

https://doi.org/10.22416/1382-4376-2024-01
УДК 303.626



К юбилею Владимира Трофимовича Ивашкина

Клинический диагноз у постели больного всегда был, есть и будет критерием профессионализма врача

В 2019 году, в преддверии 80-летнего юбилея Владимира Трофимовича Ивашкина, мы взяли у него наше первое интервью. Сейчас, накануне 85-летия, Владимир Трофимович снова любезно согласился побеседовать с нами и поделиться своими размышлениями, эмоциями и впечатлениями о ключевых событиях прошедших пяти лет.

Владимир Трофимович, пандемия COVID-19 стала главной жизненной проблемой прошедшего пятилетия. Такого за историю нашего и, полагаем, Вашего поколения не было. В декабре 2019 г., когда прошла информация о том, что в Китае появился новый вирус, предположить, что он распространится по всему миру и коснется практически каждого из нас, было сложно. Но спустя пару месяцев стало ясно, что опасность уже не просто «на пороге», а «уже вошла к нам в дом». Каков Ваш взгляд на эту ситуацию?

Вопрос очень ответственный. Пандемия COVID-19 людьми, следившими за научной литературой, поначалу воспринималась как вариант относительно небольшой, короткой вспышки тяжелого острого респираторного синдрома, который был зарегистрирован за несколько лет до этого в Китае. Первоначально обращало на себя внимание то, что сопровождался он действительно тяжелой дыхательной недостаточностью. Конечно, к этой проблеме сразу подключились клиники всего мира. И довольно быстро появились публикации, в которых была дана, на тот момент относительно схематично, как бы фазовость течения этого заболевания.

Те международные рекомендации, которые в то время были широко распространены и взяты из опыта китайских врачей, в частности раннее назначение антибиотиков (например, азитромицина), к сожалению, не давали ожидаемых результатов. Стало понятно, что само по себе это заболевание имеет различные качественные характеристики от тяжелых молниеносных случаев, заканчивающихся тяжелой дыхательной недостаточностью пациентов, которых вынуждены были переводить на управляемое дыхание, до ситуаций, которые протекали относительно легко.

Достаточно быстро стало ясно, что морфологической основой тяжелого острого респираторного синдрома служило поражение легких. Более того, первые морфологические исследования показали,



что эта патология легких включала в себя деструкцию альвеолярной стенки, микротромбозы легочных сосудов и интерстициальное воспаление. У пациентов были обнаружены высокие уровни провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6, TNF- α .

Мы тогда очень тщательно изучали клиническую картину, и оказалось, что она складывалась из нескольких фаз: 1-я фаза — тяжелой интоксикации с поражением респираторной системы, выявлением при аускультации крепитации в базальных отделах легких, а на томограммах — различной площади поражения легких в виде матового стекла, за которым скрывался бронхиолоальвеолит. Плюс наблюдался слабый ответ на назначение антибиотиков. Все это в совокупности заставило прийти к заключению, что начальная токсическая фаза этого заболевания обусловлена, главным образом, массивным внедрением вируса через входные ворота рецептора ангиотензин-превращающего фермента второго типа и резчайшей стимуляцией иммунной системы, направленной на активацию

воспалительной реакции. Это можно было трактовать как защитную реакцию организма, масштабы которой превосходили порог переносимости всех систем организма. Естественно, встал вопрос о том, что такая суперактивация иммунной системы требует защитных мер. Поэтому и пришли к выводу, что надо назначать универсальный фактор, который подавляет чрезмерную активность иммунной системы, а именно глюкокортикостероиды. В отличие от других медицинских учреждений, в нашей клинике отказались от раннего назначения антибиотиков и вместо этого стали применять дексаметазон. Результаты не заставили себя долго ждать! Тогда же фактически стало ясно, что у этих пациентов одновременно с активацией иммунной системы в значительной степени изменяется состояние коагуляционного статуса (как ответ на общее тяжелое состояние), а именно, разворачиваются универсальные процессы гиперкоагуляции, которые, в дополнение к токсическому воздействию вируса и тяжелой иммунной реакции, оказывали влияние на системный кровоток, приводя к развитию микротромбозов и ишемии тканей. Поэтому к терапии дексаметазоном стали добавлять антикоагулянт эноксапарин. Ну, и к этому времени уже появились первые рекомендации по назначению при COVID-19 противовоспалительных интерлейкинов.

Таким образом, сформировалась триада для лечения пациентов с COVID-19: гормоны, антикоагулянты и антицитокиновые препараты. Это привело к существенному снижению смертности больных в нашей клинике. Когда клиническим центром нашего Университета были подведены первые итоги и можно было сравнить результаты работы разных клиник, оказалось, что наша клиника существенно отличалась своей эффективностью, прежде всего гораздо более низким показателем летальности. Через некоторое время я нашел в журнале "Lancet" результаты третьей фазы клинического исследования по применению дексаметазона у больных с новой коронавирусной инфекцией в Британии. Наши данные и данные, полученные британскими учеными, практически совпали. С этого момента информация стала распространяться, и эта триада для лечения COVID-19 была узаконена.

А что же с назначением антибиотиков?

Раннее назначение антибиотиков в первую вирусологическую фазу привело к отдаленным последствиям у значительной части пациентов. В этот период у многих больных отмечалась диарея. Она вначале была непонятна подавляющему большинству врачей, но потом стало ясно, что кишечник служит входными воротами инфекции, такими же, как, скажем, верхние дыхательные пути. То есть это был прямой вирусотропный эффект, который не требовал назначения никаких антибиотиков, поскольку, как мы позже увидели, диарея имела тенденцию к самостоятельному разрешению.

В то же время необоснованное раннее назначение антибиотиков в первую вирусологическую фазу приводило к тому, что у значительной части пациентов в дальнейшем развивалась вторая фаза диарейного синдрома — антибиотикоассоциированная диарея. В этой группе больных, примерно у 70 %, мы обнаруживали инфекцию *Clostridioides difficile*, т.е. присоединялся клостридиально-индуцированный колит. И очень часто у пациентов, находившихся на управляемом дыхании, возникали два конкурентных по опасности для жизни синдрома: синдром дыхательной недостаточности, при котором пациентов переводили на искусственную вентиляцию легких, и диарейный синдром, который истощал и обезвоживал их. У части этих пациентов развивался псевдомембранозный колит, крайне тяжелая форма клостридиального колита. Им, конечно, нужно было назначать специфические лекарственные средства.

Кроме этого, было важным анализировать динамику клинической симптоматики у пациентов. Первая, вирус-индуцированная фаза сменялась фазой вторичной бактериальной инфекции, наслаивающейся на вирусную инфекцию, появлялись типичные признаки бактериального воспаления с присоединением озноба, ночных потов, отхождением мокроты и т.д. Но ведь тогда тогда поменялись условия ведения больных. Вся сложность была в том, что врачи находились в крайне стесненных обстоятельствах, в защитной экипировке. Поэтому обычные подходы и клинические методики оценки объективного статуса — перкуссия, пальпация, аускультация — практически были исключены. Врач должен был применять свое искусство и знания, ориентируясь на характер лихорадки, частоту дыхательных движений, сердечных сокращений, ну и на рентгенологические данные, и сопоставлять изменения в легких с тяжестью состояния, оценивать ситуацию на этом основании и решать вопросы по тактике ведения. Дальше все это вошло в уже привычное русло: назначение дексаметазона, эноксапарина, при развитии бактериальной инфекции — антибиотиков, при нарастании дыхательной недостаточности — перевод на управляемое дыхание. В общем, весь процесс стал понятным и управляемым.

Конечно, мы извлекли из этой ситуации очень многое. Я думаю, что вообще вклад нашей клиники в общероссийское понимание тактики лечения пациентов был оценен высоко. Неслучайно трое наших заведующих отделениями: Кокина Наталья Ивановна (зав. пульмонологическим отделением), Схиртладзе Манана Ревазовна (зав. кардиологическим отделением) и Киселева Ольга Юрьевна (зав. отделением реанимации и интенсивной терапии) были награждены орденом Пирогова. И мы очень гордимся этим!

Специалисты, которые были изначально категорически против гормонов и с Вами по этому поводу много дискутировали, наверное, потом признали, что были не правы?

Возражений против применения гормонов было много, но обоснование этого было очень примитивным: зачем назначать гормоны, ведь это может расширить и углубить инфекцию. Конечно, эти возражения исходили из непонимания патогенеза, характера заболевания, с которым мы столкнулись.

Когда в первую волну начали заболевать врачи нашей клиники, причем болели они тяжело, был ли какой-то страх за них? Или Вы были уверены, что наши коллеги справятся и смогут им помочь?

Конечно, была, была тревога... (*Задумчиво.*) Но, с другой стороны, они были не самые первые заболевшие. Наша клиника уже имела опыт, и, самое главное, было понятно, что в случае наиболее тяжелого течения можно вовремя применить все то, чем мы тогда располагали. Мне ведь тоже не хотелось заболеть. Сплошь и рядом один умирает, второй умирает, люди моего возраста, моложе меня, много ведь умирало. Речь здесь не идет о страхе... страха не было, была тревога и в то же время надежда, что тебя это минует.

Вы чувствовали, что в этот момент вся клиника и кафедра сплотились?

Должен сказать, что наша клиника и кафедра ответили как большинство. То есть те, кто оказался лицом к лицу со всей этой сложной ситуацией, конечно, сплотились. И кафедра, и клиника, действительно вышли как единое целое. Достоинно вышли! Я очень гордился и горжусь всеми наградами, которые получили наши сотрудники! Клинику отметили, наши успехи не остались незамеченными. И наши научные достижения мы продемонстрировали в публикациях. Нами было опубликовано около 30 статей, посвященных COVID-19, в ведущих российских и зарубежных журналах.

Волна COVID-19 прошла, но появились новые синдромы, связанные с этой инфекцией.

Да, история с коронавирусной инфекцией не закончилась, и в настоящее время отчетливо выступает следующая проблема — так называемого Long COVID, или долгого, затяжного COVID. Первоначально Long COVID был описан как комплекс симптомов, указывающих на вовлечение центральной нервной системы, слабость, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, миалгии, проявления периферической нейропатии. Но в настоящее время становится очевидно, что Long COVID — это гораздо более серьезная проблема. Целый ряд заболеваний в настоящее время протекает то ли с измененной клинической картиной, то ли это новые синдромы, которые обусловлены главным образом остаточной

персистенцией вируса или ремнантов вируса, скажем, его спайковых белков. Эта проблема, наверное, становится все шире и шире, и все больше появляется публикаций о, казалось бы, классических заболеваниях, которые приобретают aberrантное течение.

И здесь я могу сослаться на примеры нашей клиники. Пациентка с хроническим заболеванием печени, стеатогепатитом, у которой после перенесенной новой коронавирусной инфекции развился тяжелый холестатический синдром, имевший внешние признаки механической желтухи: высокий билирубин, обесцвечивание кала, потемнение мочи... При биопсии верифицирован синдром исчезающих желчных протоков. За этой пациенткой ведется наблюдение. В нашей клинике мы наблюдали два случая острой протеин-теряющей диареи, которая не купировалась никакими известными способами. Затем патоморфологи, в частности профессор Евгения Алтаровна Коган, гистохимически обнаружили у них маркеры коронавируса в кишке. В отделение кардиологии был госпитализирован пациент с миокардитом, который умер от тяжелой сердечно-сосудистой недостаточности, а в его миокарде был обнаружен спайковый белок. Спайковый протеин вируса был обнаружен в ткани легкого пациента с необычной, довольно редко встречающейся формой диффузного саркоидоза, с наличием множественных, занимающих оба легочных поля, саркоидных гранулем. Таким образом, врачам теперь надо быть готовыми в случаях упорного, тяжелого, некупируемого течения, казалось бы, привычных заболеваний не забывать о возможности вклада в такое изменение формы и тяжести болезни сохраняющегося антигенного воздействия белков коронавируса.

Весь мир с нетерпением ждал появления вакцины от COVID-19, и в то же время были резкие выступления против прививок. Ваше мнение по поводу созданных вакцин?

После окончания острой фазы пандемии, существенного снижения заболеваемости мир вздохнул с облегчением. Но потом стало ясно, что вакцинация, в особенности РНК-вакцинами, не прошла бесследно. И по мере прохождения времени, в период разгара пандемии и после, стало очевидно, что РНК-вакцины вызывали побочные эффекты. Какие? У лиц молодого возраста это главным образом осложнения со стороны сердца: кардит в разной форме, перикардит; также острый тромботический тромбоцитопенический синдром, который протекал с распространенными микро- и макротромбозами и осложнялся кровоизлияниями в головной мозг.

Что касается вакцины «Спутник», она очень подробно была изучена, например, в Аргентине. И вот на многомиллионную статистику было отмечено только два случая развития тромботической тромбоцитопенической пурпуры. Случаев кардита

после введения «Спутника» вообще нигде не отмечено, ни в России, ни в более чем 60 странах, где эта вакцина применялась как основная для иммунизации населения.

Сейчас все больше и больше разгорается скандал на Западе. Дело в том, что РНК как матрица вакцины не способна целенаправленно транспортироваться к нужным клеточным органеллам. Как полагают некоторые зарубежные исследователи, введенные РНК-вакцины могут в течение долгих лет вызывать различные патологические реакции.

Поэтому в настоящее время я не могу занять определенную позицию за или против, но на Западе количество противников вакцинации резко растет. Правда, публикаций, подтверждающих страх перед такой вакциной, представленных со стороны биологов, исследователей, нет. Следовательно, трудно сказать, это реальность или какое-то противодействие, базирующееся на других принципах.

Ваше личное мнение: надо ли вакцинироваться?

Я вакцинируюсь! Ввожу противогриппозную вакцину каждую осень, пневмококковую тоже применяю. «Спутник» я получил дважды, с двухнедельным интервалом. После первой дозы вакцины у меня был очень низкий титр антител, я — слабый реактант. Но после второй титр поднялся. Конечно, вакцина давала определенную уверенность.

В 2020 году вышел новый учебник по пропедевтике внутренних болезней. Прежнему учебнику, по которому мы все учились, в этом году исполнилось 50 лет, и было понятно, что правила перкуссии, пальпации и аускультации и через 50 лет не изменятся, но то, что было описано в том учебнике в плане методов лабораторной и инструментальной диагностики и многого другого, устарело. И сейчас уже вышло второе его издание. А как вы считаете, что вообще сейчас нужно современным студентам? Они же отличаются от нас, их просто книгой не заинтересовать.

Я боюсь превратиться в брюзгу, если буду сравнивать современного студента с теми студентами, какими были мы. Сколько существует человечество, пожилые и более старшие говорят (*смеется*): «раньше и трава была зеленее» и т. д. Но тем не менее мир идет, живет, процветает, в каждом поколении есть свои истории Ромео и Джульетты, в каждом поколении есть свои Анны Каренины. Во всех поколениях происходит одно и то же. Как всегда, студентам необходимо прививать любовь к труду. Конечно, это очень сложный процесс. Любовь к труду формируется в семье. Но и преподаватель должен и своим примером показывать, что необходимо РАБОТАТЬ.

Что студентам нужно? Студентам нужны знания, глубокое погружение в литературу, вообще в культуру. Потому что врач должен быть погруженным в культуру. Как это сделать, я не знаю... Я сам постоянный посетитель консерватории,

Концертного зала имени Чайковского, оперных театров — я не вижу там молодежи или вижу ее очень мало относительно лиц среднего или пожилого возраста. Меня вначале это раздражало, а потом я стал вспоминать: а кого, какую аудиторию я видел в Королевском театре «Ковент-Гарден» в Лондоне, в Венской, Миланской опере? И там тоже доминирует публика среднего и старшего возраста. Но на джазовых концертах много молодежи, они там сходят с ума по джазу. В связи с этим я делаю вывод о том, что всему свое время. У всех ведь одно и то же: женятся, выходят замуж, появляются дети, и когда это происходит, человек меняется — ему же надо быть примером для своих детей, и вот тогда он начинает понимать, что быть примером для детей значит демонстрировать свое отношение к культуре.

Что касается знаний. Я думаю, что если у студента или у врача нет целеполагания, если он не формирует для себя какие-то задачи, которые предстоит решать в будущем, то заставить его работать и глубоко изучать предмет очень сложно. Я могу привести такой пример: в Военно-медицинской академии были такие преподаватели, которые стали для меня просто абсолютным примером. Мой учитель Евгений Викторович Гублер, патофизиолог, буквально заразил меня любовью к науке. Это и было мое целеполагание.

Вообще лично на меня повлияли многие вещи. Я увлекался в юности Ремарком. В его романах есть герой — доктор Равик, который привлек мое внимание. Это очень интересный персонаж, который был всегда со мной. Или, например, роман Арчибальда Кронина «Цитадель», в котором речь идет о враче-инфекционисте.

Как заставить работать студента? Вот идет бесконечная смена различных систем образования. Вы, молодые преподаватели, наверное, уже ощутили эту смену на себе. Вызывает она у вас положительные эмоции или не вызывает? Была привычная, на мой взгляд, очень хорошая, добротная советская система образования, где было всего достаточно. Потом решили присоединиться к Болонской конвенции, совершенно чуждой нам, не имеющей необходимых обоснований. А сейчас пытаются вернуть традиционные подходы к образованию. Наша страна, к сожалению, проходит в системе образования с определенным отставанием тот революционный путь развития, который начался в 1917 году и принес неисчислимые, неизмеримые страдания. Я думаю, что эти скороспелые изменения в системе образования, в средней и высшей школе, сродни вот этим революционным мотивациям и движениям, и, по всей вероятности, России потребуется еще определенное время для того, чтобы найти устойчивую среднюю позицию в этих вопросах.

Возвращаясь к вопросу про учебник. Какую роль играет в современной школе учебник? Знаете, я могу сослаться в этом отношении на зарубежный

опыт. Думаю, что ни у кого не будет вызывать возражений тот факт, что европейские школы высшего образования, в частности британские, французские, немецкие, а также американские, безусловно, при всех их недостатках, которые можно «за ухо вытащить», обладают огромной притягательной силой. Они дают результаты. Можно возражать, конечно, что в значительной степени эффективность среди выпускников этих школ принадлежит талантливым мигрантам, которые приезжают туда и растворяются в этой атмосфере, обретают для себя новую родину и т.д. Если сравнивать учебную литературу, то их учебники — это самые добротные и эффективные учебники в мире. И ими пользуются миллионы студентов, они являются основой для образования. Мне кажется, нам не надо нос задирать, нам надо брать пример и создавать учебники, которые дают такой же объем информации и в такой же форме, как и эти выдающиеся издания.

Поэтому когда я делал свой учебник, то стремился брать в качестве примера лучшие зарубежные руководства. Конечно, многое я использовал из своего опыта, который почерпнул во время учебы в Военно-медицинской академии и за время сорокалетней работы военным врачом. И клиническая составляющая данного учебника является его важнейшей частью, поскольку вне зависимости от замечательных достижений, вне зависимости от того, что сейчас возлагают большие надежды на искусственный интеллект, физикальная диагностика болезней у постели больного, и особенно в военно-полевых условиях, была, есть и будет неотъемлемой составной частью серьезных врачей.

Ваша научная школа год назад была признана лучшей в конкурсе инновационных школ Сеченовского Университета. Что для вас означает научная школа?

Я вообще никогда не задавался вопросом, создал я научную школу или нет, есть ли она у меня? Конечно, под моим руководством защитилось бесконечное количество кандидатов, докторов наук, часть моих аспирантов, сотрудников достигли действительно выдающихся результатов. В их числе есть уже и заведующие кафедрами и лабораториями, деканы, проректоры, ректоры медицинских университетов, директора научно-исследовательских институтов. За это время многие из тех, кто учился под моим руководством, работал со мной, вышли за пределы кафедры и клиники. Мы основали несколько научных обществ, которые хорошо известны и пользуются популярностью. У нас один из наиболее известных специализированных гастроэнтерологических журналов. Действительно, удалось сделать очень многое. Что это — школа или не школа? И вообще, нужно ли каким-либо образом все это объединять в понятие научная школа?

Научная школа — порой как бы своеобразная шапочка, которую надевает на себя профессор,

у которого 3–4 аспиранта защитили кандидатские диссертации. Тогда на очередном юбилее обязательно кто-то говорит: «Василий Васильевич, вы создали научную школу». А научная школа — всего несколько диссертантов. Это во-первых. Второе. Был Гиппократ, у него было много учеников, был Аристотель, у него тоже было много учеников. Вот школа Гиппократа, она существует? Или школа Аристотеля? На этот вопрос невозможно ответить.

Моим выдающимся учителем был академик Александр Михайлович Уголев, создатель учения о пристеночном пищеварении, номинант Нобелевской премии. Он был руководителем бесчисленного количества кандидатских и докторских диссертаций. Вот прошло более 30 лет со дня его смерти. Его школа сохранилась или нет? Не знаю. Потому что работ, посвященных пристеночному пищеварению, практически нет в настоящее время.

Когда человек приходит в аспирантуру, он получает тему и руководителя. И вот это ключевой момент! Что собой представляет научный руководитель? Это очень серьезный вопрос! (*Многозначительно кивает.*) Потому что образ руководителя или разрушает аспиранта, или, наоборот, создает из него человека, который дальше работает самостоятельно, видит цели, задачи и т.д.

Поэтому к понятию «научная школа» надо относиться очень осторожно, и общепринятого определения ее вообще не существует. Ведь в основе того, что люди хотят называть научной школой, лежит методология, которой пользуются основатели всего этого круга. Методология процесса обучения студентов, методология процесса повышения качества врачей, методология проведения научных исследований и достижения наиболее значимых результатов. И поэтому, когда мы говорим о научной школе, следует задать себе вопрос: а какая методология лежит в основе работы этого руководителя? Насколько отчетливо ее можно сформулировать? И если эти принципы, которыми он руководствуется, можно сформулировать и обозначить в виде определенного кодекса, вот тогда, наверное, можно будет говорить о научной школе. А если этого невозможно сделать, вряд ли такая научная школа существует. Вот и попытайтесь изложить мою методологию, сформулировать научный принцип, которым я руководствуюсь в работе с аспирантами, врачами, с вами (преподавателями). Удается вам это сделать? Если удастся, значит, какая-то моя школа существует. А если не удастся — то какая это школа...

В феврале этого года мы отметили 150-летие клиники и 160-летие кафедры. Конечно, сложно загадывать вперед, что будет. Но все-таки какими бы Вы хотели видеть кафедру и клинику через много-много лет?

Я хочу сказать, что работать на кафедре и в клинике, которые имеют историю существования 160

и 150 лет, это очень привлекательно, это очень греет. Ты не неофит на кафедре, которая возникла 10 лет назад, а ты последователь большой плеяды очень талантливых профессоров, которые доказывали своей работой, своими результатами необходимость существования и клиники, и кафедры. Ведь они существуют не потому, что кому-то хочется, а потому, что они доказывают свою необходимость! Следовательно, задача каждого руководителя — доказывать необходимость этого существования. Это можно делать разными способами. Самый достойный и имеющий самое долгое продолжение — это принцип достижения результатов в обучении студентов, науке, лечении пациентов. Другой принцип — это быть «социальным скалолазом» и обрастать новыми и новыми контактами с разными все более и более высокими начальниками и получать от этого выгоду, но в то же время в меньшей степени уделять внимание глубинной работе. У некоторых людей получается сочетать и то и другое. Владимир Харитонович Василенко и врачом был замечательным, и ученым, и в то же время его опыт, в том числе опыт главного терапевта фронтов во время Великой Отечественной войны, делал его привлекательным в плане приглашения на высокие позиции.

Созданный Вами проект «Национальная школа гастроэнтерологии, гепатологии» существует уже не одно десятилетие. Каковы перспективы ее развития?

Наша Гастроэнтерологическая школа — не мной изобретенный проект. Первую школу в области физиологии и клиники гастроэнтерологии создал мой учитель А.М. Уголев. Это было потрясающее мероприятие, на которое он собирал нас один раз в два года. Школа продолжалась две недели, все лекции проходили в Калуге, в одной из гостиниц на берегу Оки. Почему он, коренной ленинградец, выбрал Калугу, мне трудно понять. Мы все жили в этой гостинице, полностью погружались в эту необычайную атмосферу. Было очень почетно выступать там с лекциями, а они, кстати, читались двухчасовые, академические. Я сам был лектором на трех таких школах.

И, собственно, идея нашей школы возникла у меня от той школы А.М. Уголева. А дальше, когда начались поездки на зарубежные конгрессы, мы увидели двухдневные школы, которые предшествовали научной сессии, они тоже отличались исключительной содержательностью и глубиной материала, мастерством донесения этого материала до аудитории. Кроме этого, в период, когда я переехал в Москву, у нас в стране всеобъемлющей методологии погружения в проблемы гастроэнтерологии не существовало. И это послужило движущей силой для создания школы. Я помню первые школы, которые проходили у нас, они собирали битком набитые аудитории, люди приезжали со всей страны. Этот энтузиазм участников, конечно, создал

понимание того, что школы крайне необходимы. С этого момента они и стали работать. В чем привлекательность школ? В том, что они нейтральны, на них нет стремления со стороны лектора выпячивать какие-то отдельные стороны, отдельные достижения определенных лабораторий, кафедр. Лекторам дана установка рассказать о самом последнем, интересном и важном достижении в вопросе, о котором он говорит. История школы делает выступление на ней привлекательным и очень почетным. Это и лежит в основе успеха нашей Национальной школы гастроэнтерологии, гепатологии.

Мы знаем, что Вы знаток и ценитель музыки, оперы и балета. Какие явления в этих видах искусства произвели на Вас наиболее сильное впечатление за последние пять лет?

Как-то я посмотрел оперу «Садко» Римского-Корсакова в Большом театре, где роль Волховы исполняла Аида Гарифуллина. Я был потрясен ее талантом! В постановке «Риголетто» Миланской оперы в роли Джильды выступала Ольга Перетятко. Я считал себя абсолютным сторонником нашей оперной дивы Анны Нетребко, она остается моим кумиром, но эти певицы на меня произвели очень сильное впечатление. По-прежнему блистает Хибла Герзмава в роли Нормы в театре имени Станиславского и Немировича-Данченко. Она — наша лучшая Норма!

Все балеты Большого и Мариинского театров — это выдающиеся достижения. И они, конечно, на голову выше всех балетных спектаклей парижской Гранд-Опера или лондонского «Ковент-Гарден». Перевес абсолютный. То же самое касается любого оперного спектакля — это нечто выдающееся.

Я был большим любителем драматического театра, когда жил в Петербурге. И когда переехал в Москву, я здесь тоже начал активно ходить в театры. Но после Большого драматического театра им. Г.А. Товстоногова, его совершенно фантастической труппы я не нашел себя в московских театрах. И потом, музыкальные образы, на мой взгляд, они намного глубже, чем образы драматические.

Очень нравятся передачи, на которые приглашают талантливых детей, — «Синяя птица», «Щелкунчик». Когда я вижу этих крошек, которые совершенно блестяще играют Моцарта, это у меня вызывает истинный восторг! Вот чем мы отличаемся от Запада? Что они делают? Они к себе приглашают людей отовсюду. В России 200 национальностей, они все перемешаны. Генофонд российский — один из самых богатых генофондов. И на этом генофонде рождаются таланты. Все иностранцы говорят, какие в Петербурге, Екатеринбурге, вообще в России красивые женщины. И действительно это так.

Что касается литературы, то я перечитал всю Тану Френч. Это ирландская писательница в жанре

детектива. Ну, это в свободное время, для того чтобы не отставать от времени. Вы тоже прочитайте Тану Френч, получите удовольствие.

Но когда меня что-то гложет, то я перечитываю Ветхий и Новый Завет. Там все можно найти, ответ на любой вопрос.

Ваши планы на ближайшие пять лет?

Знаете, Л.Н. Толстой заканчивал каждый день запись в дневнике тремя буквами Е.Б.Ж. — если буду жив. Первое и главное — оставаться живым! Во-вторых, я надеюсь, что у меня хватит сил сохранить связь с кафедрой и клиникой. Хотя некоторые могут сказать, что в моем возрасте надо отдыхать, но я не представляю отдых без коллектива врачей, без занятия наукой, без расшифровки диагнозов. Людям нашего «промысла» необходима гибкость интеллекта, не то что одна-две заученные роли, которые автоматически можно воспроизвести. Нам нужна гибкая, объемная память, живой ум, способный воспринимать новое, потому что старость начинается с усталости от информации. Если человек хочет учиться, и учиться в разной форме, читает, слушает, обучает, тогда это продуктивный ум, он дает основание для продолжения социальной жизни. Однажды я попытался сосчитать, сколько раз я на дню переключался на разные темы с разными людьми, — оказалось, что очень много раз. И память мечется, она из одного отсека должна

извлечь что-то, потом из другого, из третьего... Если это движение памяти сохраняется, то ты живой, энергичный, деятельный, и тогда и тебе интересно, и с тобой людям интересно. Поэтому основная задача — сохранение гибкости, способности мозговой деятельности переключаться из одного раздела знаний в другой и извлекать из глубин памяти факты и данные, которые необходимы.

Еще ведь очень важно знать, что Вы нужны пациентам, студентам, нам.

Сам человек этого не осознает, своей нужности. Я ее не осознаю.

Мы Вам говорим, что Вы нам нужны!

Я, честно говоря, не воспринимаю себя как человека абсолютно нужного. Если бы я так себя воспринимал, то я, может быть, вел бы себя по-другому, может, во мне было бы больше высокомерия, больше жесткости, больше «выпендрежа». Я этого не ощущаю. А совершенно отчетливо я ощущаю потребность в коллективе и в работе. И если я уезжаю в отпуск на неделю, то потихоньку закипаю, думаю, зачем я уехал, что, мне там плохо было? Это не рабство перед привычкой или перед долгом. Это необходимость творчества!

*Интервью к публикации подготовили
Н.Л. Джахая, А.В. Седова, О.Ю. Зольникова*

Сведения об интервьюерах

Джахая Натая Леонтьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Контактная информация: dzhakhaya_n_l@staff.sechenov.ru; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5081-3390>

Седова Алла Владимировна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Контактная информация: sedova_a_v@staff.sechenov.ru; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1644-264X>

Зольникова Оксана Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). Контактная информация: zolnikova_o_yu@staff.sechenov.ru; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, 1, стр. 1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6701-789X>

Information about the interviewers

Natiya L. Dzhakhaya — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor at the Department of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Contact information: dzhakhaya_n_l@staff.sechenov.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5081-3390>

Alla V. Sedova — Cand. Sci. (Med.), Teaching Assistant at the Department of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Contact information: sedova_a_v@staff.sechenov.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1644-264X>

Oxana Yu. Zolnikova — Dr. Sci. (Med.), Professor at the Department of Internal Disease Propaedeutics, Gastroenterology and Hepatology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Contact information: zolnikova_o_yu@staff.sechenov.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya str., 1, build. 1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6701-789X>