



## ПРЯМАЯ РЕЧЬ

О СТАНДАРТАХ, ПОРЯДКАХ, КСТ,  
О БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ

## В гостях у П.А. Воробьева доктор из Хакасии В.В. Баев

Владимир Владимирович Баев — мой давнишний друг и даже — ученик: он делал докторскую по клинично-экономическому анализу тромбозиса при остром инфаркте миокарда. Главный кардиолог Абакана, главный гериатр Хакасии. Заведующий отделением и профессор Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова — все это доктор Баев. В республике его знают все. Одно время он даже был депутатом местного законодательного органа власти. Но никогда не стремился он к чиновничьим погонам, хотя, уверен, мог бы их иметь. Его страсть — больные. И связанные с этим организационные вопросы. Каждый раз беседы с Владимиром Владимировичем превращаются в рассказы анекдотов из практики. А взгляд у него — колющий.

## Хоспис по-нашему

**ВВ.** — Больница наша скорпомощная, то есть весь город — а это 173 тысячи человек — все практически к нам. У нас нет, чтобы день дежурства — республиканская больница, а день — наша, городская. Хотя мы считается межрайонной больницей, поэтому сейчас к нам обращаются все, даже из близлежащих деревень.

И вот заметили, что скорая везет с одного адреса пожилых больных, престарелых, либо уже умерших, либо агонирующих. «Пробили» этот адрес, а это 3-комнатная квартира в обычном доме многоэтажном в микрорайоне на 1-м этаже. Прямо в городе. Обычная 3-комнатная квартира улучшенной планировки, 70 квадратов. И узнали, что два участковых терапевта, по профессиональным качествам не самые лучшие, но зато очень целеустремленные и решающие все свои вопросы личные, организовали там что-то вроде хосписа. Не вопросы больных их интересуют в первую очередь, есть такие патерналистические участки, а это просто настроенные на приобретение личных благ. Организовали частный хоспис. Взяли медсестер, заставили там дежурить сутками. И там постоянно находится 12 человек.

Стоимость — я не знаю точно сколько, но не очень дорого, в районе, наверное, 3 тысячи рублей в сутки. Платят родственники. И вот этих пациентов они как могут обихаживают, не получая никакой лицензии, не получая никакой сертификации и аккредитации, просто тупо это сделали. Никакой Росздравнадзор, никакой Минздрав к этому не приложил свои ручки и даже не знал об этом. И, насколько я понимаю, эта штука действует до сих пор.

Но больные там действительно тяжелые, терминальные. Поэтому факт смерти они констатировать не могут, поэтому вызывают на себя скорую помощь.

**ПА.** — Но получается по сути, что они не должны никакой лицензии получать, это не медицинская организация? Они же скорее «социальная служба».

**ВВ.** — Но все-таки там паллиативная помощь оказывается, они делают инъекции, ставят какие-то капельницы, еще что-то.

**ПА.** — Но это надо доказать.

**ВВ.** — Да, это надо доказать. Это все знают, но это никому не надо. И с другой стороны, это очень востребовано, раз люди платят такие деньги.

**ПА.** — Хорошо, если у тебя дома лежит вонючий больной, старик...

**ВВ.** — Родственников как раз я могу понять, для них это отдушина, огромнейший плюс. И поэтому вот таких больных стремятся все сдать в стационары. У нас, допустим, в неврологическом и в общетерапевтическом отделении постоянно от 2 до 5 человек, которые лежать месяцами могут. Это терминальные больные, нуждающиеся в уходе. У нас есть отделение хосписное, оно одно на всю Хакасию, там, по-моему, 15 коек. Его сделали на базе закрытой участковой больницы в деревне Новороссийска. То есть на всю Хакасию 15 коек, это, конечно, очень мало.

**ПА.** — Паллиативная помощь подразумевает обезболивание, наркотики.

**ВВ.** — Они не занимаются наркотиками, но обезболивают чем возможно. И в городе есть такая система, что к больным, которым назначены онкологами наркотические анальгетики, специальная бригада ездит делает наркотики несколько раз в день. Им какая разница куда приехать, им даже лучше приехать в один адрес и поставить сразу пятерым. Из 12, наверное, 5—6 человек таких есть.

**ПА.** — Логичная схема, даже можно немножко доплатить скорой помощи, чтобы они приезжали с удовольствием.

**ВВ.** — Да. И скорая не ропщет, кстати. Я думаю, что они как-то тоже в этом заинтересованы.

**ПА.** — У меня двойное ощущение к этому рассказу. С одной стороны, это безобразие...

**ВВ.** — Но, с другой стороны, это какой-то выход. Но если их загрузить бумагами и деньгами, то есть сделать ООО или передать их Собесу, или Минтруда, то, конечно, это дело сразу будет на корню похерено.

**ПА.** — С другой стороны, цена возрастает вдвое, а это не очень подъемно. Любопытно, что народ все равно что-то делает... В прошлом году или позапрошлом, такой дом престарелых был накрыт в дачном поселке во Владимирской области. Но там, конечно, все было



очень плохо, люди умирали от голода и т.д. И ругали создателей, что они бросили людей умирать. Я в этом не уверен, потому что на самом деле могли и не бросать, просто терминальные больные мы знаем, что они какхетичны, истощены, не едят.

**ВВ.** — Здесь-то больных и кормят, и профессиональная медсестра с ними находится круглые сутки. То есть они меняются эти медсестры, но уход есть без сомнения, и по моей информации там происходят манипуляции какие-то медицинские, то же самое парентеральное кормление, если эти больные не могут есть сами.

Отдаленные деревни  
и доступность медицины

**ВВ.** — По поводу деревень отдаленных я разговаривал с замминистрами, у нас 80 таких деревень числом до 100 жителей, которые не имеют никакого медицинского сопровождения, и ближайший медик находится минимум за 20 км, а то и за сто. И 40 из этих деревень не имеют телефонной связи никакой, в том числе и мобильной.

**ПА.** — У вас же была телефонизация всей Хакасии?

**ВВ.** — 40 деревень связи не имеют. Они мне говорят, что они закупили спутниковые электрокардиографы. И поэтому я сказал: в принципе какая проблема, запишите это все на мобильный телефон, отъезды 20 км, где есть сотовая связь, и отправьте сообщение. То есть технически это все решаемо.

**ПА.** — А дороги есть?

**ВВ.** — А дороги есть. Такого места, чтобы не было дорог, в Хакасии нет — ты же всю Хакасию изъездил сам. Где-то, может быть, мост снесет, но это же решаемо. Хакасия по протяженности, наверное, 500 на 400 км. То есть не Томская область, где тысячи км один район, как вы ездили в Каргасок.

**ПА.** — Санавиации у вас нет?

**ВВ.** — Ввели в этом году, им срочно надо 3 мл израсходовать. Но я думаю, они расходуют.

**ПА.** — Ну наконец. Сколько лет говорили мы об этом. Санавиация, это кто у вас?

**ВВ.** — При республиканской больнице, ее отдали в ведение медицины катастроф.

**ПА.** — На чем летают?

**ВВ.** — МИ-8.

**ПА.** — Несколько млн — это вообще не деньги.

**ВВ.** — 2 или 3 млн, конечно. А они не могут израсходовать их до конца года.

**ПА.** — Это 2—3 раза слетать.

**ВВ.** — Поэтому они устраивают всякие показательные учения сейчас у нас, спасение на автотрассе и еще что-то такое при массовой катастрофе. Но санавиация есть, и она будет. Буквально с июля месяца это началось.

**ПА.** — Сейчас Казанский вертолетный завод выпускает отечественные вертолеты для санавиации. Они правда стоят денег.

**ВВ.** — Наши используют старые МИ-8, которые арендуют у компании Таймыр. То есть, я считаю, что им приказали. Я спрашивал, почему вам не купить два Робинса.

**ПА.** — Робинса не надо, есть отечественные.

**ВВ.** — Тем более тогда. Но это не МИ-8?

**ПА.** — Нет. Маленькие вертолеты. Потому что МИ-8 ты же не посадишь никуда.

**ВВ.** — Но это оборудованные, с модулем реанимации даже.

**ПА.** — И те оборудованы. У них единственная проблема — они не сертифицированы на 50 градусов.

**ВВ.** — У нас не бывает -50, до -48 у нас было или 45. Но вопрос-то в том, что наша Хакасия это не потянет, это либо МЧС должна заниматься федеральная, либо это должны из Минздрава центрального прийти деньги.

**ПА.** — Как-то нужно эту тему поднимать, потому что, когда мы говорим про Робинса, он маленький.

**ВВ.** — Да, там два человека и все.

**ПА.** — Этот побольше, там до 7 человек может помещаться в общей сложности. Если сидеть — то может побольше, если носилки, то два человека рядом с носилками.

**ВВ.** — Как в скорой помощи, больше и не надо, как в машине.

**ПА.** — И пилот с врачом. Я сам видел лично, шупал этот вертолет. Он, где хочешь, садится, на дорогу, без проводов, правда. Потому что мы знаем, чем кончатся ваши провода (намек на гибель губернатора Красноярского края Лебеда в Саянах).

А вот эта МЧСная структура в Ергаках, где мы были, они как-то живут, развиваются?

**ВВ.** — Они живут очень хорошо, они проводят всякие учения, горноспасатели, проводят всякие соревнования, типа танкового биатлона всесоюзного. Я шучу, что-то типа. То есть какие-то соревнования всех спасателей и с привлечением большой техники. У них же очень много спецтехники по разбору завалов, по еще каким вещам. Там почему бы не поразбирать камни?!

# «О СТАНДАРТАХ, ПОРЯДКАХ, КСГ, О БОЛЬНЫХ И ЗДОРОВЫХ»

В гостях у П.А. Воробьева доктор из Хакасии В.В. Баев

Окончание. Начало на стр. 1

**ПА.** — Там место роскошное, и в принципе и количество коек там немало.

**ВВ.** — На батальон, я так думаю.

**ПА.** — Но они к вам не имеют отношения?

**ВВ.** — Никакого. Они сами по себе, и наши просто... ну это место отдыха.

## Тромболизис при инфаркте

**ПА.** — Расскажи, если скорая помощь едет с тромболизисом, то это в три раза дороже, чем...

**ВВ.** — По КСГ я не знаю, кто их составлял, но мы ими пользуемся, и их наш ФОМС оплачивает безоговорочно, то есть стоимость тромболизиса раньше оплачивали отдельно, а сейчас просто включили в КСГ. И КСГ без тромболизиса в три раза дешевле, чем КСГ с тромболизисом. Ровно в три раза.

**ПА.** — Сумма это какая получается?

**ВВ.** — Для нас для стационара острый коронарный синдром с подъемом СТ стоит около 33—38 тысяч, соответственно с тромболизисом — около 90 тысяч.

**ПА.** — А для скорой?

**ВВ.** — Я не знаю их расценок. Но им оплачивается это.

**ПА.** — И тоже в три раза дороже?

**ВВ.** — И тоже дороже. Поэтому скорой выгодно проводить тромболизис на догоспитальном этапе. Это называется фармакоинвазивная стратегия, то есть больному сначала проводят тромболизис, а потом привозят в центр интервенционной хирургии, кардиологии, где ему проводят уже стентирование.

**ПА.** — Как и стентирование, и тромболизис?

**ВВ.** — И тромболизис, и стентирование. Все должны заработать на больном. Но если таких больных привозят к нам, это бывает достаточно часто, практически раз в месяц, проводится тромболизис без показаний, пациентам, у которых нет острого коронарного синдрома, у которых немножко изменена кардиограмма или синдром ранней реполяризации, или отрицательные зубцы Т появились — в общем скорая нарушает явно протоколы. Но здесь мы проявляем корпоративную солидарность, поэтому мы сильно на них не орем, но жалуемся, правда, главврачу. Он говорит, что примет меры.

**ПА.** — Но климактерическая кардиопатия имеет такую же картинку?!

**ВВ.** — Много состояний такие имеют вещи. Это бывает и у совершенно здоровых людей.

**ПА.** — Но они хоть пользуются Метализой, а не опасной стрептокиназой?

**ВВ.** — Метализой. Стрептокиназы уже в принципе сейчас почти нет, появился новый препарат Фортелизин, отечественный. Кстати, достаточно неплохая вещь. Делает его СупраГен, и этот препарат вроде бы второго поколения, также как и Актилизат, то есть не обладающий антигенными свойствами.

**ПА.** — Все-таки здорово, запустилась у вас эта программа, я вспоминаю, как тромболизис у вас вводили. Ведь это в значительной степени от вас и по России пошло, потому что тогда как-то тебе получилось внедриться в регионе.

**ВВ.** — Да, тогда в Москве было хуже.

**ПА.** — Гораздо хуже.

**ВВ.** — У нас все это прошло.

## КСГ и неоплаченные больные

**ВВ.** — Это называется СМТ-терапия, я просто случайно обнаружил в КСГ, у нас их не так и много, где-то, наверное, 7—8 КСГ, по которым мы работаем, которые оплачиваются. Причем дешевле КСГ выбрасываются из реестра больницы, чтобы дешевых не представлять. Больных у нас больше процентов на 10, чем госзаказ.

**ПА.** — Это совершенно никому не очевидно, я впервые слышу такое. Мне, например, не понятно, как может быть больных больше, чем госзаказ. Получается, больных за свой счет ведете?

**ВВ.** — По идее да, и так всегда получается. То есть ФОМС не принимает к оплате сколько-то больных, около тысячи больных, это происходит каждый год. А пролечивается около 12 тысяч в год.

**ПА.** — Почему?

**ВВ.** — Потому что мы перевыполняем план. Больные же обращаются. Если рассчитано было на город 170 тысяч, а поступают больные из близлежащих регионов. Да, районные больницы полупустые, ЦРБ, а городская с республиканскими задыхаются.

**ПА.** — Я не понимаю, как может быть неоплаченный больной, это для меня высшая какая-то математика.

**ВВ.** — По итогам года просто эти больные в реестр отдаются и все, что хотите, то и делайте. ФОМС говорит: вы израсходовали все свои деньги. Здесь больных пролечивают, врачи зарплату получают, но не за количество больных, а просто за проработанное время.

Так вот, возвращаясь к СМТ, в одном из КСГ я увидел, что есть СМТ-терапия, вернее СМТ добавляется. И я подумал, что это какое-то реанимационное, может быть, вмешательство или это электроимпульсная терапия, или чрезпищеводное, или ЭФИ, а не нашел ничего кроме того, что СМТ написано — это синусоидальные модулированные токи, то есть это физиотерапия. И мы всех больных, которые подходят под это КСГ, с шифром МКБ, допустим нестабильной стенокардии или нарушения ритма сердца или сердечная недостаточность стали отравлять на это физиолечение. И соответственно случай КСГ сразу в два раза дороже становится. И совершенно безропотно ФОМС это все оплачивает. Но, я так думаю, до поры до времени.

**ПА.** — Понятно, что до поры. Но сегодня идет воровство на это СМТ, завтра на чем-то другом, все равно в любом случае — страховая компания не видит пациента, она видит некую группу и что в этой группе, почему и как, никто не знает. В этом-то и есть порочность системы КСГ, что она обезличивает больных до абсолютно однородной белой массы. И я сегодня воткнул туда какую-то процедуру физиотерапевтическую, завтра я туда же заведу какой-нибудь Актонегин — и никто даже не узнает, что происходит.

**ВВ.** — Совершенно верно. Так вот мы и пришли к тому, что страховые компании у нас... это здесь не КСГ виновато, мне кажется, а система, потому что страховые компании являются просто посредником, передаточным звеном между медицинским учреждением и ФОМСом. То есть это люди, которые просто получают деньги за то, что их переключают в другой.

**ПА.** — Но это одна сторона вопроса. Она тоже понятна, что страховые компании — это воровство государственных — бюджетных — по сути дела средств. Страховые компании просто переключают деньги — это понятно. Но вторая сторона вопроса, что страховые компании в КСГ никак не участвуют, потому что если они при наличии стандарта или какого-то протокола они могут хоть что-то проверить, как ведется пациент, то КСГ-то как проверить, там нет набора лекарств, там нет набора услуг, там на самом деле нет по большому счету койко-дня — там ничего нет, ни одного экономического показателя.

**ВВ.** — Страховые компании до сих пор работают по МЭСам. То есть они проверяют соответствие набора услуг и набора медикаментов тем медико-экономическим стандартам, которые приняты еще 20 лет назад.

**ПА.** — Не 20 лет, в 2004-м году мы их делили.

**ВВ.** — Хорошо. И они пишут, что больному не сделано, например, холтеровское мониторирование. Но у нас очень лояльные страховые компании, они должны немножко денег от нас оторвать, но они понимают, что если они будут грубить, то мы начинаем возмущаться, и это называется, ну, не отбить истории болезни, но по крайней мере очень много, примерно половину, отгрызаем назад. Мы пишем, что да, это исследование не проведено, но оно не

повлияло на тяжесть состояния, на исход, потому что исход — выздоровление или исход — смерть, поэтому, если ему УЗИ не сделали, он бы все равно умер. Вот таким образом. Поэтому с нас обычно снимают все-таки 10%. Я знаю, что в Москве ситуация немножко другая, потому что снимают более жестко. Но снимает она по МЭСам. Если сейчас будут введены протоколы, а уже некоторые протоколы есть, то у нас разработали специальные листы, где расписано все поминутно, что в приемном покое должны за 10 минут сделать МРТ головного мозга, например, больному с подозрением на инсульт, осмотреть его потом нейрохирург — и вся эта маршрутизация прописана.

**ПА.** — Это не протокол, это порядок оказания помощи.

**ВВ.** — Да. Новый приказ вышел же в июле месяце по оценке качества, и нас пытаются заставить, чтобы мы это писали. Я говорю, зачем мы это будем писать, вот эти два листа заполнять, ну, да, нет, я понимаю, или во сколько минут, но зачем мы будем писать, это получается будем давать заведомо против себя страховым компаниям информацию. То есть если мы будем писать правду, то нас, понятно, нахлобучат. А если мы будем врать, то это когда-нибудь всплывет.

**ПА.** — Да, это как в свое время, я помню, в реанимации писали почасовое наблюдение, утром дежурный реаниматолог садился и за все сутки писал все, что случилось, а все это называлось почасовым наблюдением. Но тут компьютеры будут ломать ломом в такой ситуации, потому что компьютер же будет фиксировать, когда и что записано.

## Скорая помощь

**ВВ.** — Я боюсь, что нам добавится писанины: дежурным врачам, медсестрам, которые должны что-то делать. Может быть, с одной стороны это и хорошо, что все будет отработано до мелочей, как в Америке — больного завезли, и сразу змейкой провезли через все — через лабораторию, через рентген...

**ПА.** — То, что ты рассказываешь, это называется emergency — это скорая помощь, это не больница, это к больнице не имеет отношения.

**ВВ.** — Это приемный покой.

**ПА.** — Нет, это отдельная структура, это часто вообще отдельное даже юридическое лицо. Я их таких видел: в деревнях стоят emergency, в маленьких городишках — у них скорая помощь, у них оказание первой помощи, и амбулаторный прием у них же, и, если что-то случается, они прямо тут же вертолетом в больницу в нормальную отправляются, многопрофильную. Это две не связанные вещи между собой. Это мы думаем, что это приемное отделение.

**ВВ.** — Теперь такое же сделано в том же самом Саранске, в Питере. То есть где-то я буквально сейчас разговаривал недавно со скоропомощниками, они говорят, что 6 больниц уже стране такие есть.

**ПА.** — На самом деле я знаком с ребятами из Перми, которые это продвигают, в виде ГЧП, государственно-частное партнерство, они строят за свои деньги такое отделение.

**ВВ.** — Как пристройка к больнице?

**ПА.** — На территории больницы, но это не больница. То есть они в больницу потом переводят. Это такой пропускной пункт приемно-сортировочный, более того у них есть еще даже специальное отделение для чрезвычайных ситуаций, которое всегда стоит закрытое, на сколько-то коек, зарезервированные койки для массового поступления.

**ВВ.** — Вот сейчас это пытаются сделать у нас. Прямо на базе нашего приемного покоя.

**ПА.** — Но это не получится, это надо строить новое. Это просто организационная технология, с одной стороны, но она требует совершенно другого здания, потому что там все должно кататься во все стороны.

**ВВ.** — Я понимаю, и там должно быть три зоны. Это зона для тяжелых

больных — интенсивная по сути терапия, это зона ожидания для легких больных, как в аэропорту, и средняя. Вот это пытаются сделать у нас сейчас.

**ПА.** — Это действительно очень специфическая вещь, идея разумная, правильная.

**ВВ.** — У нас больница по сути скоропомощная, в сутки проходит от 120 до 150 человек. В эпидемию гриппа или в какие-то простуды их число чуть ли не удваивается.

**ПА.** — Амбулаторные больные тоже обращаются?

**ВВ.** — Тоже.

**ПА.** — То есть вы кого-то отсеиваете?

**ВВ.** — Разумеется. Больше половины.

**ПА.** — Больше половины не госпитализируете. Потому что, когда мы в семерке работали, там практически 99% шло на госпитализацию.

**ВВ.** — Это в основном плановые больные?!

**ПА.** — Нет, экстренные, скоропомощные.

**ВВ.** — Здесь такая история, что даже те, кого привозят, мало того, что самообращение, мало того, что направление из поликлиники по СТО, есть еще и плановая госпитализация. Но плановая госпитализация процентов 15—20 всего. По моему отделению 15%. А по скорой помощи у нас 50%, минимум, не госпитализируется. То есть они привозят этих больных по настоянию или по недомыслию, но эти больные потом отпускаются домой.

**ПА.** — Видимо, в Москве это всегда жестче регулировалось и давалась березовая каша скорой помощи, если они этого не делали.

**ВВ.** — У нас, к сожалению, этого не делается. Мы пытаемся их увещевать, бывают даже конфликты.

**ПА.** — С острым коронарным синдромом какая сейчас структура, сколько действительно инфарктников?

**ВВ.** — Острая коронарная синдром, если с подъемом СТ, то есть, если это острый инфаркт, это везется сразу в республиканскую больницу, где проводится стентирование. Теперь минуя нас. Но на самом деле это не всегда так получается, поэтому часть больных все равно попадает к нам. И у нас теперь гораздо меньше стало инфарктников и гораздо меньше тромболизиса.

**ПА.** — Но в целом, по твоим ощущениям, пока не было сосудистого центра, сколько среди транспортного диагноза ОКС, было реально больных с инфарктом миокарда, а сколько всякого прочего?

**ВВ.** — Меньше половины ОКС из диагноза ОКС. Не инфаркт, это же еще и нестабильная стенокардия. Прединфаркт. А инфарктов из них к нам попадает, наверное, процентов 5—7, из тех, которые уже 50%. А 50 оставшиеся — это не стенокардия совсем. Это боль в грудной клетке — остеохондрозы, это может быть пневмония, это может быть просто изменения по кардиограмме, которые увидели участковые терапевты с диагнозом — умеренно выраженные изменения в миокарде или нарушения процессов реполяризации — и направили на консультацию, но скорая везет с диагнозом ОКС.

**ПА.** — А гипертоники?

**ВВ.** — Гипертоников среди них все-таки, наверное, меньше.

**ПА.** — Но их стало меньше, их было больше раньше?

**ВВ.** — С диагнозом ОКС гипертоников стало больше. С диагнозом гипертонический криз — таких стало гораздо меньше.

**ПА.** — Гипертоников как больных гипертонией, у которых развился коронарный синдром, стало больше. А с гипертонией стало меньше?

**ВВ.** — Да, гораздо меньше.

**ПА.** — То есть получается, что все-таки гипертонию стали немножко лечить, если кризисов меньше?

**ВВ.** — Ну да, гипертонию стали лечить лучше. Я так считаю тоже, да.

# ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ ОТ 15 МАЯ 2017 г.

Председатель:  
Савенков Михаил Петрович,  
д. м. н., профессор  
Секретарь: Зыкова А.Б.

*Доклад 1.*  
Медведев Владимир Эрнстович,  
к. м. н., доцент,  
заместитель заведующей кафедры  
психиатрии, психотерапии,  
психосоматической патологии  
ФПК МР Медицинского института  
РУДН

## «Болевые синдромы в практике врачей»

Боль — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения. Причиной ощущения боли может быть органическая патология или психическое расстройство, меняющее восприятие человека. Болевые ощущения могут сопровождаться эмоциональными и психическими реакциями. Классификация болевых синдромов по локализации; по степени распространенности; по частям тела, где она локализуется; по механизмам развития. Если посчитать суммарно сколько сегодня существует болевых синдромов по МКБ, по международной классификации боли, по другим более мелким классификациям, то получается более 1200 видов, типов боли. Боль бывает органической (первичная) и психической (тревоги, депрессии), которая способствует развитию заболевания, дебюту боли, соопределяет восприятие и является реакцией на алгические проявления соматической патологии. Психосоматическая боль является причиной неприятных ощущений без наличия органической патологии, не купируется обезболивающими препаратами, локализуется в коре головного мозга.

Психогенная (дисфункциональная) боль возникает вне зависимости от соматических, висцеральных и нейронных повреждений и в большей степени определяется психологическими и социальными факторами. Данные обследований, включая лабораторную, функциональную, нейровизуализационную диагностику, не выявляют каких-либо патологических изменений. Боль может являться симптомом либо депрессивных, либо тревожных расстройств, в некоторых случаях — даже шизофрении. Для диагностики депрессии нужно помнить, что такое депрессия. Это сниженное настроение, снижение активности, это снижение чувств удовольствия от того, что раньше доставляло удовольствие и масса дополнительных симптомов. Среди соматических симптомов депрессии доминируют астения, нарушение сна, головная боль, боль в пояснице, боль в спине: 50% пациентов с депрессиями отмечают те или иные болевые синдромы, а 50% с хроническим болевым синдромом приходят к врачу уже в состоянии депрессии.

Синдром, который сопровождается болевыми расстройствами в очень большом количестве случаев — от 9 до 90% больных, — это тревога. Симптомы тревоги — это напряженность, беспокойство, плохие предчувствия и опасения, раздражительность и нетерпеливость, трудности концентрации внимания, нарушение сна, суетливость, ускоренная речь, потирание пальцев, обкусывание губ и ногтей. Соматические симптомы — приливы жара или холода, потливость, приступы сердцебиения, одышка, «комочек в горле»,

головокружение, головная боль, дрожь, ощущение «ползания мурашек», нарушения работы ЖКТ, сексуальные нарушения.

Самое сложное проявление тревоги — это паническая атака. Это неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств. Панические расстройства характеризуются высокой частотой коморбидных состояний (инсомния, агорафобия, депрессия и другие), отягчающих состояние пациента и ухудшающих прогноз. Кроме того, различные болевые симптомы описываются пациентами в рамках соматоформных расстройств. Этот термин из психиатрического раздела МКБ. По другому — функциональные расстройства. Пример этому — фибромиалгия. Это диффузные боли, сопровождающиеся утомляемостью, нарушениями сна, когнитивными нарушениями, снижением настроения, тревогой и другими психическими нарушениями, а также повышенной чувствительностью и болезненностью в определенных точках тела. Висцеральная боль — это диффузное, плохо определяемое ощущение, обычно по средней линии тела на уровне нижней трети грудины или верхних отделах живота. Висцеральные боли очень часто сопровождаются симптомами тревоги. Очень важный момент, что хроническая боль не может не приводить к развитию тревоги у нормального человека. С терапевтической точки зрения, надо помнить, что любая боль (острая и хроническая), как бы долго не продолжалось обследование, будет сопровождаться тревогой, в некоторых случаях и депрессивными состояниями.

Чем же лечить тревогу, с чего начинать?! Нужно начинать с небензодиазепиновых анксиолитиков и фобомотизол — это сегодня единственный отечественный анксиолитик, который прошел экспертизу ВОЗ, получил МНН, вошел в соответствующие списки. Препарат улучшает состояние у 70% пациентов, испытывающих эмоциональный стресс и страдающих невротическими расстройствами; уменьшает симптомы тревоги и соматовегетативные расстройства у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями; способствует снижению частоты пароксизмов фибрилляции предсердий; уменьшает в 3 раза количество вызовов скорой помощи у пациентов с тревогой и гипертонией.

**Воробьев П.А.:** Как человек должен спать?

**Ответ:** В первую очередь человек должен быть удовлетворен своим сном. Нет четких критериев продолжительности сна. Это все индивидуально.

**Воробьев П.А.:** Это очень важно, потому что все хотят спать 8 часов, а иногда достаточно пяти. А Вы что-нибудь знаете про 2 сна за ночь?

**Ответ:** Есть такая теория. Проводятся даже такие исследования, даже о большем количестве снов за ночь говорят. Пытаются это привязать к фазам сна.

**Воробьев П.А.:** Я поскольку большой любитель темы сна, могу сказать, что если вы ночью просыпаетесь, то надо встать и пойти что-нибудь поделать. А потом лечь доспать. Я вас уверяю, вы получите потом удовлетворенность от сна.

**Вопрос:** Как заснуть, если есть такие проблемы?

**Воробьев П.А.:** Не пить чай, после 3—4 часов дня. С возрастом люди все хуже и хуже засыпают.

*Доклад 2.*  
Дошдичин Владимир Леонидович,  
д. м. н., профессор,  
заслуженный врач России

## «Современные вопросы гипотензивной и антиаритмической терапии»

Сердечно-сосудистые заболевания прочно занимают первое место среди причин смерти, составляют почти половину всех причин вообще. Сегодня каждый 3—4 взрослый человек имеет повышенное артериальное давление. А если он имеет повышенное артериальное давление, то это важнейший риск фактор наряду с другими. Развиваются гиперлипидемия, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и тому подобное. Среди них артериальная гипертония — наиболее реальный фактор воздействия на исходы. Примерно 26% взрослого населения имеют АГ и количество их растет. Еще один фактор — это аритмия сердца. Самая частая причина мерцательной аритмии — это гипертоническая болезнь (29—56%). Мета-анализ шести больших наблюдательных исследований на 1 000 000 пациентов показал, что если удается снизить систолическое артериальное давление всего на 2 мм рт. ст., то это уменьшает риск сердечно-сосудистых смертельных событий на 10%.

Когда гипертонии не поддается изменению образа жизни, то приходится прибегать к медикаментозным средствам. Это диуретики, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина II. Есть комбинации, которые тоже очень хорошо изучены. К примеру, это комбинированная антигипертензивная фармакотерапия. Тиазидные диуретики комбинируются с ингибиторами АПФ, с сартанами, с блокаторами кальциевых каналов. Те в свою очередь комбинируются с АПФ, сартанами и тиазидными диуретиками.

Есть американские рекомендации по лечению и профилактике вторичных инсультов. Они проанализировали данные рандомизированных исследований. Основу исследований составляли такие препараты, как амлопин; эпросартан; нитрендипин; рамиприл; индапамид + периндоприл; индапамид. Они снижают частоту инсультов от 23 до 49%. Помимо снижения уровня смерти от инсульта и вторичного инсульта, доказано снижение развития деменции и болезни Альцгеймера. Существует две стратегии лечения больных с рецидивирующей фибрилляцией предсердий. Это восстановление и удержание синусового ритма; сохранение ФП с поддержанием ЧСС в нормальных пределах. До сегодняшнего дня идут дискуссии по выбору стратегии лечения фибрилляции предсердий. Рекомендуются следующие препараты для восстановления ритма при пароксизмах ФП. Это амиодарон, флекаинид, ибутилид, пропафенон, вернакаланг. Три из этих препаратов не зарегистрированы, они не применяются. В России есть только амиодарон и пропафенон.

На сегодняшний день применяются следующие антиаритмики. Это пропанорм — современный высокоэффективный антиаритмический препарат для купирования и профилактики фибрилляции предсердий и других нарушений сердечного ритма. Соотношение «эффективность—безопасность» у пропанорма лучшее среди антиаритмиков. Пропанорм среди первого класса препаратов, а это аллапинин, этацизин является самым эффективным.

Чтобы снизить риск при плановой антиаритмической терапии, нужно при назначении терапии строго учитывать показания, противопоказания и возможные побочные действия антиаритмических препаратов (ААП); назначать малые «пробные» дозы ААП; подбирать минимальные эффективные лечебные дозы ААП; по возможности избегать длительного непрерывного применения ААП.

**Вопрос:** А антикоагулянты следует начать сразу после первого приступа?

**Ответ:** Если Вы откроете рекомендацию, то там сказано, что прежде всего нужно оценить риск развития тромбоэмболических осложнений. Если риск составляет 2 балла, то мы уже должны назначать антикоагулянты, а 2 балла будет у подавляющего большинства больных.

**Воробьев П.А.:** А что такое артериальная гипертония? Как ставится диагноз? В реальной жизни.

**Ответ:** Если это ситуационные подскоки, то, конечно, никто такой диагноз не поставит.

**Воробьев П.А.:** Ваша точка зрения не совпадает с врачебной практикой. Вы даете 25% больных гипертонией среди взрослого населения, а наши данные — 80% поставленного диагноза. И это зависит не от возраста, а от врачей, что и как они делают.

*Доклад 3.*  
Редькин Юрий Алексеевич,  
к. м. н., доцент кафедры  
эндокринологии факультета  
усовершенствования врачей  
ГБУЗ МО «МОНИКИ  
им. М.Ф. Владимирского

## «Инсулиноterapia. Часть 1»

Когда мы назначаем инсулинотерапию, мы всегда стремимся повторить введение инсулина такое, как будто оно имитирует схему секреции собственного инсулина у человека без диабета. Условно мы можем весь инсулин разделить на 2 вида, это «пищевой инсулин» и «базальный инсулин». Итак, как же мы подбираем инсулин. Есть несколько этапов. Первый этап — это подбор «хлебных единиц» под стандартную дозу инсулина короткого действия.

Никакого специального питания при первом типе диабета не существует. Важно, чтобы пациент смог подсчитать сколько он съел и на это подобрать дозу инсулина. Вот для этого и существует система «хлебных единиц». Одна хлебная единица — это количество продукта, содержащее 12 г углеводов. Одна хлебная единица в среднем повышает уровень глюкозы крови на 2 ммоль/л. Существуют таблицы, в которых очень легко ориентироваться. Допустим, один стакан молока, кефира, сливок любой жирности — это одна хлебная единица; одна столовая ложка сахарного песка — это тоже одна хлебная единица и т.д.

Второй этап — это введение инсулина короткого действия по количеству планируемых хлебных единиц. Третий этап — это введение инсулина короткого действия по количеству планируемых хлебных единиц и уровня глюкозы крови перед едой.

Несколько слов о том, как правильно вводить инсулин. Первый вопрос — это дезинфекция кожи. Раньше выдавали спирт для того, чтобы протирать кожу. Но на сегодняшний день считается, что кожа достаточно быть чистой

Начало на стр. 3 ↗

и сухой, то есть дезинфекция не нужна. Было показано в некоторых исследованиях, что спирт, попадая в ранку из-под инъекции, ведет к денатурации белка, то есть доза инсулина может быть меньше, чем необходимо пациенту. Иголки, которыми колят инсулин, содержат ионы серебра, то есть дезинфекция происходит при уколе самостоятельно. Тоже самое касается систем инсулина, то есть не надо протирать мембраны картриджа.

Возникает проблема, когда мы просим пациента перемешивать продленный или мутный инсулин. Пациенты просто взбалтывают шприц-ручку, что неправильно. Размешивать мутный инсулин нужно широкими движениями 10—20 раз. Потому что в шприц-ручке внутри картриджа содержатся специальные шарики, они прозрачные и их не видно. Когда мы перемешиваем широкими движениями, то они катаются вдоль картриджа и размешивают инсулин без пузырьков. Соответственно доза будет правильной. Обязательно нужно удалять воздух из картриджа перед каждой инъекцией инсулина. Инсулин, который применяет пациент, должен быть комнатной температуры. Раньше считалось, что холодный инсулин всасывается более медленно, а теплый — более быстро, то сейчас доказано, что теплый и холодный инсулин всасываются одинаково. Но оказалось, что применение инсулина комнатной температуры предотвращает покраснение, боль и дискомфорт при инъекции. Всасывание инсулина зависит не от температуры, а от дозы. Чем больше доза инсулина в одной инъекции, тем медленнее он всасывается. Поэтому рекомендуется большие дозы инсулина разделять на несколько инъекций.

У пациентов возникает часто вопрос о времени нахождения иглы на шприц-ручке. Желательно удалить иглу сразу после инъекции. Иначе происходит вытекание инсулина, и он расходуется более быстро. Одну иглу желательно использовать однократно, но повторное использование возможно.

Наиболее быстро инсулин всасывается из живота, далее плечи, бедра, ягодицы. Введение в живот предпочтительно для более быстрого всасывания (пищевой инсулин). Введение в ягодицы возможно для более медленного всасывания.

Пациенты часто задают вопросы по поводу длины иглы. Есть игла 1,2 мм, а есть даже 5,4 мм, их почему-то называют детскими. Ничего подобного, это не детская игла, потому что если у пациента подкожная жировая клетчатка выражена нормально, то этих 4 мм достаточно, чтобы правильно ввести инсулин. Поэтому иглы менее 8 мм применяются и у взрослых, и у детей. Инсулин должен вводиться подкожно, но может применяться внутримышечно.

Угол введения иглы тоже имеет свое значение. Иглы 5—6 мм вводятся вертикально без складки. Иглы более 8 мм вводятся в складку кожи. Не выявлено различий всасывания инсулина между «в складку» и «вертикально». Введение инсулина через одежду безопасно и удобно для пациентов. Еще одна ситуация про которую пациенты часто забывают, это то, что флаконы с инсулином или шприц-ручки, которые используются для ежедневных инъекций, могут храниться при комнатной температуре в течение одного месяца.

В заключении хотелось бы остановиться за глюкометре Contour plus. Он работает с расширенным диапазоном гематокрита. Оказалось, что высокий уровень гематокрита может замедлять поступление глюкозы в тест-полоску, тем самым увеличивая время химической реакции в тест-полоске и уменьшая сигнал в приборе. Contour plus разработан таким образом, что сам пересчитывает глюкозу в зависимости от уровня гематокрита.

## ИСТОРИЯ

# БИОГРАФИЯ СКАЛЬПЕЛЯ: ОТ НОГТЯ ДО ЛАЗЕРА

Как менялись, из чего делались и для чего использовались хирургические ножи

### ДРЕВНЕЙШИЙ ПЕРИОД: ОБСИДИАН И... СТРЕЛЫ

В 2010 году археологи, работавшие на раскопках поселения бронзового века Икизтепе на черноморском побережье Турции, обнаружили в культурном слое возрастом около 4000 лет интересную находку: два аккуратных обоюдоострых лезвия из обсидиана, несмотря на свой возраст, по-прежнему способные резать как бритва. Разгадка их назначения нашлась по соседству, в могильнике городища: из семисот найденных черепов четырнадцать несли на себе характерные следы трепанации. Причем, судя по костной мозоли, образовавшейся на краях отверстий, часть пациентов пережили операцию.

Впрочем, сенсацией стало именно высокое качество инструмента, а не сам факт его обнаружения. Древнейшие свидетельства о применении хирургических каменных орудий (прежде всего примитивных «дрелей» для все той же трепанации) относятся еще к мезолиту, и встречаются на обоих полушариях.

Хорошее представление о том, какие лезвия использовали врачеватели первобытной эпохи, дают сведения, собранные этнографами. Так, у американских коренных народов было зафиксировано использование для этих целей собственных отточенных ногтей; в других культурах для этого применялись острые листья растений или острые осколки раковин или глиняной посуды. А в Новой Гвинее и вовсе был обнаружен занятый способ вскрытия вен для кровопускания: мелкими стрелами с близкого расстояния из лука.

### МАКАЙРИОН ГИППОКРАТА

Упоминания о хирургических ножах мы видим в шумеро-вавилонских памятниках. Египетский корпус текстов о хирургии — например, знаменитый «папирус Смита» — также позволяет предположить, что врачеватели-египтяне обладали достаточно развитым инструментарием.

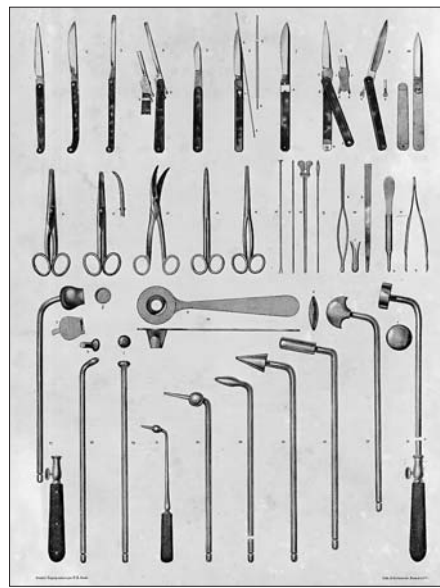
И все же первое полноценное описание скальпеля в специальной литературе мы видим только у афинянина Гиппократ (V—IV вв. до н. э.). Гиппократ называет хирургический нож «макайрион», уменьшительным от слова «махайра» (меч односторонней заточки с выпуклым лезвием и отточенным острием). Таким образом, гиппократов макайрион, позволявший с удобством делать широкие надрезы и послыноно рассекал мягкие ткани, едва ли принципиально отличался от «брюшистых» скальпелей сегодняшнего дня.

Само же слово «скальпель» нам подарили римляне (лат. scalprum — «нож»). Вооруженные опытом греков и соседей-этрусков, латиняне создали лучшее в античном мире учение о хирургии. Об качестве и разнообразии инструментария римских хирургов мы можем судить по большому количеству дошедших до нас образцов (за это, можно, в частности, сказать «спасибо» Везувью: наиболее хорошо сохранившиеся врачебные инструменты происходят из погребенных под пеплом Помпей).

В арсенал хирурга-римлянина входили разные виды скальпелей: бронзовые и железные, длинные, пригодные для нанесения широких разрезов, и маленькие, с брюшистыми лезвиями для более тонкой работы, в частности, рассечений в грудной клетке, а также маленьких обоюдоострых ланцетов (от «lancea» — «копье»), пригодных для кровопускания.

### ЛАНЦЕТ ЦИРЮЛЬНИКА...

В средневековой Европе хирург, в отличие от ученого врача, — низшая каста, ремесленник, цирюльник (это слово, пришедшее к нам из польского языка, и есть ничто иное, как искаженное латинское «cirurgus»). И едва ли можно говорить о серьезной эволюции медицинского инструмента на Западе до эпохи Возрождения и появления на сцене таких новаторов, как знаменитый



Амбруаз Парэ. Впрочем, уже в XVI—XVII веках мы видим разнообразие хирургического режущего инструмента, не уступающее римскому.

Хирургический нож в этот период нередко делается складным — так, с одной стороны, решается вопрос сохранения остроты заточки, с другой — удобства ношения. Как правило, медицинским инструментом в эпоху камзолов и париков занимают известные мастера — изготовители столовой посуды. В моду, тем временем, входят изящные лекарские ножи с рукоятками из слоновой кости и черепахового панциря — от орудия хирурга в Новое время требуется не только функциональность, но и должная статусность.

Самый «иконический» врачебный нож XVII—XVIII веков — это, пожалуй, обоюдоострый миниатюрный ланцет. Он, в первую очередь, — «орудие аптекарское, чем кровь пускают», а кровопускание, в сообразии с гиппократовой теорией о том, что болезни происходят от нарушения баланса жизненных соков организма, считается действенным средством от большинства болезней, от горячки и мигрени до водянки и пускания ветров... Неудивительно, что аптекарь или цирюльник с ланцетом и тазом для кровопускания стал любимым персонажем литературы XVII века — вспомните Мольера!

### ...И НОЖ ДЛЯ АМПУТАЦИИ

До второй половины XIX века и изобретения сберегательного лечения конечностей, гипсования и антисептики самым распространенным видом хирургического вмешательства остается ампутация. Неудивительно: в наши дни обычный открытый перелом вряд ли может грозить трагическим исходом, но тогда он же с большой долей вероятности оканчивался гангреной и сепсисом.

Игра в буквальном смысле шла на время: чем быстрее хирург мог справиться со своей работой, тем больше шансов было, что пациент не скончается от болевого шока. В наборе хирурга XVI—XVIII веков мы, скорее всего, увидим кривой серпообразный нож — им удобно было делать круговое рассечение тканей конечности перед тем, как браться за пилу для перерезания кости.

В XIX веке, однако, на смену кривым ножам для ампутации приходят прямые 6—8 дюймовые лезвия высококачественной стали. Они, с одной стороны, позволяют оставлять для прикрытия раны после ампутации полосу кожи, с другой, — более эргономичны в использовании и позволяют оперировать быстрее. Этот нож иногда называют «ножом Листона» — по имени Роберта Листона (1792—1847), пионера шотландской хирургии, известного необычайной скоростью, с которой он производил операции.

Талант шотландского врача, с одной стороны, спас немало жизней, с другой, — как минимум однажды сослужил ему дурную службу. Рассказывают, будто Листону довелось провести единственную в истории операцию... с 300-про-

центной летальностью. Пациент, которого он оперировал, позже умер от госпитальной гангрены — обычное дело в доантисептическую эпоху. Но в процессе ампутации Листон и сам не заметил, как отрубил два пальца собственному ассистенту и задел ножом одного из зрителей. Ассистент позже также скончался от гангрены; умер и задетый Листоном зритель — от шока и страха, что «молниеносный» хирург повредил его жизненно важные органы.

### СКАЛЬПЕЛЬ ИЛИ БРИТВА?

Вторая половина XIX века стала в истории хирургии поворотной эпохой. Хлороформная и эфирная анестезия позволила резко увеличить время проведения операций, а открытие патогенной роли микроорганизмов и, как следствие, разработка Листером антисептической обработки инструментов и операционной дали хирургам возможность вторгнуться в области, которые незадолго до этого казались практически «запретной территорией» — например, головной мозг и грудная клетка. Началась эпоха «тонкой» хирургии — и, как следствие, повысились и требования к эргономике инструментов.

Кроме того, отныне, каким быть хирургическому ножу диктуют правила антисептики и асептики — уходят в прошлое стальные ножи; а после изобретения в 1890-х годах паровой стерилизации — и нарядные рукоятки: отныне они становятся металлическими.

Под занавес XIX века в продаже появляются безопасные бритвенные станки со съёмными лезвиями; самая известная и удобная безопасная бритва запатентована в 1904 году мистером Кингом К. Жилеттом. В начале XX столетия хирурги во всю экспериментируют с применением бритв в операционной. С одной стороны, одноразовое лезвие вызывает куда больше доверия с точки зрения асептики. С другой — применявшаяся тогда горячая стерилизация приводила к быстрой порче находившегося в использовании инструмента.

В конце концов в 1915 году после целого ряда более или менее успешных попыток использовать готовые бритвенные лезвия в качестве скальпелей, американец Морган Паркер патентует удачную и простую конструкцию двусоставного скальпеля со сменным лезвием, позволяющую скреплять лезвие и рукоятку перекрывающимися частями и не использовать дополнительные крепления (плюс с точки зрения асептики!). Вскоре, объединившись с бизнесменом в области фармации Чарльзом Расселом Бардом, Паркер основывает собственную компанию Bard-Parker, которая вскоре стала одним из лидеров на рынке хирургического инструмента.

### СОВРЕМЕННАЯ ЭПОХА: ЛАЗЕР И... ОБСИДИАН?

Распространение нержавеющей и, в частности, «медицинской» стали, а также новых методов холодной стерилизации позволили сделать скальпели и более надежными с точки зрения асептики, и более долговечными. Вместе с тем с развитием высокоточной хирургии требования к этому инструменту вырастают в разы.

В середине 1960-х годов в качестве скальпеля впервые применяют лазерное устройство; лазерный луч, с одной стороны, абсолютно стерилен, с другой, — оказывает минимально травматичное воздействие на ткани.

Но вызов традиционным скальпелям из металла идет и с другой стороны: в офтальмологии, например, получили распространение скальпели с алмазными лезвиями — по своей остроте и способности долго держать заточку они намного превосходят стальные. Наконец, в качестве альтернативного материала для лезвий, в частности, в нейрохирургии, было предложено использовать и вулканическое стекло. Тот самый обсидиан, с которого и началась эта история...

# ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ МГНОТ ОТ 5 ИЮНЯ 2017 г.

Председатель:  
Воробьев Павел Андреевич,  
д.м.н., профессор

Секретарь: Зыкова А.Б.

*Доклад 1*  
Оганов Рафаэль Гегамович,  
Академик РАН, д.м.н., профессор,  
главный научный сотрудник  
ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава России

## «Основные причины сердечно-сосудистых катастроф»

Как известно, в экономически развитых странах население умирает от неинфекционных заболеваний, в России эта цифра составляет 68,5%. Сердечно-сосудистые заболевания составляют 50,1% всех случаев смерти. Но в последние годы общая смертность и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снижаются и растет средняя продолжительность жизни, которая составляет 72 года. В настоящее время обостряется проблема сосудистой коморбидности. Коморбидность — это сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих во времени вне зависимости от активности каждого из них. Основные причины сердечно-сосудистых заболеваний — атеротромбоз и гипертония. Концепция факторов риска является научной основой профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, первопричина этих заболеваний неизвестна, однако выявлены факторы, способствующие их развитию и прогрессированию. Факторы риска делятся на немодифицируемые (пол, возраст, наследственность) и модифицируемые (поведенческие, окружающая среда, биологические).

Остановимся на психосоциальных факторах, которые представляют собой психологический процесс, развивающийся в результате взаимодействия между индивидуумом и социальным окружением, включая психофизиологические характеристики индивидуумов. Психосоциальные факторы являются риском развития коронарной болезни, способствуют снижению качества жизни больных, а также изменяют эффекты реабилитации.

С помощью опросников у пациентов изучалось наличие депрессивных расстройств — в 46% у них имеются депрессивные расстройства. Затем оценивались факторы, ассоциированные с общей смертностью у больных артериальной гипертонией и коронарной болезнью. Депрессии стоят на втором месте после курения. Не только депрессия, но и наличие повышенной тревожности повышают вероятность фатального инфаркта миокарда в 1,9 раза, риск внезапной смерти в 4,5 раза.

Таким образом, социальные, экологические и экономические факторы врачи в большинстве случаев изменить не могут, но, зная патогенетические механизмы влияния этих факторов на здоровье, можно на них воздействовать. Механизмы влияния психосоциальных факторов на сердечно-сосудистые заболевания, это патофизиологические (дисфункция нервной системы, снижение серотонина, повышение гомоцистеина, эндотелиальная дисфункция) и поведенческие (нездоровый образ жизни, снижение приверженности к лечению, снижение качества жизни).

*Рекомендации при психосоциальных факторах.* Больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и психосоциальными симптомами рекомендуются поведенческие вмешательства, включающие обучение здоровью, фи-

зические упражнения и психологическую терапию. В случае клинически выраженных симптомов депрессии, тревоги и враждебности рекомендуется направление на психотерапевтическое, медикаментозное или комплексное лечение.

Сегодня препаратом выбора является афобазол, отечественный анксиолитик, небензодиазепинового ряда, препарат, воздействующий на такие состояния, как тревога, нарушение сна, вегетативные нарушения. Проводились исследования, где сравнивался афобазол с диазепамом. Было выяснено, что действие афобазола проявляется на 3-й день, препарат пролонгированного действия, более эффективен и безопасен в 6 раз. Препарат повышал эффективность антигипертензивной терапии, приводил к снижению частоты пароксизмальных фибрилляций предсердий у пациентов с аритмиями и тревогой, кроме того не вызывал снижения памяти, миорелаксацию, привыкания, зависимости и синдрома отмены.

Артериальная гипертония — молчаливый бессимптомный убийца, в России занимает первое место по преждевременной смертности. Профилактика и немедикаментозное лечение: ограничение соли, контроль массы тела, ограничение алкоголя, повышение физической активности.

Будущее артериальной гипертонии — это старение населения, ожирение, малоподвижный уровень жизни, сахарный диабет, нарастание психосоциального стресса, увеличение распространенности АГ, преобладание систолического АГ, сочетание с другими факторами риска и сопутствующими заболеваниями, все это будет создавать трудности в контроле АГ на популяционном и индивидуальном уровнях

*Фармакологическое лечение больных стабильной коронарной болезнью сердца.* В первую очередь необходимо уменьшить боль и улучшить качество жизни. Из препаратов первой линии — это бета-блокаторы и блокаторы кальциевых каналов, которые назначают с целью контроля ритма сердца. Все остальные препараты составляют вторую линию: сюда относят пролонгированные нитраты. Бессимптомным больным могут назначаться бета-блокаторы. Второй целью лечения данного состояния является предупреждение осложнений, здесь ежедневно назначают всем больным низкие дозы аспирина, статины, клопидогрел при непереносимости аспирина, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы при наличии других заболеваний. Здесь очень важно сказать об европейских рекомендациях по сердечно-сосудистой профилактике, в которых говорится, что антитромботическая терапия не рекомендуется лицам без сердечно-сосудистых заболеваний в связи с увеличением риска больших кровотечений.

Статины — это первые эффективные гиполипидемические препараты для лечения заболеваний, ассоциированных с атеросклерозом. Они не только уменьшают количество холестерина, но и приводят к регрессу атеросклеротической бляшки. Липидснижающие препараты не следует назначать при планировании, во время беременности и кормлении грудью.

И в заключении хотелось сказать, что в основе патологии сердечно-сосудистых заболеваний лежит атеросклероз, который протекает скрыто, инфаркт миокарда и инсульт развиваются быстро, когда медицинская помощь не доступна, современные методы лечения не устраняют причину сердечно-

сосудистых заболеваний, поэтому риск сосудистых катастроф остается высоким.

*Доклад 2*  
Редькин Юрий Алексеевич, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского»

## «Инсулиноterapia. Часть № 2»

Какую бы терапию не назначили, мы всегда будем стремиться повторить секрецию инсулина здорового человека. Но есть определенные проблемы с сахарным диабетом первого и второго типа, для решения которых назначают инсулин пролонгированного действия. Давно известно, что ночью идет выделение сахара из депо, и если не назначать инсулин в ночное время, то утром глюкоза будет повышена, поэтому для этих целей и были созданы пролонгированные инсулины. Второй проблемой является возникновение двух феноменов, это «сомоджи» и феномен «утренней зари». Возникают они по разным причинам. Феномен «сомоджи» — это передозировка инсулина пролонгированного действия, который был введен вечером. В ответ на утреннюю гипогликемию печень выбрасывает дополнительное количество глюкозы, вследствие чего отмечается повышение уровня сахара в крови вплоть до появления ацетона. Второй феномен заключается в том, что утром идет выброс гормонов, и у таких пациентов также будет отмечаться повышение уровня глюкозы крови.

Как же можно различить эти состояния? В идеале нужно померить уровень глюкозы в ночное время, и если он имеет низкие значения, следовательно, необходимо уменьшить количество инсулина и, наоборот, если отмечается высокий уровень, значит надо повышать. Измерения необходимо проводить раз в неделю, чтобы не вызвать стресса у пациента и не привести к дополнительному выбросу гормонов. Поэтому для первого типа сахарного диабета ночная доза инсулина подбирается по тощиковому уровню глюкозы крови.

Как же можно бороться с этими феноменами? Тактика состоит в следующем: вечернюю дозу инсулина переносим на более позднее время и, таким образом, вечерняя гипогликемия не возникает, а феномен «сомоджи» перекрывается пиком действия инсулина. В этом состоят принципы лечения диабета первого типа.

Но при втором типе сахарного диабета не все так просто. Есть два мнения по поводу инсулинотерапии. Во-первых, нужно сказать, что сахарный диабет типа 2 — это прогрессирующее заболевание, связанное с нарушением функции бета-клеток поджелудочной железы. Пациенты, принимающие пероральные сахароснижающие препараты, редко достигают и удерживают целевой параметр компенсации гликированного гемоглобина, инсулиноterapia часто назначают запоздало и в недостаточном объеме.

Есть еще и психологические трудности при назначении инсулинотерапии у больных сахарным диабетом. Со стороны больного: инсулиноterapia воспринимается как приговор, отсутствие перспектив лечения, страх перед инъекциями и боязнь гипогликемий. Со стороны врача: опасение прибавки массы тела, гипогликемические реакции, сомнения в достижении компенсации диабета. Тем не менее было выяснено, что более

раннее добавление инсулина к пероральным препаратам позволяет восстановить оптимальный гликемический контроль: уменьшение инсулинорезистентности, улучшение функции бета-клеток, уменьшение времени экспозиции повышенного уровня сахара в крови, уменьшение поздних осложнений.

Что является важным для успешного начала применения инсулина? Обученный и мотивированный пациент, готовый перейти на лечение инсулином, возможность самоконтроля, доступное обучение начальным шагам, частый контакт с врачом.

Общие рекомендации по выбору инсулинотерапии при сахарном диабете типа 2. При неэффективности диеты и оптимальной дозы других сахароснижающих препаратов, при уровне гликированного гемоглобина выше целевого на 1,0—1,5%, а также гипергликемии натощак назначают следующую терапию: аналог инсулина длительного действия 1—2 раза в день или сверх длительного действия 1 раз в день, инсулин средней продолжительности действия 1—2 раза в день плюс пероральные сахароснижающие препараты. Далее, если имеется неэффективность диеты и оптимальной дозы других сахароснижающих препаратов, уровень гликированного гемоглобина более чем на 1,5% при гипергликемии натощак и после еды, то следует применять готовую смесь аналогов инсулина 1—2 раза в день, готовую смесь инсулина короткого действия и средней продолжительности 1—2 раза в день плюс/минус пероральные препараты. Общие рекомендации по выбору режима инсулинотерапии при сахарном диабете типа 2 — это активный образ жизни, физические нагрузки, мотивация к самоконтролю.

Возможные варианты интенсификации инсулинотерапии при сахарном диабете типа 2. Базис — болюсный режим: аналог инсулина длительного действия 1—2 раза в день или сверх длительного действия 1 раз в день плюс аналог инсулина короткого действия перед завтраком, обедом и ужином плюс/минус пероральные препараты, инсулин средней продолжительности действия 2—3 раза в день плюс инсулин короткого действия перед завтраком, обедом и ужином плюс/минус пероральные препараты. Режим многократных инъекций перед едой: аналог инсулина короткого действия перед завтраком, обедом и ужином плюс/минус пероральные препараты. Режим базал плюс: аналог инсулина длительного действия 1—2 раза в день или сверх длительного действия 1 раз в день плюс аналог инсулина ультракороткого действия 1 раз в день перед приемом пищи плюс/минус пероральные препараты. Важные принципы инсулинотерапии — это стремление к идеалу, то есть воспроизводить нормальную секрецию инсулина в организме и придерживаться индивидуального подхода к каждому пациенту.

**Вопрос:** Почему по слюне не смотрят сахар?

**Ответ:** Так как сложно стандартизировать результаты, потому что глюкоза в слюне разводится и пища также разводит слюну.

**Вопрос:** Применяются ли неинвазивные методы исследования уровня глюкозы крови?

**Ответ:** Этот метод исследует глюкозу в межклеточной жидкости, поэтому он имеет недостатки, так как если человек потеет, сложно совместить контакт с кожей. Второй момент: уровень глюкозы в межклеточной жидкости запаздывает на 15 минут.

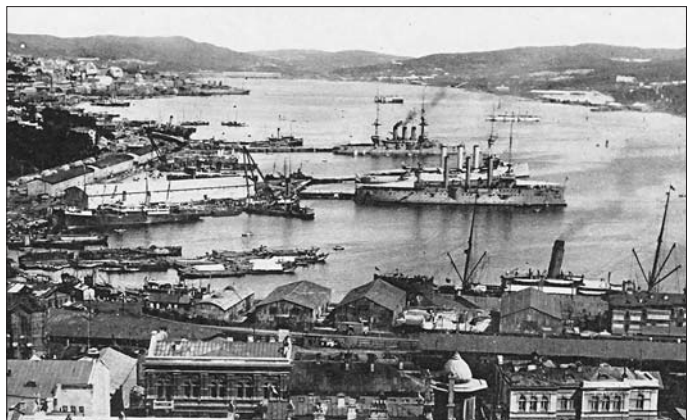
# ЛУЧ СВЕТА НА ТЕМНОМ ВОСТОКЕ

П. Воробьев

Почти такими словами из уст заместителя министра здравоохранения Владивостока Е. Елисейевой завершился наш визит в этот город. Теплые и трогательные слова эти были сказаны уже вслед, по телефону, когда мы расположились в уютных креслах Боинга в предвкушении приятного девятичасового полета в столицу нашей Родины — Москву.



На сцене Экономического форума Андрей Воробьев рассказывает о нашем телемедицинском проекте



Таким был порт Владивосток 100 лет назад



Такой он сегодня

А началась эта поездка 04.09.17 в Домодедово, где я читал лекцию фельдшерам, ответственным за предрейсовые осмотры водителей и летчиков. Казалось бы — какая связь. Ан нет — связь как раз случилась.

Итак. Занятия с фельдшерами в Домодедово. 56 человек. Занимаемся с ними третий раз за год. Последний раз были тут весной. Их работает в аэропорту много — огромное хозяйство требует большого числа ответственных специалистов. Но! Знакомые лица. Помнят предыдущие лекции. Спрашивают: «Кажется вы плавали на байдарке, вы нам показывали кино небольшое». «Нет — отвечаю — на машине мы плавали» «Но все равно, было интересно». Значит, что-то от лекций моих остается, а это уже хорошо.

Мы с Андреем наперебой говорим про телемедицину, что она летит на смену обычной со скоростью приближающегося к Земле астероида. Не успеете обернуться — а она уже тут. Мы не голословны, мы едем сегодня во Владик рассказывать элите восточного края страны о телемедицине в ее практическом исполнении.

Осторожно говорю, что и предрейсовые осмотры тоже будут дистанционными. Мы им рассказывали раньше про это, да и Андрей будет читать специальную лекцию. У меня — вводная, обо всем понемногу. Они в ответ — у нас уже ввели автоматическое измерение АД. Эффект был. Сначала резко снизилась частота высоких АД, а потом нарастала частота низких — гипотонических состояний: все стали перед измерением глотать гипотензивные таблетки. А раньше, когда один на один с фельдшером и сфигмоманометром, удавалось договориться без таблеток. Я радуюсь: прогресс пришел и в этот аэропорт.

Потом кто-то из курсантов затропился на полиграф — детектор лжи.

Я удивился. Оказывается, их проверят на предмет совмещения работы. Правда ли они не совмещают. Им, оказывается, нельзя. Тех, кто говорит неправду, увольт. Так я понял из сумбурного объяснения и общего гула. Но такое может быть только при планируемом массовом увольнении. Уж не решили ли тут поставить систему дистанционного предрейсового контроля, о которой мы говорили им год назад. Удаленное прохождение освидетельствования требует в разы меньше персонала — один фельдшер справляется с толпой обследуемых. Год назад курсанты были полны скепсиса, они нам говорили, что телемедицина не про них, типа — фантастика. Кажется, эта фантастика пришла в их дома в виде беды...

08.09.2017 Владивосток. Глубокая ночь. Не сплю. Вечером прошла гроза и отчалила куда-то вглубь материка. А все дни стояла солнечная, жаркая погода, здесь сыро и очень парит. Кондиционеры работают не везде.

Вчера случилось землетрясение около Мексики, и тут обсуждается возможность цунами. Точнее, что его не будет. Но ночной прибой злой, раскатистый. Хотя вроде как совсем залив-залив. Мыс Чумака. Дорожка почти вдоль берега, отрезанная от города железной дорогой. За ней в город, рядом — большая больница. Улицы тут петляют, нарезаны круги с горки-на-горку, понять нельзя, где она начинается и где она заканчивается. Некоторые петли даже не связаны между собой.

Один из местных топонимов — мыс Лагерный, тут прямо дорога транссибирская заканчивалась и, всего в нескольких километрах была пересылка, с которой заключенных увозили в пасть Дальстрою на Колыму. Огромная товарная железнодорожная станция. Именно в этих местах разгружали эше-

лоны с этапами. Я такую географию запутанную уже видел в Дудинке, там улицы появились на местах барачных лагунков, от которых следов не осталось, а названия сохранились. Улица Четвертая Проходная, улица Вторая Проходная. Первая речка, Вторая речка. Иначе как лагерями и всем, что связано с репрессиями, объяснить эту географическую чехарду невозможно.

Напомню, Колыма наполнялась сидельцами из пересылки во Владивосток. А порт Ванино, знаменитый песней («Ты помнишь тот Ванинский порт и рев пароходов угрюмый...»), появился в 1947 году, после войны.

Когда-то, году в 38, через эти места прогнали и мою бабушку — Марию Самуиловну Кизильштейн. Ей заменили 10 лет одиночного заключения на колымские лагеря. Везли ее картожницу, с номерами. Подруги в Эльгене таких, по воспоминаниям, ранее не видели. Здесь где-то брошено в яму тело Осипа Манделштама. Да не одного его — тысячи тут закопаны без всякой памяти. Их за-

живо съедали клопы, косили болезни, цинга. Хрущевками застроено сейчас это скорбное место... И — никаких памятников. Все сгнило и прошло.

Но это я отвлекся в сторону. Зачем нам вспоминать плохое — правда?

Крыша нашего дома потрескивает при небольших даже порывах ветра. Скрипит и потолок. А ведь все должно быть прочным: дом кирпично-советский, явно какого-то заводоуправления, прикрытый с фасада современным сайдингом. Ступени в нем разной высоты с нарастающей крутизной к третьему этажу — тоже характерная визитная карточка подобных строений. Ступени немного под углом друг к другу. Вверху начинаешь спотыкаться, переставляя ноги на разную высоту. Никто особенно не заморачивался выверять каждый сантиметр при строительстве. Зачем?

Все надписи в этом чудо-доме на китайском, но гугл-переводчик легко с этим справляется. На рецепшен стоит длинная надпись иероглифами, а потом по-русски — штраф 2000 руб. Как-то платить не хотелось. Оказалось: запрещается возвращаться после 12 часов вечера. Дисциплина, впрочем, откуда тут идти — кругом на километры промышленный пейзаж да гаражи. Хотя среди этого технологического пейзажа — городской пляж.

Весь персонал нашего хостела — китайцы, не все из них говорят по-русски. В кафешке, где Андрей пытался заказать нам завтрак, пришлось звать переводчика «сосиска, яйцо» — все, до чего удалось договориться. Были очень рады неожиданному гостю, впечатление, что этот пункт общепита не очень популярен, все подвязано веревочками и прикрыто тряпочками. Мы так и не рискнули воспользоваться этим общепитом.

Внутри, посредине дома — нарезаны клетушки на 3 койки, но без туалета и окон. Окна открываются в коридор.

Это — хостел, тут сдают не номер — койку. В поиске ночлега я изучил немало ситуаций: можно снять койку в восьмиместном номере для мужчин, можно — в восьмиместном для женщин и можно — в восьмиместном смешанном. Цена одинаковая. Нам пришлось изучать предложения Букинга, там такие были. А в целом номеров в городе нет — все заранее забронировано под Восточный экономический форум. Сюда люди летят тысячами на 2—3 дня. Оно и понятно: эти пару дней заменяют годы рутинной работы. Я пытался договориться в каких-нибудь больничных гостиницах. Но мне было сказано, что все уже давно отведено под приезжающих сотрудников дальневосточных минздравов.

Китайцы высыпают из автобуса как горох, кричат своим птичьим языком, несутся, не разбирая дороги. Впечатление очумевших людей. Лично меня чуть не сшибли, так они убегали отчаянно от грозы. Как от погопа или цунами. Но в городе китайцев не видно. Это туристы...

Транссибирская магистраль проходит над крышей дома. Всю ночь позванивают буфера трогаящегося состава, посвистывают тепловозы перед недалеким переездом или на разъезде, перестукивают колеса. Движение не очень оживленное: все-таки это последние километры Транссиба. А в 20 метрах все дни ласково плескал по камням небольшой прибой. Большинство местных жителей Владивостока тут не бывало никогда — типа, медвежий угол, хотя до старого центра — рукой подать.

Это единственный более-менее приемлемый хостел, в который мы смогли достать места. Обычная цена 4 тысячи, нам продали за 6. В номере 3 койки, так что мы просто оплачиваем весь номер. Нам еще повезло. Кое-кто смог достать койки далеко от города.

Билеты тоже добывали мы с приключениями. Были свободно по 138 тысяч штука. Мы отказались. Обнаружили еще спецрейсы по 850 тысяч за билет в один конец. Но решили отказаться — поскромничали. Несколько часов шарили, искали варианты с пересадками через Новосибирск, Петропавловск-Камчатский, Благовещенск, Хабаровск. Наташа поставила на выкуп брони. И нам удалось взять прямой рейс всего по 35 тысяч. Хотя, как выяснилось, некоторые умудрились брать билеты по 13 тысяч. Прямо перед рейсом.

Владик нанизан на одну улицу, как ветки на ствол дерева. Улицы эта не бог весть как длинная, в названиях — разная, но и ствол ее и ветки причудливо извиваются. Мало того, что по горизонтали — так еще вверх-вниз градусов под 40. В центр попадаешь по спирали, спускающейся с вантового моста над бухтой Золотой Рог метров на 200—250 вниз. Мост далеко наверху. Его построить хотели еще при Хрущеве, тогда было распоряжение превратить Владик во второе Сан-Франциско. Не получилось и по сию пору, да и Сан-Франциско сильно обветшал и деградировал после окончания золотой лихорадки. Но все говорят — город стал сильно лучше, как тут федеральная власть стала разгуливать.

В целом, нам этот форум вышел под полмиллиона рублей. Но есть шанс — все окупиться. Минвостокразвития в лице помощника министра нагибает вице-губерноров конкретно внедрять наш телемедицинский кейс. Мы договорились о предметном обсуждении с Камчаткой и Чукоткой, что-то наметилось с Амурской областью, Магаданом и Сахалином. С Хабаровском я подключаю Салавата Шейховича. Благо он тут на Дальнем Востоке вроде пропуска-талисмана: вы знаете Салавата Шейховича? Да, кто его не знает тут! Ну, а с неко-

торыми чиновниками мы у него в кабинете и познакомились много лет назад. Обидно, что ему вычеркнули уже скоро много лет активной жизни: на шестидесятилетие сняли с должности ректора Института повышения квалификации специалистов здравоохранения. Впрочем, чему я удивляюсь: у нас принято отсекал любую высывающуюся над поверхностью голову.

При такой агрессии сверху должно что-то выгореть. Андрея поставили выступать вместе с министром здравоохранения страны Вероникой Скворцовой и президентом Ростелекома Михаилом Осеевским. Меня до такой чести не допустили: сказали, что «по протоколу не положено». Какой-токой протокол — не очень понятно. Уверен, Минздраву наше присутствие поперек горла, но сделать они ничего не смогли. Вынуждены с нами говорить и улыбаться. Кто-то приобнялся даже, кто-то сухо покивал. Вообще Скворцова несколько раз в своей речи обращалась в сторону Андрея, мол, он расскажет о практическом применении телемедицины.

Андрей выступал кратко. Рассказал про искусственный интеллект на примере перевода китайской надписи в хостеле. Уже когда его представлял заместитель главного редактора ИТАР-ТАСС несколько раз прозвучало название нашего проекта — MeDiCase. Кажется, мы угадали с названием — оно запоминается и легко ассоциируется. Это хорошо.

Никакого обсуждения или интереса к выступлению проявлено не было. Но, собственно, нам это не очень и было нужно. Наша задача — презентовать проект.

Аккурат накануне Форума в Огоньке вышла моя статья про мертвые души. Чем-то тема зацепила, тем более — прошло 175 лет с выхода книги. Изложу кратко для тех, кто не читал. Тема эта полна недомолвок и неточностей, никакой статистики на это счет не существует. Но собирая мелкие факты и фактики складываешь из них пазл, который позволяет оценить масштаб бедствия.

Впервые я прицельно наткнулся на этот вопрос лет 8—9 назад, когда в Интернете пошел разговор о том, что в дальних поселках Иркутской области много людей числятся и даже после смерти. Оказывается, регистрация смерти у нас по закону осуществляется врачом или фельдшером. И если они тело не осмотрели — не могут они выписать справку о смерти. Значит, труп надо везти за сотни километров по бездорожью, по реке или на вертолете, чтобы диагностировать смерть, а потом обратно, чтобы захоронить. Или соответствующего специалиста перемещать. Очевидно, этого никто не делает, а десятки тысяч поселков у нас не имеют ни медицинских работников, ни транспортной доступности оных. По самым скромным подсчетам где-то тысяч пятьдесят таких поселков в стране есть. А похоронить без справки не сложно и в Москве, что уж говорить про сельские погосты. У меня есть такой печальный собственный опыт.

Вся социальная сфера, включая медицину, финансируется в подушевом варианте: чем больше приписано душ, тем больше получит район на больницу и на социальную помощь, на школу. Сказки про обязательное медицинское страхование — на самом деле лишь сказки: страховые компании являются лишь аккумуляторами и проводниками денег, собранными в виде налогов в Федеральный фонд ОМС и спущенные ниже — в региональные фонды и страховые компании, а далее — в поликлиники и райбольницы на основании приписанных душ. Термин «подушевое финансирование» вы найдете во всех официальных документах системы. Сам термин «подушевого подати» отдает вековой плесенью. Часть сумм от этих транзакций (процента 4%, а это — миллиарды рублей в целом по стране) оседают в карманах частных владельцев компаний. Ясно, что они двумя руками «за» наличие мертвых душ. На души рассчитываются и чинов-

ничьи ставки. То-есть всем, включая всех чиновников на местах, выгодно иметь побольше народа.

Пенсию получить можно не только в руки, но и на сберкнижку, и на карточку. Значит, если человек числится живым, пенсия ему тоже идет. Почтальон легко может быть в створе. Никаких справок в пенсионный фонд не требуется, туда идет сообщение о факте смерти, который устанавливается после справки от врача/фельдшера — смотри выше.

Когда в Москве открыли доступ к медицинским картам для населения, люди с интересом узнали, что они проходят регулярно диспансеризацию, болеют, лечатся, прививаются. При разговоре с поликлиническими врачами и сестрами в различных регионах, не только в Москве, выяснил примерные



Село Дальний Кут, вот в такие места добраться бы нашей телемедицине

цифры: до 50—80% объема медицинской амбулаторной помощи — приписки. Оформляют их через мертвых душ, которые часто могут быть и живыми, просто не зная, что с ними проводят медицинские процедуры. Самым ярким примером такого подхода может служить вакцинация в переходах и у станций метро в Москве от гриппа: такой простой способ списания средств. Нередко амбулаторные карты уехавших в другой район или регион сохраняются в поликлинике и исправно «ведутся», обеспечивая валовые показатели. Иначе откуда в регионах Сибири и Дальнего Востока с крайне низким уровнем обеспеченности медицинской помощью прекрасные показатели здоровья населения: низкая смертность, высокая эффективность. Конечно, можно предположить, что идет просто жонглирование статистикой, но в этот процесс вовлечены страховые компании, а значит, должна существовать медицинская документация. Наличие экстенсивных показателей эффективности всегда влечет за собой приписки и искажения действительности.

Символом мертвых городов страны является Кадыкчан на границе Магаданской области и Якутии. Я был в городе, где из 10 тысяч реально живет 1 человек. Впечатление — жуткое. Но, по слухам, где-то есть какая-то администрация и все службы тоже. На Экономическом форуме я рассказал про статью заместителю министра с Кольмы, он, не моргнув глазом, подтвердил мне: там до сих пор — 15 лет — прописаны люди! Никаких правил «списания» городов и поселков в стране нет. А значит, можно верить, что не все делается с чистыми руками. Таких городов и поселков — тысячи по стране, в некоторых я бывал во время своих кругосветных авто- и мотопробегов «За справедливое здравоохранение». При сборе информации о поселках Дальнего Востока до 5% их имеют официально ноль жителей и еще 5% — по 1—2 человеку. Так что это правило, а никак не исключение.

В одном поселке Якутии главный врач, рассказывавший печальную историю своего существования-выживания, на прямой вопрос отвечает: да тридцать процентов мертвых душ. Поселки позакрывали, а население к ним приписанное — осталось.

Еще одна схема формирования популяции мертвых душ: в отдаленных северных территориях есть государственная программа переселения людей в южные края. Иногда это происходит целыми населенными пунктами, быв-



Вантовые мосты сегодня визитная карточка Владивостока и счастье местных жителей



Заброшенный город Кадыкчан на границе Магаданской области и Якутии

шими, например, при каких-то приисках, когда прииски закрылись. Так вот, перед закрытиями отдаленных поселков в них резко возрастает число жителей, которые обеспечиваются по программе переселения жителей. Это люди «получают» подъемные на новое жилье. Не отсюда ли растут ноги у мегапроектов застройки Новой Москвы, с превращением столицы в нечто китайское: этакий Шанхай в современном исполнении.

Моя общая оценка: в различных ситуациях и временных интервалах число мертвых душ может достигать 10—30%. Я не могу дать развернутую характеристику явления, скорее — приподнять завесу, может быть — дать импульс исследователям этого явления. Не надо только думать, что такие проблемы рождены нашей страной: я слышал о похожих вещах в США и в Японии, в Китае. Скорее всего, мертвые души, как и рабство, распространены по планете повсеместно, так как за ними стоят очевидные финансовые и бюрократические схемы. Но явление это не обсуждается ни в нашей стране, ни в мире. У нас тема мертвых душ вызывает сразу улыбку и воспоминания о школьной программе, а слушатели смотрят на тебя как на чудо в перьях...

Мы приехали на остров Русский накануне Форума, чтобы оглядеться. Добраться — так сказано — можно только на аккредитованном такси. И при наличии бейджа. Его мы получили прямо в аэропорту. И это — правильное было решение: бежать по городу в поисках пункта выдачи волшебной бумажки было не с руки. Аккредитованное такси возит по городу за 800 рублей, остальные — за 100—200. Привезли нас прямо ко входу, но в здание не пускают — там работает служба охраны. Не пустили даже генерального спонсора всего Форума, владельца угольных копей в Нерюнгри, с которым мы не преминули пообщаться на предмет телемедицины. Он заинтересовался. Явно, не ожидая такого нападения.

С набережной кампуса видны сторожевики, какие-то каравеллы и военный корабль типа эсминца. Я не знаток, но мне так показалось. Корабль современный, у него странно скошенные борта, воспроизводит технологию стелс. У пляжа болталось два коча: воспроизведенные старинные суда поморов. Павильоны всех девяти дальневосточных регионов. И — толпа. Андрей заметил, что лица какие-то знакомые. И то — некоторые здоровались. Недаром я

10 лет ездил в Хабаровск, недаром были наши автопробеги. Да и телевизор наверняка помогает известности.

Нас было несколько команд с проектами в медицинскую тему. Одна команда предлагал построить отделения «скорой помощи», работающие по принципиально новому для нашей страны типу: все амбулаторные и скоромощные больные сортируются на три потока (экстренный, срочный и плановый), в экстренной ситуации помощь оказывается прямо тут, «не отходя от кассы», срочные больные отправляются сразу в стационар, а «плановые» тоже получают необходимую помощь на месте. Команда готова поставить такие комплексы бесплатно для региона и затем получать финансирование из средств ОМС. Аналогичное предложение и от команды, которая занимается строительством поликлиник. Они тоже готовы построить поликлинику «за свои» и получить деньги из ОМС. Мы удивились — как так, все стонут, что в ОМС денег нет и тарифы низкие. Может быть воровать надо меньше? Пardon на грубом слове. Вот эти проекты мы и представляли заинтересованным чиновникам-дальневосточникам.

По окончании мероприятия пришлось нам еще сутки пробыть во Владивостоке, так как обратных билетов на 8 число не было. Екатерина Елисева устроила нам блаженный тур по акватории Владивостока. Мы дошли до маяков, прошли под мостом на остров Русский. Потом закупили свежих креветок, краба, гребешка, встали на якорь купаться у берега острова Елены. Море — охренительно теплое. Проплавали с час. Съесть все это невозможно, несмотря на наплаванный аппетит — сплошной белок. Подгорели. Андрей завалился на баке — разморозило.

Следующей обязательной точкой был рынок. Дальний Восток без икры — это не Дальний Восток. В этом году, говорят, с нерестом плохо. Вай. Сколько раз я слышал эти рассказы. Правда, в Магадане видел сам реку без рыбы. Только нерпа любопытная. Но все-таки икра в продаже есть. Напробовались и закупили икры. По 4 тысячи она. А я помню времена, когда покупал ее по 800 рублей. Лет десять еще назад. Но такой рост цен — не следствие инфляции. Краба, гребешка купили уже в аэропорту. Пол самолета летело с изотермическими сумками — в них, действительно, не растаяло за весь полет.

Вот такая история случилась осенью 2017 года.



**Региональная общественная организация  
«Московское городское научное общество терапевтов»  
приглашает Вас принять участие  
в II Научно-практической конференции**

# «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

**Дата и время проведения:**  
12 декабря 2017 г.,  
с 10.00 до 17.00

**Место проведения:**  
гостиница «Холидей Инн»  
Сокольники, г. Москва,  
ул. Русаковская, д. 24

**Целью конференции** является повышение квалификации врачей различных специальностей с целью улучшения качества медицинского обслуживания в лечебных учреждениях Москвы и Московской области.

**Основные участники конференции** — терапевты, врачи общей практики, кардиологи, пульмонологи, аллергологи, оториноларингологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, гематологи, неврологи, инфекционисты, и другие специалисты Москвы и Московской области. Планируемое число участников — 300 человек.

## ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Персонализированная медицина
- Пневмония — актуальная проблема современного здравоохранения
- Боли в спине: дифференциальная диагностика и лечение
- Нарушения сна в практике терапевта
- Дисбактериоз новые возможности профилактики и лечения
- Дискуссия о гепатопротекторах
- Неалкогольная жировая болезнь печени
- Современная эрадикационная терапия *Helicobacter pylori*
- Диагностика и лечение кислотозависимых заболеваний
- Антибиотико-ассоциированный дисбиоз кишечника
- Артериальная гипертензия
- Тромбоэмболия легочной артерии
- Инфекционный эндокардит
- Ишемическая болезнь сердца — возможности терапии
- Статины: что нового?
- Как повысить приверженность пациента к лечению
- ХОБЛ: обзор национальных рекомендаций
- Идиопатический легочной фиброз: диагностика, современные возможности терапии
- Рациональная антимикробная терапия инфекций дыхательных путей
- Острые респираторные вирусные инфекции
- Бренды и генерики: проблема выбора
- Железодефицитная анемия
- Подагра
- Хроническая сердечная недостаточность
- Метаболический синдром

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:

**Воробьев П.А.**, председатель правления МГНОТ, заведующий кафедрой гематологии и гериатрии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, профессор, председатель;

**Овчинников Ю.В.**, главный терапевт МО РФ, начальник кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМедА им. С.М. Кирова, доктор медицинских наук, заместитель председателя;

**Зайцев А.А.**, главный пульмонолог МО РФ, главный пульмонолог ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, доктор медицинских наук, заместитель председателя;

**Чернов С.А.**, главный терапевт ГВКГ имени Н.Н. Бурденко, д-р мед. наук, заместитель председателя;

**Матвеев А.А.**, заместитель начальника кафедры терапии неотложных состояний филиала ВМедА им. С.М. Кирова, к-т мед. наук;

**Воробьев А.П.**, аспирант кафедры гематологии и гериатрии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, отв. секретарь.



Вестник МГНОТ. Тираж 7000 экз.

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-19100  
от 07 декабря 2004 г.

**РЕДАКЦИЯ:** Главный редактор П.А. Воробьев

**Редакционная коллегия:** Ю.Г. Седова (ответственный секретарь), А.И. Воробьев, В.А. Буланова (зав. редакцией), В.В. Власов, А.Б. Зыкова

**Редакционный совет:** Воробьев А.И. (председатель редакционного совета), Ардашев В.Н., Глезер М.Г.,

Дворецкий Л.И., Ивашкин В.Т., Лазебник Л.Б.,  
Моисеев В.С., Мухин Н.А., Насонов Е.Л., Парфенов В.А.,  
Симоненко В.Б., Синопальников А.И., Сыркин А.Л.,  
Тюрин В.П.

*Газета распространяется среди членов  
Московского городского научного общества терапевтов  
бесплатно*

Адрес: Москва, 115446, Коломенский пр., 4, а/я 2,  
МТП «Ньюдиамед»

Телефон 8(495) 225-83-74, e-mail:  
mtprndm@newdiamed.ru www.newdiamed.ru

Отдел рекламы: 8 (495) 225-83-74

При перепечатке материала ссылка  
на Вестник МГНОТ обязательна.

За рекламную информацию редакция ответственности  
не несет.

Рекламная информация обозначена **♣**

**Внимание!** В адресе корреспонденции обязательно указание  
МТП «Ньюдиамед»!