



**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
3. Готовность врача отправить вас на исследование (анализы) после первых 5 минут разговора – это признак плохого профессионала. Когда врач, едва услышав ваши жалобы, отключается, начинает кивать, явно думая о чем-то своем и двигает к себе бланк назначения на анализ или исследование – это сигнал вам, что задерживаться у такого не стоит.	21
4. Если врач говорит о вреде прививок или про необходимость обследоваться перед ними, от такого горе-врача надо бежать сразу!	22
5. Умение правильно назначить лечение	24
Глава 3	26
Глава 4	35
Глава 5	37
Конец ознакомительного фрагмента.	38

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 прирожденное 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 разобратся! 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 – увы! – 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 неправомерно 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 °C, а 37–37,5 °C – это повышенная (все даже знают слово «субфебрилитет»). И сколько ни тверди, что до 37,7 °C – 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) сенсibiliзируются, 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!

Раз в месяц Департамент здравоохранения Москвы устраивает клинико-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 ответ 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 «батьюшка» или жесткий профессионал? Повторю: 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:

– Беременности были?

– Да...

– А детей сколько?

– Нет детей.

– Три раза беременели и каждый раз выкидыши?

– Врачи говорят, это от сифилиса!

– Какого сифилиса?!

– Ну, анализ у меня показал, как раз акушер при первой беременности и проверил! Не знаю откуда, мужа проверяли, он чист! Я про себя ему так и не сказала, ведь не поверит никогда! Антибиотики давали, да.

– Бывало, что нога с одной стороны опухала?

– Пару раз отекала правая голень, уж очень болело сильно! Сейчас, правда, все хорошо.

Все, можно дальше не напрягаться: у больной системная красная волчанка и антифосфолипидный синдром. Типична склонность к тромбозам (голень!), повторным выкидышам и ложноположительный тест на сифилис! Тут надо гормоны начинать давать, противосвертывающие препараты, беременность планировать и на гепарине вести... вот и усталость откуда, и выпадение волос, и язвочки! Все решилось за письменным столом, последующие анализы лишь подтвердили диагноз! Получается все не так уж и банально! То же относится и к врачебному осмотру. Очень многое может обнаружить внимательный врач. Запомните: хороший врач вас обязательно разденет и подробно осмотрит, даже если вы пришли с пустячной жалобой. Если он этого не сделает, заглянет мельком в горло и «перекрестит» стетоскопом – выбирайте другого. Я обнаруживал неисчислимое число раз серьезные болезни у людей, которые приходили с болью в руке или банальным геморроем. В осмотр входит и ректальное, и вагинальное исследование, и осмотр глазного дна (как много может увидеть грамотный терапевт на глазном дне!), выслушивание сердца и сосудов стоя и лежа, пальпация периферического пульса и всех лимфоузлов, молочных желез, осмотр кожи и слизистых.

Сколько раз я находил меланому в ягодичных складках, под ногтем или внутри рта! 50 % всех опухолей прямой кишки находится в пределах достижения пальцем. В 20 % случаев опухоли груди не видны на маммограмме, их обнаруживают только при правильной пальпации.

Исследования всегда вторичны сбору анамнеза и врачебному осмотру, они нужны только чтобы подтвердить и уточнить установленный диагноз. Еще пример: вы видите на коже у пациента белые пятна – витилиго. Начинаете прицельно спрашивать про самочувствие, как переносит холод, не шатает ли в сторону при ходьбе, не было ли анемии, как печень? Почему? Да потому что витилиго – аутоиммунное заболевание. Свои антитела, перепутав сигналы «свой – чужой», начинают пожирать свои же меланоциты – клетки, вырабатывающие мелатонин, пигмент. А раз так, то вполне могут быть проявления и других аутоиммунных заболеваний – пернициозной анемии, аутоиммунного тиреоидита, гепатита и проч. И проверять теперь я это буду осознанно и прицельно.

3. Готовность врача отправить вас на исследование (анализы) после первых 5 минут разговора – это признак плохого профессионала. Когда врач, едва услышав ваши жалобы, отключается, начинает кивать, явно думая о чем-то своем и двигает к себе бланк назначения на анализ или исследование – это сигнал вам, что задерживаться у такого не стоит.

Заметки на полях

Циничный американский врачебный анекдот. Врач-гинеколог обследует на кресле чернокожую пациентку. Осматривает долго, ощупывая ее взглядом и напряженно о чем-то думая. Потом просит пациентку одеться, сам берет телефон и звонит автодилеру: «Все-таки я решил: черный «Порш» на красной коже!»

Как правило, такой врач преследует только одну цель: сбавить вас с глаз долой, а там видно будет. Включать свой мозг он не хочет или не умеет. Хотите проверить щитовидную железу? Вот он и направит вас на УЗИ «щитовидки». Не понимая, что наиболее важная и первоочередная информация – это не УЗИ, а анализ крови на гормоны щитовидной железы. Проверяя почки, обязательно назначит анализ на мочевины, не понимая, что мочевина, несмотря на свое название, никакого отношения к функции почек не имеет. Далее везде: при болях в сердце – ЭхоКГ, при угрях – анализ кала, при отеках век – анализ мочи... Бессмысленная потеря времени и средств. Чем отличается врач без сложившейся диагностической концепции и понимания, что и зачем делает, от повара, занявшего его место? Последний тоже в белом халате! (Я без наезда на поваров – безмерно их уважаю и завидую! Обычно в таких случаях привожу пример про таксистов, мол, раз не разбираешься – иди такси водить! Но как-то таксисты мне справедливо высказали, а что, мол, вы про нас так, у нас работа сложная и не каждому по плечу!) Не говоря уже о том, что по программе государственных гарантий диагностическое исследование должно быть вам проведено в течение 14 дней, КТ и МРТ – месяца. И если пожилого человека с головной болью в области виска с одной стороны послать с глаз долой на КТ, не расспросив его про возможное наличие мышечной слабости, потливости, не пощупав ему голову, то пациент за это время вполне может ослепнуть! Потому что его диагноз – височный артериит, первые симптомы которого – сильная боль в височной области, там же болезненное напряжение тканей, КТ вообще ничего в этой ситуации и не покажет, даже если его сделать сразу! Подтверждает диагноз обычный анализ крови на СОЭ, а предотвратит грозное осложнение срочное начало лечения гормонами.

Сколько раз я сталкивался с тем, когда врач назначает кучу анализов, а потом они так и лежат невостребованными! И когда посылает на ЭХО или УЗИ и больше не интересуется результатами. Возможно, еще на кушетке врач-диагност что-то и объяснит больному, как правило, только во вред ему. Объединить и проанализировать все данные – дело лечащего врача, диагност видит только часть пазла. А так результат вклеят в карту, она уйдет в архив и...

4. Если врач говорит о вреде прививок или про необходимость обследоваться перед ними, от такого горе-врача надо бежать сразу!

Если речь шла о вреде прививок, тут никаких компромиссов: ваш гражданский долг – обязательно сообщать про это его главному врачу и в департамент здравоохранения! Это не врач, это предатель медицины и вредитель здоровью людей! Да, вот так жестко, а *la guerre com a la guerre*! Про исследование перед прививками врач может и заблуждаться или предлагать это из лучших побуждений. Но по современным воззрениям делать этого не нужно. От того 0,00000000000001 % шанса получить реальное осложнение это все равно не уберезет, тогда зачем сомневаться в прививках? Таков минимальный шанс возможных осложнений. Про 0,00000000000001 % шанса осложнений: он значительно ниже, чем шанс наступить на живую гадюку в московском метро! А вот заболеть, например, корью, если рядом больной, шанс почти 100 %! И даже если не только рядом, а был в этой комнате час назад и вышел. От кори не только умирают, мучительно задыхаясь и хрипя, от нее можно стать идиотом. Мы перестали это видеть в СССР, теперь же случаи коревого панэнцефалита опять не редкость. Через несколько лет после перенесенной кори подросток начинает плохо учиться, становится агрессивным, замкнутым. Все может закончиться судорогами и иногда смертью. Помимо личной защиты вас и ваших детей прививка – еще и ваш гражданский долг. С точки зрения бактерий мы – «стадо». Чтобы прервать циркуляцию инфекционных болезней, любое стадо должно быть привито минимум на 70 %. И человеческое в том числе. Мы очень давно сильно снизили этот порог, а теперь удивляемся вспышке онкологических заболеваний, циррозов печени и туберкулеза, росту количества случаев врожденных уродств, бесплодия, резко увеличившейся смертности от банального гриппа и т. д. Да-да, онкология, которой мы все так боимся, в 20 % случаев – суть инфекционные заболевания, многие из которых можно предотвратить прививками: рак печени, желудка, гортани, шейки матки и проч. Риск онкологии у инфицированных туберкулезом в 4 раза выше, чем у обычного человека, а про ВИЧ, гепатиты, вирус Эпштейна-Барр и говорить не буду.

Возвращаясь к лучшим побуждениям. Не все ли вам равно, чем руководствуется такой врач, главное в этой ситуации то, что он не владеет современными данными и действует вопреки рекомендациям профессиональных сообществ. И вот тут меня практические врачи могут уличить: «А вы, доктор, в курсе, что в наших российских рекомендациях до сих пор существует постулат о необходимости обследования перед прививками?!» Увы, у нас медицина отстает от международной лет на... не хочу никого совсем уж сильно обижать и напишу: лет на 20. Но сейчас многие рекомендации приводятся в соответствие с международными, надеюсь, этот процесс продолжится.

Заметки на полях

Все хорошо знают, что перед проведением самой пустячной операции, ну хотя бы стоматологической, необходимо сделать ряд анализов: группа крови, ВИЧ, гепатиты, свертываемость, а еще ЭКГ, рентгенографию, часто гастроскопию... так? Так, так... А знаете, сколько анализов необходимо сделать перед удалением, например, кисты или даже небольшой онкологической опухоли груди во Франции? НИ ОДНОГО! Вообще ни одного! «А зачем?», – говорит на голубом французском глазу доктор: «Больная стабильна, шанс, что я выявлю реальную патологию 1: 1000. И зачем я буду вводить в траты эту тысячу пациентов, чтобы выявить одну

патологию?! ХХІ век на дворе: если что, я прямо у стола сделаю все нужные экспресс-анализы, моментально скорректирую отклонения!» Вуаля!

5. Умение правильно назначить лечение

«А как мы это можем оценить? – справедливо спросите вы. – Нам врач назначает лечение, а мы ему следуем!» Да, все так, если врач – профессионал. Для того и написана эта глава, чтобы вы хоть как-то могли определить, насколько доктор заслуживает доверия.

Мне всегда нравилось лечить иностранцев. Они, столкнувшись с проблемой, сразу обращаются, нет, не к врачу, к интернету. Не к тому «дикому» российскому интернету с фантазийными чатами и бездумными советами, а на специальные медицинские сайты для пациентов. Изучают информацию и только потом идут к врачу. И когда они видят, что врач свободно ориентируется в информации, аргументированно отвечает на вопросы по теме, объясняет, почему в данном конкретном случае вычитанное в интернете больному не подходит, то доверие такому врачу будет высоким. И врачу с такими начитанными пациентами иметь дело проще – не надо объяснять уж совсем базовые вещи.

Кстати, если врач при вас полез за информацией в компьютер – это совсем не значит, что он малограмотный и плохой! Скорее всего наоборот: он думает, сомневается, хочет себя перепроверить.

Заметки на полях

В бытность свою главным врачом Американского медицинского центра, я в ординаторской на косяк двери повесил на шнурке Стенфордский справочник по антибиотикам. (Почему на шнурке?

Люди есть люди, а справочник я привез из Америки, он тогда был один.) И велел всем врачам: «Идете в смотровую к пациенту с возможной инфекционной болезнью (предварительно больного осматривали медсестры и давали нам короткую информацию, с чем человек пришел на прием) – остановитесь на секунду у выхода и обязательно перепроверьте, что и когда надо давать! И так знаете? Ничего, все равно загляните, тем более, что если знаете, много времени это не займет!»

До сих пор все доктора, что со мной тогда работали, специалисты по рациональной антибиотикотерапии!

Я, например, никогда особо не запоминаю торговые названия лекарств. Работал во многих странах и везде они разные. Французские фирмы называют одно и то же лекарство так, американские – эдак, немцы – вообще непонятно как... а еще есть англичане, канадцы, швейцарцы и еще многие. Я твердо знал, как называется дженерик, а там: «Роза пахнет розой, хоть розой ее назови, хоть нет!» (Помните, из «Ромео и Джульетты»: «Что в имени тебе моем?») Пропранолол он и есть пропранолол, хоть обзиданом его назови, хоть индералом! Но приходят пациенты, называют диковинные названия лекарств, и приходится лезть в интернет, чтобы понять, что это собственно такое, какой у него дженерик. Часто это бывают комбинированные препараты, у них тоже множество названий, хоть набор и доза лекарственных веществ в них одни и те же.

При общении с человеком мы часто составляем о нем впечатление по каким-то ключевым словам. Ну, например, моряк никогда не скажет «мы плавали», а только «мы ходили» и добавит, что плавают сами знаете что.

Поэтому услышите «плавал», значит с этим «моряком» что-то не то! Вот и вы имеете право засомневаться в компетенции врача, если:

- он спишет все ваши проблемы на наличие паразитов;
- начнет лечить вашу гипертонию курсами, особенно если назначит курс внутримышечных инъекций или капельниц;

- сразу назначит антибиотики при температуре менее 38 °С и наличии чиханья, озноба, ломоты во всем теле;
- вместе с антибиотиками назначит нистатин (противогрибковый препарат) или будет настаивать на обязательном приеме «полезных бактерий»;
- назначит пожилому человеку с болезнью сердца обезболивающие из группы нестероидных противовоспалительных препаратов – вольтарен, напроксен, индометацин или комбинированные обезболивающие, содержащие фенацетин;
- порекомендует иммуностимуляторы и вообще будет долго рассказывать про нарушенный у вас иммунитет;
- посоветует очистить печень и назначит гепатопротекторы;
- будет лечить остеоартрит в первую очередь хондропротекторами и советовать восстанавливать хрящ поеданием холодца;
- назначит лекарства с сомнительной эффективностью: сосудистые (церебролизин, глицин, мексидол, актовегин – имя им легион), уже упомянутые иммуностимуляторы и гепатопротекторы (см. список в моей книге «О самом главном»), не объяснив предварительно их неочевидность;
- назначит беременной женщине поливитамины, не предупредив, что витамин А в больших дозах опасен для плода;
- при жалобе на боли за грудиной при ходьбе даст валокордин (корвалол) и скажет прийти через месяц;
- не назначит при мерцательной аритмии кроверазжижающие препараты без объяснения причин;
- будет уверять вас, что эрозия шейки матки – это болезнь;
- захочет повторно лечить уреаплазму;
- станет говорить, что миома матки, липомы и полипы в носу могут переродиться в рак;
- при диспансеризации для скрининга онкологических заболеваний назначит онкомаркеры;
- при неосложненной грыже межпозвоночного диска предложит хирургическую операцию и будет настаивать на этом;
- диагностирует и будет лечить повышение внутричерепного давления без исследования глазного дна;
- предложит плазмаферез профилактически для «очищения» крови;
- направит вас на свой частный прием, не объяснив аргументированно, зачем.

Я мог бы продолжать этот список очень долго, как вы, наверное, понимаете, но получится совсем уж мрачно. Тут можно вспомнить и про БАДы, и про гомеопатию, и про диагностику по капле крови, и биорезонанс и так далее, и так далее. Но многого мы коснемся в следующих главах, поэтому не будем забегать вперед.

Заметки на полях

Интересные данные опубликовали американцы: у врачей-женщин смертность среди их больных по США за 2016 г. была 11,07 %, у врачей-мужчин – 11,49 %. Частота повторных госпитализаций больных у врачей-женщин – 15,02 %, у врачей-мужчин – 15,57 %. Выводы делайте сами!

И в заключение этой главы несколько ПРИНЦИПОВ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ, которым должен следовать хороший врач:

1. Если то, что ты делаешь, работает, продолжай это делать!
2. Если не работает, – прекрати!
3. Если ты не знаешь, что делать, НЕ ДЕЛАЙ НИЧЕГО!

Глава 3

Врачебные ошибки

Это больше, чем преступление, это ошибка!
Талейран

Тема врачебных ошибок – логическое продолжение предыдущих глав. Причем с юридической точки зрения под врачебной ошибкой понимается несколько другое, чем то, что мы подразумеваем под этим в быту. Я пытался читать литературу, посвященную врачебным ошибкам, и погряз в определениях, юридических терминах и тонкостях. Давайте поговорим на эту животрепещущую тему как нормальные люди.

Врачебные ошибки могут быть:

1. следствием невнимательности и раздолбайства (и тогда при наступлении последствий они могут трактоваться как преступление);
2. происходить от неграмотности врача;
3. есть и еще одна категория. Строго говоря, именно она и подходит под официальное определение врачебной ошибки: осложнения от произведенных лечебно-диагностических мероприятий из-за непредвиденной случайности, индивидуальных особенностей пациента или вследствие ограниченных на данный момент возможностей медицины в целом.

Наших людей не надо спрашивать, какая из этих трех категорий врачебных ошибок встречается чаще всего! «Конечно из-за невнимательности», скажут они, и ошибутся! Разгильдяйство и невнимательность вопиющи, они бросаются в глаза, они вызывающи и поэтому так всех возмущают! Только самые частые ошибки – не те, что на виду, и проистекают они от недостаточной профессиональной грамотности врача. Я постараюсь не сгущать краски, но в реальности к прочитанному надо вводить умножающий коэффициент...

Заметки на полях

Прочитайте безжалостно-правдивое интервью одному изданию (журналист Ольга Ципенюк) моего друга, очень известного уролога, глубоко интеллигентного человека с европейским образованием, профессора Дмитрия Пушкаря. С какой болью он обо всем этом говорит!

Итак. «Лет 30–40 назад дочка приводила к маме с папой жениха и говорила: «Знакомьтесь, это Вася, он учится на врача», – и родители лопались от гордости. Они знали, что их кровиночка будет жить с интеллигентным человеком, в достатке и уважении. Сегодня в России молодой врач – это необязательно образованный человек. Это всегда небогатый человек. Это человек, не имеющий времени для себя и для семьи. Это человек, работающий в условиях, в которых нормальные люди, скорее всего, работать не захотят. В 30-е, 40-е, 50-е годы прошлого века российская медицина была одной из лучших в мире. Но тогда медицина везде была примерно одинаковая – не зависела от оборудования и держалась на людях. Великие врачи, их ученики, медицинские династии. Но это были не просто медики, а люди с широчайшим кругозором. Их можно было встретить в консерватории, на поэтических чтениях, они знали языки, а главное – бесконечно образовывались дальше: читали, учились. Они долечили людей до 60-70-х годов, а потом все закончилось. С одной стороны, кончились люди, физически – вымерли как динозавры. А с другой стороны, началось ментальное разрушение, системный крах ценностей. Ведь главное в нашей

профессии – ценность человеческой жизни и желание докопаться до сути. Медленно, по миллиметру. И вот эти вещи стали никому не нужны. Ведь поговорка «умер Максим, да и...

с ним!» – самое страшное, что может произойти с народом: обесценивание жизни. Над людьми знающими, которые хотят докопаться до сути, тоже стали смеяться. Начались консультации на ходу. Великие профессора, врачи-энтузиасты не смогли удержать свои школы. По всей стране с середины 70-х медицинские институты превратились в формальные, проходные, за исключением, может, двух-трех. Первокурсники с хорошей школьной базой закончились, думаю, в предыдущем десятилетии. Мы же помним, что в 90-е почти половина врачей не работали врачами. Потом многие из них вернулись в вузы и стали учить этих самых первокурсников. В результате сегодня студенты – малообразованные поверхностные люди. Интернет заменил знания, прочли максимум одну-две книги сверх школьной программы. Если спросить, для чего они пришли в медицину, то большинство не дадут внятного ответа. Мы проводили исследования, от которых пришли в ужас. На тысячу студентов медицинского института английский язык знают десять человек. Не десять процентов, а один! Не так знают, чтобы в кафе яичницу заказать, а чтобы статью прочесть в научном журнале, презентацию сделать. Без этого о каком медицинском образовании сегодня можно говорить? Дальше мы тысячу студентов по просили продолжить строчку Пушкина «Ах, обмануть меня не трудно...». Правильно смогли продолжить те же десять человек... Ты скажешь: «Дмитрий Юрьевич, вы строго судите». Да, сужу строго. Поскольку хочу, чтобы у меня в стране было как в цивилизованных странах, и причисляю к ним Россию. Чтобы как в Америке или в Германии: девочка привела за руку мальчика, сказала «мой бой френд – будущий врач», – и в доме засияло солнце.

Никто ни на что не подписан, никто ничего не читает. Тот самый один процент владеющих языком читают только бесплатные выжимки. Студенту не нужен доступ к больным, по крайней мере, сразу. Есть программа, по которой студент в течение, условно, недели изучает урологию. Одну неделю за все пять лет обучения. Что он выучит за неделю? Зачем ему доступ к больным? Не нужен он ему! Проблема глубже, проблема системная. В мединститут пришел человек, который не знает, хочет ли он быть врачом, – раз. Который не образован, чтобы быть врачом, даже если он этот институт окончит, – два. И который не имеет общего кругозора, чтобы общаться с людьми, – три. Люди, которые этому человеку преподают, понимают, что пришли не те. Но они сами, к сожалению, не те: система преподавания в том понимании, которое сформировалось во всем мире, отсутствует.

Что дальше? Государственной программы подготовки специалистов не существует нигде в стране. Есть ординатура. Те, кто все-таки собираются быть врачами, приходят в клинику на два года. Но за два года из человека нельзя сделать врача, ни при каких условиях! За границей эта стадия, резидентура, занимает от 4 до 7 лет. Вот на моих занятиях со студентами сидит 40 человек, 4-5-й курс. Спрашиваю: «Вам через год людей лечить, поднимите руки, кто готов?» Двое поднимают. Спрашиваю хорошенькую: «Ты кем будешь?» – «Гинекологом». – «Почему руку не поднимаешь, не хочешь лечить?» – «Хочу, но не буду, очень страшно!»

Про медсестер. Вы вообще понимаете, что такое институт медсестер? Представляете, какие медсестры работают в западных клиниках? Об этом же в нашей прессе не пишут. Медсестра – ключевая фигура в современной медицине. У нас же образ медсестрички – с военных времен, какая она была добрая, как раненых на себе выносила, сколько командиров на сестричках переженились... Тогда медсестры лечили душой, а сегодня она должна включить аппарат, на панели которого нет ни одной русской буквы! Не аппарат – 25 таких аппаратов она должна уметь включать, входя в операционную, в реанимационную, в обычную палату. Мы готовы за свой счет отправлять медсестер учиться за границу, но как это сделать, если они не говорят ни на одном языке... Что сегодня умеет девочка после окончания медучилища? В лучшем случае не боится крови и может сделать инъекцию. Дообразовывать ее – самый сложный процесс. Огромное везение для нее – попасть в коллектив, где есть поддержка, где медсестры уже базово понимают оборудование.

А дальше путь проб и ошибок. Включилось – не включилось, вызвали инженера, приехал, показал, не запомнили, записали, опять записали, потом запомнили. По дороге разбили пару оптик, уронили пару инструментов. Потом ждали полгода, пока их купят снова, – прибор стоял, не работал. И так по всей стране.

Мы ничего не сможем улучшить, пока не начнем учить наших студентов-медиков по-новому. Пока не введем серьезный отбор абитуриентов, сделаем для них обязательным английский язык (современная замена обязательной для врачей в прошлом латыни), пока не переучим докторов и не проведем строгую и бескомпромиссную их переаттестацию. Пока не наберем по крупицам преподавателей, способных это сделать, не призовем для этого тех врачей европейского уровня, которых у нас немало, не один Дмитрий Пушкарь (и это не заслуга системы, увы, это упорные самоучки). Они были бы и рады, но, что парадоксально, невостребованы. Пока не изменим самого духа нашей медицины, застрявшей в 80-х годах прошлого века!

Заметки на полях

Как-то я знакомил своих читателей с системой медицинского образования Франции. Глубоко в этой теме, так как мой сын – студент-медик в Сорбонне. Такую информацию не грех и повторить. На медицинский факультет берут всех желающих. Вообще всех, был бы «Бак» – свидетельство об успешном окончании средней школы (его, кстати, не имеют почти 40 % выпускников французских средних школ). В среднем абитуриентов набирается около 4 тысяч человек. Но на второй курс могут перейти только 340 человек. Все студенты ранжируются по успеваемости и переходят первые 340. Остальные, кто еще не растерял энтузиазм, идут на второй круг. То есть становятся конкурентами тех, кто пришел уже в этом году. Но закон суров: дальше опять пройдут только 340 первых по успеваемости, 340 из всех студентов как первого, так и второго круга! Если не прошел и со второго раза – ВНИМАНИЕ! – больше шанса стать врачом в странах Евросоюза у тебя нет. Ты отчисляешься без права поступать вновь! Ты свой шанс использовал, дай попробовать другим! Шанс есть только у тех, кто трудится 7 дней в неделю по 10–12 часов, не меньше!

Мой сын за 2 года стал похож на зомби, ни разу не встретился со школьными друзьями, не имел даже шанса встретиться с девушкой – они там

все как из эпизода «Наваждение» про студентов перед экзаменом из фильма «Операция «Ы» и другие приключения Шурика». И после второго круга сын пришел 341-м (!). 340 прошли, а он, 341-й, нет! 2 недели в доме царило уныние. На 15-й день пришло сообщение из Сорбонны: «У нас выбыл один кандидат, если вы еще сохранили интерес (читай: не повесились с горя!), то Вы по списку следующий». Я запретил сыну узнавать, что случилось с тем выбывшим... Там был теракт в Ницце, и вообще лучше не знать!

У нас ситуация усугубляется тем, что пока нет обязательности следования алгоритмам и протоколам действия в той или иной ситуации. Сами хорошо знаете: идете к врачу и получаете рекомендации. Идете к другому врачу, буквально в соседнюю дверь, и тот первое, что говорит: «Кто вам такую глупость рекомендовал?» Ну а третий назначит что-то свое... Вот где основной источник медицинских ошибок. Как им не быть, если нет общих критериев оценки действия врача? В итоге все мы расплачиваемся здоровьем, а то и жизнью. Говорю «мы», потому что и я, и моя семья живем здесь и в любой момент можем оказаться в больнице, «и кто там после разберет, что он забыл, кто я ему и кто он мне».

За годы работы в городском здравоохранении я вывел невеселую формулу эффективности работы наших медиков (это касается в первую очередь реанимации, но тенденция общая). Из 10 больных 3 мы спасем. Причем таких, каких ни в какой Америке не спасут, – вытащим с того света вопреки всему! Одного потеряем, несмотря на самое передовое лечение. Еще трое выкарабкаются сами, независимо от действий медиков. А вот оставшихся трех мы убьем своими неумелыми действиями... Эта формула эмпирическая, касается лишь очень тяжелых больных, и статистических доказательств ее нет, это мои личные впечатления.

Но вот официальная статистика: в такой стране как Франция КАЖДАЯ 8-я госпитализация – из-за неправильных назначений докторов!

Что в Америке, что у нас, что в Европе – большинство врачебных ошибок остается скрытыми в недрах лечебных учреждений. Всплывают, становятся достоянием общественности даже и не самые вопиющие из них. Тут дело даже и не в попытке сохранить профессиональную честь, не в клановости, не в желании избежать ответственности, хотя все это, конечно же, имеет место.

Дело в том, что я даже не знаю, как вам это и сказать-то... Существование врачебных ошибок – часть учебного процесса, без них невозможно становление врача. «У каждого врача есть свое кладбище» – бытует такое выражение... Речь не идет об откровенном разгильдяйстве или элементарной профессиональной неграмотности. Помните 3-ю категорию врачебных ошибок – осложнения от произведенных лечебно-диагностических мероприятий из-за непредвиденной случайности, индивидуальных особенностей пациента или вследствие ограниченных на данный момент возможностей медицины в целом?

Объем знаний сегодняшнего врача должен быть огромен и постоянно обновляться. Необходима постоянная тренировка памяти и рефлексов. В моем госпитале в Америке даже после кратковременного отпуска к самостоятельной работе первые сутки не допускали (только под присмотром), пока ты не восстановишь рефлекс. И часто в категорию непредвиденной случайности попадает замыкание рефлекса врача по иной дуге, что может закончиться для больного плохо. Повторно у него такого не произойдет, но тому больному от этого не легче.

Вообще, в Америке врачебные ошибки несколько иного рода, чем у нас. Там могут ампутировать правую ногу вместо левой или удалить левое легкое вместо правого. Ошибки типа «право-лево» там встречаются в 0,1 % случаев. Когда я только приехал на работу туда, в прессе обсуждался нашумевший случай. У известной индийской молодой актрисы Болливуда была обнаружена опухоль левого полушария головного мозга. Она предпочла (средства

были!) оперироваться у нейрохирургов Америки, выбрала лучший госпиталь Нью-Йорка. И ей мощным излучением гамма-ножа разрушили правое полушарие вместо левого, обрекая на верную смерть! Дело в том, что в Америке хирург часто видит пациентку впервые только на операционном столе. Ведут ее и готовят к операции другие специалисты. Он подходит и работает на том операционном поле, что ему приготовили. А готовят медсестры, а это совсем другой уровень. При всем этом в Америке практически никогда не назначают неправильный антибиотик или несоответствующее лекарство от гипертонии. У нас же ошибки типа «право-лево» – казуистика, а вот неправильных, неграмотных назначений сколько угодно!

Я помню, как меня поразил случай, когда я только начал работать в частной клинике в Москве по возвращении домой. Академик, травматолог с мировым именем, оперировал плечо одному из наших пациентов. Прооперировал блестяще, слов нет! Но потом на голубом глазу назначил антибиотик, который в данном случае не мог сработать даже теоретически. Плюс обладал массой побочных явлений. Я был поражен: за годы работы в Америке я от этого отвык. Мои же коллеги восприняли это совершенно нормально: «Что ты хочешь, человек же не может все знать». А я не понимал: «Как это врач такого уровня – и такие элементарные ошибки?» С такими примерами я, к сожалению, сталкиваюсь каждый день. Врач-окулист делает сложнейшую операцию на глазу 90-летней женщине с больным сердцем и тут же назначает большую дозу вольтарена как обезболивающего. Не зная, что нестероидные противовоспалительные препараты, к которым относится и вольтарен, противопоказаны пожилым людям вообще и сердечникам в частности (для них препарат выбора – парацетамол, возможно, с кодеином). И если такая старушка умрет от отека легкого, все будут считать, что это простое совпадение, свалят на стресс после операции, но никак не следствие приема вольтарена...

Другой пример: доцент-кардиолог, проведя тончайшую инвазивную процедуру, восполняет дефицит калия, назначая панангин. Казалось бы, правильно, в панангине калий есть? Есть! Только в панангине содержится калия настолько мало, что для восполнения его точно не хватит – раз, и два – он там в форме такой соли, что усваивается организмом вдвое хуже, чем общепринятый калия хлорид. И так далее и так далее, каждый день, во всех больницах и поликлиниках на всех уровнях: ординаторы, заведующие отделениями, доктора наук, профессора, заведующие кафедрами... Казалось бы, должен был давно привыкнуть, но нет, смириться до сих пор не могу.

Заметки на полях

Китай сегодня у всех на устах! Передовая экономика, невиданные темпы развития. Только с медициной там не очень. Убедился сам во время недавнего путешествия. Термин «традиционная медицина» там обозначает то, что у нас называют народной. Еще бы: этим традициям 4000 лет. Совсем недавняя по таким масштабам западная медицина там называется нетрадиционной. Про традиционную мы еще поговорим. Посмотрите, что мне пишет Павел Евгеньевич Русаков, человек очень давно живущий в Китае, китайское имя Ва Ну Лин: «Квалификация врачей в Китае крайне низкая. Вот частная иллюстрация, но она отображает положение дел. Чтобы получить высшую зарплату, детей медицинских чиновников отправляют на обучение за рубеж. Одна такая группа училась в России у одного моего приятеля. В группе было много иностранцев. Все учили язык, ходили на обходы, читали, обсуждали. Кроме китайцев. Они молчали. Все 4 года молчали. Приходили на лекцию или практику с каменными лицами, садились на задние ряды и безразлично наблюдали за происходящим. В конечном итоге на них перестали обращать внимание. Дипломы, конечно, выдали. Установленного образца. Для китайского студента в институте

главное – выстоять, отходить, выработать часы! Мотивация: главное – получить диплом, дающий право на высокую зарплату, а знания и опыт придут потом!»

Чтобы поднять вам настроение, немного лингвистики. В одной из книг я описывал эпизод моей американской резидентуры, когда работал вместе с китайским коллегой по имени Х. Да-да, не больше и не меньше – произносится точно как наше весьма популярное слово из трех букв! Я этого тогда не знал, не был еще с ним близко знаком. Первый месяц интернатуры все незнакомо и чуждо! И все пристают и чего-то хотят. Понимая, что русский никто не знает, я с улыбкой вежливо всем говорил: «Пошли на ...» – и употреблял наше слово из трех букв! И неизменно рядом оказывался китайский интерн и спрашивал: «Александр, ты меня звал?» Потом, когда все выяснилось, мы долго смеялись.

А вот что на эту тему пишет П. Е. Русаков: «Наше самое распространенное слово из трех букв в Китае означает умный человек. Может употребляться как имя собственное. Ну как Х. Иванович! Или прилагательное «умный». Также используется как глагол «быть». А вот «бух...» означает «невозможно». «Х. ли» – «лиса, человек неуравновешенный». Есть тут один маленький секрет. Если прислушаться, то китайское «Х.» не такое, как нам слышится. Оно состоит из 4 звуков: «Х. эй» – звук «э» почти не заметен, часто проглатывается при быстром разговоре, но он есть!

Еще распространенное у нас слово «х... ня» в Китае означает «возвращаться домой». В оригинале «х... дзя», но в разговоре и с южным акцентом «дзя» превращается в «ня»... Есть еще «х. ета», «х... ма», но это уже в сочетании с другими словами. Еще в качестве бонуса: по-китайских «король» – «пися». И если король умный, то про него скажут: «Пися у нас х...!»

Так что проблема кадров в медицине – самая острая на сегодня в медицине! Если бы я выгнал из больницы сегодня тех, кого считаю недостаточно грамотными, думаю, некому было бы дежурить! Недавно увидел у больного на руках рецепт (приходил с бронхитом) от своего же врача – дежурного приемного отделения. Вот эти назначения: ципрофлоксацин, нистатин, линекс, оциллококцидум. Сейчас объясню, в чем соль.

1. Ципро (ципрофлоксацин) – антибиотик. Во-первых, он вообще тут не нужен, бронхит скорее всего вирусной природы и пройдет без антибиотиков. «А вдруг пневмония?» – понимаю... Но тогда почему такой выбор недорогого антибиотика? Из всего ряда так называемых фторхинолонов именно ципро и только ципро не действует на пневмококк и при дыхательной патологии не применяется.

2. Нистатин. В доисторические времена считалось, что при приеме антибиотиков разрастается грибковая флора, и необходимо ее давить противогрибковыми антибиотиками. С огромным спектром побочных явлений к тому же. Даже у нас от такой практики отказались лет 20 назад.

3. Линекс, полезные бактерии. Можно дать, но смысла особого нет, вся эта пропаганда пробиотиков сегодня – бизнес-проект.

4. А вот оциллококцидум во врачебном рецепте является мракобесием. Гомеопатический препарат, причем признан бессмысленным и самими гомеопатами. Если больной хочет его принимать, то, пожалуйста, но выписывать врач его не должен.

В общем, я вызвал заведующего приемным отделением и велел этого доктора уволить. Тот взмолился: «Александр Леонидович, кто же у меня дежурить будет? Доктор безотказная,

всегда любые «дыры» в расписании закрывает! А обучать поздно, ей за 60 уже...» Днями позже я по всероссийскому радио объявил: возьму на работу на очень хорошую зарплату врача-терапевта, который скажет мне, почему в этом случае назначенный антибиотик не подходит? (Просятся многие, адекватных нет.) Оставил номер телефона. Знаете, сколько было звонков? Ни одного!

Согласно положению об ОМС (обязательном медицинском страховании) при обнаружении ошибок в лечении и диагностике больного страховая компания не оплачивает больнице страховой случай. У нас десятки страховых компаний работают в системе ОМС, сотни врачей-экспертов ежедневно в больницах проверяют истории болезни... С вполне понятной целью – найти огрехи и удержать деньги. У них даже что-то наподобие плана по удержанию есть. Знаете, что спасает больницы от разорения, ведь медицинских ошибок море? Врачи-эксперты по уровню знаний точно такие же, которые работают в больницах.

Как главный врач я ежедневно получаю множество жалоб. С ними разбирается специальный отдел. И знаете, что самое интересное? Большинство этих жалоб неправомерны! Возникшие от недопонимания, от отсутствия объяснений со стороны врачей, от завышенных ожиданий пациентов, а гораздо чаще – их родственников. Про те тонкости, что я говорил, они даже и не в курсе. Только это не тонкости, это то, от чего зависят здоровье и жизнь пациентов. Я могу вышkolить персонал, могу заставить сутками обласкивать больных и объяснить их родственникам все, что они хотят. Я не могу одного: изменить систему медицинского образования у нас в стране. И пока этого не произойдет, мы, надо признать это к моему большому сожалению, будем лидировать в мире по числу медицинских ошибок, допущенных по элементарной врачебной безграмотности.

Заметки на полях

Беда в том, что у нас все давно забыли простую истину: человек не состоит по отдельности из почек, сердца, печени, костей и т. д. Человек – это единый организм, и не бывает так, чтобы один орган изменил свою работу и на это тут же не отреагировали бы другие его «коллеги»! Врач-специалист не может не быть в первую очередь первоклассным врачом-терапевтом, интернистом! (По Козьме Пруткову: «Такой специалист подобен флюсу!») А вот с этим у нас колоссальные проблемы! Самый редкий зверь у нас – это грамотный врач-терапевт! Как у нас готовят специалистов? После института (ну мы не китайцы, конечно, не сидим на лекциях с каменными лицами и не молчим: разговариваем, обсуждаем девочек и машины, мальчиков и сумочки, но дипломы установленного образца получаем все, чай не во Франции!) – 2 года ординатуры. Только вот мне не надо говорить про конкурс туда или хоть мало-мальски серьезное собеседование. Там решающими являются совсем другие факторы... Так вот, 2 года при какой-нибудь кафедре («пойди, посмотри, сам почитай, а сейчас отойди и не мешай») – и ты уже полноценный согласно сертификату специалист! Без знания английского языка, без элементарной базы! Я даже в страшном сне не буду спрашивать, почему при сниженных лейкоцитах в анализе крови у инфекционного больного надо давать цефтазидим, а не цефтриаксон. Он же ответит, что он пульмонолог или эндокринолог и знать этого не должен! Должен, еще как должен! От зубов отскакивать должно, в пьяном виде его ночью разбуди, а он должен выпалить: «Йес, сэр! При сниженных лейкоцитах высока вероятность инфекции синегнойной палочкой, на нее действует цефтазидим, а практически сходный с ним цефтриаксон, «синегнойку» не покрывает! Могу идти дальше спать, сэр?» Во всем мире, чтобы стать специалистом, после медицинской школы

врач проходит трехгодичную резидентуру в напряжении сериала «Скорая помощь», потом сдает сложнейшие квалификационные экзамены. И только потом имеет право поступать на специализацию. То есть до того, как врач выбирает специализацию и идет в резидентуру, он становится классным терапевтом. Потом, пожалуйста: хочешь стать пульмонологом – это еще 2 года, эндокринологом – 3, кардиологом – 4 года интенсивной, практически круглосуточной тренировки. Если выжил, пожалуйста на двухдневный экзамен, сдал – молодец, живи, иди, работай. Не сдал – рано тебе еще, ждем через год...

Давайте опять посмотрим за рубеж, что делают там в случае врачебной ошибки? Если это ошибка из 1-й категории, по невнимательности и разгильдяйству, и она привела в смерти больного, то такого врача будут судить за непредумышленное убийство – ни больше, ни меньше! Если же ошибка из 3-й категории, то существует определенный порядок действий. Код медицинской этики Американской медицинской ассоциации гласит: «Врач должен приложить все свои профессиональные усилия, чтобы помочь пациенту независимо от природы полученного вреда, даже если он и возник в результате медицинской ошибки. В этом случае недостаточно простого признания факта своей ошибки. Если пациенту нанесен вред в результате врачебной ошибки, врач обязан объяснить, почему она произошла и какие меры будут приняты, чтобы избежать таких ошибок в будущем. Подобное общение является основополагающим для сохранения доверия к врачу и поддержания нормальных взаимоотношений между медиком и пациентом и может помочь снизить риски юридической ответственности».

Но это «гладко было на бумаге»! По сей день американские газеты пестрят объявлениями юристов: «Были у врача? Обратитесь к нам!» Независимо от результатов и качества медицинской помощи. Что-нибудь накопать всегда можно. У тех юридических контор такие зубры-врачи в качестве экспертов наняты – не чета нашим. Расклады такие: «Ничего не найдем – вы нам ничего не платите, наши проблемы. А найдем – все, что отсудим, делим с вами пополам». Мало кто даже из благодарных пациентов может устоять!

Весь врачебный опыт подсказывает: врачебную ошибку в Америке лучше скрыть. Потом засудят – мало не покажется! После первого же проигранного дела страховка от медицинской ошибки (малпрактис) взлетит до небес. После второй станет просто недоступна – 100 и более тысяч долларов в год, доход не окупит такие траты, придется из профессии уходить (а почему, вы думаете, появляются американские и европейские врачи в России, Азии, Африке? Любознательные они такие, ага!). Немного американской статистики: ежегодный риск для практикующего врача получить судебный иск по обвинению в неправильном подходе к больному составляет 7,4 % в год. К возрасту 65 лет подавляющее количество американских врачей имеют хотя бы одно судебное разбирательство. Поэтому даже юристы страховых компаний, осуществляющих покрытие случаев врачебных ошибок, советуют: всегда отрицайте все до последнего!

Чтобы сломать подобное положение вещей, в 32 штатах США приняли «закон об извинениях»: если ты сам сразу признал свою ошибку и извинился перед больным или его родственником, то при последующем судебном разбирательстве против тебя нельзя будет применить особо неприятных и чреватых процессуальных действий. Звучит не очень убедительно, это даже Американская медицинская ассоциация понимает и призывает своих членов не терять надежды на скорое коренное изменение законодательства, когда не будет иметь смысла скрывать свои невольные ошибки.

Как-то нам в нью-йоркском госпитале читали лекцию по этике как раз на тему медицинских ошибок. «Представьте ситуацию, – говорил лектор, довольно известный врач, кстати. – К вам для проведения колоноскопии под наркозом пришел человек в сопровождении

дении жены. Исследование обычно занимает час, так что вы советуете его жене пойти в универмаг напротив и походить там – все лучше, чем сидеть в приемной! Но только она стала примерять первую кофточку, как ей на мобильный звонит медсестра и вежливо просит немедленно вернуться. Она приходит, ей сообщают, что ее муж умер! И в этот момент выходите вы. Ваши действия?»

Минуты три мы все сидели в шоке, не зная, что сказать, не поднялась ни одна рука... «Вот то-то и оно», – сказал доктор. – А ведь там у вас не будет этих трех минут!»

Дальше он советовал побороть первое желание просто убежать, проникнуться сочувствием, взять женщину за руку, принять на себя первый приступ горя... Все так, только как это ужасно – оказаться в таком положении! Хотя оно несравненно лучше, чем положение умершего от неожиданной аллергической реакции на наркоз.

Заметки на полях

Уже в России у меня чуть было не произошла сходная ситуация. В нашу частную клинику, где я к тому времени был уже главным врачом, пришел китаец с женой. Он был сотрудником международной компании и нашим давним пациентом. Пришел с перебоями в работе сердца (аритмией). Врач завел его в операционную и позвал меня посоветоваться. По всем правилам самое безопасное и правильное было дать ему короткую анестезию и потом восстановить ритм разрядом тока. Рутинная и безопасная обычно процедура. Мы так и сделали. Ввели анестетик и дали разряд. Ритм восстановился, но наш китаец вдруг начал резко багроветь, потом синеть, насыщение крови кислородом по показаниям пульсоксиметра упало драматически! Не ожидавшая такого развития событий медсестра метнулась в другую процедурную, принесла реанимационный набор, мы моментально больного интубировали (вставили в дыхательное горло трубку), и он задышал и побелел наконец. Потом пришел как ни в чем ни бывало в себя, сказал спасибо и вышел. Жена все эти драматические для нас и ее мужа минуты спокойно просидела в коридоре напротив кабинета. Китаец так и не узнал, что был так недалеко от смерти, и долго ходил в нашу клинику, очень довольный излечением! Мы тогда долго молчали, поглядывали друг на друга, и только медсестра сказала, собирая реанимационный чемоданчик: «Дураки вы все, прости, Господи!»

Глава 4

Врачи – тоже люди и ничто человеческое им не чуждо!

*In vino veritas?*¹

Недавно прошла новость, что предполагается всем летчикам перед полетом проходить скрининг на алкоголь и наркотики. Не выборочно, как ранее, не просто измерять давление и пульс, а сделать анализы крови и мочи. Я не знаю, что побудило власти к таким действиям, но могу предположить.

И у летчиков, и у врачей очень напряженная и полная стрессов работа. И летчики, и врачи отвечают за жизни людей. Не просто отвечают, а держат эти жизни в своих руках в прямом смысле слова! При этом и летчики, и врачи – такие же люди, как вы, не какие-то там супергерои, ничто человеческое им не чуждо. Они так же переживают, мучаются от стрессов, недосыпают, несут на себе груз ответственности и пытаются хоть как-то расслабиться. У меня нет статистики, что скрывается за словом «расслабляются» у летчиков. Более того, у меня нет такой статистики и относительно российских врачей.

Меня часто обвиняют, что я пользуюсь статистическими данными западных стран. И это не из-за любви к ним, а потому, что там цифры по многим медицинским проблемам есть, опубликованы, а вот у нас нет. А те, что есть, часто очевидно недостоверны. Почему? Ну а почему ситуация со статистикой у нас должна быть лучше, чем в какой-либо другой области? Мы только-только стали вставать на ноги после катастрофических последствий перестройки и распада государства, когда-нибудь дойдет очередь и до статистики. Пока же пользуюсь тем, что есть.

Проблемы эмоционального выгорания врачей и их склонность употреблять алкоголь, наркотики и психотропные препараты давно привлекают внимание медицинских профессиональных сообществ зарубежом. В свое время при сдаче лицензионных экзаменов в США я удивлялся, почему столько вопросов про пьющих врачей и как надо поступать, если такой окажется твоим коллегой? Потом перестал. Я думаю, что, посмотрев цифры, не будете удивляться и вы!

Процент врачей, злоупотребляющих в Америке алкоголем и прочим, по данным исследований 80-х и 90-х годов, был немного выше, чем по населению в целом: 8-13 %. Точных современных цифр я не нашел, но все авторы соглашаются, что сегодня этот процент будет существенно больше. Чаще всего врачи злоупотребляют алкоголем, на втором месте идут психотропные препараты и наркотические обезболивающие. Они врачам куда более доступны, чем обычным людям. Это даже нашло отражение в сверхпопулярном в свое время сериале «Доктор Хаус» – цинично-обаятельный доктор «сидел» на викадине, наркотическом обезболивающем. По данным Программы здоровья врачей, суммирующим анонимные опросники 3,5 тысяч врачей за период 1980–2004 годы, «субстанцией злоупотребления» были: алкоголь – 25 %, наркотические обезболивающие и психотропные – 25 % (это не 25+25, а в большинстве одни и те же: выпивают и таблеткой закусывают!), марихуана – 12 %, кокаин – 11 %.

Эмоциональное выгорание, стресс, алкоголь и наркотики не могут не сказываться и на психическом здоровье врачей. По разным данным, им подвержены от 25 до 75 % врачей (!!!). По данным той же Программы здоровья врачей при медицинском обследовании 100 врачей

¹ Истина в вине! (лат.).

во Флориде 30,3 % страдали от выраженной депрессии, 11 % – имели биполярное расстройство (раньше так назывался маниакально-депрессивный синдром), антисоциальным персональным расстройством (доктор Хаус!) – 7,2 %, социальной фобией – 5,5 %! А вот данные из Вирджинии, там обследованы 157 врачей. Результат: 39 % (!!!) злоупотребляют алкоголем и прочим, из тех, кто не пьет (обратите внимание!), 39 % имеют психические отклонения и 21 % и злоупотребляют, и психические расстройства имеют.

Впечатляет? Меня очень! Впечатляет, но не удивляет.

В Америке стать врачом – цель жизни и достичь этого весьма непросто. Если не хватает сил идти вперед по карьерной лестнице без допинга, студент или доктор, не колеблясь, прибегнет к допингу. При этом будет умело это скрывать и ходить на работу, оставаясь на ней сутками. Врачи вообще привыкли скрывать свое физическое состояние, они не могут себе позволить болезнь или плохое самочувствие. Это показал анонимный опрос большой группы из 426 врачей. Большинство из них лечат себя сами и не хотят идти к коллегам. (И я понимаю, почему! Работая в Америке, я говорил жене: «Заболею – делай что хочешь, но в госпиталь меня не отдавай! Так я еще вытяну, а там бездушная машина алгоритмов меня задушит!» К вопросу о восприятии американской медицины!

Такая работа на износ не может не сказываться на личной жизни врачей. Процент разводов особенно высок у терапевтов, гораздо выше, чем в целом по стране. Когда работаешь по 80 часов в неделю, о какой личной жизни может идти речь?

И наконец самое страшное: огромный процент самоубийств, особенно у врачей-женщин! Он в разы превышает статистику по стране! В Америке в 4 раза выше, в Великобритании – в 2,5 раза, чем у обычных женщин того же возраста. Цифры у врачей-мужчин не такие ужасающие, но то же: на 70 % выше, чем у ровесников-неврачей.

Я специально оттягиваю разговор о ситуации с врачами у нас в России. Как ни прячь голову в песок, факт остается фактом: мы страна пьющая. Сильно пьющая! Я считаю, что можно вполне экстраполировать на нас данные американской статистики: процент врачей, злоупотребляющих алкоголем и прочим, у нас не меньше, чем в среднем по населению. Да, у нас нет такой изнуряющей гонки за знаниями, это у них сойдешь с дистанции очень быстро, у нас не так (к сожалению!). Но у нас свои проблемы: низкие в большинстве своем зарплаты, тяжелые условия труда, обострившаяся вокруг медицины обстановка и падение престижа профессии врача.

Да, в этом отчасти виноваты мы сами: нежелание самообразовываться, нежелание снисходить до пациента и разговаривать с ним, если только не ставишь перед собой задачу вытянуть из него деньги, много в чем виноваты мы сами. Но все равно в целом мы не заслуживаем чернящих нас публикаций и передач, потока злобных жалоб и обвинений, а то и физических нападений. Все-таки подавляющее число врачей пришли в медицину по призванию, и не наша вина, что система сегодня требует от нас не знаний и постоянного самообразования, а работы в поте лица и провоцирует на зарабатывание любой ценой! Как итог: то же эмоциональное выгорание, злоупотребление алкоголем, безысходность, депрессии, разводы и самоубийства. Врач в этом смысле везде – профессия повышенного риска. И общество должно всеми силами эти риски снижать, иначе получится порочный круг: общество состоит из людей, и кто же тогда будет вас лечить? Только мы, других у вас нет, берегите нас!

Глава 5

В чем вред КТ, УЗИ, МРТ, или рентген не лечит!

Главная часть каждого оружия есть голова его владельца.
Фильм «Два бойца»

Когда я работал в Африке, у местного население было поверье, что рентген обладает лечебным действием. С чем бы они ни пришли в госпиталь, просьба всегда была одна: «Сделайте мне рентген!» Было очень трудно объяснить им, что рентген не лечит. То есть объяснить было вообще невозможно; они понуро отходили, считая, что не понравились белому доктору, и он им отказывает в эффективном лечении! (А вот фотографироваться, наоборот, боялись, считая, что это приводит к слепоте!)

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.