



**ДОКТОР  
МЯСНИКОВ\***

# РУКОВОДСТВО ПО ПОЛЬЗОВАНИЮ МЕДИЦИНОЙ

**КНИГА-КЛЮЧ**  
К РОССИЙСКОМУ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
И ВСЕМ КНИГАМ О ЗДОРОВЬЕ

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ  
ПРОГРАММА  
ОЗДОРОВЛЕНИЯ  
НАЦИИ >>>

\* **АВТОР ЛУЧШИХ  
НЕХУДОЖЕСТВЕННЫХ  
КНИГ В РОССИИ  
ЗА 2013 – 2017 гг.**  
по данным главного  
книжного портала  
<http://pro-books.ru>

О самом главном с доктором Мясниковым

Александр Мясников

**Руководство по  
пользованию медициной**

«ЭКСМО»

2017

УДК 615.89  
ББК 53.5

**Мясников А. Л.**

Руководство по пользованию медициной / А. Л. Мясников —  
«Эксмо», 2017 — (О самом главном с доктором Мясниковым)

ISBN 978-5-699-98513-5

Новая книга доктора Мясникова – совершенно особенная. Она поднимает и решает главный вопрос для каждого, кто сталкивался с проблемами здоровья: своего или своих близких. В нашей медицине отсутствует единообразие в обследовании и диагностике, широко распространена приверженность устаревшим методам лечения. Кроме того, со страниц и экранов безудержным потоком льется недобросовестная реклама чудодейственных средств, признанных в мировой медицине неэффективными. В дебрях шарлатанства, безграмотности и непрофессионализма нужен надежный посредник между обычным человеком и нашей медициной. Им могут стать для вас знания, изложенные в этой книге профессионалом высочайшего класса простым человеческим языком. Поэтому с этой книгой-проводником вы сможете разобраться в жизненно важных вопросах своего здоровья и получить оптимальное лечение в случае необходимости. «Руководство по пользованию медициной» – это книга-ключ к непростому российскому здравоохранению и всем книгам о здоровье.

УДК 615.89  
ББК 53.5

ISBN 978-5-699-98513-5

© Мясликов А. Л., 2017

© Эксмо, 2017

# Содержание

Предисловие Ольги Шестовой, главного редактора медицинских книг	7
Предисловие автора	8
Глава 1	9
Глава 2	15
1. Умение говорить больному «нет»	18
2. Правильное ведение расспроса и осмотра	19
Конец ознакомительного фрагмента.	20

# Александр Леонидович Мясников

## Руководство по пользованию медициной

© Мясников А.Л., 2017

© Никишин А., фото, 2016

© ООО «Издательство «Э», 2017

*Спасибо моему другу доктору К. Звереву, подсказавшему тему для этой книги*



Доктор Александр Мясников и его постоянный редактор – главный руководитель медицинского направления Ольга Шестова

**Александр Мясников** – кандидат медицинских наук, доктор медицины США, потомственный врач, главврач крупнейшей российской больницы.

Научный редактор – *С. П. Попова*, канд. мед. наук, доцент, врач высшей категории, преподаватель в РУДН.

## **Предисловие Ольги Шестовой, главного редактора медицинских книг**

Новая книга доктора Мясникова – совершенно особенная. Не только потому, что она 10-я, если не считать двух больших энциклопедий. «Руководство по пользованию медициной» – пожалуй, лучшая книга доктора Мясникова, потому что она поднимает и решает главный вопрос для каждого человека, кто сталкивался с проблемами здоровья у себя или своих близких, т. е. всех нас практически без исключения.

Есть хорошие, профессиональные доктора, твердо стоящие на позициях доказательной медицины, которых не сдвинешь с них даже бульдозером и которые даже не хотят слышать о широко распространенных способах лечения наших бабушек. Но жизнь многообразнее любых принципов. Доктор Мясников не только озвучивает исключительно проверенные, научные знания, он готов к диалогу на любые медицинские темы и не отказывается от чужой точки зрения, если она не несет вреда для пациента. Другое дело, что врач не имеет права назначать пациенту лечебное средство, эффективность которого не доказана, или советовать широко рекламируемые, но недостоверные методы лечения.

Новая книга Александра Леонидовича обязательна к прочтению, т. к. она – ключ к научным знаниям мирового медицинского сообщества, обновление которых происходит очень часто. Недавно на встрече с читателями в Санкт-Петербурге из зала встал мальчик-подросток с ясным взглядом и спросил: «На какие предметы в школе надо налегать, чтобы стать врачом?» Многие ожидали услышать в ответ упоминание биологии, физики или химии, но Александр Мясников, не задумываясь, ответил: английский язык. Очень долгое время врачи общались между собой исключительно на латыни, отголоски этого можно увидеть, держа в руках рецепт аптечного препарата. Позже, в прошлых веках, все врачи знали немецкий язык и именно на нем вели научные дискуссии. Но сейчас языком международного общения медиков стал именно английский, поэтому каждый хороший врач, чтобы не отставать, должен бегло читать на этом языке.

Не каждый из нас в совершенстве владеет иностранными языками, а тем более сходу сможет разобраться в медицинских терминах. С другой стороны, в нашей медицине отсутствуют единообразие в обследовании и лечении, широко распространена приверженность устаревшим методам лечения. Помимо всего этого со страниц и экранов безудержным потоком льется недобросовестная реклама чудодейственных средств. Она доходит до того, что незаконно использует фотографии известных и уважаемых врачей, в том числе доктора Мясникова, особенно в интернете.

Но это не повод и не причина, чтобы усомниться в своих способностях разобраться в жизненно важных вопросах своего здоровья и получить оптимальное лечение в случае необходимости. В дебрях шарлатанства, безграмотности и непрофессионализма нужен надежный посредник, которым могут стать для вас знания, изложенные в этой книге. Я бы назвала самого доктора Мясникова проводником в мир правильной медицины, однако боюсь задеть его врожденное чувство скромности. Поэтому просто предлагаю:

**ЧИТАЙТЕ – И БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!**

Главный редактор медицинского направления кандидат биологических наук *Ольга Шестова*

## Предисловие автора

Вы держите в руках мою 10-ю книгу, если не считать Энциклопедий, где собраны ранее изданные книги, структурированные для удобства поиска. Для человека пишущего это серьезный юбилей! Такая книга должна быть особенной. Стараясь познакомить вас с современными взглядами на многие медицинские проблемы, я посвящал свои книги и кардиологии, и онкологии, и инфекциям, и здоровому образу жизни, и многому другому. И как-то только сейчас я сообразил, что основное, что нужно знать каждому, я до сих пор так и не сформулировал.

Помните древнюю притчу: «Чтобы накормить человека раз – дай ему рыбу, хочешь, чтобы он был сыт постоянно, – дай ему удочку»? Медицина – это в первую очередь наука со своей системой доказательств, исследований, испытаний; наука настолько стремительно меняющаяся, что за ней часто не поспевают профессионалы, что же говорить об обычных людях? И при этом медицина касается абсолютно всех: бедных и богатых, младенцев и стариков, всех рас и национальностей. И это нам, врачам, только так хочется, чтобы медицина была в первую очередь наукой. На самом деле это причудливый сплав вековых верований, обычаев, традиций, наложенный на индивидуальный опыт каждого. Если по какой-либо причине официальная медицина помочь не может – из-за неправильного ее применения или просто несовершенства, человек ждать не будет, он будет искать помощи у тех, кто ему эту помощь предложит, по крайней мере, пообещает. И тут он ступает на скользкую почву, потому что вариантов множество, а вот предсказуемого нет ни одного.

Но ведь и в рамках официальной медицины возможностей, предлагаемых методов обследования и лечения никак не меньше! При этом на выходе очень часто – потерянное время, деньги и, к сожалению, прямой вред здоровью! В одном исследовании утверждается, что в США, стране, считающейся общепринятым лидером в области медицинской науки, третьей причиной смертности населения является именно неправильное пользование медициной. И здесь не только явные медицинские ошибки! Оценивались данные массовых диспансеризаций, показаний к госпитализации, широкомасштабного применения всевозможных препаратов, включая жизненно важные, такие как статины, аспирин, антибиотики или витамины.

В нашей стране ситуация еще хуже: отсутствие единообразия в обследовании и лечении, общенациональная приверженность к устаревшим подходам, широкая русская душа, не приемлющая рамок и требующая немедленных действий (еврейская, армянская, татарская, немецкая – испокон века такая душа за несколько лет, если выживала, становилась русской!), все это сделало взаимоотношения между нашим населением и существующей медициной настолько запутанными, что без посредника здесь точно не разобраться! Таким посредником я и хочу сделать эту книгу.

Конечно, задача очень непростая и неоднозначная, всегда есть индивидуальные особенности, поэтому все советы, которые вам покажутся резонными, тем не менее необходимо обсудить с грамотным врачом, которому вы доверяете! Их много, они есть около каждого из вас, только иногда надо приложить усилие, чтобы их найти.

И еще. На слуху расхожая фраза сотрудников МЧС: «Все инструкции написаны кровью». Это выражение подходит к этому руководству с поразительной буквальностью! Для того она и написана, чтобы избежать ненужных потерь.



## Глава 1

### Когда надо обращаться к врачу?

*Вчера было рано, завтра будет поздно! Надо брать сегодня!*  
**В. И. Ленин**

Это далеко не такой простой вопрос, как кажется. Конечно, хрестоматийный ответ здесь: «Всегда при ухудшении самочувствия или появлении сомнений в состоянии своего здоровья, а также для периодических профилактических осмотров и вакцинаций». Такой ответ остается самым правильным, в этом нет сомнений! Но тут есть нюансы.

#### *Заметки на полях*

Не удержусь и расскажу старый еврейский анекдот. К ребе пришел человек и спрашивает: «Ребе, никак не могу понять: что такое нюанс?» Тот подумал и сказал: «Как бы тебе объяснить? Ну вот представь: я засунул свой палец тебе в нос! Казалось бы: у тебя палец в носу и у меня палец в носу... Но тут есть нюанс»

Нюанс в несовершенстве организации медицинской помощи. Причем не только у нас, везде, во всем мире! Существует система алгоритмов действия врача при той или иной ситуации. То есть во всех странах с передовой медициной существует. У нас эти алгоритмы только начали внедрять, преодолевая сопротивление и чиновников, и врачей: многие вроде как «присиделись» и ничего менять не хотят. А зря! Ведь утвержденные медицинскими профессиональными сообществами алгоритмы – это своего рода защита от дурака! Все действуем единообразно, согласно коллективному опыту, а отклонения от протокола действия потом придется объяснять и отстаивать перед коллегами. А в чем тогда несовершенство? А вот в чем: любое обращение к врачу влечет за собой каскад действий: у «них» – по алгоритму, у нас – кому как бог на душу положит! Действий не всегда оправданных и не всегда безопасных.

Давайте проиллюстрирую: пришли вы к врачу с головной болью. Врач посмотрел: вроде ничего такого нет, но на всякий случай послал на компьютерную томографию головы (или МРТ), тем более и пациент сам просит! Так вроде всем спокойнее... Вы же хорошо знаете, что врач никогда не скажет: «Нет, я не знаю» или «Вы здоровы, а то, что болит, так это несерьезно!», или «Никакие лекарства вам не нужны». Почему-то многие доктора считают, что подобный ответ роняет достоинство врача. Хотя в основном это проистекает от невежества: сказать больному «нет» и взять тем самым на себя ответственность требует больших знаний и внимания. Посредственный врач может рассуждать так: «Вот я сейчас голову не проверю и опухоль или аневризму пропущу. Пускай уж лучше сходит». А на компьютерной томографии тоже возможны варианты: «Да, я понимаю, что то, что вижу, скорее всего ни о чем таком не говорит, ну а вдруг?!» И появляются заключения о повышенном внутричерепном давлении, разнообразных очагах «сосудистого генеза», гемангиомах и кистах... И уже с такими заключениями люди закручиваются в маховик дальнейших действий вплоть до вмешательства нейрохирурга. Так и идут по жизни со всевозможными диагнозами, твердо убежденные, что больны. Скольких таких я спас от мнимых болезней, скольким предотвратил опасное лечение, совершенно им ненужное!

Часто при КТ или МРТ головы находят множественные очаги и на этом основании ставят диагноз «рассеянный множественный склероз» человеку, не имеющему ровно никакой симптоматики этого заболевания. Тут очень важно четко проверить, насколько томограмма соответствует сложной системе диагностических критериев этого грозного заболевания. Как правило, никак не соответствует – «бой в Крыму, все в дыму и ничего не видно».

На самом деле мы иногда встречаем у, казалось бы, здоровых людей изменения на томограмме, которые подходят под все рентгенологические критерии рассеянного склероза. Тогда речь идет о синдроме рентгенологически изолированного рассеянного склероза. У трети таких больных клиническая картина рассеянного склероза впоследствии – уввы! – развивается. Поэтому часто таким пациентам начинают вводить интерферон, не дожидаясь этого. Серьезное, очень дорогостоящее лекарство с массой побочных действий. Там, где это оправдано, – там, конечно, необходимо. А как быть с сотнями тысяч пациентов с неясными «множественными очаговыми изменениями»? На Западе подход более дифференцированный и должен был бы основываться на международных алгоритмах. Там учат распознавать опасные симптомы и посылать на исследование только тех, у кого можно заподозрить за головной болью серьезное заболевание. Но люди, они везде люди. Спешка, нежелание брать на себя ответственность и там дают о себе знать! И вот результат: только за 4 года, с 2010 по 2014, количество неправильно посланных на КТ или МРТ головы в странах Европы удвоилось! Со всеми вытекающими неприятными последствиями.

### *Заметки на полях*

Меня шокировали недавние данные Американской медицинской ассоциации (2016 г.). 1224 лицензированным врачам разослали вопросник, в котором спрашивали, а чем они, собственно, руководствуются, посылая больного на МРТ при наличии болей в пояснице? Напомню: по современным стандартам при появлении боли в пояснице ни рентген, ни тем более МРТ при отсутствии специальныхстораживающих симптомов делать первые 2 месяца не надо. Для чистоты эксперимента гарантировали докторам анонимность. И вот что получилось: только 3,3 % опрошенных докторов ответили, что они, и правда, думали, что эти исследования помогут им в диагностике и лечении. Только 3,3 %!!! 57,8 % докторов ответили, что не хотели оставить ожидания пациента получить МРТ неоправданными. То есть, иначе говоря, «не хотели обидеть пациента отказом»! 27,2 % врачей отправляют пациента на ненужное ему МРТ, опасаясь жалоб и обращения больного к юристу. 5,8 % врачей просто сказали, что уступили просьбе пациента. И при этом 92,7 % опрошенных отметили, что они понимают, что неоправданное назначение МРТ при болях в пояснице может повлечь дальнейший каскад исследований и ненужных вмешательств, вплоть до оперативных. И это в Америке, где медицина регламентирована как устав морской пехоты!

А сколько людей обращаются к врачам с повышенной, по их мнению, температурой! Один из самых устойчивых медицинских мифов: нормальная температура – 36,6 °С, а 37–37,5 °С – это повышенная (все даже знают слово «субфебрилитет»). И сколько ни тверди, что до 37,7 °С – это нормальная температура человеческого тела при измерении под мышкой, ничего не меняется! Температура тела колеблется у человека в течение дня (максимум приходится примерно на 16 часов) в зависимости от фаз менструального цикла, при потреблении определенной пищи или лекарств. Она на 1 градус выше при измерении в прямой кишке (стандарт измерения в американских госпиталях) и в полости рта. (В палатах там стоит на штативе с колесиками электронный градусник с двумя датчиками: красным и синим. Один – для измерения в заднем проходе, другой – во рту. Всегда боялся перепутать!). Я уже почти смирился с тем, что донести современную норму температуры тела, подтвержденную исследованиями, я вам не смогу. 100 лет объясняю это моей жене, она с интересом слушает, но при малейшем недомогании говорит: «Я заболела! У меня температура!» – «Какая? 37,2!»». Это как с потреблением воды: «Как это необязательно? Все говорят, что надо пить!»

Давайте посмотрим с другой стороны. Я привожу данные современной медицины и говорю: «37,7 – это нормально!» Вы все: «Доктор, что вы говорите, при 37,1 я уже никакая (никакой), и тело ломит и голова болит...» Хорошо, допустим, вы действительно плохо себя чувствуете при такой температуре. (Хотя припомните: сколько раз вы себя так же плохо себя чувствовали, а температура была 36,6?) Но для чего мы эту температуру меряем? Ведь не из простого же любопытства? Мы хотим понять: когда эту температуру пора начинать снижать, с каких значений об этом надо задуматься? Во всем мире эта граница 38 °С. Снижать температуру в диапазоне 37 °С и бессмысленно, и опасно. **Опасно** потому, что все те таблетки и порошки для понижения температуры имеют побочные действия. Аспирин противопоказан детям и людям с гастритом, нестероидные противовоспалительные средства (нурофен, вольтарен, напроксен) – сердечникам и пожилым людям. И если мы хоть в 0,001 % ставим под угрозу жизнь ребенка или старика, то это должно быть как минимум оправдано. При температуре ниже 38 °С риск определенно превышает пользу!

Теперь про **бессмысленно**. Температура повышается в ответ на те или иные процессы в организме. Сама по себе она начинает давать симптому, когда перевалит за 38. То есть до 38 °С – это повышение вторично плохому по каким-то причинам самочувствию, выше 38 °С она может ухудшать самочувствие человека сама по себе. При этом помните: вирус перестает размножаться как раз при температуре окружающей среды 38 °С. Понизив эту температуру, разбудим вирус; организм таким образом (повышением температуры) с ним борется! Если у ребенка температура 39 °С, но он ест, пьет и играет, то не надо эту температуру снижать! Лечим не градусник, лечим человека. А если ребенок с нормальной температурой вялый, заторможенный, не пьет или у него сыпь – вот тут как раз надо бить тревогу, несмотря на нормальную температуру.

Ну ладно, повышенная температура – тут хоть какое-то отклонение прослеживается. Международная статистика показывает, что у 70 % людей, обратившихся на первичном приеме с теми или иными жалобами, при обследовании не обнаруживается ровным счетом ничего, никакой патологии. Хотя эти пациенты иногда реально плохо себя чувствуют (подробно о соматоформных расстройствах в моей книге «Призраки»). Дело в том, что их болевые и прочие рецепторы по каким-то причинам (часто похожим на пути развития аллергии) сенсibilизируются, становятся сверхчувствительными и реагируют на такие малые раздражители, которые рецепторы обычного человека просто не замечают. Конечно, эти люди также нуждаются в медицинской помощи, и существует целый арсенал как лекарственных, так и нелекарственных средств борьбы с соматоформными расстройствами. Но равно существуют и ограничения в объемах обследования таких больных. Проверяют по нескольким ключевым точкам, и если все нормально, то стоп, больше не «копают».

Много ли врачей могут остановить обследования, глядя, как пациент упорно жалуется на боли, например, в животе? Да еще если на УЗИ какая-то неясная тень в районе поджелудочной железы: то ли это кишка, то ли?! И повторяются компьютерные томографии с контрастом и без контраста, гастро- и колоноскопия, холангиография и проч., и проч. В масштабах страны тратятся миллиарды денег! В США подсчитали, что потери от избыточной диагностики и неправильного лечения соматоформных расстройств (когда симптомы есть, а «материальной подоплеки» для них нет) составляют сотни миллиардов долларов, – больше, чем затраты на борьбу с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и диабетом вместе взятыми! Так что умение вовремя остановиться – большое достоинство врача и признак профессионала, остается лишь устоять перед просьбами человека, которому его жалобы мешают жить.

Россия – единственная страна (кроме бывших союзных республик, там в большинстве также сохранился менталитет и подходы еще со времен СССР), где так любят вызывать врача на дом и имеют такую возможность. Врач из поликлиники, неотложка, (да-да, сегодня эта служба возрождается), «Скорая помощь» – стоит только пожелать! Казалось бы, вот и хорошо, вот и

здорово. Но давайте подумаем: почему в большинстве развитых стран мира врачи на домашние вызовы больше не ходят, врачи на скорой помощи не ездят, только фельдшеры, да и саму функцию «Скорой» делят с другими неотложными службами – пожарными, например? Не дай бог, на улицах Европы произойдет сердечный приступ или попадете в аварию! Тут же примчатся brave пожарники, вытащат носилки, иммобилизируют, обезболят и в течение нескольких минут доставят больного или пострадавшего в госпиталь.

**Затраты на ненужную диагностику и неправильное лечение «болезней-призраков» (когда симптомы есть, а объективно врачи ничего не находят) больше, чем на борьбу с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и диабетом вместе взятыми!**

В Америке специально для иммигрантов выпускают памятку, где «на пальцах» объясняют: «Тут Америка, детка!», что здесь делать надо, а что нет. Специальная глава посвящена вызовам врача на дом и «Скорой помощи». Там объясняют, что на дом врач не придет, а «Скорую» можно вызывать только при действительно критических состояниях, например, потере сознания. И в самом деле: а что врач на дому может сделать? Если там, и правда, что-то серьезное: инфаркт, инсульт, тромбоэмболия, то ничего! Максимум – введет обезболивающее! При таких состояниях счет идет на минуты! При инфаркте срок от начала приступа до начала ангиопластики не должен превышать 120 минут, при инсульте – 180 минут. Тут важно как можно скорее доставить больного туда, где может быть оказана современная помощь. Приезд врача на дом, осмотр и опрос пациента или родственников, кардиограмма, инъекции но-шпы или магнезии, ожидание эффекта – и драгоценные минуты потеряны... («Есть забота на лице, есть магнезия в шприце, щас она там быстро оклемается!» Добавлю: или не оклемается...). Везде отказались от порочной тактики доставки на дом (или на место происшествия) передвижного филиала больницы (врач, фельдшер, оборудованная машина).

Как ни фаршируй машину «Скорой», набор заложенных в нее возможностей резко ограничен по сравнению с приемным отделением больницы или госпиталя. Там работает команда врачей, с рентгеном, лабораторией, компьютерной томографией, операционными, запасами крови, медикаментов, инструментов. Поэтому во всем мире перенесли акцент на скорейшую доставку больного/пострадавшего в эти специально приспособленные больничные условия. А это вполне способен сделать хорошо тренированный фельдшер. Машину «Скорой» не оборудуешь под современное приемное отделение больницы, но для поддержания жизни больного в критическом состоянии на время перевозки – вполне. Сравните две идеологии: при одной врач приезжает, проводит диагностику, начинает лечение, ждет эффекта и при его отсутствии отвозит пациента в больницу. При другой – скорейшая, без малейшего промедления доставка больного в необходимые условия и поддержание его жизненных функций во время транспортировки.

Вот как это выглядит на практике. Поступает вызов, что мистер Смит обнаружен в квартире на полу без сознания. Через несколько минут прибывает «Скорая» (пусть попробует кто-то из участников движения ее не пропустить – лишится прав надолго, а может и под суд пойти!). Фельдшер фиксирует, что больной без сознания, но дышит, есть пульс, держит давление. Не разбираясь в дальнейшем, вводит внутривенно коктейль, где содержится комбинация препаратов от разнообразных причин потери сознания: глюкоза (если это гипогликемия, то человек очнется, если наоборот – хуже уже не будет), налоксон – лекарство против отравления морфием (героином) и алкоголем, антибиотик цефтриаксон – вдруг тут менингит, если нет, то и вреда не будет. Ну и остальное все в том же духе.

Если «попал» – хорошо, не попал – ну, значит, не повезло, вреда большого тоже нет. Не дожидаясь результата от действия введенного коктейля, больного загружают в машину. Если он не может самостоятельно дышать, его интубируют и подключают к аппарату искусственного

дыхания. По дороге фельдшер звонит в приемное отделение госпиталя и предупреждает: «Везу черного мужчину 45 лет, без сознания, давление держит плохо, сильно ускоренный пульс, коктейль не подействовал». На пандусе госпиталя его уже будут ждать сестры с каталкой, больного переложат и повезут внутрь, по дороге на ходу возьмут во всевозможные пробирки кровь без назначения врача, по площадям. Доктор потом решит, что надо, остальные пробирки просто выкинут. Зато сколько времени экономится! Получив такого больного, врач приемного отделения и не пытается решить: «Ой, а что это с ним, диагноз-то какой?» Нет времени на гадание. В первую очередь нужно стабилизировать больного – дыхание, внутривенная линия, жидкость, если аритмия и нестабильное падающее артериальное давление – электрический разряд. Там и анализы первые подоспели: в крови признаки воспаления, температура повышена, шея ригидна (не сгибается) – становится понятно, что скорее всего менингит; тут же КТ и люмбальная пункция (необходимо получить спинномозговую жидкость для анализа). При подозрении на менингит первый грамм антибиотика в вену должен быть дан в первый же час, не дожидаясь подтверждения диагноза. У нас этот грамм уже был дан фельдшером в коктейле – молодцы, значит «попали»!

Когда я руководил частной клиникой в Москве и у нас была собственная машина «Скорой помощи», я наставлял доктора, спешащего на вызов: «Бабушку на месте не лечить! Твоя задача – привезти ее сюда как можно скорее, обеспечив ей безопасность транспортировки. Твоя задача – дыхание, давление и пульс, все!» А то на дому или по дороге вводят различные лекарства, потом не поймешь, что к чему, все эти магнезии и анальгины никакой пользы все равно не дают... А то приедут на вызов, а там желудочное кровотечение. И начинают его останавливать, а что ты на дому-то сделаешь? Больной кровью истекает, рвет его этой кровью, а ему все лед на грудь и противорвотные вводят! Срочно доставить в больницу, гастроскопию сделать и сосуд прижечь, а они время бессмысленно теряют, уменьшая шансы на благополучную доставку!

Примерно такая же ситуация и с вызовом врача на дом. Единственную пользу, которую он может принести, – это открыть больничный лист без посещения поликлиники! Но если вы действительно больны, то о какой качественной помощи и диагностике может идти речь на дому? Ни анализа, ни рентгена, ни ЭКГ. Просто за ручку подержать, капелек дать и посоветовать в больницу/поликлинику пойти? Так стоит ли для этого врача на дом звать? У нас врачей в поликлиниках не хватает, вызовы на дом – большое обременение для поликлиник. Добро бы еще смысл был бы... Ну а за рубежом врач – высокообразованный и высокооплачиваемый специалист, каждая минута которого стоит больших денег. Никто не может себе позволить такие траты, как «выключить» врача из оборота клиники на полтора часа, послав его на дом к бабушке с головокружением. Если там ситуация срочная, инсульт, например, нужны скорая помощь, КТ и удаление тромба, если нет – родственники вполне могут привести больную в поликлинику или больницу. На все другие случаи есть (ТАМ есть, у нас должны быть, должны быть организованы) социальные службы, отслеживающие: есть ли у одинокой бабушки лекарство и еда, когда у нее очередной контрольный визит к врачу, нужна ли ей помощь с доставкой. Конечно, пока все это очень далеко от нашей реальности. Но пока просто поймите хотя бы для себя: на дому врач мало что может сделать; большой, очень большой шанс врачебной ошибки. Вызвали, выслушали совет, но если лучше не становится, идите в больницу!

### *Заметки на полях*

Раз в месяц Департамент здравоохранения Москвы устраивает клинко-анатомические конференции. Разбирают различные сложные случаи. И очень часто вся сложность случая обусловлена несвоевременной правильной диагностикой. На добольничном этапе упущено время, и потом никакие героические усилия врачей реанимации не спасают. Женщина 60 лет, боли в спине. Скорая приезжала 2 раза, расценила как острый радикулит, потом

врач из поликлиники приходил 6 раз (!!!), всё спину лечил. Никто не обратил внимания, что у женщины спина болела в любом положении – и стоя, и лежа – с одинаковой интенсивностью. Оказалась аневризма брюшного отдела аорты, кончилось разрывом и смертью... Молодая мама, ребенку 8 месяцев, плохое самочувствие, периодические боли в животе, какие-то точечные высыпания на коже... 8 домашних визитов, пока больная не потеряла сознание и не была доставлена в реанимацию. И не ОРЗ там оказалось, и не дерматит, и не остеохондроз (ох уж этот остеохондроз, сколько людей погибло, пока лечили якобы его, а не реальную болезнь!), а глобальные нарушения свертываемости крови, что иногда встречается вскоре после родов. И таких примеров удручающе много!

Если вам просто некому пожаловаться и хочется внимания, то нужен ли вам именно врач? Если вы действительно обеспокоены своим состоянием, – идите в клинику сами. Не секрет, что по вызовам ходят участковые врачи, они замотаны своей часто монотонной работой, писаниной, читать им особо некогда, весь набор их диагнозов – ОРЗ, остеохондроз, вегетососудистая дистония, гипертонический криз и дисбактериоз. В поликлинике ему в помощь и анализы, и рентген, при вашей настойчивости – и многое другое. Возможности помочь вам в клинике у того же участкового значительно шире. Ну, а если у вас есть врач, которому вы доверяете и который заслуживает этого доверия, то тем более надо обращаться к нему. Вопрос о домашних визитах может быть правомерен при долечивании на дому после больничного лечения. Во многих странах сегодня это решается по электронной почте, по телефону. У нас я тоже советую не полагаться на участкового врача, а звонить и советоваться с докторами, которые вас лечили в отделении. В заключение этой главы скажу: у меня нет общего рецепта, который позволил бы вам самому решать – нужен вам врач или нет. Если сомневаетесь хоть на секунду, возвращаемся к первой фразе этой главы – обращайтесь **к врачу!** Но предупредить о подводных камнях на этом пути, да что там камнях, скалах и рифах, хочу и должен. В моих предыдущих книгах, рассказывая о всевозможных болезнях, я всегда старался описать случаи, когда нельзя затягивать с обращением к врачу. В приложении в конце книги даны вкратце самые частые состояния и те тревожные их симптомы, которые вы не должны пропустить.

## Глава 2

### Как правильно оценить врача

*Верить никому нельзя! Мне – можно.  
Мюллер Штирлицу*

Это была самая трудная для написания глава. Меня постоянно спрашивают: «К какому врачу обратиться?» Я неизменно отвечаю: «К хорошему». После этого обычно разговор заходит в тупик. Хорошо знакомый нам всем лозунг: «Наши врачи – самые лучшие в мире!» А вот тут как посмотреть. И если они самые лучшие, то почему у нас с медициной такая беда? Лучшие – это какие: самые добрые, самые отзывчивые? Тогда да, мы все знаем врачей, которые буквально умирают с каждым своим пациентом. Я много раз видел, как наши врачи плакали от бессилия, как отдавали свою кровь, как на свои деньги покупали лекарства!

Такой души, как у наших врачей, вы не встретите нигде! Когда я работал в госпитале в Нью-Йорке, не покидало ощущение, что тружусь на фабрике мясных консервов. Так, добавим еще калия, кальция, снизим глюкозу, антибиотики еще на 5 дней, нижнее давление опустить, а кислород в крови поднять – вот атмосфера госпиталя. Много раз нам вбивали в голову: «Если больному суждено умереть, он умрет! Но умереть он должен с нормальным уровнем калия и других электролитов!» Жалость к больному, сострадание? О чем вы говорите! Лично меня больные любили потому, что я один разговаривал с ними на отвлеченные темы – про жен, детей, работу.

А теперь оцените цинизм, с которым один американский доктор учил меня, что надо делать в приемном отделении госпиталя (emergency room), если, не дай бог, придется туда попасть в качестве больного: «Александр, запомни, если ты не хочешь лежать на голой каталке посреди коридора приемного покоя вечно, если хочешь, чтобы тебя перевели поскорее на этаж в отделение, то ты должен создать максимальное неудобство медсестрам и докторам! Ты должен громко стонать, портить воздух, желательно плевать на пол и мочиться под себя – тогда от тебя избавятся в течение получаса».

#### **Заметки на полях**

Что-то подобное используют и врачи emergency room, пытаюсь воздействовать на доктора, отвечающего за перевод ожидающих своей очереди больных на этаж. Мы все по графику выступаем в этой роли. Это нечто, по накалу что-то сродни работе авиадиспетчера! Приходится сидеть за стойкой посреди приемного отделения, кругом каталки, мечутся доктора, сестры, мест наверху нет, отправляю в первую очередь только самых тяжелых. Доктора подбегают, каждый просит отправить наверх в отделение именно его больного (пока он в приемном, за все в ответе врач приемного покоя). Отказываешь – в ответ ругань! Какая там толерантность: тут и «факинг рашн» (гребанный русский) и «сан оф зе битч» (сукин сын) – много чего приходится слышать в свой адрес. В ответ вяло отругиваюсь русским матом – обычная рабочая обстановка emergency room скорпомощного американского госпиталя. Как-то сижу за стойкой, накручивая телефон, стараясь выбить места в отделении, чувствую жуткий запах! Смотрю, прямо под мою стойку подкатили каталку с больным, который ужасно смердит, не пахнет, а именно смердит! Я вышел и перекатил его подальше от себя, к самому входу. Через какое-то время почувствовал, что он опять здесь: точно, каталка опять у меня под носом! Опять вышел, опять перекатил вглубь, но не надолго, через несколько минут

кто-то передвинул ее обратно. Я сдался: при первой же возможности отправил этого больного на этаж под торжествующие взгляды дежурных медсестер приемного отделения!

Только ведь профессионалу одного сострадания, одного большого сердца мало, помимо него врачу надо иметь систематизированные знания и правильно наработанные рефлексy. А вот с этим у наших врачей часто проблемы. Циники говорят: «Хотите преданности – заведите себе пуделя!» Вам нужны сострадание, жалость, участие? Очень хорошо понимаю! Это действительно имеет терапевтический эффект. Вот пример номер один: у вас болит голова, тошнит, поднялось давление, спали плохо. Врач подержит вас за руку, посетует с вами на погоду, даст корвалол или сделает инъекцию но-шпы. Назначит церебролизин или глицин. И вам станет лучше. Не зря говорят: если после разговора с врачом вам не стало лучше, это плохой врач!

Но вот пример номер два: у вас появились боль в груди, одышка, сердцебиение. Тот же врач выслушал ваши легкие и успокоил: «Все чисто, это у вас бронхит начинается, да и понервничали вы сегодня, наверное!» Даст тот же корвалол и антибиотик назначит, приходите через три дня. Не понимая, что через три дня больного скорее всего и на свете уже не будет: он нуждается в экстренной помощи, у него тромбоэмболия в легочную артерию, при которой как раз характерны одышка, сердцебиение и ЧИСТЫЕ легкие! Но это надо знать:стораживающие симптомы, факторы риска, алгоритм действий! А он только за руку держать умеет и о погоде под корвалол разговаривать! Я, кстати, не утрирую – это реальный случай из практики в одной из московских больниц.

Так что есть красота?  
И почему ее обожествляют люди?  
Сосуд ли это, в коем пустота,  
Или огонь, мерцающий в сосуде?

Это мой любимый Николай Заболоцкий. Да, конечно, хорошо бы иметь и красивый сосуд, и огонь в нем! Но подобное сочетание встречается не часто. Отчасти и потому, что чувство жалости и сострадания иногда мешает правильной и трезвой оценке ситуации. Именно поэтому врач практически никогда не лечит своих родственников. Цитата из моей настольной книги Л. Соболева «Капитальный ремонт»: «120-ю человеческими душами тяжело командовать: в их печали вглядываясь, на стрельбах цели не разглядишь! А вот 120-ю матросами – очень даже запросто!» Так или иначе, выбирая врача, вы должны для себя определиться: вам нужен «батюшка» или жесткий профессионал? Повторюсь: идеальна ситуация, когда «два в одном флаконе», но подобное встречается редко.

Проблема в том, что человеческие качества врача, его отзывчивость и благожелательность вы можете оценить довольно точно самостоятельно. А вот с профессионализмом все значительно труднее. «Я такого хорошего врача знаю, он Марию Ивановну оперировал, с того света вытащил». Да, вытащил... наверное. Но вполне может быть, что Марии Ивановне операция не нужна была вовсе, что она оперирована по допотопной методике. Вот пример: пошла такая Мария Ивановна к доктору. Он по доброте душевной сделал ей УЗИ и обнаружил камни желчного пузыря. Никогда не болело, но вот они, голубчики! «Так, Мария Ивановна, надо удалять!» Надо так надо... На операции что-то пошло не так, развилась аритмия и упало давление – бывает же такое, и не так уж редко. Оперативно дали разряд, ввели лекарство, перелили кровь. Все окончилось благополучно, спасибо докторам! Да, конечно, только маленькое «но»: операция тут была вовсе не нужна! Во всем мире «немые» камни не оперируют, только если они провоцируют приступы.



**Если после разговора с врачом вам не стало лучше, – это плохой врач! Однако его профессиональные качества оценивают еще и по другим важным критериям, в том числе по умению остановить каскад ненужных исследований.**

Давайте рассмотрим, по каким критериям обычный человек без медицинского образования может оценить профессионализм врача. В этих советах нет абсолюта, это мое личное мнение, но все-таки рекомендую их запомнить.

## 1. Умение говорить больному «нет»

«О, – скажете вы, – да по такому критерию у нас каждый врач – корифей! Только НЕТ и говорит, пока денег не дашь!» Но я о другом. Хамство, коррупцию и равнодушие мы не обсуждаем. Цинизм и профессионализм в работе врача несовместимы. Ты годами «натаскан» на решение диагностических и лечебных задач, ты как заточенный инструмент, который не может бездействовать, если в нем есть нужда. Осознанно сказать больному «нет», «вам не нужно это исследование», «вам не нужна повторная консультация», «вам нужно не лекарство, а изменение образа жизни» – все это требует больших знаний и ответственности. Куда как проще сказать «да» и отправить больного на обследования и процедуры. Если врач всесторонне оценил ситуацию, все взвесил и по итогам решил и смог сказать пациенту «нет» и тот поверил, не обиделся, не побежал тут же к другому, значит, это хороший врач. Повторюсь: не отмахнулся, а взвесил, оценил и вынес свой мотивированный вердикт. И если такой врач в другой ситуации скажет больному: «да, тут надо лечиться», то это будет очень весомо! В устах того, кто может мотивированно сказать «нет», «да» будет звучать тем более убедительно.

Угождать больному – значит, действовать не в его интересах. Женский принцип «проще дать, чем отказать» тут не работает. К тебе пришли за советом, вот и будь добр дать такой совет, «не щадя живота своего, как верному, честному нелицемерному воину быть надлежит» (слова из петровской присяги).

## 2. Правильное ведение расспроса и осмотра

Еще мой отец мне говорил: сбор анамнеза у пациента сродни беседе следователя с подозреваемым. Правильно поставленные вопросы, правильный сбор информации позволяют правильно поставить диагноз в 90 % случаев. Недаром многие клинические рекомендации по диагностике основных симптомов болезней начинаются словами: если при сборе анамнеза и физическом осмотре вы не смогли заподозрить диагноз, то и инструментально-лабораторные методы исследования вам скорее всего не помогут. Вот то, что у вас должны спросить обязательно помимо истории вашего заболевания, с которой вы сейчас обратились: возраст, профессию (и профвредности!), образ жизни, характер питания, наличие вредных привычек (курение, алкоголь, сколько, как давно, как часто), какими болезнями болели ранее, лечились ли стационарно, были ли операции, переливания крови, какие медикаменты принимаете на постоянной основе, наличие аллергии, знаете ли вы уровень своего сахара, холестерина, давления, сколько у вас детей, сколько выкидышей, день последней менструации, когда последний раз были у терапевта, у гинеколога. Банально? Ну да, наверное, банально... Вот вам пример из жизни: приходит женщина 35 лет и жалуется на выпадение волос и постоянную слабость. Иногда сыпь на лице, иногда язвочки во рту, авитаминоз, наверное! Приносит ранее сделанные анализы – ну да, умеренная анемия, вот железо принимала несколько месяцев. Ничего не помогает! Можно, конечно, сделать МРТ головы, УЗИ, проверить щитовидную железу, провести исследование на гепатиты. И в плане это может быть пролактинома, аутоиммунный тиреоидит, хронический гепатит, которые вполне могут давать подобную картину. Но давайте еще поспрашиваем пациентку:

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.