

**Информация об авторах:**

Алексеева Ольга Владимировна – врач терапевт-сомнолог неврологического центра эпилептологии, нейрогенетики и исследования мозга Университетской клиники, 660077, г. Красноярск, ул. Карла Маркса, 124, e-mail: Aleksvrach@mail.ru; Шнайдер Наталья Алексеевна – заведующий кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института последипломного образования, д.м.н., профессор; Демко Ирина Владимировна – заведующий кафедрой внутренних болезней №2, д.м.н., профессор; Петрова Марина Михайловна – заведующий кафедрой поликлинической терапии с курсом семейной медицины ПО, д.м.н., профессор

**Information About the Authors:**

Alekseeva Olga – somnologist Neurological Center of Epileptology, Neurogenetics and Brain Research of the University Clinic, 1, Partizan Zheleznyak str., Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation, e-mail: Aleksvrach@mail.ru; Shnyder Natalia – MD, PhD, DSc (Medicine), Prof., Head of Department of Medical Genetics and Clinical Neurophysiology of Institute of Postgraduate Education, Head of Neurological Center of Epileptology, Neurogenetics and Brain Research of the University Clinic; Demko Irina – MD, PhD, DSc (Medicine), Prof. Head of Department of internal illnesses № 2; Petrova Marina MD, PhD, DSc (Medicine), Prof., Head of the Department of polyclinic therapy with a course of family medicine Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky.

## ОСНОВЫ ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ

© УСОВ Л.А. – 2016  
УДК: 16:616-07

### ВРАЧЕБНОЕ МЫШЛЕНИЕ – ЕЗДА В НЕЗНАЕМОЕ

*Лев Акимович Усов*

(Иркутский медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов,  
кафедра фармакологии, зав. – к.м.н. доц. Л.Н. Минакина)

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы стилистики врачебного мышления в России. Приводятся примеры блестящих клинических диагнозов Г.А. Захарьина, Б.М. Шершевского, а также внимательное отношение к больному Ф.П. Гааза. Выстраивается связь между верным диагнозом и правильно назначенной терапией, а также осложнением ошибочного диагноза – лекарственной болезнью.

**Ключевые слова:** врачебное мышление, клинический диагноз, полипрагмазия, лекарственная болезнь, подготовка врача, медицинское образование.

### MEDICAL THINKING - RIDING INTO THE UNKNOWN

*L.A. Usov*

(Irkutsk State Medical University, Russia)

**Summary.** This article discusses the style of medical thinking in Russia. Examples of brilliant clinical diagnoses G.A. Zakharyin, B.M. Shershevsky and attention to the patient F.P. Haas. Builds the link between the correct diagnosis and the correct destination therapy, as well as the complication of misdiagnosis – drug disease.

**Key words:** medical thinking, clinical diagnosis, polypharmacy, drug disease, physician training, medical education.

*Душа – бренд России.  
В Европе её нет.  
Эмир Кустурица*

Давно раздумывал над загадкой русской души – и вот он ответ режиссёра Э. Кустурицы – её нет в Европе и потому непостижима она европейским умам. Нам же, россиянам она проста и понятна – мы живём, очарованные ею с измальства. Она – в добром, участливом отношении к любому человеку – и чужому и единокровному. Особенно это проявляется, если он – страдалец. Только вот в исконных глубинах России редко в ходу слово – любовь – здесь обходятся простым словом – «я его жалею», «жалостный ты мой».

Э. Кустурица адресовал свою умудрённость Европейской кинематографии. Но мы-то российские врачи, как никто понимаем, что это в полной мере относится и к Российской медицине, будь она народная или официальная, которую творят дипломированные врачи. Но и в официальной медицине было принято у нас понятие – «скорбный лист», а не холодная «история болезни».

А в последние годы вошло в моду ещё и выражение «доказательная медицина». А она должна быть сочувственной сострадательной. Именно такова она у большинства российских врачей-практиков. А «доказательная» – это так близко

к судебно-медицинскому протоколу, нужному для правовой оценки работы как единичного врача, так и всей нашей клинической практики. Да, существуют врачебные ошибки, и порой немалые. Но эти случаи требуют профессиональной оценки, в том числе на клинко-анатомических конференциях. У нас же стало почти модой обсуждение этих событий с подачи пишущей братии, а далее и обывателями. А ведь работа большинства наших врачей носит характер высокого служения науке и человеку. Хотя, мы помним образ корыстолюбивого Ионыча из рассказа Чехова. Но у того же Антона Павловича (вспомним – врача!) другой пример – доктор Крупов, что погиб заразившись дифтерией, отсасывая через трубку дифтеритную плёнку из дыхательного горла погибающего ребёнка. И как же прав был Лео Бокерия, который в недавней телепередаче отметил насколько необходимо почтительное отношение больного к лечащему врачу и добрый их контакт.

Добавлю и с болью, и с гордостью, что наши врачи не простые работники здравоохранения, а почти бескорыстные служители медицины, свято выполняющие завет Гипократа: долг врача – облегчение страданий больного, не больше, не меньше! Здесь невольно вспоминается тюремный врач – доктор Ф.П. Гааз, служивший в стародавние времена. Он опекал

каторжников, носивших кандалы. Особенные мучения вызывали кандалы ножные. При каждом шаге они травмируют кожу, вызывая образование болезненных и кровоточащих язв. Доктор добился разрешения на использование кожаных браслетов, надеваемых под железо кандалов. Это существенно облегчало участь страдальцев. Сам материально участвовал в этой акции. Уместно упомянуть, что Гааз так и скончался тюремным врачом и абсолютно нищим. Хоронили его за казённый счёт... Приведённые примеры далеко не единичны и все они – образцы врачебного мышления, следующего завету: *Salus aegroti suprema lex* (благо больного – высший закон).

Первое о чём, читая эти строки подумал, является работа мысли при постановке диагноза – *qui bene diagnoscit, bene curat* (кто хорошо диагностирует – хорошо лечит) – говорили в давние времена. Однако это справедливо не всегда. И вот два реально блистательных диагноза, опередивших успехи тогдашней медицины.

Первый – это блистательный диагноз профессора Григория Антоновича Захарьина (1829-1897), более известный описанными им зон гиперчувствительности при различных страданиях (желудка, печени, почек, сердца и пр.), а также мастерством анамнеза. Вот это позволило в до компьютерный период поставить точный диагноз острого гнойного медиастенита у пожилой пациентки-купчихи. Вот примерный кусочек знаменитого анамнеза.

З. – Матушка, не вкушали ли наемдни стерлятьей ухи?

Б. – Кушала, батюшка.

З. – Легко ли глоталось?

Б. – Да вот поперхнулась, отец мой...

З. – Подавилась что-ли?

Б. – Нет, кольнуло как-то и прошло...

З. – Ну, а после?

Б. – А потом-то и глотать не смогла, да и постоянная боль-то появилась».

К сожалению, в те годы хирургия в подобном случае была бессильна.

Второй же диагноз – поликистоз почек был поставлен профессором кафедры пропедевтической терапии Томского мединститута Б.М. Шершевским (1901-1977 гг.), в общем-то специализировавшийся на изучении газов крови при неспецифических заболеваниях лёгких, определением массы циркулирующей крови. Борис Максимович – энциклопедически образованный человек, с феноменальной памятью, тонким музыкальным слухом. Он руководствовался строгим патофизиологическим стилем анализа клинической картины. К сожалению дополнительной информации у меня не оказалось. Диагноз, поставленный прижизненно, подтвердился на аутопсии и был неожиданностью для патологоанатомов. Случилось это ещё до появления диагностической аппаратуры современного уровня. И в этом случае диагноз опередил успехи хирургии по пересадке почек.

Уместно добавить, что в упомянутые годы термин «сквозное зрение» был в ходу на кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии в том же Томском мединституте – те во времена заведывания этой кафедрой профессором Владимиром Тихоновичем Серебровым. В учебном зале анатомического театра, попросту говоря «анатомки», острой спицей прокалывалась какая-либо часть анатомируемого тела, и экзаменуемый студент должен был назвать в послышной последовательности пронзаемые структуры.

Подобный экзамен очень любили будущие хирурги. Оба упоминаемые феноменальные диагноста, конечно, были уникальными личностями, любимцами студентов: Владимир Тихонович своим густым басом на институтских вечерах исполнял оперные арии, а Борис Максимович радовал нас, когда по памяти исполнял классические произведения.

Следующая забота врача – фармакотерапия. И здесь я вновь потревожу светлую память Г.А. Захарьина. Будучи противником полипрагмазии, он был сторонником комплексного лечения, включающего бальнеотерапию, диету, физические упражнения, свежий воздух, терренкур. Григорий Антонович крайне осторожно относился к новым лекарствам, применяя лично им испытанные, а потому надёжные препараты, а также в возможно низких дозах. Любое повышение дозы в ходе лечения он непременно обсуждал на консилиуме. Уж он-то знал сколь ошибочно мнение о лекарстве, как чудодейственным средстве. Эту ошибку иногда

допускают современные врачи и почти каждый больной. И сколько же жалоб появляется, когда не оказывается в аптеке того, что кажется больному – единственно подходящего «чудесного» препарата. Занимаясь фармакологией мозгового кровообращения в эксперименте, я неоднократно убеждался в том, что стоит нормализовать один из существенных параметров, обеспечивающих нормальное состояние мозга (скажем, артериальное давление), как остальные показатели как бы сами по себе нормализуются. Это мощное свойство организма получило название ауторегуляции, служащее гомеостазу.

Это как бы свидетельствует о том, что нет особой нужды использовать на каждый симптом «свое» лекарство. Кроме того, при сочетании 2-3 препаратов ещё удаётся определить их суммарную пользу (или вред!)

Правда, современные руководства по фармакотерапии и аннотации к новым препаратам приводят список желательных и допустимых комбинаций фармакопрепаратов. Но где тот компьютер, что покажет истинную динамику?

Иногда больному назначают 5-7, а то и десять препаратов в день. И тогда у значительного числа пациентов (до 70%) проявляются признаки так называемой лекарственной болезни. Это выглядит как некое неблагополучие, но не в виде типичных симптомов передозировки или отравления, а в виде недостаточной эффективности даже проверенных средств и в иных неблагоприятных симптомах.

Или вот другое проявление гомеостаза – постепенное ослабление эффекта длительно применяемого препарата. Образно говоря – организм ускользает от чудо-лекарства. Механизмы при этом многообразны: снижение всасывания, ускорение биотрансформации, включение внутренних физиологических факторов противоположного знака, снижение чувствительности рецепторов. А врач при этом часто слышит: нет ли чего новенького, т.к. старое средство уже не действует. Но часто и нет необходимости к поискам «новинки». Стоит только на время отменить «ослабший» препарат. Это тем более рационально, что такой перерыв даёт «отдохнуть» печени – главного «биотрансформатора».

А вот ещё одна забота – подобрать наиболее эффективное средство из группы подобных. Нередко «опытные» больные могут даже помочь врачу сделать более удачный выбор.

И, наконец, лекарства, которых нет. У них своё название – плацебо, или по-русски – пустышки. Чаще они применяются при первичной оценке новых препаратов, но могут сослужить добрую службу, когда их применяют в случае лекарственной болезни – тогда больной вроде бы получает свои обычные лекарства. И они, «пустышки» да ещё и снабжённые рекламой, если врач скажет, что это – «новинка!». Эта ситуация, получившая у старых врачей такую сентенцию: «У хорошего врача и дистиллированная вода – действенное лекарство».

Программы современного российского медвуза и обширны и глубоки, воистину энциклопедичны. Её дополнительные тестовые задания, к сожалению ориентированные по большей части на энциклопедическую память. А деятельность современного врача требует активного осмысления этого массива знаний, который каждый из нас формирует в соответствии с избранным профилем занятий. Сюда же влетают общекультурные ценности – и литература, и поэзия, и изобразительное искусство, и музыка.

Это требует неустанной работы над собой, как сказал поэт Н. Заболотский: «Душа обязана трудиться, и день, и ночь, и день, и ночь». Именно в этой всежизненной кузнице выковывается то, что названо «Self made Men». И подобное самосовершенствование врача позволяет достигнуть тех профессиональных глубин, что сродни с интуицией.

И виде постскриптума добавлю несколько, может быть самых весомых строк: наша медицина станет воистину человеколюбивой и сострадательной, когда лечащие врачи, получая достойное содержание, смогут максимум времени, сил и таланта посвятить своим больным, не «прирабатывая» в нескольких лечебницах. И все больные, отдавшие своё здоровье, трудясь во благо отечества, получают не «квотируемое» лечение и все нужные лекарства, отнюдь не бесплатно, а за счёт заботливого государства. Пусть у него хватит на это души и воли!

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователь несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и иных взаимодействиях.** Автор разработал концепцию и дизайн исследования и напи-

сал рукопись. Окончательная версия рукописи была им одобрена. Автор не получал гонорар за исследование.

**Благодарности.** Автор выражает искреннюю благодарность Н.Ф. Усовой за неоценимые советы и рекомендации при подготовке рукописи.

**Работа поступила в редакцию:** 11.01.2016 г.

**Информация об авторе:**  
Усов Лев Акимович –

**Information About the Author:**  
Usov Lev Akimovich –

## ХРОНИКА, ИНФОРМАЦИЯ

© АНКУДИНОВ А.С. – 2016  
УДК: 373.6/9:34

### КОНГРЕСС «СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ-2015» (10-11 ДЕКАБРЯ 2015 ГОДА, МОСКВА, РОССИЯ)

*Андрей Сергеевич Анкудинов*

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра протопедики внутренних болезней, зав. – д.м.н. А.Н. Калягин)

**Резюме.** Представлена информация о прошедшем 10-11 декабря 2015 года в Москве XVI-ом ежегодном Конгрессе «Сердечная недостаточность-2015». Проведён аналитический обзор выступлений ведущих российских специалистов проф. Ю.А. Васюк (Москва), акад. РАН Ю.Н. Беленков (Москва), проф. В.Ю. Мареев (Москва) и др.

**Ключевые слова:** ежегодный конгресс, общество специалистов по сердечной недостаточности, Сердечная недостаточность-2015.

### XIV ANNUAL CONGRESS «HEART FAILURE-2015» (2015, DECEMBER 10-11, MOSCOW, RUSSIA)

*A.S. Ankudinov*

(Irkutsk State Medical University, Russia)

**Summary.** The information on XIV annual Congress “Heart failure-2015”, conducted on 10-11 December in Moscow in 2015 is presented. An analytical review of the reports of leading Russian experts – Professor Y.A. Vasyuk (Moscow), Professor Y.N. Belenkov (Moscow), Professor V. Y. Mareev (Moscow) is conducted.

**Key words:** annual congress of the society for heart failure, “heart failure - 2015.”

С 10 по 11 декабря 2015 года в г. Москве прошел XVI ежегодный конгресс «Сердечная недостаточность-2015». За годы своего существования данное мероприятие приобрело характер форума, ежегодно собирающего не только кардиологов и терапевтов, но и специалистов непосредственно связанных с проблемами диагностики и лечения сердечной недостаточности (эндокринологов, специалистов функциональной диагностики, кардиохирургов, аритмологов). Первая конференция ОССН в 2000 году, собрала около 200 участников; программа состояла всего из нескольких заседаний специалистов, в настоящее время мероприятие посещает около 1500 делегатов, в том числе с помощью интернет-вещания, а так же все больше привлекает внимание иностранных специалистов.

Программа конгресса включала сателлитные симпозиумы, постерные сессии, а так же V-ю международную (X Всероссийскую) практическую медицинскую конференцию студентов и молодых ученых «Гаазовские чтения: «Спешите делать добро...», состоявшую из секционных заседаний по специальностям «Терапия», «Хирургия», «Детская хирургия» и «Педиатрия».

Традиционными темами конгресса являлись вопросы эпидемиологии, ЭхоКГ-диагностики и стратегии лечения.

Однако важно отметить, что на мероприятии были обсуждены темы, касающиеся ассоциированных состояний, по которым существует большое количество нерешенных вопросов, а именно: особенности течения сердечной недостаточности у больных с дисплазией соединительной ткани (проф. И.И. Шапошник, Челябинск), течение ХСН на фоне амилоидоза миокарда (проф. Н.А. Козиолова, Пермь) и ревматоидного артрита (проф. А.П. Ребров, Саратов).

Активную дискуссию вызвало сообщение проф. Н.А. Козиоловой на тему «Парадокс ожирения при ХСН»: по данным нескольких крупных исследований мероприятия по снижению массы тела у пациентов с ИМТ в диапазоне 25-29,9 кг/м<sup>2</sup> могут быть сопряжены в перспективе с повышенным риском обострения сердечной недостаточности, что обусловлено изменением энергетического обмена миокарда.

В отношении диагностики ХСН, стоит отметить доклад о результатах собственного исследования В.Н. Протасова (Москва), по мнению которого достаточной информативностью обладает концентрация sST2-рецептора в модели с уровнем NT-proBNP, с целью определения стратификации риска у больных с декомпенсированными формами сердечной недостаточности.

Так же на конгрессе обсуждались вопросы кардиоонко-