

«Мы все одной крови»

Общаясь с Владимиром Ивановичем Шилко, обращаешь внимание на то, как он разговаривает с пациентами. И со студентами. И с коллегами.

С огромным вниманием, чуткостью, деликатно и заинтересованно. И конечно, понимаешь, что перед тобой — блестящий профессионал. Профессор. А еще — земский доктор, в высоком смысле этого понятия.



— Владимир Иванович, вы только что с занятии и сказали о вспомогательной учебной аппаратуре...

— И знаете, вдруг вспомнил, как раньше было: идет профессор, за ним свита, чай приносит в стакане на блюдечке... Впечатляло. А сейчас я весь в проводах, ноутбук... Техника, она ведь капризная, и это порой отталкивает от человеческого контакта. Да, стало рациональней. Но в клинике все-таки лучшие «слайды» для обучения студентов — это пациент или его родители. Но нужно их согласие.

— То есть, кроме непосредственной лечебной и учебной, вам приходится еще и разъяснительную, психологическую работу вести?

— Ну, да, любой врач еще и психолог. Есть такой тезис, который оставил нам Георгий Нестерович Сперанский: «Педиатр не может быть только лечащим, он должен быть и педагогом, организатором, общественником».

Вообще-то демонстрация больных — вопрос очень серьезный во всем мире. Кое-где за границы привлекают даже актеров и актрис, гримируют их под больных и они разыгрывают симптомы. Потому что кто-то из больных согласен, кто-то не согласен на демонстрацию. А еще и наша, детская, специфика.

— А как из ребенка, особенно младшего возраста, «вытаскивать» анамнез, симптоматику?

— Вот я студентам говорю как педиатр, историю болезни и жизни пациента анализируйте в четырех направлениях. Во-первых, что вы можете у родителей, бабушек, дедушек узнать в отношении врожденно-генетического момента. Дальше, очень важно питание, грудное, смешанное, искусственное и т.д. Следующее, бытовые моменты: полная ли семья, уровень ее культуры и т.д. Ну и потом проанализируйте иммунно-биологическую устойчивость пациента.

ШИЛКО Владимир Иванович.

Выпускник педиатрического факультета СГМИ 1962 года.

С 1972 по 1975 год преподавал в Медицинской школе Республики Маши и заведовал детским отделением в местном госпитале. С 1983 года заведующий кафедрой детских болезней лечебно-профилактического факультета СГМИ-УГМА. Доктор медицинских наук, профессор. Заслуженный работник высшей школы. Отличник здравоохранения РФ.

В.И. Шилко — председатель диссертационного совета УГМА по специальности «Педиатрия. Кардиология. Внутренние болезни». Академик Российской экологической академии. Автор 180 научных работ и пяти монографий, посвященных изучению вопросов этиологии бронхолегочных заболеваний на современном этапе, описанию новых клинических форм пневмонии, изучению роли генетического компонента в развитии острых и хронических заболеваний легких, вопросам реабилитации.

Часто ли болел, привит ли. Вот тут будущие врачи учатся думать. А пока родители говорят о ребенке, ты его смотришь. Больной крутится, вертится, капризничает. Но первый контакт много значит. Поэтому подходишь с игрушкой, с улыбкой. Родителей тоже надо как-то успокоить, понравиться им, понимаете ли, — это особенности педиатрии, особенности сбора тех данных, которые ложатся в историю болезни, помогают поставить правильный диагноз и назначить лечение.

— Владимир Иванович, вы потомственный доктор?

— Да, потомственный. Второе поколение. Во время войны родители были мобилизованы. Папа врач-терапевт. Мама военврач третьего ранга, травматолог. Оперировала здесь в госпиталях.

Нас у родителей трое сыновей. Один — инженер, другой — артист, третий — я, младший, — врач. А что пошел в педиатрию — ни разу не пожалел.

— Что значит само понятие — детские болезни? Особая область медицины?

— Это скорее особый образ жизни в коллегии врачей. Другие организационные формы работы в стационаре, особое построение режима дня и вообще задачи и их выполнение. Педиатры, если хотите, это люди одной, особой, крови. А здесь, в медакадемии, надо еще, чтобы к тебе относились не только как к преподавателю, но и как к хорошему, прогрессирующему врачу. Надо ставить и решать новые задачи, лечить, заниматься постоянным самообразованием. И чтобы студентам интересно было, не ругать их за то, что не выучили, а заставить почитать, разобраться. Вот у нас больной, может быть, мы не все продумали, посмотрите, не идет ли рядом какое-то другое заболевание и все ли мы назначили. Таким образом, существует три направления в работе кафедры: учебное, лечебно-диагностическое и научное. Плюс на заведующего кафедрой ложится, конечно, организационная часть. «Выбить» учебные комнаты, раздевалку, стулья, столы и т.д. Предупредить персонал в больнице, что придут студенты, так будьте любезны хорошо к ним относиться, это будущие наши коллеги, медики. Все это заботы заведующего, его помощника, доцентов. Вообще, кафедра у нас сильная. Может, немножко постарели мы, но зато опыт у всех хороший.

— Наверное, в медицине вообще нет понятия возраста. Есть именно опыт. Это же бесценно.

— Ну, вообще-то жизнь идет. И уходят люди, и на пенсию, и совсем. Надо новых готовить. А сейчас все труднее. Сейчас многие молодые говорят, что педиатрия — это пеленки, горшки, памперсы, мытье, гигиеническая обработка.

— Но разве касаются эти моменты доктора?

— Конечно! И этому надо научить. Скажем, берешь ребенка, а он грязный, надо подмыть. Ну-ка, кто возьмется? Есть такие, которые не могут, а другие справляются. Вот и видно, из кого получится педиатр. Это, если хотите, воспитание.

— А как кто и как учит?

— Валентина Степановна Андреева, зав. кафедрой госпитальной педиатрии, у нее был богатый опыт общения с профессорами, которые жили здесь в Екатеринбурге во время эвакуации. Она нам передавала опыт школ ленинградской, московской. Очень мне запомнилась кафедра физиологии, профессор Верещагин, конечно Татьяна Эвальдовна

Вогулкина. И еще на меня подействовал молодой в то время ассистент Виталий Васильевич Фомин. Человечный, простой, доступный, без высоких фраз, и умел реально донести цели диагностические, лечебные, объяснить опасности, которые ожидают при недогляде и недосмотре.

— *У вас теперь у самого учеников хватает...*

— За 28 лет, что я руковожу кафедрой, здесь защищены около 30 кандидатских и докторских, «моих» там больше 20. У меня выросли профессора свои. Я был очень удовлетворен Геннадием Валерьевичем Павловым, с четвертого курса им руководил. Он вырос до профессора, но, к несчастью, погиб пять лет тому назад.

Через пару месяцев передаю кафедру своей ученице Жанне Леонидовне Малаховой (она защищает докторскую диссертацию). Ее я знаю с тех пор, как она поступала в институт, с первого раза не поступила, работала секретарем в деканате. А я был деканом. Это большое дело, когда хорошо знаешь человека.

— *Владимир Иванович, не так давно в педиатрии появилось понятие неонатологии. Что это и что есть предмет этой специальности?*

— «Нео» — это недавно, неонатология занимается недавно родившимися детьми. Такая выделилась специальность. Там масса специфики. Начиная с кормления, закаливая реанимацией. Все пороки манифестируют, то есть выявляются, в неонатологии. Новорожденных порой оживлять приходится. Один сразу закричал, а другого надо очень долго и активно «просить».

— *Это те дети, которые рождаются с маленьким весом?*

— Да. И также инфицированные внутриутробно и т.д. Елена Виленовна Николина — очень сильный врач в этом направлении. Сожалею, что она не стала заниматься докторской диссертацией. Но она главный неонатолог города. Хороший очень специалист. Печатается, публикуется. Я горжусь ею.

— *Преемственность нужна в медицине и, в частности, в педиатрии?*

— Да, конечно. Формально это обучение — лекции, занятия. А неформально — вот, допустим, сейчас я работаю с тем, кто вижу преемником. С Жанной Леонидовной мы вместе обходы делаем, вместе «обдумываем» больного. Посмотрели, потом сидим обсуждаем. Давайте попробуем проведем такую-то линию в диагностике, в терапии. Не получится, будем искать что-то, но чаще получается. В каких-то ситуациях говорю: знаете, давайте собирать консилиум, потому что тут несколько видов патологий, требуется мнение смежных специалистов, совместное наблюдение с фтизиатром, иммунологом, детским хирургом. Давайте поднимем старую историю болезни, встретимся с родителями, не подойдет — с бабушками. И вот все это уже преемственность, передача опыта.

— *А что есть школа научная?*

— В первую очередь, конечно, подбор единомышленников. Людей, опять-таки, одной крови. В вопросах лечебно-диагностических, в вопросах новаций, во всех других профессиональных вопросах. Использование багажа твоих предшественников. И все это должно сопровождаться положительными результатами в диагностическом, лечебном плане, карьерном, научном. Должны обязательно в школе быть молодые люди, интересующиеся этими вопросами. И хорошо, если это идет инициативно, а не так, что ты ходишь и уговариваешь, мол, не хотели бы вы заняться данной проблемой? Нет, именно работа в коллективе, с коллегиальным обсуждением проблем, достижений и ошибок.

— *Вы занимались такой темой: экопатология детского возраста...*

— Когда стали применять новые технологии на предприятиях, при разработке недр, заметили, что природа не все восстанавливает. А природа — это наш дом, и этот дом в опасности. Отсюда и пошло слово «экология». Наука о доме. Но кроме этого, оказалось, что изменения, которые происходят в земле, в воздухе, в пище, в растительном мире, отрицательно влияют на здоровье человека. Этим гигиена занималась. Но она как-то занималась в основном выработкой норм. Вот такая норма превышает допустимую для жизни человека, но не учитывалось, что человек — разный. Маленький, большой, старый, молодой, беременный. И на эти средовые факторы он по-разному реагирует. Вот здесь и появилась медицинская экология. Раз появилась медицинская экология, значит, она должна быть и экологией педиатрической. Почему? Потому, что детский организм наиболее восприимчив к изменениям, раз. Менее защищен, два. Дети большую часть времени проводят на воздухе. Хорошо, если это опушка леса, и плохо, если это увыхлопной или заводской трубы. Появились данные прямо эпидемиологического плана, что дети подвержены аллергическим заболеваниям, когда живут в регионе, который близок к какому-то производству, например комбикормов. Или в городе, где высочайшая загазованность. Или там, где какие-то радиационные ситуации. Ну и возникла мысль, что надо же диагностировать все это отрицательное влияние на детский организм. И никаких Америк открывать ведь не пришлось. Дело в том, что в обыкновенной рядовой больнице мы обследуем ребенка с каким-то синдромом или интоксикацией, смотрим сахар, остаточный азот, гемоглобин, уровень белка и др. А почему не смотрим перечень экотоксикантов, которые давно известны (тяжелые металлы, органические соединения)? Надо продолжить линейку лабораторного исследования. Выясняется, что вот концентрации свинца или фтора высокие. Почему не можем среагировать на высокие концентрации? А методов

сколько угодно. Это выведение, применение антидотов, активация ферментных процессов, назначение сорбентов. Вот мы организовали больницу такую. Нашелся главный врач Александр Александрович Самарцев — энтузиаст этого дела.

— *Это какая больница?*

— 16-я городская детская больница Екатеринбург. Но это все стоит на том, финансируются или нет экологические программы, во многом на энтузиазме. И еще надо расширять лабораторию, надо завести новую аппаратуру. Появились уже определенные клиничко-экологические сопоставления. Например, дети с высокими концентрациями свинца в организме демонстрируют дополнительную симптоматику. Выводим уже клиничко-экологические параллели. Ставим синдром экологической дезадаптации в дополнение к фоновому заболеванию. Появилась лабораторная диагностика. Появилась и терапия. Очень много там интересного в научном плане. Сугубо экологических заболеваний очень мало. Это лучевая болезнь, болезни облученной щитовидной железы. А вот отяжеленных синдромом экологической дезадаптации сколько угодно: астма, дерматит, гастропатология. И когда такой пациент имеет свой диагноз основной плюс еще синдром экологической дезадаптации, то терапия, естественно, более полна и комплексна.

— *Владимир Иванович, мы говорили и о преемственности, и о том, что вы из врачебной семьи. А теперь — об идущем за вами поколении, я имею в виду ваших детей.*

— У меня три дочери. Одна еще только заканчивает школу. А две старшие, по моему, нашли себя.

Юлия Владимировна — кардиолог, зав. отделением в ОКБ-1. И любит свою специальность. Я как оцениваю, если человек не раздражается, когда ночью поднимут или в воскресенье позвонят, значит, любит свое дело. Звонят, что долго держится болевой синдром. Надо ехать. Такая Юлия: «Наверное, я пойду завтра, в субботу, в отделение...» Она переняла лучшие качества моего отца, беззаветно преданного медицине.

Дочка Мария — педиатр. Сейчас в Москве работает. Хороший педиатр, но иногда немножко трусит, звонит мне: «Слушай, я тут поставила такой экзотический диагноз...» А ведь права! Она защитила кандидатскую по патологии щитовидной железы, неплохо в эндокринологии разбирается. Работала во Франции, как раз эндокринологом, но сейчас в Москве.

Есть еще внучка — кардиолог.

— *Это дочь Юлии Владимировны?*

— Да. И в общем-то, мы довольны, девочки хорошие, толковые. Придешь в гости, они: «Такой больной был, такое лекарство надо». И нам всем интересно друг с другом. Мы одной крови, одной профессии и служим одному, общему делу.