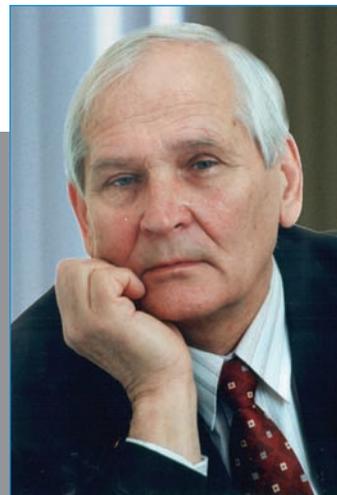


**Олег Васильевич Коркушко, академик НАМН Украины, член-корреспондент НАН Украины и РАМН, заслуженный деятель науки и техники Украины, лауреат Государственных премий Украины (1984, 1997, 2003), премий им. Н.Д. Стражеско и Д.Ф. Чеботарева НАН Украины, премии им. С.П. Боткина РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом клинической физиологии и патологии внутренних органов Института геронтологии НАМН Украины**



— Олег Васильевич, медицинская общественность Украины знает Вас не только как одного из ведущих отечественных ученых-геронтологов, но и как основателя целой школы клинической геронтологии и гериатрии. Поэтому именно с Вами мы хотим побеседовать об истории становления отечественной геронтологии как науки и об основных проблемах современной гериатрической медицины в нашей стране.

— Безусловный приоритет в создании гериатрии как отдельной области медицины в СССР принадлежит моему учителю — академику Дмитрию Федоровичу Чеботареву. Благодаря его организационной и научно-исследовательской деятельности произошло становление и развитие Института геронтологии (Дмитрий Федорович являлся его бессменным руководителем более четверти века — с 1961 по 1987 г.), была создана первая в СССР кафедра геронтологии и гериатрии, основано Всесоюзное общество геронтологов СССР. Именно под непосредственным руководством Дмитрия Федоровича в 1962 г. я стал заниматься вопросами геронтологии. Импульс к становлению геронтологии как науки в СССР дал один интересный факт. В одной из тогдашних газет появилась публикация о том, что ученые из Румынии создали и успешно применяют у лиц пожилого возраста некий «эликсир молодости». Учитывая последовавший за этим общественный резонанс, правительство СССР создало специальную комиссию, в состав которой включили и Дмитрия Федоровича, который на тот момент заведовал кафедрой терапии в Институте усовершенствования врачей. Во время поездки в Румынию оказалось, что в институте геронтологии этой страны тогда применяли геровиталь — один из геропротекторов, по химической структуре идентичный новокаину. Позже мы также показали нейротрофическое действие новокаина, его способность активировать сниженные физиологические функции организма стареющего человека и стимулировать функции ряда эндокринных органов. Этот факт, который явился стержневым в докладе делегации на заседании коллегии Министерства здравоохранения СССР, способствовал принятию важного решения — организации Института геронтологии АМН СССР в Киеве в мае 1958 г.

Под руководством Дмитрия Федоровича — авторитетного клинициста своего времени — в Институте геронтологии, помимо фундаментальных экспериментальных исследований механизмов старения, стали активно развиваться сугубо клинические направления гериатрии. Было создано несколько клинических отделов: клинической физиологии и патологии внутренних органов, клинической физиологии и патологии нервной системы, клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата. Это позволило дать каждой группе ученых важное направление работы, но при этом обеспечить целостный подход к развитию геронтологии как науки и к здоровью каждого человека пожилого и старческого возраста.

Большое внимание в исследованиях уделялось изучению возрастных особенностей патогенеза, клинического течения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, атеросклероза, ишемической болезни сердца (ИБС), нарушений сердечного ритма, сердечной недостаточности. При старении происходят закономерные изменения в функционировании различных органов и систем, которые оказывают существенное влияние на процессы всасывания лекарственных препаратов из желудочно-кишечного тракта, их распределение в организме. Снижение метаболизма в печени и выделительной функции почек приводит к увеличению продолжительности действия многих препаратов, при этом увеличивается риск побочного действия на организм. Понимание возрастных особенностей фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов имеет важное значение для эффективного лечения пожилых и старых людей, для профилактики осложнений медикаментозной терапии.

Сегодня очевидно, что без знания того, как изменяются органы и системы и их регуляция в процессе старения, невозможно понять развитие и клиническое течение любого патологического процесса у пожилого человека. При этом важнейшим аспектом геронтологии и гериатрии является разграничение физиологического и так называемого преждевременного (ускоренного) старения, под которым понимают возрастные

изменения, наступающие раньше, чем у здоровых людей соответствующего возраста. То, что у значительной части людей биологический возраст начинает опережать календарный, согласно современным представлениям зависит от воздействия факторов внешней среды, образа жизни человека, социально-экономических условий и, конечно же, от генетических факторов. В свое время большое внимание в работах сотрудников нашего института было уделено выработке возрастных нормативов, характерных для каждого возрастного рубежа при физиологическом старении. Это был очень кропотливый, тяжелый труд, но благодаря этому сегодня мы можем четко определить, какой тип старения – физиологическое или ускоренное – имеет место у конкретного человека. Это очень важно, поскольку убедительно доказано, что ускоренное старение сопровождается выраженным снижением адаптационных возможностей организма и является основой для раннего развития разнообразных патологических процессов.

Профилактика ускоренного старения наиболее эффективна на ранних этапах его развития. Начальные проявления ускоренного старения можно выявить путем определения биологического возраста организма или функционального возраста его систем, например сердечно-сосудистой системы. При физиологическом старении биологический возраст не превышает календарный. Ускоренное же старение характеризуется тем, что биологический возраст человека становится выше по отношению к календарному возрасту. Чем больше эта разница, тем выше риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и хуже их прогноз. Определение биологического и функционального возраста имеет важное значение также для дифференцированного подбора геропротекторов, оценки их эффективности. Уменьшение показателей в динамике свидетельствует о геропротекторном эффекте того или иного препарата.

Результаты наших многолетних исследований показали, что, влияя на процессы ускоренного старения, можно существенно улучшить результаты лечения больных с сердечно-сосудистой патологией. В связи с этим заслуживает особого внимания применение геропротекторов как средств базисной терапии кардиологических больных. В качестве примера могу привести наши данные, полученные при длительном 15-летнем наблюдении за двумя группами пожилых больных ИБС, которые вначале имели одинаковую тяжесть заболевания. Больные обеих групп в течение всего периода получали общепринятое лечение (ацетилсалициловую кислоту, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины и при необходимости нитраты). Половина больных периодически, каждые 6 месяцев, дополнительно получали пептидный препарат эпиталамин, который восстанавливает функциональную активность эпифиза мозга. Эта нейроэндокринная железа вырабатывает мелатонин, который является регулятором большинства биологических ритмов, мощным антиоксидантом, принимает участие в липидном и углеводном обмене, регуляции тонуса сосудов. Снижение

мелатонинообразующей функции эпифиза в настоящее время считают одной из причин ускоренного старения и развития возрастной патологии (атеросклероза, ИБС, гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа). В процессе длительного применения пептидного препарата эпифиза нам удалось восстановить у пожилых больных естественный суточный ритм секреции мелатонина. Это позволило не только стабилизировать течение заболевания и повысить толерантность к физической нагрузке, но и уменьшить частоту смертельных исходов в связи с осложнениями ИБС (инфаркт миокарда, сердечная недостаточность). Мы считаем, что это новый перспективный подход в лечении больных с сердечно-сосудистой патологией. Мне приятно сообщить, что результаты наших исследований в этой области недавно (2010 г.) были отмечены премией им. Д.Ф. Чеботарева НАН Украины.

Если говорить об основных проблемах современной гериатрии в Украине, следует отметить недостаточную объединяющую, координирующую работу научных центров и учреждений, занимающихся изучением различных аспектов здоровья людей пожилого и старческого возраста. В прежние годы Дмитрию Федоровичу удалось выстроить именно такую систему: была создана единая служба гериатрической помощи, в составе АМН СССР функционировала Всесоюзная проблемная комиссия по изучению процессов старения и профилактики ускоренного старения, были разработаны программы обучения основам гериатрии для врачей, среднего медицинского персонала, вузов и научных учреждений. К сожалению, сейчас в масштабах системы здравоохранения Украины у нас нет такого объединительного этапа, при наличии которого мы могли бы успешно реализовать целостный подход в лечении больных пожилого и старческого возраста и научных исследований в области геронтологии. Если это было возможно сделать тогда в стране с почти 300-миллионным населением, то при наличии государственной воли было бы вполне возможно и в Украине. К сожалению, сегодня нельзя сказать о том, что на постсоветском этапе в нашей стране геронтологическая наука и практическая гериатрия получили надлежащее дальнейшее развитие. Существенным недостатком можно назвать и отсутствие в Украине совета по защите диссертаций в области геронтологии и гериатрии, хотя у наших соседей (в Российской Федерации) такой совет успешно функционирует.

**– К огромному сожалению, созданная тогда система гериатрической помощи была разрушена. С каких первоочередных шагов, на Ваш взгляд, целесообразно начать восстановление такой системы в современной Украине?**

– По моему мнению, первым действенным шагом должно стать фактическое, а не только «на бумаге», восстановление такой отдельной специальности, как врач-гериатр. Нагрузка на врача-гериатра на самом деле всегда была очень велика. Доказано, что у одного пожилого человека одновременно имеется в среднем 7 различных патологических состояний, тесно взаимосвязанных друг с другом – так называемый феномен полиморбидности.

Кроме того, клиническая картина основного заболевания, сопряженного с наиболее высоким риском для здоровья и жизни, у пациента пожилого и особенно старческого возраста нередко маскируется симптомами других, не столь острых и опасных патологических состояний. Например, практикующим врачам хорошо известно, как стерто, порой даже без лихорадки могут протекать у стариков острые инфекции мочевой или дыхательной системы, или как пожилые пациенты даже с тяжелыми нарушениями сердечного ритма не предъявляют на приеме каких-либо жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы. Кроме того, ввиду возрастных изменений психики продуктивное общение с пожилым больным бывает объективно затруднено. Поэтому на первичный прием и обследование пожилого пациента у врача закономерно уходит значительно больше времени. Это необходимо для того, чтобы выявить все имеющиеся у данного пожилого человека заболевания, оценить общее состояние его здоровья и выработать тактику приоритетных терапевтических вмешательств, избегая полипрагмазии и не усугубляя своими назначениями течение других патологических процессов. Именно врач-гериатр призван помочь узким специалистам выработать интегральную тактику ведения пожилого больного.

По сути, геронтология — это возрастная клиническая физиология и патология, и без четкого знания изменений, происходящих с организмом человека в процессе старения, ни один врач не может правильно диагностировать и лечить любые заболевания внутренних органов у лиц старших возрастных групп. Приведу лишь один яркий исторический пример — в 60-х гг. прошлого столетия активно велась дискуссия о том, каковы же нормальные показатели артериального давления (АД) у лиц пожилого и старческого возраста. Бытовало мнение, что у таких пациентов АД, превышающее 140/90 мм рт. ст., является нормой, «рабочим» АД, и рассчитывается исходя из формулы  $100 + \text{возраст}$ . Но эта позиция основывалась на проведенном в те годы в Европе обследовании больных, находящихся на лечении в интернатах для престарелых. Однако в дальнейшем данные утверждения были опровергнуты. Было показано, что только у 20-30% лиц в возрасте 90 лет и старше имеет место повышенное АД, у остальных здоровых стариков оно не превышает 140/90 мм рт. ст. К сожалению, мнение о том, что умеренное повышение АД у стариков при отсутствии клинических симптомов не нуждается в коррекции, до сих пор бытует среди части гериатрического контингента больных, и они отказываются от антигипертензивной терапии. В то же время подход к назначению антигипертензивных препаратов пожилым больным должен быть взвешенным и не должен дискредитировать это величайшее достижение кардиологии: поскольку у пожилого человека значительно ограничены возможности адаптации сосудистого русла к новым, более низким значениям АД, такая терапия должна быть начата с меньших доз и с более медленной их титрацией до эффективных.

— **Затронув тему гериатрической кардиологии и зная о Ваших многочисленных научных достижениях в этой области, хотелось бы услышать Вашу оценку современного**

**состояния кардиологии в Украине, ведь основным контингентом среди пациентов с сердечно-сосудистой патологией, безусловно, остаются лица пожилого и старческого возраста.**

— Безусловно, успехи современной кардиологии впечатляют — это передовая область медицины, в которой ученые и клиницисты идут вперед без преувеличения семимильными шагами. Сегодня, в эпоху доказательной медицины, кардиология стала на порядок более объективной и «точной» наукой. Именно в этой области медицины, как, пожалуй, ни в какой другой, находят свое практическое воплощение последние технические достижения — буквально за последние два десятилетия в нашем распоряжении появилось множество новейших инвазивных и неинвазивных методов обследования, которые позволяют своевременно диагностировать заболевания сердечно-сосудистой системы и объективно оценить в динамике эффективность фармакотерапии. К сожалению, в системе практического здравоохранения пожилому больному по-прежнему уделяется недостаточно внимания, а известные социально-экономические трудности зачастую делают невозможным проведение такому пациенту адекватной современной фармакотерапии. В гериатрической медицине, в том числе и в гериатрической кардиологии, особенно важно соблюдение постулированного еще М.Я. Мудровым положения о необходимости лечения не болезни, а больного в целом. Очевидно, основной фигурой, обеспечивающей реализацию этой аксиомы, должен стать семейный врач, который, продолжая славные традиции земских врачей, досконально знал бы не только состояние здоровья, но и уклад жизни конкретного пожилого человека, особенности его семьи и мог бы предоставить ему не только собственно медицинскую, но и психологическую, и социальную помощь. К сожалению, попытки введения в Украине института семейной медицины пока сильно отличаются от функционирования этой системы за рубежом (прежде всего по показателю количества обслуживаемых одним врачом людей) и не в состоянии решить поставленные перед ней амбициозные задачи.

— **Возвращаясь от практики к науке, как Вы оцениваете уровень отечественных научных исследований в области кардиологии?**

— Уровень отечественных научных исследований можно оценить как достаточный. Однако слабым звеном украинской кардиологии, как и всей медицинской науки, безусловно, являются исследования в области генетики и молекулярной биологии сердечно-сосудистой патологии. В этой области мы существенно отстаем не только от развитых стран мира, но и от России.

— **Какие направления развития практической медицины в нашей стране Вы бы могли выделить как приоритетные?**

— По моему глубокому убеждению, основной точкой приложения усилий практического здравоохранения должна стать профилактическая медицина. Путь к решению этой задачи — качественная диспансеризация населения. Это очень важно, но мы должны быть честны перед собой — разве может участковый врач, обслуживающий более 2,5 тыс. пациентов, провести ее надлежащим образом?

Практической медицине крайне необходимы данные проведенных в Украине масштабных популяционных исследований, реально оценивающих значимость той или иной патологии именно для нашей страны, а также создание национальных регистров больных по отдельным нозологиям. Кроме того, нужны новые программы по оценке качества и отдаленных результатов лечения в отдельных регионах страны, региональные пилотные проекты по оценке возможной эффективности тех или иных новых алгоритмов организации оказания медицинской помощи.

– **Олег Васильевич, в начале нашей беседы Вы очень тепло отозвались о своем учителе – академике Дмитрие Федоровиче Чеботареве. Кто еще способствовал Вашему успешному становлению как личности, врача и ученого?**

– Я прожил сложную жизнь – повзрослеть пришлось еще в 12 лет, когда началась война. В 1946 г. я закончил 7-й класс и по настоянию своего дедушки, фельдшера, подал документы в Черкасское медицинское училище. Но это учебное заведение вскоре закрыли, и я приехал в Киев, где был зачислен в фельдшерско-акушерскую школу. Первым моим учителем там стал директор Дмитрий Андреевич Сахно, который очень тепло ко мне отнесся. Во время обучения стал работать санитаром скорой помощи. После окончания с отличием медицинского училища в 1949 г. по настоянию директора Киевской городской скорой помощи Натальи Андреевны Ленгауэр подал документы в медицинский институт и был зачислен на лечебный факультет. Следует отметить, что Наталья Андреевна была моим вторым учителем. Это человек с большой буквы, талантливый организатор, строгий, но добрый человек. Киевская городская скорая помощь в те годы стала ведущей в СССР. Были сформированы специализированные бригады. В то время она разработала проект создания городской больницы (института) неотложной помощи. Многие студенты медицинского института работали в городской службе скорой помощи и в дальнейшем стали известными врачами и учеными. Это была большая школа. Окончил институт с отличием, и государственная комиссия рекомендовала меня на научную работу. Как оказалось впоследствии, это сыграло очень большую роль в моей дальнейшей профессиональной деятельности. По распределению мы с супругой поехали работать на сельский участок в Житомирскую область: я специализировался по хирургии, жена – по терапии. Когда представилась возможность поступить в аспирантуру и начать заниматься наукой, не скрою – я долго раздумывал. В том, что в итоге в нашей семье было принято решение о моем поступлении в аспирантуру на кафедру терапии Киевского института усовершенствования врачей (ныне – Национальная медицинская академия последипломного образования) и началась моя научная работа, огромная заслуга моей супруги – без ее мудрой женской поддержки вряд ли я состоялся бы как ученый. С тех пор своим будущим ординаторам и аспирантам я всегда задаю вопрос о том, как относится семья к их жизненному выбору и решению пойти по нелегкой научной стезе. На собственном опыте я убедился в том, как важна поддержка близких.

Дмитрий Федорович Чеботарев стал моим главным учителем и в науке, и в жизни. Требовательность к себе и окружающим, научная щедрость и гуманность всегда удивляли не только меня, но и многих других людей, которые общались с ним и впоследствии стали его соратниками по работе.

Во время многолетней плодотворной работы с Дмитрием Федоровичем у меня сложился цельный, воодушевляющий образ его выдающейся личности. В этом духовно сильном человеке удивительно гармонично сочетались гуманизм отечественного врача, широта интересов и глубина знаний, смелость мысли, точность предвидения, организаторские способности и талант мудрого учителя. Вспоминаются слова Гиппократов из первой заповеди его напутствия врачу: «...читать учителей своих, как родителей». Уже несколько лет нет с нами нашего учителя, но живут, работают, совершенствуются в трудах многочисленных учеников академика Д.Ф. Чеботарева его идеи, решаются поставленные им проблемы, порождая новые вопросы, ответы на которые ищут и находят молодые исследователи – ученики его учеников.

Известный украинский поэт Борис Олійник размышляет об этом так:

*Батьки і діти! Діти і батьки!  
Нерозділиме і одвічне коло.  
Ми засіваємо життєське поле,  
І не на день минуций – на віки.*

Моему становлению как клинического физиолога очень помог выдающийся ученый современности академик Владимир Вениаминович Фролькис. Он был моим учителем и соруководителем докторской диссертации и передал мне огромный опыт планирования и проведения физиологических исследований.

\*\*\*

– **В завершение беседы хочу спросить о том, как Вы оцениваете современную молодежь, которая идет в науку и в медицину? Что бы Вы им пожелали?**

– При огромном желании и постоянной работе любой молодой ученый может достигнуть самых высоких научных вершин. Знаю это по опыту собственного профессионального и жизненного пути. Просто не все приходит к человеку сразу, а дается лишь упорным трудом. Сегодня в нашей жизни, к огромному сожалению, становится все меньше надежности и все больше сугубо финансового расчета, и это не может не откладывать свой отпечаток в сознании молодых людей. Современный уровень подготовки молодых специалистов, идущих в науку, однозначно выше, ведь у них существует много возможностей для углубления своих знаний и получения новой информации. Судите сами – доступность информации в сети Интернет, возможность поехать за рубеж и увидеть лучшие достижения западной медицины, знание иностранных языков и многое другое. Поэтому сегодня у молодых ученых есть без преувеличения колоссальные возможности. Я хотел бы дать молодежи, идущей в науку, то наставление, которое всегда давал нам Дмитрий Федорович: искренне любить свою дисциплину и всегда стремиться делать добро для людей. ■