Сейчас это отделение общетерапевтического профиля для самых сложных, тяжелых, общесоматических и иного профиля больных. Врачи здесь, не трудно догадаться, общие терапевты, возглавляет отделение моя ученица д.м.н., проф. О.М. Михеева. Туда попадают больные, которые уже прошли многие больницы и отделения других стационаров, где они не получили по тем или иным причинам доста-





точно квалифицированной помощи. Нередко это больные, у которых на фоне хронических заболеваний органов пищеварения или симптомов, напоминающих таковые, мы выявляем серьезную патологию иной локализации – запущенные формы опухолей мозга, тяжелейшие психопатические расстройства, онкологические заболевания, заболевания легких, сер-дечно-сосудистой системы и т.д., до бесконечности...

О таком отделении я мечтал, когда ушел с Пироговки. Здесь работают очень сильные терапевты. *Veo voto* (по моему мнению), чтобы окончательно стать общим терапевтом, необходимо проработать в общей терапии лет 15–20. Только тогда появляется чутье, какая-то особая врачебная интуиция, без которой в трудных случаях не обойтись. Вот сегодня привезли девочку – похожа на тень... Думаю, что она пыталась похудеть и довела себя... Явные признаки психопатического расстройства. Завтра будет пациент с лихорадкой неясной природы, от которого отказались все врачи... А я – главный терапевт города, значит, должен брать на себя всех, самых сложных, тяжелых.

Ad rem

(По существу дела, к делу)

Какую гастроэнтерологическую патологию можно назвать «болезнью XXI века»? Скорее всего, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. Но от нее не отстают и вирусные гепатиты, желчнокаменная болезнь. К сожалению, профилактикой этих заболеваний никто всерьез не собирается заниматься, а жить без желчного пузыря, согласитесь, не лучшая перспектива. Надо отметить и рост аутоиммунных заболеваний (в частности, воспалительные заболевания кишечника, *неспецифический* язвенный колит). Это мировые тенденции.

Conditio sine qua non

(Обязательное условие)

Несколько слов к вопросу о месте фармакотерапии в гастроэнтерологии – она, безусловно, должна

быть и эффективной, и рациональной. А это всецело зависит от лечащего врача. Мы серьезно занимались этими вопросами и показали, что, *exempli causa* (например), при различных заболеваниях органов пищеварения, сочетающихся с другими патологиями, требуются ЛС, которые не подвергаются метаболизму в печени.

Если мы лечим больного с АГ и заболеванием печени, то антигипертензивные препараты, которые подвергаются метаболизму в печени, неэффективны – пораженная печень не произведет метаболит в нужном количестве. Не зная этого, врач начинает увеличивать дозировку. И от функционирования кишечника зависит активность многих препаратов – при ленивом, редко опорожняющемся кишечнике ЛС накапливаются, всасываются, развивая побочные эффекты.

Но я думаю, будущее все же за биологической терапией. Лечение химическими препаратами уходит в прошлое. Лечить «химией», обязательно проявляющей себя неожиданными системными эффектами, сложно и опасно, альтернативная терапия – биологическая. Сейчас на первое место выходят моноклональные антитела. И хотя они обладают системными эффектами, мы показали, что терапия мезенхимальными стромальными клетками гораздо безопаснее и не менее эффективна.

Chirurgus mente prius et oculis agat, quam armata manu

(Пусть хирург прежде действует умом и глазами, а затем – вооруженной (скальпелем) рукой)

Я считаю, что хирургия – лишь этап в лечении больного с заболеванием органов пищеварения. Мы разрабатываем концепцию пожизненной функциесохраняющей терапии больных с заболеваниями органов пищеварения. Весьма актуальна проблема пострезекци-

онных синдромов – постгастрорезекционного, постхолецистэктомического, постгемиколэктомического и т.д. Функцию отсутствующего органа или участка пищеварительной трубки нужно чем-то заменить. Орган в пищеварении заменяем, функция должна быть обязательно сохранена. Так, если плохо функционирует поджелудочная железа, врач прописывает ферменты и т.д. И, соответственно, хирургия должна сохранять все функции ЖКТ. Нашим хирургам нередко приходится исправлять вольные или невольные дефекты предшествующих вмешательств на органах брюшной полости.

Medicus medico amicus est

(Врач врачу друг (помощник))

Есть еще один момент, о котором я много думаю. Почему последние годы мы так самозабвенно продолжаем смотреть на Запад как на истину в последней инстанции: читаем только зарубежные журналы, превозносим чужие исследования и клинику, пытаемся экстраполировать их опыт на нашу неизученную действительность?

Попробуйте высокоразвитую цивилизацию «пересадить» в африканское племя. Это невозможно: у племени – свои законы жизни, и живет оно дольше, чем западная цивилизация. Та же ситуация и с нашим менталитетом, наукой, медициной и здравоохранением. Экстраполировать надо лишь через призму отечественных особенностей.

Справедливости ради, последнее время не без удовольствия наблюдаю, как растет на международных конференциях число участников из России. К сожалению, пока не многие из них выступают. Когда я пришел в ЦНИИГ, обратил внимание сотрудников на необходимость участия наших специалистов в научных форумах – встретил непонимание. А сейчас посмотрите: на последней Европейской гастро-неделе от нас было 18 докладов. Мы даже разра-



ботали собственный и уже узнаваемый дизайн докладов (свой цвет, формат и пр.).

Omnes et singulos
(Вместе и по отдельности)

И еще одна мысль вслух. С большим трудом нам удалось реанимировать Научное общество гастроэнтерологов России (официально представлено во Всемирной ассоциации гастроэнтерологов и участвует во всех его мероприятиях). В лучшие времена в нем состояло свыше 1000 членов, потом все пришло в упадок. Теперь оно вновь оживает. Мы начали проводить ежегодные Съезды гастроэнтерологов России, на последний съехалось уже более 1200 делегатов. А в планах – сделать так, чтобы съезд принимал документы, формирующие нормативные и методические основы современной гастроэнтерологии.

Я уверен, что российская гастроэнтерологическая школа должна быть объединена, мы должны проводить совместные мероприятия с Российской гастроэнтерологической ассоциацией. Но, к сожалению, пока все мои попытки сближения не привели к успеху.

Amat victoria curam
(Победа любит старание)

А в заключение, дорогие коллеги, я приглашаю вас в ЦНИИ гастроэнтерологии учиться и работать (мы получили аккредитацию как учреждение последипломного образования по специальностям гастроэнтерология, терапия, хирургия, эндоскопия). Сертификационный цикл для москвичей – бесплатно, для остальных – расценки утверждены Департаментом здравоохранения Москвы (и они невысокие). К сожалению, общежития у нас нет.

Принимайте участие в работе наших съездов, других научных форумов, читайте журнал «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» и пишите в него (он признан ВАК для публикаций материалов докторских и кандидатских диссертаций). Пора объединяться – время возрождать отечественную гастроэнтерологическую школу.

И не забудьте о ваших пациентах – в сложных случаях мы готовы оказать помощь и им. Коммерческих услуг, слава Богу, у нас нет, работаем по линии Фонда обязательного медицинского страхования. Москвичи приходят к нам с направлением из поликлиники, паспортом и полисом. А приезжие из других регионов РФ обращаются сначала в Департамент здравоохранения за разовым талоном. Без объективных причин мы никому не отказываем. ☺

Редколлегия и читатели журнала сердечно поздравляют Леонида Борисовича с юбилеями и желают ему крепкого здоровья, личного счастья и многих лет плодотворных творческих свершений!

Справка

ЛАЗЕБНИК
Леонид Борисович

Профессор, доктор медицинских наук, главный терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы, директор Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии (ЦНИИГ), заведующий кафедрой терапии, гериатрии и апитерапии Российского государственного медицинского стоматологического университета (РГМСУ).

В 1965 г. Л.Б. Лазебник окончил 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова, а в 1967 г. – клиническую ординатуру при кафедре факультетской терапии того же института (досрочно) и был оставлен в клинике городским ординатором. Леонид Борисович имеет высшую квалификационную категорию по терапии.

С 1993 г. – главный терапевт Департамента здравоохранения г. Москвы.

С февраля 2001 г. – директор Центрального института гастроэнтерологии.

Член редакционных советов и редколлегий многих медицинских журналов, в ЦНИИГ начал издавать новый журнал – «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» (признан ВАК для публикаций материалов докторских и кандидатских диссертаций).

Автор многочисленных научных статей и нескольких монографий, в том числе руководства «Практическая гериатрия (избранные клинические и организационные аспекты)»; книга «Ишемическая болезнь сердца у пожилых», «Гипертоническая болезнь у пожилых», «Хроническая ишемическая болезнь кишечника» (в соавторстве), «Российские терапевты» и др.

Научный руководитель большого количества докторских и кандидатских диссертаций, имеет десятки последователей и учеников.