

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ДОКТОРА МЯСНИКОВА О САМОМ ГЛАВНОМ

**АЛЕКСАНДР
МЯСНИКОВ**

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ДОКТОР МЕДИЦИНЫ США,
ПОТОМСТВЕННЫЙ ВРАЧ



Москва
2019

УДК 61(03)
ББК 5я2
М99

Александр Мясников — кандидат медицинских наук,
доктор медицины США, потомственный врач

Рецензент — *Светлана Петровна Попова*, канд. мед. наук, доцент,
врач высшей категории, преподаватель
в Российском университете дружбы народов (РУДН)

Текст публикуется в авторской редакции

Мясников, Александр Леонидович.
М99 Энциклопедия доктора Мясникова о самом главном / Алек-
сандр Мясников. — Москва : Эксмо, 2019. — 352 с. — (О самом
главном с доктором Мясниковым).

ISBN 978-5-699-80950-9

Каждый из нас имеет право на бесплатную, своевременную и качественную медицинскую помощь. Теперь, когда в здравоохранении происходят изменения, а штат врачей редет, надо реально оценивать необходимость посещения поликлиники или вызова «Скорой»: чтобы не сидеть в очереди с болячкой, которая может пройти сама, или не ждать приезда медицинской бригады, если голова больше не болит.

Книги доктора Мясникова прочитали уже более 1 млн человек и получили бесценные медицинские знания, переведенные с медицинского языка на человеческий. В энциклопедию вошла обновленная информация из его бестселлеров «Как жить дольше 50 лет: откровенный разговор с врачом о лекарствах и медицине», «О самом главном с доктором Мясниковым», «Русская рулетка: как выжить в борьбе за собственное здоровье» и «Ржавчина: что делать, чтобы сердце не болело».

В справочных таблицах приведены факторы риска при всех распространенных заболеваниях, меры защиты от них, тревожные симптомы, а также необходимые алгоритмы обследования и лечения. К энциклопедии можно обращаться как к справочнику, в котором содержится понятная и не пугающая информация для тех ситуаций со здоровьем, когда это необходимо.

Автор собрал и систематизировал все самое нужное из своих 4 книг в одно издание — для удобства читателя. Вы сразу найдете ответ: когда можно полечиться дома и как именно это сделать, а в каких случаях — немедленно обратиться за помощью к врачу. Это книга-друг, готовый выручить в любую минуту.

УДК 61(03)
ББК 5я2

ISBN 978-5-699-80950-9

© Мясников А.Л., 2015
© Тихонов М.В., фото, 2015
© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2019

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Научно-популярное издание

О САМОМ ГЛАВНОМ С ДОКТОРОМ МЯСНИКОВЫМ

Мясников Александр Леонидович

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ДОКТОРА МЯСНИКОВА О САМОМ ГЛАВНОМ

Директор редакции *Е. Капъёв*
Ответственный редактор *О. Шестова*
Литературный редактор *С. Сафонова*
Художественный редактор *П. Петров*
Компьютерная верстка *Ю. Бурькина*
Менеджер проекта *А. Голомазова*

ООО «Издательство «Эксмо»
123308, Москва, ул. Зорге, д. 1. Тел.: 8 (495) 411-68-86.
Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru
Өндiрушi: «ЭКСМО» АҚБ Баспасы, 123308, Мәскеу, Ресей, Зорге көшесi, 1 үй.
Тел.: 8 (495) 411-68-86.

Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru
Тауар белгiсi: «Эксмо»

Интернет-магазин: www.book24.ru

Интернет-магазин: www.book24.kz

Интернет-дүкен: www.book24.kz

Импортер в Республику Казахстан ТОО «РДЦ-Алматы».
Қазақстан Республикасындағы импорттаушы «РДЦ-Алматы» ЖШС.
Дистрибьютор и представитель по приему претензий на продукцию,
в Республике Казахстан: ТОО «РДЦ-Алматы»
Қазақстан Республикасында дистрибьютор және өнім бойынша арыз-талаптарды
қабылдаушының өкілі «РДЦ-Алматы» ЖШС.

Алматы қ., Домбровский көш., 3-а, литер Б, офис 1.
Тел.: 8 (727) 251-59-90/91/92; E-mail: RDC-Almaty@eksmo.kz

Өнімнің жарамдылық мерзімі шектелмеген.

Сертификация туралы ақпарат сайты: www.eksmo.ru/certification

Сведения о подтверждении соответствия издания согласно законодательству РФ
о техническом регулировании можно получить на сайте Издательства «Эксмо»
www.eksmo.ru/certification

Өндiрген мемлекет: Ресей. Сертификация қарастырылмаған

Подписано в печать 12.03.2019. Формат 84x108^{1/16}.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 36,96.

Доп. тираж 3000 экз. Заказ

ISBN 978-5-699-80950-9



9 785699 809509 >



EKSMO.RU
новинки издательства



BOOK24.RU



В электронном виде книги издательства вы можете
купить на www.litres.ru

ЛитРес:
КНИЖНИЦА ДЛЯ ВСЕХ



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5	2.22. Судороги.	109
Биография	7	2.23. Если Вас укусил клещ или что мы	
Чего мы ждем от медицины?	7	знаем про болезнь Лайма?	113
Чего медицина ждет от нас?	11		
Глава 1. РУССКАЯ РУЛЕТКА			
ИЛИ ЕСЛИ У ВАС ОБНАРУЖЕНЫ			
1.1. Вегетососудистая дистония.	17		
1.2. Узел в легком	19		
1.3. Камни желчного пузыря	22		
1.4. Киста печени	23		
1.5. Киста почки	24		
1.6. Повышение внутричерепного давления	25		
1.7. Уреаплазма	27		
1.8. Эрозия шейки матки.	28		
1.9. Эндометриоз.	28		
1.10. Инфекция мочевыводящих путей	29		
1.11. Миома	31		
1.12. Шум в сердце.	32		
1.13. Положительная реакция Манту	36		
1.14. Уплотнение в молочных железах	40		
1.15. Узлы щитовидной железы.	42		
1.16. Дисбактериоз.	43		
1.17. Тромбоз глубоких вен голени	44		
1.18. Увеличение лимфоузлов	47		
Глава 2. ЧТО МЕШАЕТ ЖИТЬ			
2.1. Выпадают волосы.	51		
2.2. Необъяснимо отекают ноги	54		
2.3. «Судороги» в ногах	56		
2.4. Кровоточат дёсны	58		
2.5. Запоры	60		
2.6. Бессонница.	63		
2.7. На губе выскочила «простуда»	67		
2.8. В детстве была ветрянка!	68		
2.9. Шум в ушах.	71		
2.10. Легко образуются «синяки».	72		
2.11. Немеют пальцы рук.	75		
2.12. Красные глаза	77		
2.13. Предменструальный синдром	79		
2.14. Хронический кашель	81		
2.15. Боль в спине	84		
2.16. Боли в суставах.	88		
2.17. Волосы на лице у женщин.	92		
2.18. Головная боль	95		
2.19. Головокружение	98		
2.20. Диспепсия и изжога	99		
2.21. Избыточный вес.	102		
Глава 3. МЕДИЦИНСКИЕ РАЗВОДКИ			
3.1. Плазмаферез или «очищение крови»	118		
3.2. Гемосканирование или диагностика			
по капле крови	120		
3.3. Иридодиагностика	122		
3.4. Гомеопатия.	122		
3.5. Гидроколонотерапия: «возможны			
противопоказания. Требуется			
консультация специалиста»	123		
3.6. Биорезонансная диагностика			
по Фоллю	125		
Глава 4. БОЛЕЗНИ			
4.1. Остеопороз или «слабые кости»	129		
4.2. Астма	132		
4.3. Повышенное артериальное давление,			
гипертоническая болезнь.	134		
4.3.1. Арифметика артериальной			
гипертонии	134		
4.3.2. Откуда эта напасть на нашу			
голову?!	136		
4.3.3. Органы-«мишени»	139		
4.3.4. Принципы немедикаментозного			
и медикаментозного лечения.	145		
4.4. Инсульт и его предвестники	151		
4.5. Тиреоидит	154		
4.6. Заболевания толстого кишечника	159		
4.6.1. Синдром «раздраженного			
кишечника»	159		
4.6.2. Дивертикулёз	161		
4.6.3. Ректальное кровотечение			
или кровь			
в стуле	164		
4.6.4. Рак толстого кишечника.	164		
4.7. Системная красная волчанка.	168		
4.8. Диабет.	172		
4.9. Вирус иммунодефицита и СПИД	180		
4.10. Хронические инфекционные			
гепатиты.	185		
4.11. Мочекаменная болезнь.	190		
4.12. Хронический простатит	193		
4.13. Грипп	194		
4.14. Ангины	197		
4.15. Острый бронхит.	200		

4.16. Пневмония	202
4.17. Атеросклероз сердечных сосудов	204
4.17.1. Боль в груди. Стенокардия?	204
4.17.2. Острый коронарный синдром и инфаркт миокарда.	207
4.17.3. Жизнь после инфаркта	212
4.17.4. Хроническая ишемическая болезнь сердца	216
4.18. Сердечная недостаточность.	220
4.19. Мерцательная аритмия	227

ГЛАВА 5. ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА

5.1. Борьба с факторами сердечного риска	233
5.2. Вторичное курение.	238
5.3. Загар.	239
5.4. Прививки для взрослых.	240
5.5. Путешествия.	243
5.6. Раннее выявление онкологии	244
5.7. Спорт и пищевые добавки	248

Глава 6. ЛЕКАРСТВА

6.1. Гормональные противозачаточные таблетки	253
6.2. Все о кальции	255
6.3. Калий – «кошмар Американского интерна!»	257
6.4. Мочегонные	259
6.5. Витамины.	262
6.6. Гормонально – заместительная терапия	266
6.7. Иммуномодуляторы	268
6.8. Обезболивающие	270
6.9. Стволовые клетки	273
6.10. Препараты, снижающие артериальное давление	277
6.10.1. Сосудорасширяющие	277
6.10.2. Уменьшающие объем циркулирующей крови – мочегонные	279
6.10.3. Снижающие «насосную» функцию: бета-блокаторы.	280
6.10.4. Другие	281
6.10.5. Принцип комбинирования лекарств	282
6.11. Лечение атеросклероза коронарных сосудов и ишемической болезни сердца	283
6.11.1. Статины.	283
6.11.2. Аспирин и его компания	287
6.11.3. Нитроглицерин и другие нитраты	289
6.11.4. Бета-блокаторы.	292
6.11.5. И другие.	293

6.12. Лечение мерцательной аритмии.	294
6.12.1. Разжижающие кровь, или антикоагулянты.	294
6.12.2. Лекарства против аритмии	297
6.13. Лекарства против диабета.	299
6.14. Антибиотики	303

Глава 7. ИСТОРИИ

7.1. Живые интерны не опаздывают	313
7.2. «Не та!»	313
7.3. Непрошенный спаситель.	314
7.4. Не выпендривайся	315
7.5. О правоте Дюма.	315
7.6. Не шутите с полицией Нью-Йорка!	316
7.7. Доктор Поль Уайт	316
7.8. Русский характер	317
7.9. «Стук» по-американски или все они – ябеды!	317
7.10. Доктор Лайон	318
7.11. Правильное воспитание.	319
7.12. Мона Лиза.	320
7.13. «Меня будить?!»	321
7.14. Другой мир – другие правила.	322
7.15. Французская кухня	323
7.16. За ваши деньги – любые причуды!	323
7.17. Молчанье – золото?.	324
7.18. Учитель и её ученик	324
7.19. Огнестрельный аппендицит	325
7.20. Врачебная ошибка	325
7.21. «Горячие» норвежские специалисты	326
7.22. Технологии каменного века.	328
7.23. Родственные души.	328
7.24. Случай на охоте	329
7.25. Обучение медицине по-французски	330
7.26. Цена ошибки по-американски	331
7.27. Почему я ушел из «кремлевки».	333
7.28. Осколок империи	333
7.29. Дедушка и граната.	334
7.30. Провал.	335
7.31. Неполиткорректность	336

Послесловие	337
------------------------------	------------

Приложения	339
-----------------------------	------------

<i>Приложение 1. Медицина в таблицах</i>	<i>339</i>
--	------------

<i>Приложение 2. Список лекарств с недоказанной эффективностью</i>	<i>346</i>
--	------------

Предметный указатель	350
---------------------------------------	------------

ПРЕДИСЛОВИЕ

В этой книге мы продолжим обсуждение вопросов о самом главном — нашем здоровье! Как и в предыдущих книгах, в основу положены вопросы, наиболее часто задаваемые мне во время передач по радио и телевидению. Некоторые темы пересекаются с тем, о чем мы уже говорили, но это неизбежно: мы ведь не набор запчастей — почки, печень, сердце и т.д., а целостный организм. Так что иногда невозможно, говоря об одной проблеме, не упомянуть другую.

Принцип книги остается прежним: дать современный взгляд на обсуждаемые вопросы, основываясь на принципах доказательной медицины. Что это за принципы? Пожалуйста.

Ничего не принимайте на веру. Пусть препарат применяется уже давно, пусть пациенты им довольны, пусть тысячи людей восторгаются модной диетой и все уверены, что выявление рака на ранних стадиях спасет жизнь. Никаких догм! Любое утверждение должно быть доказано! Проводятся многолетние исследования на тысяче пациентов, больных разбивают на группы, кого-то лечат так, кого-то — иначе, кого-то не лечат вовсе. Очень важно, чтобы сравниваемые группы пациентов были правильно подобраны по полу, возрасту, привычкам и образу жизни, необходимы контрольная группа и многое другое. Потом всё сравнивают, вычисляют статистическую достоверность отмеченных изменений. И вот оказывается, что распространенный иммуностимулятор на самом деле ничего не стимулирует, что обычные витамины могут привести к раку, что ограничение жиров в диетах имеет лишь второстепенное значение, а выявление рака простаты на ранней стадии не только не всегда продлевает жизнь, но и может принести еще больше проблем.

Ни один постулат не высечен на камне! Выводы любых исследований необходимо перепроверять другими, все расхождения должны быть проанализированы и, в свою очередь, стать объектами новых исследований. Любые практические рекомендации должны подвергаться ежегодной критической ревизии. (Поэтому врач не может не читать — он безнадежно отстанет!) Иногда бывает и так: в мире апробируют какой-либо вид лечения, примут его и в России. Потом в результате научных исследований выявляются определенные побочные явления, и от этой методики отказываются. Там уже подспеют данные новых исследований, и окажется, что упомянутые побочные явления вовсе не от этого лечения — методику можно «реабилитировать» и вернуть в клиническую практику. А у нас в России как ее применяли десятилетиями, так и применяют, не зная обо всех драматических перипетиях, которые она претерпела в западной медицине.

Любые новый препарат и метод диагностики или лечения могут быть рекомендованы только после тщательных и правильно проведенных клинических испытаний. Например, больным, согласным участвовать в эксперименте, дают новое лекарство. Но одни принимают настоящий препарат, а другие — точную копию по виду, но «пустышку», причем ни пациент, НИ ВРАЧ не знают, что больной принимает на самом деле (иначе субъективное мнение может исказить результаты). Это знает специалист, ответственный за эксперимент. Своего рода «запечатанный конверт». Приходит время, когда лечащий врач хочет его «вскрыть»: например, больному стало заметно лучше, или, наоборот, самочувствие не улучшается, и доктор хочет прекратить

эксперимент. Зачастую оказывается, что в первом случае была «пустышка», а во втором — реальное лекарство!

То же самое происходит с диагностикой: какой-то метод сравнивается с уже проверенным («золотым стандартом»), и оказывается, что один метод очень чувствителен, но низкоспецифичен, т.е. определяет, что не всё в норме, но не может определить что именно. Другой метод определит верную причину, но далеко не во всех случаях, т.е. высокоспецифичен, но низкочувствителен. Например, когда с помощью компьютерной томографии выявляют стенозы (бляшки) в сосудах сердца, они могут в равной степени вероятности

выявиться или не выявиться при коронарографии («золотой стандарт» выявления патологии сосудов сердца, когда в сердце вводится специальный зонд). Но вот если компьютерная томография не показала наличия бляшек, их почти наверняка не будет и при коронарографии! То есть наблюдается низкая чувствительность на выявление бляшек и очень высокая — на их отсутствие! (Другими словами, если нашли — это еще бабушка надвое сказала, есть ли, а вот если нет — действительно нет.)

Разницу между нашей российской медицинской практикой и доказательной медициной хорошо иллюстрирует следующая притча.



Заметки на полях

«В Средние века один английский рыцарь всегда проиграет одному шотландскому рыцарю, десять английских рыцарей проиграют десяти шотландским, и даже сотня англичан не одолеет сотню шотландцев.

Но тысяча английских рыцарей всегда разгромит даже превосходящий числом отряд шотландцев, потому что здесь уже играют роль не личная храбрость и сила, а правильная организация войск и дисциплина!»

Не думайте, что врачам доказательной медицины чужд житейский здравый смысл или юмор. Ниже приведу «Принципы лечения внутренних болезней», которые открывают самое популярное практическое руководство для врачей-терапевтов в США (Matz R. Principles of medicine, 1977).

- Когда слышишь топот копыт — думай о лошади, а не о зебре! (Вначале надо пытаться объяснить имеющуюся симптоматику наиболее часто встречающимися причинами).
- Если то, что ты делаешь, работает — продолжай это делать.

- Если то, что ты делаешь, не работает — прекрати!
- Если ты не знаешь, что делать — не делай ничего.
- Никогда не позволяй хирургу забрать твоего больного! (Это правила в терапевтическом руководстве.)

Первые мои книги вызвали определенный интерес, поэтому применяем правило № 2 — пишем дальше! Только еще раз напоминаю: мои книги — это не руководство по самолечению! Я только даю ориентиры, а в каждом конкретном случае должен решать лечащий врач.

БИОГРАФИЯ

Александр Леонидович Мясников родился в 1953 году в городе Ленинграде в семье врачей. Медицинская династия Мясниковых берет начало в XIX веке (в городе Красный Холм Тверской области существует музей династии).

В 1976 году Александр Леонидович закончил 2-й Московский медицинский институт им. Н.И. Пирогова. В 1976–1981 годах проходил ординатуру и аспирантуру в Институте клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, в 1981 году досрочно защитил кандидатскую диссертацию. Вскоре был отправлен в Народную Республику Мозамбик врачом группы геологов, ведущих разведку месторождений в труднодоступных районах Южной Африки.

В связи с прекращением работы группы в результате военных действий с 1983 года продолжал работу врачом общей практики в провинции Замбези. Через год после возвращения на родину Александр Леонидович был направлен в Анголу старшим группы советских врачей-консультантов правительственного госпиталя «Пренда», где служил до 1989 года.

По возвращению Мясников совмещал работу врача-кардиолога во Всесоюзном кардиологическом научном центре и сотрудника медицинского отдела Международной организации по миграции. В 1993–

1996 годах работал врачом Посольства России во Франции, сотрудничал с ведущими медицинскими центрами Парижа.

С 1996 года работал в США, подтвердил там диплом врача. Окончил ординатуру при Медицинском центре Нью-Йоркского государственного университета по специальности «врач общей практики». В 2000 году Американский комитет по медицине присвоил Александру Леонидовичу звание врача высшей категории. Член Американской медицинской ассоциации и Американской коллегии врачей.

С 2000 года Мясников стал работать в Москве сначала главным врачом Американского медицинского центра, затем главным врачом организованной им Американской клиники. С 2009 по 2010 год он главный врач Кремлевской больницы Управления делами Президента РФ.

Александр Леонидович с 2007 по 2012 год вел программу «Врача вызывали?», а с 2010 года – медицинскую рубрику на радио в программе В. Соловьева «Вести FM». С 2010 года по настоящее время Мясников – главный врач Московской городской клинической больницы № 71. Член Общественной палаты г. Москвы. С 2013 года он ведущий программы «О самом главном с доктором Мясниковым» на телеканале «Россия 1».

1 ЧЕГО МЫ ЖДЕМ ОТ МЕДИЦИНЫ?

Как вы думаете, чего ожидает от нашей медицины среднестатистический россиянин? Его ожидания весьма просты: получать бесплатно и вовремя качественную медицинскую помощь.

Действительно, несмотря на то, что мы живем в этой стране и этих условиях, мы имеем право на совершенно элементарные вещи. На то, что если вызываем «Скорую помощь», то она приезжает в разумные

сроки и отвозит в ту больницу, где пациенту могут оказать необходимую помощь.

Мы вправе ожидать, что если врач выписывает лекарство, то оно будет как минимум безвредно, а как максимум еще и помогать.

Мы надеемся, что доктор, назначая тот или иной препарат, руководствуется не

дорогостоящего оборудования. Мы с гордостью заявляем, что по количеству томографов на душу населения уже обогнали Швейцарию, тем самым показывая «отсутствие одежды на голом короле». Ведь уровень медицины у нас как был низок, так и остался!

Пациент имеет право получить весь необходимый объем инструментальных и лабораторных исследований, а не выспрашивать у врача, что ему, пациенту, еще нужно.

ему одному ведомыми понятиями, а то и материальными стимулами, а знаниями.

Пациент рассчитывает, что осматривающий его врач учтет все имеющиеся симптомы. Что кардиолог не просто измерит давление и послушает пульс, а эндокринолог не только пощупает щитовидную железу.

Одним словом, человек вправе рассчитывать на грамотный медицинский осмотр, который состоит из шагов, обязательных к выполнению, — определенного алгоритма. К сожалению, в жизни все часто происходит иначе. Иногда приходишь к врачу, а он даже не осматривает тебя, а поверхностно расспросит и выпишет таблетки.

Пациент имеет право получить весь необходимый объем инструментальных и лабораторных исследований, а не выспрашивать у врача, что ему, пациенту, еще нужно. Раньше на многие просьбы врачи отвечали, что в больнице нет необходимой аппаратуры, что «мы этого не делаем». Но многие современные больницы, во всяком случае, в больших городах оборудованы всем необходимым. От врача требуется только соблюсти определенный алгоритм действий.

Но здесь возникает серьезная проблема. На модернизацию медицины в последние годы была потрачена огромная сумма денег, закуплено гигантское количество

Мало купить и установить оборудование, надо научить врачей на нем работать. За рубежом специалиста по головному мозгу готовят семь лет, чтобы он мог работать на томографе, а у нас отделяются трехмесячными курсами! И даже этих врачей «скафандров» не хватает.

Мы увлекаемся покупками тяжелого и сложного оборудования, в каждую больницу ставим по томографу, не ликвидировав огромных очередей на ультразвук или обычный рентген. Но самое печальное — это отсутствие «вложения денег» во врачей. Абсолютно ошибочно считать, что аппаратура может все.

Выше уже упоминалось понятие «алгоритм». При имеющихся в распоряжении ограниченных средствах на развитие медицины мы должны определить приоритеты — куда эти деньги тратить в первую очередь. Их необходимо вкладывать в студентов, медицинские школы, врачей, которых нужно учить алгоритму действий, определенным стандартам.

Но не совсем тем стандартам, о которых вы часто слышите по телевизору, там речь идет о стандартах медико-экономических. То есть если у пациента воспаление легких, то ему должен быть сделан рентген, взят анализ крови, выписан антибиотик. Ме-

дико-экономический стандарт — это некая схема, список того, что должно быть включено в обследование или лечение в очень общих чертах. При этом врач свободен в выборе антибиотика, он может назначить кислород, а может и нет. Он будет руководствоваться своими субъективными ощущениями из-за отсутствия четкого алгоритма действий!

Как это происходит в жизни? У пациента пневмония. Его госпитализируют и помещают в общую палату на две-три недели. Всем в этой палате дают один и тот же антибиотик, ставят капельницы, разносят витамины... Но далеко не всегда больного с пневмонией надо госпитализировать, большинство случаев прекрасно лечится дома. При одних симптомах госпитализация показана, при других нет. Кому-то хватит одного антибиотика, кому-то потребуется два или даже три. С одними параметрами больного можно класть в обычную палату, а с другими — сразу в реанимацию.

Во всем мире врачи руководствуются четко прописанными алгоритмами. Контрольный рентген делается не через два дня, а минимум через четыре недели. Потому что остаточные явления могут быть видны до-

вольно долго, даже если пневмония уже прошла. Рентген бессмысленно делать раньше, если только больной не находится в реанимации, которая поэтому так и называется — «палата интенсивного наблюдения».

Когда я говорю о стандартах, то имею в виду именно алгоритм действий врача, а не набор этого медико-экономического «бизнес-ланча».

По действующим стандартам, если пациента с инсультом привозит «Скорая», его не должен осматривать врач приемного отделения. Фактор времени настолько важен, что пациента сразу везут на компьютерный томограф, минуя все процедуры оформления, чтобы определить: тромбоз у него или кровотечение. Причина в том, что лекарство, которое может растворить тромб, вводится только в очень короткий временной промежуток.

Поэтому если «Скорая» замешкается, если она будет по телефону выяснять, куда этого больного везти, если в приемном покое будут долго расспрашивать, что это за старушка и как ее фамилия, когда ей стало плохо, то все — больную можно потерять!

Деньги, которые государство тратит на медицину, должны идти в первую очередь



Заметки на полях

Помните ситуацию из фильма «Два бойца», когда один из героев, завладев трофейным маузером, хвастается, как он из него стрелял. На что другой герой спрашивает: «А как же ты стрелял из оружия, когда в нем не хватает самой главной части?». «Какая такая самая главная часть?» М. Бернес, игравший Аркадия Дзюбина, ответил: «Главная часть любого оружия есть голова его владельца!». И это правильно, потому что, какое бы оборудование ни использовалось, все равно за ним стоит врач; он интерпретирует полученный результат, принимает решение о необходимости исследования и о том, какую информацию эти исследования могут дать.

на правильное обучение врачей, для того чтобы мы могли бесплатно и вовремя получить квалифицированную помощь.

На сегодняшний день в крупных городах врач зарабатывает достаточно большие деньги. По официальным данным Департамента здравоохранения Москвы, средняя зарплата медсестры — 46 тысяч рублей; средняя зарплата врача — 78 тысяч рублей. Эти деньги сопоставимы с теми, которые получает европейский врач в госпитале. И это хорошо!

Плохо то, что «сверху» требуют поддерживать высокий уровень зарплаты всем медицинским работникам, чтобы избежать жалоб. У врачей нет стимула учиться. Они уже привыкли получать, а не зарабатывать.



Заметки на полях

Звонит как-то один из руководителей нашего государства и говорит: «Я себя плохо чувствую, хочу выпить папазол, можно?!». Вот интересно, где он этот папазол нашел?! По-моему, его перестали выпускать еще в 70-х годах. А получается, что он не только выпускается, но и применяется! Это не анекдот, это — правда жизни. Поэтому, чтобы врачей посылать на переаттестацию, надо понимать, кто, как и чему их будет переучивать.

Начинать надо с медицинских школ. Я неоднократно говорил, что модернизация медицины начнется через пять лет после того, как мы изменим условия поступления в медицинские вузы и модель преподавания в них. Пройдет пять лет, совсем другие врачи выпустятся из институтов, и только тогда начнутся изменения.

Жизненно необходимы всеобщая переаттестация врачей, строжайшие экзамены на знание международных признанных алгоритмов и стандартов оказания медицинской помощи. По результатам экзаменов я бы устанавливал размер зарплаты и вооб-

Поэтому повышать зарплату врачам еще больше бессмысленно! Уравниловка влечет некую индифферентность медиков: «Нам и так дадут! А нет — мы напишем жалобу!».

Вы скажете, что каждый врач должен один раз в пять лет проходить переаттестацию. Да, только некоторые проходят эту процедуру честно, а некоторые — за деньги. Но, даже если доктор хочет качественно пройти переаттестацию, его учат по устаревшим пособиям.

Например, наших врачей ориентируют применять препараты, которыми пользуются уже больше 40 лет. Смотрите сами: в утвержденных когда-то, но до сих пор действующих стандартах есть препарат дибазол. Его применял еще мой дедушка.

еще право на работу врачом. Те, кто успешно прошел такое «сито», будут ведущими специалистами с достойной зарплатой.

Конечно, большинство врачей сразу такую переаттестацию не пройдут. Я бы ограничил период переподготовки пятью годами. Пусть неаттестованные врачи работают, пусть лечат, но под руководством и контролем врачей, прошедших переаттестацию, и за совсем другую, меньшую, чем у тех, зарплату. Через пять лет — снова переаттестация; снова не прошел — вон из профессии! Это единственный путь спасения нашей медицины от непрофессионалов.

Обязательно надо вводить индивидуальное лицензирование врачей. Тогда врач будет нести персональную ответственность перед пациентом и страховой компанией. И еще: на протяжении веков у врачей был свой язык — латынь. Сегодня его заменил английский язык, поэтому любой врач обязан им владеть, иначе он безнадежно отстанет!

Отвечу тем, кто имеет привычку говорить: «Понаехали тут!». Я считаю, что медицина национальности не имеет. Несуственно, какой ты национальности, какого

Во Франции к медицинскому образованию вообще подходят по-другому. У меня сейчас там сын поступает. Там отсутствует вступительный экзамен в медицинский институт. Они принимают всех с результатами единых государственных экзаменов. Каждому дается шанс получить медицинскую специальность. Но по итогам первого года происходит жесточайший отбор.

По статистике, на второй год обучения проходит только 9% поступивших изначально. Например, государству нужно 340

Медицина национальности не имеет. Все люди внутри устроены одинаково, и медицина едина на всем земном шаре. Если к вам приходит врач африканец, но при этом делает правильные вещи, то вам не о чем беспокоиться.

цвета у тебя глаза и кожа, с каким акцентом ты говоришь; важно, как ты лечишь. Все люди внутри устроены одинаково, и медицина едина на всем земном шаре. Если к вам приходит врач таджик, украинец или африканец, но при этом делает правильные вещи, то вам не о чем беспокоиться. А вот если придет более привычного вида врач и скажет: «У меня есть особый подход» (например, российский или зимбабвийский), — вот тут надо искать другого специалиста!

В Америке большинство врачей — индусы. Да, они говорят с акцентом, но они грамотные специалисты, которые оказывают ту самую квалифицированную и своевременную помощь!

врачей. Принимается 3,5–4 тысячи студентов. У каждого студента есть определенный балл. По тому, как он учится, сдает экзамены и посещает занятия, этот балл изменяется: растет или падает.

Процесс отслеживается еженедельно. По результатам года на второй курс переводится первых 340 человек. Все остальные остаются «за бортом». После этого они могут сделать только одну попытку (и то не все: двоечников и откровенных лодырей изгоняют сразу). Если они опять не попали в 340, то больше права на медицинское образование у них нет вообще.

Думаю, что это правильная и разумная система, которая должна быть введена и у нас.

2 ЧЕГО МЕДИЦИНА ЖДЕТ ОТ НАС?

Наверное, вы думаете, что сейчас буду говорить об отказе от вредных привычек, о пользе спорта и т.д. Да, конечно, без этого не обойтись.

Посмотрите на многих наших соотечественников, что с ними творится?! Мужчине всего 30 лет, а у него уже обрюзгший вид, выпирающий живот, сигарету не выпускает изо рта. Женщине нет и 40 лет, а ее фигу-

ра бесформенна, цвет лица несвеж, и туда же — курит! Они никогда не были у врача, понятия не имеют о своем давлении.

Естественно, врачи призывают к здоровому образу жизни. Люди сначала сами себя раньше времени состарят, а потом начинают сами себя лечить, опираясь на «знания», полученные из рекламы.

Реклама лекарств по телевидению — позор для страны! Активно рекламируемые препараты либо бессмысленны, либо в прямом смысле вредны. Те из них, что вредны, давно запрещены на рынках развитых стран из-за побочных явлений. Они благополучно перекочевали на нашу территорию и продолжают существовать. Среди них лекарства от аллергии и для похудения, гепатопротекторы и иммуностимуляторы. Самое правильное решение — не по-

когда пришел работать в городскую больницу. Быстро стало понятно, что тут все хоть и кое-как, но работает. И если дернуть за кирпичик, все здание развалится. Если я уволю кого следовало бы, то больница встанет, так как некому будет дежурить. Если я буду что-то менять, это вызовет сопротивление многих слоев населения.

Так чего же все-таки медицина хочет от нас?

Приходят люди, которые пытаются что-то в нашей медицине менять. Например, пытаются сокращать стационарные койки, количество которых невероятно раздуто. Многим больным нечего делать в больницах! В других странах стационаров меньше в два-три раза, и это правильно. Даже после операции на сердце человека выписывают через пять суток, и он долечивается уже дома.

Люди уже привыкли с хроническими болями в спине ходить к невропатологу, с отрыжкой — к гастроэнтерологу и т.д. Мы отвлекаем банальными жалобами узких специалистов. Поймите, чтобы что-то поменять, мы должны от чего-то отказаться сами.

купать рекламируемые препараты! Только так можно бороться с этим явлением.

С этим согласны многие высшие государственные чиновники. Но все они говорят, что нужен специальный закон, что этим должна заниматься Дума, и все уходит в сплошные разговоры. Фармакологическое лобби гораздо сильнее. Скажу грубо, но по существу: «бабло» побеждает все.

Не оспаривая важности ведения здорового образа жизни, хочу сказать немного о другом. Сегодня так сложилось, что к руководству столичной медициной пришло достаточное число вменяемых людей. Многие из них понимают, что надо делать и как надо делать. Но все они сталкиваются с ситуацией, на которую наткнулся и я,

Больница — это своего рода фабрика, в которую вкладываются огромные деньги: ставится сложная техника; оборудуются операционные, лаборатории. Поэтому койка в больнице в буквальном смысле «золотая». Находиться на ней человек должен максимум три-четыре дня и уступать место другому больному. Пациент может долечиваться дома или в больнице другого уровня, попроще, где нет супероборудования, но хорошие условия для реабилитации, ведь ему уже нужен уход, а не лечение.

Сейчас у нас пытаются «разгрузить» поликлиники. Там ведь толпы народа, и нормальный человек не будет стоять в очереди. Нужно создать поликлиники первого уровня, куда будут ходить первичные и хрониче-

ские больные, и второго уровня, для более сложных пациентов, требующих углубленного обследования. В поликлинике первого уровня должно быть только самое необходимое. Второй уровень — это уже хорошо оборудованные амбулаторно-диагностические центры с полным набором специалистов.

Но даже эта совершенно здравая идея встречает сопротивление населения. Люди уже привыкли с хроническими болями в спине ходить к невропатологу, с отрыжкой — к гастроэнтерологу и т.д. Мы отвлекаем банальными жалобами узких специалистов, а те отбивают хлеб у терапевтов и урезают время у больных, действительно нуждающихся в специализированной помощи.

Однозначно, кардинальные изменения в здравоохранении необходимы, но они не пройдут безболезненно. В примере с поликлиниками оказалось, что просто разделить их на уровни недостаточно. Это только увеличило неразбериху и удлинило очереди.

Необходимо создание густой сети первичных медицинских офисов со штатом из двух-трех врачей, четырех—шести мед-

сестер, нескольких медрегистраторов, и с оборудованием для забора крови и снятия электрокардиограммы. Эти офисы должны быть в шаговой доступности каждому и не иметь очередей. С их появлением окажется, что рентген и УЗИ нужны не так часто, что для продления рецепта на лекарство от гипертонии не нужно стоять в очереди к кардиологу, что кровь на анализ можно сдать и здесь — потом ее отвезут в лабораторию.

Поймите: чтобы что-то поменять, мы должны от чего-то отказаться сами. От вредных привычек не только в виде курения, но и от привычки полежать в стационаре, «покапаться» (ох, как мы любим капельницы с бессмысленными препаратами!). Стационар — это не место для плановых терапевтических госпитализаций! Если больной хочет «полежать и прокапаться», то ему нужно обращаться в амбулаторное звено. Многие поликлиники имеют дневные стационары, где по показаниям могут проводиться различные процедуры этого направления.

Многие хронические заболевания требуют регулярного применения лекарств.



Заметки на полях

Расскажу один случай. Я руководил тогда частной клиникой. Прохожу мимо регистратуры и слышу телефонный разговор сотрудницы с пациенткой: «К какому врачу вы хотите попасть? Невропатологу? Травматологу?». Я не выдержал и взял трубку сам. Оказалось, что у женщины заболела и опухла рука, и она буквально гадает, к какому специалисту пойти. В итоге я осмотрел ее сам и обнаружил тромбоз глубоких вен руки. И вовремя: в любую секунду тромб мог оторваться и «выстрелить» в легкие!

Более того, тромбоз глубоких вен руки часто бывает проявлением скрытой онкологии. Именно так оказалось и у нашей пациентки, и только вовремя поставленный диагноз и операция спасли женщине жизнь. А попали она тогда к невропатологу или травматологу, был бы поставлен правильный диагноз? Я не уверен, ведь эти специалисты ориентированы совсем на другое!

Не должно быть так, что больной не лечился — не лечился, а потом ему приспичило, и он ложится в больницу под капельницу. Это порочная практика. Заботиться о здоровье надо постоянно, а не раз в три года, когда становится немогогу.

Есть заболевания, при которых лекарства надо принимать регулярно и пожизненно. И когда у меня спрашивают: «Как это, пожизненно?», — я отвечаю: «Эту таблетку вы должны выпить в утро собственной смерти». Это не цинизм, просто я знаю и вижу, сколько зла приносит нерегулярное применение препаратов.

Надо освободиться от вредной привычки вызывать по любому поводу врача на дом. Что врач может сделать дома, кроме того, что подержать за руку или сделать успокоительный укол? За рубежом врач на дом не выезжает. Более того, там и на «Скорой» врачи не работают — только фельдшерская бригада. Если фельдшер приезжает и застаёт человека без сознания, то сразу делает ему инъекцию — коктейль из препаратов, который может убрать три–пять причин, из-за которых человек находится в таком состоянии. Восстанавливается дыхание, пульс, и потом больного везут в клинику.

Другое лечение здесь бесполезно, врач на месте ничего сделать не может. Невозможно каждому пациенту привезти на дом реанимацию. Более правильно привезти па-

циента как можно быстрее туда, где ему окажут в полном объеме медицинскую помощь.

Конечно, должна быть и социальная служба. Пожилую бабушку, которой трудно ходить, обязательно нужно посещать дома; посмотреть, как она себя чувствует; измерить давление; проверить, если ли у нее таблетки; убедиться, что она их правильно принимает. Но это должен делать тоже не врач, а патронажная служба.

В этой книге объясняется, в каких возникших ситуациях с состоянием здоровья можно подождать и оказать самому себе первую помощь, а когда необходимо немедленно обратиться к врачу. Минимальные медицинские знания о своем здоровье должны быть у каждого.

Медицина от нас хочет одного — помощи! Сама она не справится! Любой шаг в сторону реформирования системы здравоохранения сопровождается социальным взрывом, жалобами от населения. Министерство здравоохранения сделать уже ничего не может. Ситуация с медициной в нашей стране вышла из-под контроля, а это уже касается всех. Давайте совместными усилиями менять ситуацию к лучшему. Когда-то В.В. Путин сказал: «Мы у красной черты». Но, если посмотреть правде в глаза, мы не у красной черты, мы уже давно на ней находимся, если речь идет о здоровье и выживании нации.



Заметки на полях

Еще одна история из жизни. Захожу как-то в аптеку за капельками. Очередь, стоит бабушка, которая говорит: «Ой, у меня давление, девушка, что мне принять?». Фармацевт ей что-то советует. Я не удерживаюсь и вклиниваюсь: «Что же вы делаете? Пусть врач выпишет, ведь это лекарство одно вылечит, а другое покалечит!». Тут очередь как на меня накинута: «Что ваши врачи понимают! Их разве дожدهшься!».